

Ministero, della salute



Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

**RELAZIONE ATTIVITA' CCM
2010-2012**

1. Introduzione

Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) è stato istituito dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, al fine di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffuse nonché al bioterrorismo. Secondo la norma, il CCM opera “in coordinamento con le strutture regionali attraverso 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” ed agisce “con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del Ministro della salute”. L’attività del CCM è formalmente iniziata il 27 ottobre 2004. L’organizzazione e il funzionamento del CCM sono regolate dal decreto ministeriale 18 settembre 2008, che modifica il decreto ministeriale 1° luglio 2004.

A norma del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, con il d.P.R. 14 maggio 2007, n. 86, l’operatività del CCM è stata estesa fino al 21 luglio 2010 e – nelle more della formalizzazione del suo ulteriore rinnovo triennale – comunque prorogata di due anni ai sensi del punto 4.2 della direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 agosto 2010.

2. La missione

La *mission* del CCM è, come previsto dalla legge istitutiva, “*quella di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffuse ed al bioterrorismo*”. Tale contrasto, naturalmente, va incanalato nelle due usuali direttrici lungo le quali si esprimono oggi i moderni servizi sanitari e, cioè: creare le condizioni e i presupposti in virtù dei quali il rischio di un’emergenza si mantenga al livello più basso possibile; e, ove tali attività di prevenzione e preparazione non raggiungano il fine auspicato, ovvero ove l’emergenza sia un fatto imprevisto ed imprevedibile, essere capaci di rispondere con prontezza all’emergenza.

Il primo scopo istituzionale – che presuppone l’implementazione di adeguate attività di sorveglianza e di *capacity building* - è raggiungibile soltanto attraverso lo svolgimento di quell’insieme di funzioni che modernamente vengono dette di “prevenzione attiva”; il secondo scopo, invece, si concretizza nell’innalzamento della capacità del sistema sanitario di ribattere a stati di crisi naturali o intenzionali, biologici e non. I tre principali obiettivi del CCM sono dunque:

- *promuovere le sorveglianze;*
- *promuovere la prevenzione;*
- *promuovere la capacità di risposta alle emergenze.*

Pertanto oltre alle attività finalizzate, come da mandato istituzionale, a contrastare le emergenze di salute pubblica, il CCM ha, dalla sua nascita, tentato di potenziare le capacità del Paese di rilevare, prevenire e controllare i principali problemi e le principali minacce per la salute pubblica, sostenendo e coordinando, nel rispetto della loro autonomia, le Regioni e Province autonome. Questo ruolo centrale del CCM nel panorama della sanità pubblica italiana è stato, d’altronde, riconosciuto anche a livello istituzionale, come dimostra l’Intesa Stato Regioni del 23 Marzo 2005 che ha affidato proprio al CCM un ruolo di coordinamento del Piano Nazionale della prevenzione 2005-2007, dando mandato al Centro di fornire alle Regioni assistenza tecnica e assegnandogli le attività di valutazione e certificazione degli adempimenti operativi da parte delle Regioni, vincolante per il rilascio dei fondi.

Con il DM del 18 settembre 2008, concernente la “Disciplina dell’organizzazione e del funzionamento del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM)”, tale ruolo è stato formalizzato, per cui come previsto dall’articolo 2 del citato decreto “*il CCM, svolge le seguenti attività: analisi dei rischi per la salute; verifica con le Regioni dei piani di sorveglianza e di prevenzione attiva, supporto ai sistemi nazionali di allerta e risposta rapida anche con riferimento al bioterrorismo; disegno di programmi - anche a carattere di sperimentazione gestionale - di prevenzione primaria, secondaria e terziaria; promozione di programmi di valutazione della performance sanitaria; promozione dell’aggiornamento e della formazione del personale, funzionale all’attuazione del programma annuale di attività; collegamento con altre*

realità istituzionali e con altre realtà analoghe europee ed internazionali; diffusione delle informazioni”.

Tale ruolo centrale è stato poi confermato anche dalla Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010, con la quale è stato approvato il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, e con la quale il CCM è stato chiamato a fornire alle Regioni, attraverso il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di sanità, il necessario supporto alla progettazione e valutazione dei documenti di piano regionali. La medesima Intesa ha inoltre previsto che le Regioni trasmettono annualmente alla Direzione operativa del CCM l' idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire alla medesima Direzione – con il supporto del CNESPS - di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani regionali, vincolanti, come per il precedente Piano, per l'accesso alle somme .

Questo importante ruolo di coordinamento ha, dunque, di fatto esteso il mandato originale del CCM, assegnandogli il compito di “promuovere la prevenzione” nel Paese e nella pratica del Sistema sanitario nazionale, attraverso strategie ed interventi, la cui efficacia è dimostrata da solidi dati scientifici e sostenendone, attraverso la creazione di network, il trasferimento su tutto il territorio. Tale ruolo ha sicuramente assunto un significato più ampio con il nuovo Piano della prevenzione 2010-2012 che, imperniato sui due principi cardini della graduazione della priorità (più alta attenzione ai fenomeni patologici di maggior rilievo per la popolazione) e dell'efficacia, ha di fatto radicalmente rivisto le attività di prevenzione intense non solo come programmi di prevenzione collettiva ma anche come programmi di prevenzione di patologia. Alla luce di ciò, il CCM, a partire dal programma 2009 ha sostenuto le Regioni e gli Enti centrali in questo nuovo e significativo approccio così come dimostrato dalle attività messe in essere negli ultimi anni e sintetizzate negli allegati.

3. Le attività del CCM.

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

Nell'ambito di tale attività il CCM supporta il Ministero della Salute, tra l'altro, nell'analisi del quadro epidemiologico, nell'identificazione e valutazione dei rischi per la salute umana derivanti da agenti infettivi, da condizioni ambientali e da fattori comportamentali, nell'individuazione delle misure di prevenzione e dei percorsi di continuità assistenziale e di integrazione socio-sanitaria nonché nella verifica dell'attuazione dei piani nazionali di sorveglianza e di prevenzione.

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

4. Gli organi collegiali

Sono organi del CCM il Comitato strategico, il Comitato scientifico ed il Direttore operativo. Tale assetto organizzativo rispecchia i fini istituzionali perseguiti dal CCM in termini di programmazione delle attività ed in termini di preparazione alle emergenze.

Comitato strategico

L'organo massimo di governo del CCM è il Comitato strategico, che svolge le seguenti funzioni:

- definisce le priorità di intervento;
- adotta il programma annuale di attività, unitamente al piano finanziario;
- approva la relazione sull'attività svolta dal CCM nell'anno precedente;
- definisce le linee generali sulla diffusione delle informazioni e sull'attività di aggiornamento e di formazione.

Fanno parte del Comitato strategico il Ministro della salute, tre Assessori regionali alla salute, i Capi dei dipartimenti del Ministero della salute, un rappresentante del Dipartimento della protezione civile, il Direttore operativo del CCM, i Presidenti dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza sul lavoro e del Consiglio superiore di sanità, il Direttore dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e tre esperti nominati dal Ministro. Il Comitato strategico è presieduto dal Ministro della salute e vice-presieduto dall'Assessore regionale alla salute incaricato del coordinamento degli Assessori regionali.

Comitato Scientifico

Il Comitato strategico si avvale del Comitato scientifico, che svolge le seguenti funzioni:

- esprime parere sulla proposta del programma annuale di attività;
- effettua le valutazioni finalizzate all'approvazione dei progetti esecutivi di attuazione del programma.

Il Comitato scientifico permanente è composto da dieci esperti, di cui cinque designati dal Ministro della salute e cinque designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni nonché dal Direttore generale della prevenzione sanitaria.

Direttore operativo

Il Direttore operativo del CCM (che si identifica nella figura del Direttore generale della prevenzione sanitaria) svolge, le seguenti funzioni:

- predisporre la proposta di programma annuale di attività del CCM, unitamente al piano finanziario;
- formula proposte di progetti di attuazione del programma;
- predisporre la relazione sull'attività svolta nell'anno precedente;
- assicura il raccordo con le strutture regionali competenti, con un lavoro di rete, nel rispetto dei diversi modelli organizzativi delle Regioni e Province autonome e con i competenti uffici ministeriali;
- attiva sistemi di indagini rapide nazionali e collabora su richiesta delle Regioni per specifiche tematiche di salute;
- promuove la cooperazione e la collaborazione con organizzazioni europee ed internazionali;
- collabora alla costruzione di reti di sorveglianza ad hoc ed alla realizzazione dei programmi di formazione e ricerca;
- predisporre programmi specifici di aggiornamento e formazione del personale;
- cura la restituzione delle informazioni epidemiologiche aggregate e la diffusione capillare dei documenti e delle iniziative.

5. La programmazione CCM e le procedure

Il CCM opera in base ad un programma annuale, predisposto sulla base delle priorità individuate dal Comitato strategico ed approvato entro il 30 giugno, con specifico decreto del Ministro della Salute. L'applicazione del programma avviene attraverso l'attuazione di progetti, in collaborazione con le Regioni e con partner istituzionali, realizzati secondo uno standard di progettazione nel quale sono ben definiti obiettivi, procedure, responsabilità, risorse e tempi.

Al fine di garantire una sempre maggiore trasparenza, efficienza ed efficacia alla propria azione, il CCM, a partire dal programma 2009, ha introdotto delle importanti innovazioni procedurali nella propria operatività. Ad oggi, il diagramma di flusso che da concretezza alle attività annuali contenute nel programma CCM può essere così schematizzato:

1. il Comitato strategico definisce le priorità di intervento;

2. il Direttore operativo del CCM, sulla base delle priorità individuate, definisce una proposta di programma nella quale vengono individuate aree di intervento e linee progettuali;
3. il Comitato scientifico esprime parere sulla proposta del programma annuale di attività del CCM;
4. il Comitato Strategico adotta il programma annuale di attività del CCM, unitamente al piano finanziario;
5. il direttore operativo trasmette agli Enti partner (Regioni e P.A, ISS, ISPEL e AGENAS) e pubblicizza tramite il sito ufficiale del CCM (www.ccm-network.it) il programma;
6. gli Enti partner manifestano il loro interesse all'applicazione del programma attraverso lettere d'intenti, elaborate secondo un preciso standard;
7. le lettere d'intenti vengono vagliate dal Comitato scientifico, che effettua una valutazione di congruità
8. per le lettere d'intenti ritenute congruenti, vengono richiesti i progetti esecutivi, anch'essi elaborati secondo un preciso format;
9. i progetti esecutivi sono esaminati dal Comitato scientifico e quelli valutati positivamente sono sottoposti al Comitato strategico per le scelte definitive.

L'introduzione di tale procedura ha portato le Regioni ad avere un ruolo centrale nell'attuazione del programma. Infatti, poiché sono le Regioni stesse, o gli organi tecnico-scientifici nazionali (ISS, ISPEL ed AGENAS), che singolarmente o in gruppo raccolgono, vagliano e trasmettono al Direttore operativo del CCM le lettere d'intenti, tale funzione di avallo delle proposte di progetto avanzate anche da soggetti terzi consente loro di avere un maggior coordinamento delle attività sostenute con i finanziamenti CCM che vengono svolte sul proprio territorio. Al fine di rinsaldare il rapporto diretto con i partner istituzionale e rendere gli interventi promossi sempre più vicini agli interessi regionali, a partire dal programma 2011, gli accordi di collaborazione che danno attuazione ai progetti stessi, vengono siglati tra il Ministero della salute e gli enti partner (Regioni e P.A, ISS, ISPEL e AGENAS) e non più con l'ente esecutore.

6 I criteri

Contestualmente all'introduzione delle nuove procedure, il CCM ha ulteriormente precisato anche i criteri rispetto ai quali debbono essere condotte le proprie attività nonché quelli ai quali i progetti debbono aderire.

In termini di progettualità, il CCM ritiene indispensabile rimanere ancorati a criteri di ragionevolezza che cercano – nei limiti del possibile – di massimizzare il rapporto costo/efficacia degli interventi attivati. In particolare il CCM intende, attraverso i suoi interventi:

- *promuovere la trasversalità*: il che significa privilegiare gli interventi con i quali si possono raggiungere diversi e molteplici obiettivi di salute. Ad esempio, le azioni di contrasto a scorretti stili di vita, come il fumo di tabacco, la sedentarietà e un'alimentazione sbagliata riducono sia i rischi cardiovascolare e oncologico che quello del diabete;
- *promuovere alleanze*: il che significa privilegiare gli interventi centrati sul coinvolgimento dei principali attori del sistema sanitario. Ad esempio, l'evidenza data dal programma 2010 ai temi delle cure a lungo termine, delle compresenze di patologie e dell'integrazione socio-sanitaria è legata alla necessità di sviluppare reti collaborative tra professionisti di diverse specialità, tra strutture sanitarie territoriali e ospedaliere e tra versante sanitario e versante sociale;
- *promuovere convergenze*: il che significa privilegiare gli interventi che confluiscono in quelli individuati come prioritari dagli strumenti della programmazione. Ad esempio, promuovere interventi di medicina predittiva in oncologia sta a significare sviluppare un campo di applicazione presente nel Piano nazionale della prevenzione 2010-2012;
- *promuovere l'inclusione*: il che significa privilegiare le azioni che contrastano la diseguità (nell'accesso, nella rispondenza, negli esiti, ecc.), in modo da garantire gli interventi

soprattutto a quelle fasce di popolazione - spesso appartenenti ai gruppi sociali più disagiati - che sono più a rischio. Ad esempio, solo lo sviluppo di programmi organizzati di screening oncologici di provata efficacia (cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto) può assicurare un'estensione della copertura delle popolazioni bersaglio e garantire anche il raggiungimento delle fasce di popolazione che difficilmente vi accedono in modo spontaneo.

Conseguentemente a tali intendimenti, diventano vincolanti alcuni criteri cui debbono attenersi le proposte di applicazione al programma. In particolare, la valutazione delle proposte tiene conto che le progettualità:

- 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;
 - presentino un piano finanziario ben dettagliato.
- Va da sé, inoltre, che la valutazione delle proposte di applicazione tiene conto che esse:
- siano coerenti con la mission del CCM ;
 - siano coerenti con le linee progettuali del programma;
 - siano facilmente trasferibili nella pratica del SSN;
 - abbiano il carattere di macroprogettualità;
 - prevedano il coinvolgimento di più Soggetti;
 - promuovano interventi di provata efficacia, e nel caso delle sorveglianze siano a supporto di sorveglianze innovative e non routinarie;
 - contengano - al loro interno - una fase di valutazione di impatto.

Con il programma 2012 sono inoltre state inserite delle importanti novità finalizzate a contenere l'eventuale frammentazione dei progetti e a promuovere network in grado di garantire una maggiore trasferibilità su tutto il territorio degli interventi di provata efficacia, ovvero i progetti debbono

- prevedere la partecipazione di almeno tre Enti partner;
- avere un costo ricompreso tra 150.000 e 500.000 euro;
- ciascun Ente partner può presentare un massimo di 15 lettere di intenti

7. La gestione delle applicazioni al programma CCM

Una volta che le applicazioni al programma CCM sono state approvate, il Direttore operativo ha stipulato (e stipulerà anche per il programma 2012) con i diversi Enti Partner singole convenzioni per regolare gli aspetti operativi e finanziari del rapporto. Al fine di monitorare lo stato di avanzamento del progetto, il Partner è tenuto a trasmettere semestralmente un rendiconto concernente le attività svolte e i costi sostenuti.

L'Ufficio I della Direzione generale della prevenzione sanitaria assicura invece l'espletamento delle procedure amministrative, contabili e finanziarie connesse al funzionamento e all'attività del CCM nel rispetto della vigente legislazione in materia

Al fine di governare la complessità amministrativa derivante dalla stipula dei numerosi accordi di collaborazione sottoscritti, è stato creato un'apposita banca dati, che permette di reperire in tempo reale un accordo, il relativo progetto nonché qualunque informazione amministrativa e/o finanziaria, assicurando in tal modo un monitoraggio costante.

8. I contenuti del programma CCM 2010-2011-2012

La legge di bilancio stabilisce annualmente l'entità del finanziamento del CCM.

Sulla base delle priorità definite a livello strategico, il finanziamento viene ripartito nelle aree o ambiti del programma. In linea generale tutte le progettualità dal 2004 ad oggi fanno ovviamente riferimento alle aree tematiche di maggior interesse per la prevenzione, quali:

- ambiente e clima;
- bioterrorismo;
- incidenti;
- malattie infettive e diffuse;
- malattie croniche
- promozione di stili di vita salutari;
- sostegno ai soggetti vulnerabili;
- sviluppo della capacità di risposta alle emergenze;
- valorizzazione di fonti e flussi informativi.

Con l'intesa Stato regioni del 29 aprile 2010 è stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. Il documento cerca di rispondere alla necessità di rivedere le attività di prevenzione secondo canoni profondamente diversi da quelli che hanno fin qui contraddistinto le attività di settore. Infatti, il nuovo Piano oltre a considerare i programmi di *prevenzione collettiva*, finalizzati ad affrontare problematiche sanitarie sia con interventi rivolti alla persona (screening, vaccinazioni, educazione sanitaria), che agli ambienti di vita e di lavoro (controlli nel settore alimentare e delle acque potabili; prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc.), tenta una prima sistematizzazione dei programmi di *prevenzione di patologia*, al fine di ridurre, anche su questo versante, il carico di malattia.

Alla luce di questa importante "revisione" il CCM, a partire dal 2009 ha ritenuto opportuno accompagnare le Regioni in questo cambiamento, dedicando in gran parte la propria programmazione al sostegno alle Regione per l'attuazione del Piano.

Dunque a partire dal 2009, il programma consta di tre grandi aree:

- 1) sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale della prevenzione e di Guadagnare salute:
- 2) sostegno a progetti strategici di interesse nazionale;
- 3) azioni centrali

1) Area sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale della prevenzione e di Guadagnare salute:

La struttura della prima area è praticamente mutuata sulla struttura del Piano.

Infatti essa prevede i medesimi ambiti individuati nel Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, ovvero:

Prevenzione universale

I programmi di prevenzione universale attraversano molteplici campi (dai controlli ambientali alle attività di verifica della sicurezza delle matrici alimentari, dalle vaccinazioni e dalla lotta alle malattie trasmissibili alle campagne screening, dalla tutela della salute occupazionale agli interventi di tipo regolatorio, ecc) tutti degni di massimo interesse e tutti fondamentali per il nostro star bene. Non di meno, negli ultimi decenni le policies di tutti i paesi industrializzati si trovano a dover enfatizzare soprattutto il contrasto ai fattori di rischio comportamentali per le malattie croniche anche perché è inequivocabilmente dimostrato che tali patologie (che hanno notevoli ripercussioni sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie e sui costi economici e sociali che la società deve sopportare) sono in larga parte prevenibili e controllabili intervenendo sui principali fattori di rischio: fumo, dieta scorretta, inattività fisica ed uso di alcool.

Medicina predittiva

La medicina predittiva è quell'approccio che – prima e/o dopo la nascita - tende a scoprire e valutare in termini probabilistici i fattori che, per una specifica persona e in un dato contesto, possono favorire l'insorgenza di una malattia. Per definizione, dunque, la medicina predittiva si rivolge agli individui sani - nei quali cerca la fragilità o il difetto che conferiscono loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia – e al contempo è probabilistica e individuale e come tale consente la massima personalizzazione degli interventi. La medicina predittiva, peraltro, è da sempre insita in tutte quelle attività di prevenzione che si basano su una valutazione del rischio. La

sua estrapolazione come campo a sé, costituisce, dunque, soprattutto un'evoluzione in termini culturali, perché supera il dualismo tra persona ed ambiente, leggendo in una visione più integrata la malattia, non solo come il risultato di un'esposizione ad agenti patogeni o a fattori di rischio, ma anche come interazione tra fattori esogeni e predisposizione individuale, sia genetica che dovuta a fattori evolutivi.

Prevenzione popolazione a rischio

Rispetto agli interventi di assistenza e cura che riguardano la singola persona - nei confronti della quale ogni singolo evento deve essere meritevole di doverosa attenzione da parte del SSN - la prevenzione nella popolazione a rischio ha una valenza ulteriore: si rivolge, infatti, alla comunità e, pur coinvolgendo a livello personale singoli individui, ha comunque una motivazione ed una prospettiva d'insieme.

Inoltre, poiché gli interventi in questione riguardano la prevenzione di rischi o patologie possibili è chiaro che l'azione può essere indirizzata su target diversi: gli eventi più frequenti, piuttosto che quelli più gravi clinicamente, piuttosto che quelli che assorbono maggiori risorse, piuttosto che quelli a carico di sottogruppi di popolazione, ecc.

Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Non vi è dubbio che una delle sfide che oggi il SSN deve affrontare è quella di dover intercettare e rispondere adeguatamente ad una domanda crescente di assistenza che si connota almeno per tre elementi ovvero la lunga durata; la necessità di essere erogata in ambiti molto diversi (domicilio, ambulatorio, residenza intermedia, ospedale) e la necessità di essere supportata da adeguati servizi sociali. Promuovere la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia sta allora a significare promuovere il disegno e la implementazione di percorsi che garantiscano - migliorando la integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali - la continuità della presa in carico di target particolarmente fragili, quali malati cronici, portatori di polipatie, ecc.

Sorveglianza epidemiologica innovativa

Oltre ai suddetti ambiti prettamente rivolti alle attività di prevenzione, l'area del sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale della prevenzione e di Guadagnare salute, prevede anche un ambito dedicato alle sorveglianze. Su specifica richiesta dei Comitati del CCM, a partire dal programma 2010, le sorveglianze, cosiddette routinarie, sono state traslate all'interno delle azioni centrali, anche in virtù di una loro necessaria ripetitività. Così all'interno dell'area progettuale ricadono solo i progetti di sorveglianza epidemiologica innovativa. In questo modo il CCM intende promuovere l'implementazione di sistemi di raccolta, registrazione, analisi, interpretazione e comunicazione dei dati che siano tempestivi ed utili ad osservare e capire i fenomeni così da poter orientare e monitorare le scelte dei decisori per farle convergere verso la promozione del bene salute.

2) Area sostegno a progetti strategici di interesse nazionale;

A questo ambito afferiscono linee progettuali che i Comitati ritengono prioritarie. - coerenti con la missione del CCM - non direttamente riferibili a specifiche aree del PNP e di Guadagnare salute dal momento che attraversano trasversalmente questioni cruciali relative alla promozione della salute ed alla prevenzione delle malattie, e che i Comitati ritengono prioritarie.

3) Le azioni centrali

Nella programmazione è annualmente ricompresa anche la cosiddetta area delle azioni centrali, direttamente gestita dal Ministero della salute e che pertanto non necessita di specifici sviluppi progettuali, perché funzionale alla pratica operatività del CCM. In tale area convergono infatti tutte quelle spese necessarie ad assicurare lo svolgimento dei compiti attribuiti, appunto, a livello centrale al CCM.

In particolare, vengono distinte voci di funzionamento (destinate a spese per riunioni, spese di cancelleria, riviste, acquisto materiali, servizio 1500 emergenze sanitarie, etc.), di personale e, infine, di attività nelle quali rientrano le spese per fronteggiare le emergenze, le collaborazioni

internazionali, la promozione e l'informazione istituzionale delle attività supportate dal CCM, il sostegno a progetti speciali, etc...

Dal 2010, nell'ottica del miglioramento delle procedure e dei processi operativi del CCM, su mandato specifico dei Comitati CCM, afferiscono alle azioni centrali anche le sorveglianze *routinarie*.

Merita infine una speciale menzione per l'impatto avuto sulla cittadinanza il supporto del CCM al numero di pubblica utilità 1500, attivato in seguito all'esplosione di situazioni particolari: ondate di calore, emergenza rifiuti, epidemia da A(H1N1)v.

9. Conclusioni

Il CCM, fin dai suoi primi anni di attività, ha rappresentato un organismo unico nel panorama della sanità pubblica italiana per quattro motivi essenziali:

- la proficua condivisione – da parte tanto dell'Amministrazione sanitaria centrale, quanto delle Regioni – degli organi, dei percorsi e delle attività promosse consente di pensare al CCM come al solo organismo “federale” e permanente¹ oggi esistente in campo sanitario;
- il CCM non si configura né come una struttura che va ad aggiungersi ad altre strutture né come un produttore di attività che si va a sommare ad altri produttori di attività, bensì rappresenta l'espressione di una funzione che promuove l'integrazione degli “interessi” del Paese all'interno delle pratiche del Servizio sanitario nazionale;
- all'interno della promozione della salute e della prevenzione delle malattie, la missione del CCM di costruire ponti con le esperienze migliori del Paese (favorendo alleanze tra Regioni e svolgendo un ruolo attivo di coordinamento, assistenza e valutazione) rappresenta un importante fattore di coesione unitaria che anche nei sistemi più devoluti è sempre presente;
- la diffusione di evidenze scientifiche e di buone pratiche organizzative – che è una delle ragioni d'essere del CCM – è la leva più efficiente per far crescere l'intero sistema della prevenzione, riducendo le diseguità.

Le schede delle singole linee di attività promosse negli ultimi anni che sono riportate subito appresso sono chiamate a testimoniare il valore degli appena accennati profili identitari del CCM.

Per gli anni 2010 e 2011 si riportano, rispettivamente negli allegati 1 e 2, alcuni elementi generali relativi ai programmi adottati, la tabella del programma, riportante le linee progettuali e le azioni centrali, nonché l'elenco dei progetti approvati ed una loro breve sintesi.

Per l'anno 2012 l'iter di definizione dei progetti di attuazione del programma è ancora in corso, pertanto nell'allegato 3, oltre ad alcuni elementi generali del programma e alla relativa tabella, si riporta l'elenco delle lettere di intenti ritenute congrue dal Comitato scientifico e per le quali è stata richiesta la stesura del progetto esecutivo.

¹ Naturalmente, al di fuori della sede della Conferenza Stato-Regioni, che - per altro - ha una mission non assimilabile al CCM

ALLEGATO 1

PROGRAMMA CCM 2010

Con il DM del 2 marzo 2010, registrato alla Corte dei Conti in data 7 maggio 2010 (reg 7. fgl 166), è stato approvato il programma CCM 2010. Il Comitato strategico ha ritenuto di confermare per il 2010 le priorità di intervento individuate nel 2009 e volte essenzialmente a sostenere le Regioni nella realizzazione del nuovo Piano nazionale della prevenzione (Pnp) e del programma Guadagnare salute.

Il programma si articola dunque in tre grandi aree (Tabella 1):

4) sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale della prevenzione e di Guadagnare salute.

Tale area come per l'anno passato, mutua la propria struttura dal Pnp, individuando quali aree di intervento, oltre alla sorveglianza epidemiologica innovativa, la prevenzione universale, la medicina predittiva, la prevenzione nella popolazione a rischio e la prevenzione delle complicanze e recidive di malattia.

sostegno a progetti strategici di interesse nazionale

All'ambito dei progetti strategici di interesse nazionale afferiscono, invece, linee progettuali ritenute prioritarie, coerenti con la missione del Ccm ma non direttamente riferibili al sostegno al Pnp e a Guadagnare salute.

5) azioni centrali:

Area direttamente gestita dalla direzione operativa non necessitante di specifici sviluppi progettuali, perché funzionale alla pratica operatività del CCM. A tale area – che continua a raggruppare voci di spesa relative al funzionamento, al personale e alle attività – afferiscono il supporto alle azioni centrali previste dal PNP, il sostegno a progetti speciali (monitoraggio deroghe acque potabili; data-base dei componenti dei prodotti del tabacco) e da quest'anno, su specifica richiesta del Comitato del CCM, il sostegno alle attività di sorveglianza epidemiologica routinaria.

Il Comitato strategico, nella riunione del 23 febbraio 2010, nella quale è stato approvato il programma CCM, ha altresì approvato la suddivisione del finanziamento tra le tre suindicate aree. Della disponibilità economica per il 2010, pari a 26.762.861 euro, poco meno del 50% (ovvero 12.000.000 euro) è indirizzato al sostegno alle Regioni per la realizzazione delle attività previste dal Piano nazionale della prevenzione e da Guadagnare salute, mentre la quota rimanente è destinata in parti pressoché uguali al supporto di progetti strategici di interesse nazionale ed allo svolgimento delle azioni centrali (funzionamento, attività e personale).

Così come previsto dalle procedure, riportate nell'introduzione, le Regioni e province autonome, nonché i tre enti centrali: AGENAS, INAIL ed ISS, sono stati invitati a presentare alla direzione operativa le proprie proposte di progetto sotto forma di lettera di intenti. Complessivamente sono pervenute 420 proposte di iniziative. Sulla base dei criteri individuati e riportati anche nel programma stesso, il Comitato scientifico, nelle riunioni del 20 e 21 aprile, ha ritenuto congruenti 71 lettere di intenti. Inoltre al fine di garantire una maggiore trasferibilità ed evitare duplicazione di interventi, ha ritenuto opportuno introdurre un'importante novità. Per alcuni temi ritenuti prioritari sui quali sono stati presentate più lettere d'intenti aventi obiettivi finali simili o integrabili, il Comitato scientifico ha richiesto agli enti esecutori di armonizzare le singole proposte in un unico progetto esecutivo. I temi per i quali sono state richieste integrazioni sono 9, per un totale di 25 lettere d'intenti. Per tutte queste lettere di intenti è stato dunque richiesto ai soggetti proponenti la stesura del progetto esecutivo, secondo il formato CCM.

Con la riunione del Comitato strategico del 8 luglio 2010 si è poi concluso l'iter di valutazione dei progetti esecutivi del programma Ccm 2010. I Comitati del Ccm hanno espresso parere favorevole per 53 dei progetti pervenuti (tabella2), di cui 31 afferenti all'area Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano Nazionale della Prevenzione e di Guadagnare salute e 22 afferenti all'area sostegno a progetti strategici di interesse nazionale.

Tab 1- Tabella allegata Programma 2010

AREA	AMBITO	LINEA PROGETTUALE		ID
SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PNP E DI GUADAGNARE SALUTE	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA INNOVATIVA	Ambiente e salute	Fattori di impatto dell'inquinamento ambientale prodotto dagli aeroporti (rumore, aria, etc..)	1
			Sistematizzazione della sorveglianza in materia di salute e rifiuti a livello nazionale	2
			Monitoraggio degli inquinanti ambientali e degli effetti sulla salute	3
		Azioni di sistema	Progettazione di un tempestivo sistema informativo nazionale sulla mortalità per cause	4
			Salute neonatale: sorveglianza epidemiologica attraverso una coorte nazionale di nati	5
	PREVENZIONE UNIVERSALE	Ambienti di lavoro	La prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali basata sulle prove di efficacia con particolare riguardo alle malattie lavoro-correlate da esposizione multipla	6
			Malattie infettive	Valutazione di outcome dei programmi vaccinali
		Implementazione e sostegno alla lotta all'AIDS		8
		Emergenze infettive con particolare riguardo a quelle di origine animale		9
		Malattie sessualmente trasmesse		10
		Stili ed ambienti di vita	Supporto alla prevenzione di infortuni domestici, scolastici, stradali e del tempo libero	11
			Rischi emergenti nella catena alimentare	12
			Ambiente indoor	13
			Promozione di stili di vita salutari	14
		MEDICINA PRE-DITTIVA	Supporto all'implementazione e trasferimento di programmi di medicina predittiva di provata efficacia	Fattori predittivi in oncologia
	Salute neonatale: programmi di intervento di medicina predittiva			16
	PREVENZIONE POPOLAZIONE A RISCHIO	Gruppi di popolazione deboli	Il rischio suicidario	17
			Le buone pratiche nella vaccinazione HPV	18
	PREVENZIONE COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA	Gruppi di popolazione deboli: supporto alla presa in carica multidimensionale e multispecialistica	La presa in carico dei problemi di salute mentale: percorsi e strutture	19
			La presa in carico della disabilità: percorsi e strutture	20
			La presa in carico nella medicina della complessità: percorsi e strutture	21
			La presa in carico delle malattie ereditarie: percorsi e strutture	22
			Promozione dell'attività fisica come atto terapeutico	23
			Modelli organizzativi di prevenzione attiva nel rischio cardio e cerebrovascolare	24
			Assistenza di base ai pazienti immigrati	25
			Prevenzione delle complicanze della patologia diabetica	26
Totale finanziamento sostegno alle regioni per l'implementazione del pnp e di guadagnare salute			12.000.000	

(SEGUE)Tab 1- Tabella allegata Programma 2010

AREA	LINEA PROGETTUALE		ID
SOSTEGNO A PROGETTI STRATEGICI DI INTERESSE NAZIONALE	Comunicazione ed informazione	Modelli di comunicazione in sanità	27
	Azioni di sistema	Analisi dei modelli di protezione/controllo in sanità pubblica	28
		L'interfaccia Comuni/ASL nella integrazione sanitaria con particolare riferimento alla continuità assistenziale	29
		Coordinamento ed integrazione di biobanche di popolazione	30
		I costi della mancata prevenzione in materia di salute sul lavoro	31
		La misura della qualità dei servizi sanitari non ospedalieri	32
		Valutazione della performance dell'assistenza ai pazienti oncologici	33
		Modelli operativi di "salute in tutte le politiche"	34
		Remunerazione dei servizi per pacchetti di prestazioni	35
		Revisione sistematica (tramite dati di sorveglianza epidemiologica) dell'efficacia dei programmi di prevenzione	36
		Risk management in sanità	37
		Strategie ed interventi di attuazione della normativa UE nelle materie individuate dal Piano nazionale della prevenzione	38
		Supporto alla donazione ed al trapianto di organi	39
<i>Totale finanziamento sostegno a progetti strategici di interesse nazionale</i>		7.300.000	

(SEGUE) Tab 1- Tabella allegata Programma 2010

<i>AREA</i>	<i>AMBITO</i>	<i>VOCI</i>
AZIONI CENTRALI	funzionamento	Spese per: - riunioni istituzionali CCM; acquisto materiale di cancelleria, riviste e libri; acquisto apparecchiature informatiche; piattaforma web e sito CCM; servizio “1500” emergenze sanitarie; servizio traduzione; - sistema di allerta rapido; sistemi di valutazione e monitoraggio delle procedure amministrative.
	personale	Spese per: - missioni; rimborso spese personale di prestito; medici sarsisti; personale a tempo determinato ex giubilari; corsi di formazione ed aggiornamento; corsi di formazione ed aggiornamento per personale USMAF e PIF.
	attività	Spese per: - predisposizione di risorse per fronteggiare le emergenze bioterroristiche, 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; attività di difesa civile nel settore NBCR; - sorveglianze epidemiologiche routinarie, ivi inclusa l’antibiotico-resistenza; Osservatorio nazionale screening - attività di informazione istituzionale al personale del SSN, della CRI e degli USMAF; sostegno alla rete USMAF; collaborazioni internazionali; supporto alle azioni centrali del PNP; informazione istituzionale espressamente destinate a promuovere e sostenere le attività del CCM, quali: pubblicazioni, convegni, seminari, ecc.; sostegno a progetti speciali (monitoraggio deroghe acque potabili; data-base dei componenti dei prodotti del tabacco); portale nazionale acque.
<i>Totale finanziamento azioni centrali</i>		7.462.861
<i>Totale complessivo</i>		26.762.861

Tab 2 Progetti approvati Programma 2010

SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E DI GUADAGNARE SALUTE			
AREA	TITOLO PROGETTO	PROPONENTE	EURO
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA INNOVATIVA	Sperimentazione dell'utilizzo della Valutazione degli Impatti sulla Salute (VIS) a supporto dell'espressione dei pareri dei Dipartimenti di Prevenzione/ Sanità Pubblica (DSP) in Conferenza dei Servizi (CdS)	EMILIA ROMAGNA	160.000
	Sorveglianza epidemiologica sullo stato di salute della popolazione residente intorno agli impianti di trattamento rifiuti	EMILIA ROMAGNA	500.000
	Piccoli+. Arruolamento e sorveglianza epidemiologica di una coorte nazionale di nati	LAZIO	700.000
	Impatto dell'inquinamento ambientale prodotto dagli aeroporti (aria, rumore) sulla salute dei residenti	LAZIO	550.000
	Sorveglianza epidemiologica in aree interessate da inquinamento ambientale da Arsenico di origine naturale o antropica	TOSCANA	400.000
PREVENZIONE UNIVERSALE	La rabbia silvestre nel nord-est: monitoraggio e valutazione dell'efficacia delle misure di profilassi in animali e in lavoratori a rischio	INAIL	480.000
	Colonizzazione da pneumococco in bambini in asili nido nell'epoca del vaccino glicoconiugato 7-valente	ISS	114.000
	Efficacia a lungo termine della vaccinazione anti-epatite B.	ISS	100.000
	Esposizione ad inquinanti indoor: linee guida per la valutazione dei fattori di rischio in ambiente scolastico e definizione delle misure per la tutela della salute respiratoria degli scolari e degli adolescenti (Indoor-School)	ISS	476.000
	Follow-up di una coorte di donne gravide vaccinate con vaccino pandemico e valutazione dell'Efficacia Vaccinale del vaccino anti Influenzale Stagionale (EVIS) nella popolazione generale.	ISS	450.000
	Promozione di "stili di vita favorevoli alla salute"	LOMBARDIA	500.000
	Sorveglianza Zoonosi: Alleanza Prevenzione Ospedale e Territorio	MARCHE	160.000
	I consultori familiari nella prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse	PUGLIA	330.000
	Piano di controllo della echinococcosi - idatidiosi in Sardegna	SARDEGNA	150.000
	Indagine conoscitiva sulle febbri di origine oscura (FOO) e sorveglianza delle malattie da importazione	SICILIA	160.000
	Scenari futuri dell'abitudine al fumo in Italia tramite modelli di simulazione di impatto di politiche di controllo del tabagismo.	TOSCANA	58.000
	Sorveglianza del morbillo nella regione Veneto	VENETO	270.000
	MEDICINA PREDITTIVA	Valutazione del costo-efficacia di un programma di screening audiologico neonatale universale nazionale	AGENAS
Screening dei familiari di 1° grado, fratelli e sorelle di pazienti con cancro coloretale al momento della diagnosi del caso indice		LOMBARDIA	350.000
PREVENZIONE POPOLAZIONE A RISCHIO	Indagine conoscitiva sugli aspetti comunicativi e organizzativi delle campagne di vaccinazione contro il papilloma virus umano e sull'accettazione dell'offerta vaccinale nelle Regioni italiane e proposta di un modello comune per le prossime campagne	ISS	228.000

SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E DI GUADAGNARE SALUTE

AREA	TITOLO PROGETTO	PROPONENTE	EURO
PREVENZIONE COMPLICANZE E RECIDIVE DI MALATTIA	Linee d'intervento transculturali nell'assistenza di base e nel materno infantile	CALABRIA	650.000
	Prevenzione dell'obesità in pazienti affetti da Diabete Mellito o Sindrome Metabolica attraverso un programma di <i>Disease Management</i>	CAMPANIA	200.000
	La PREsa in Carico delle persone con Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA): rilevazione e Implementazione dei percOrsi di cUra e degli Strumenti di gestione. PROGETTO "PRECIOUS"	EMILIA ROMAGNA	998.600
	La presa in carico delle persone con ictus cerebrale : implementazione dei percorsi di cura integrati e degli strumenti di gestione	EMILIA ROMAGNA	700.000
	Progettazione e sperimentazione di un sistema sostenibile di incremento e miglioramento qualitativo dell'offerta assistenziale odontoiatrica per pazienti con difficoltà di accesso alle cure e diversamente abili	FVG	700.000
	Definizione di un modello di presa in carico del paziente portatore di malattie emorragiche congenite finalizzato alla prevenzione e riduzione dell'impatto socio-sanitario della malattia e delle sue complicanze.	ISS	170.000
	Definizione e implementazione di un modello di assistenza domiciliare integrata per malati affetti da Insufficienza Respiratoria in ossigenoterapia a lungo termine o Ventilazione Meccanica Domiciliare	LAZIO	210.000
	Costruzione di percorsi diagnostico-assistenziali per le malattie oggetto di screening neonatale allargato	LAZIO	245.000
	Percorso assistenziale per la presa in carico multidisciplinare del paziente con comorbilità cardiorespiratoria finalizzato alla riduzione della morbilità e al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	LOMBARDIA	316.000
	La presa in carico dei soggetti affetti da talassemia ed emoglobinopatie: percorsi e strutture	LOMBARDIA	360.000
	Attivazione di un programma organizzato di prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari	VENETO	600.000
TOTALE			€11.855.600

SOSTEGNO A PROGETTI STRATEGICI DI INTERESSE NAZIONALE

AREA	TITOLO PROGETTO	PROPONENTE	EURO
COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE	Piano di comunicazione ai decisori dei contenuti di salute di una vita attiva	EMILIA ROMAGNA	250.000
	L'informazione come prima medicina: il Servizio Nazionale di Accoglienza e Informazione in Oncologia	ISS	520.000
	Sulle ali di pegaso- un progetto per spiegare le malattie rare	ISS	90.000
	I tumori in Italia: il portale dell'epidemiologia oncologica per gli esperti e i cittadini	LOMBARDIA	220.000
AZIONI DI SISTEMA	Programma Nazionale Esiti (PNE-2): valutazione degli esiti; dell'assistenza ai tumori e delle cure primarie a patologie croniche	AGENAS	600.000
	Adozione di un sistema di diffusione sistematica di informazioni ai medici di medicina generale sulla qualità dell'assistenza erogata e valutazione dell'impatto sui comportamenti clinici.	EMILIA ROMAGNA	300.000
	La Gestione del Rischio Clinico attraverso un approccio integrato: definizione di standard minimi per le organizzazioni sanitarie italiane	FVG	225.000
	Individuazione di modelli di stima dei costi di malattie professionali ad elevata frazione eziologica e di valutazione costi/benefici della prevenzione della salute e sicurezza in azienda	INAIL	480.000
	Costruzione dell'Hub Italiano delle Biobanche di Popolazione	ISS	280.000
	Messa a regime nelle regioni italiane di un sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e sociosanitari	ISS	480.000
	Sopravvivenza e cura per tumore in Italia e in Europa	LOMBARDIA	188.000
	Una rete regionale di biobanche oncologiche per la ricerca scientifica e la cura del cancro	LOMBARDIA	140.000
	Impatto della complessità sull' <i>outcome</i> dei pazienti oncologici	LOMBARDIA	350.000
	Donne portatrici di mutazioni nei geni <i>BRCA1</i> e <i>BRCA2</i> : la presa in carico clinica e psicologica	LOMBARDIA	180.000
	La definizione del case-mix nelle cure domiciliari: implementazione italiana del sistema RUG-III HC in Italia	MARCHE	600.000
	Valutazione della qualità dei Servizi di Salute Mentale: un percorso di analisi condivisa con pazienti in qualità di valutatori	PIEMONTE	415.000
	Sviluppo del sistema integrato di gestione del rischio clinico nella donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule	PIEMONTE	450.000
	Modello di assistenza pneumologica territoriale per i pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica	PUGLIA	350.000
	Il monitoraggio della qualità dell'assistenza in RSA: validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori <i>quality ed equity oriented</i> ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema	TOSCANA	470.500
	Incremento disponibilità organi per il trapianto cuore con organo valutato mediante eco-stress e prelevato da donatori di età maggiore di 55 anni	TOSCANA	350.000
	La donazione organi come tratto identitario	UMBRIA	100.000
	La Valutazione dell'impatto delle iniziative di promozione dell'attività motoria nella popolazione	VENETO	250.000
TOTALE			€7.288.500

PROGRAMMA CCM 2010

Elenco progetti

AREA SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PNP E DI GUADAGNARE SALUTE

Sorveglianza epidemiologica innovativa

1) SPERIMENTAZIONE DELL'UTILIZZO DELLA VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI SULLA SALUTE (VIS) A SUPPORTO DELL'ESPRESSIONE DEI PARERI DEI DSP IN CONFERENZA DEI SERVIZI

La valutazione degli impatti sulla salute (VIS) di insediamenti, progetti e piani sta assumendo un peso sempre più rilevante nell'ambito dell'attività dei dipartimenti di prevenzione. La VIS è riconosciuta dalla Comunità Europea come lo strumento di elezione per integrare la valutazione degli aspetti sanitari nella valutazione strategica ambientale e per la stima degli effetti di politiche non sanitarie sulle popolazioni coinvolte. Il processo di VIS, infatti, aiuta ad integrare in modo sistematico le evidenze e le conoscenze relative ad effetti sulla salute di politiche, piani, programmi e progetti nella loro valutazione proponendo valori che promuovono la sostenibilità ambientale e il miglioramento del benessere complessivo degli individui e delle comunità. Tuttavia attualmente in Italia non esistono esperienze consolidate in materia di valutazione degli impatti sulla salute. Il progetto intende pertanto sperimentare e validare un protocollo di VIS, a partire dal modello di VIS sviluppato nell'ambito del progetto di sorveglianza degli inceneritori MONITER finanziato e realizzato dalla Regione Emilia-Romagna. Il protocollo di VIS che si propone di validare è un processo che permette di riqualificare le modalità di predisposizione dei pareri e inserire contenuti sanitari nelle valutazioni effettuate dal personale dei DSP nelle conferenze dei servizi. Di fatto il progetto si compone di due momenti salienti: la formazione degli operatori che applicheranno il protocollo e l'applicazione del protocollo stesso.

Partner Emilia Romagna

Euro 160.000

2) SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA SULLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE INTORNO AGLI IMPIANTI DI TRATTAMENTO RIFIUTI

La gestione dei rifiuti è un processo complesso, le sostanze che si generano durante lo smaltimento possono contaminare l'ambiente e da qui la preoccupazione, soprattutto nelle popolazioni che vivono vicino agli impianti di trattamento e smaltimento rifiuti, che vi possano essere conseguenze sulla salute. La letteratura scientifica relativa agli studi epidemiologici condotti in prossimità di impianti di smaltimento rifiuti attivi negli anni passati è stata ampiamente valutata in revisioni esaustive. Tuttavia valutare l'impatto sulla salute di vecchi impianti, anche con studi epidemiologici, non può significare predire lo stesso impatto per gli impianti di nuova generazione. La tecnologia cambia a velocità elevate, le stesse modalità di gestione e smaltimento sono in continuo rinnovamento. Emerge quindi la necessità di strumenti, anche dal punto di vista epidemiologico, che possano seguire questi mutamenti e i riflessi sulle variazioni di rischio per la salute dei cittadini potenzialmente esposti. Da ciò pare opportuno utilizzare modalità di lavoro epidemiologico che mirano allo sviluppo di strumenti di valutazione di impatto sanitario (*health impact assessment*) di insediamenti, impianti e tecnologie per la sorveglianza della salute delle popolazioni. Il progetto si propone di fornire metodologie e strumenti operativi per l'implementazione di sistemi di sorveglianza in materia di rifiuti e salute volti alla valutazione dell'impatto del ciclo di trattamento dei rifiuti solidi urbani sulla salute della popolazione coinvolta, tenendo conto delle differenze informative delle diverse realtà presenti sul territorio nazionale.

Partner Emilia Romagna

Euro 500.000

3) PICCOLI +. ARRUOLAMENTO E SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DI UNA COORTE NAZIONALE DI NATI

Gli avvenimenti del periodo prenatale e dei primi mesi di vita di un bambino ne influenzano la crescita e possono avere un effetto sull'incidenza di eventi morbosi della prima infanzia e dell'età adulta. Lo sviluppo psicomotorio e comportamentale, patologie pediatriche come l'asma bronchiale e le allergie, affezioni delle alte e basse vie respiratorie, tumori infantili, disturbi gastrointestinali e malattie dell'età adulta (come diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari) possono trovare la loro origine dall'interazione fra fattori genetici, biologici ed ambientali identificabili in utero o nei primi anni di vita. L'arruolamento in località geografiche diverse e il follow-up prospettico di una coorte di neonati rappresenta una moderna piattaforma informativa, già sperimentata in diversi paesi per la sorveglianza epidemiologica degli eventi legati al periodo neonatale e ai primi anni di vita, indispensabile per poter identificare e realizzare efficaci interventi di prevenzione sulla popolazione. Il progetto qui proposto intende stimare, attraverso una sorveglianza prospettica, la frequenza di fattori personali ed ambientali predittivi per la salute del bambino nonché l'incidenza nel primo anno di vita di condizioni morbose ad elevata frequenza e si articola nell'arruolamento e nella raccolta di materiale biologico per la costruzione di un banca biologica, e nel follow-up per il primo anno di vita di una coorte di nati in quattro località italiane.

Partner Lazio Sanità- ASP Lazio

Euro 700.000

4) IMPATTO DELL'INQUINAMENTO AMBIENTALE PRODOTTO DAGLI AEROPORTI (ARIA, RUMORE) SULLA SALUTE DEI RESIDENTI

Dal 2000 ad oggi, il progressivo aumento del traffico aeroportuale, ha comportato per i cittadini residenti nei pressi degli aeroporti un aumento dell'inquinamento acustico ambientale e delle emissioni di scarico, generate dagli aeromobili e dal traffico stradale tipicamente associato alla presenza di impianti aeroportuali. Per quanto riguarda le conseguenze dell'inquinamento acustico sulla salute, è possibile distinguere danni di tipo uditivo da quelli extra-uditivi. Mentre i primi sono associati ad una stimolazione sonora di intensità tale da causare la perdita di cellule sensoriali dell'organo del Corti (danno specifico), i danni di tipo extra-uditivo si evidenziano a livelli di rumore ambientale che, può comportare un grado elevato di stress acustico. Negli ultimi anni, con la realizzazione di alcuni progetti è stata favorita, a livello europeo, la ricerca per approfondire il rapporto tra rumore aeronautico e salute cardiovascolare. Per quanto riguarda l'Italia, il Servizio Sanitario Nazionale ha recepito la rilevanza della tematica, ma i dati raccolti, sono insufficienti rispetto ai bisogni di conoscenza e valutazione dello stato di salute dei cittadini residenti in prossimità degli aeroporti. Il progetto si propone pertanto di fornire strumenti operativi per l'avvio di sistemi di sorveglianza in materia di inquinamento acustico ed atmosferico e dei relativi effetti sulla salute tra i residenti nei pressi dei principali aeroporti italiani. L'obiettivo verrà raggiunto attraverso una sintesi di tutte le evidenze scientifiche disponibili e la realizzazione di indagini campionarie tra la popolazione residente in prossimità di 5 aeroporti italiani (Torino, Pisa, Verona, Milano- Linate e Milano- Malpensa), finalizzate ad ottenere dati inerenti alla frequenza di ipertensione, insofferenza al rumore e disturbi respiratori, da valutare in relazione con i fattori ambientali, e da combinare con il dataset già disponibile relativo allo studio SERA (Roma-Ciampino).

Partner ASL RME

Euro 550.000

5) SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA IN AREE INTERESSATE DA INQUINAMENTO AMBIENTALE DA ARSENICO DI ORIGINE NATURALE O ANTROPICA

Numerose aree del nostro Paese sono contaminate da arsenico (As) di origine naturale o antropica. I potenziali effetti dell'esposizione cronica ad As rappresentano una preoccupazione per la salute umana. Le principali vie di esposizione per l'uomo sono rappresentate dall'ingestione di acqua e

alimenti contaminati da As, inalazione, contatto dermico. Gli effetti avversi dipendono da dose, durata e frequenza di esposizione, da consumi e abitudini alimentari, e possono variare da effetti gravi di tipo neoplastico a carico di pelle, polmone o vescica, a effetti neurologici, cardiovascolari e respiratori. Sono state documentate inoltre associazioni con ipertensione, diabete mellito e alcuni parametri di alterazione funzionale dell'endotelio, di crescente interesse come fattori di rischio cardiovascolare. A fianco del sistema di sorveglianza sanitaria basato sulla valutazione di flussi informativi sanitari correnti (mortalità, ricoveri ospedalieri, registri di patologia) riferiti a residenti in aree definite ad alto rischio ambientale, si ritiene opportuno utilizzare un sistema di indicatori individuali per identificare segni precoci di modificazione funzionale o strutturale prima che si manifesti il danno clinico e per valutare la suscettibilità individuale. Il progetto si propone di valutare la relazione tra esposizione umana ad arsenico (As), stimata attraverso dati ambientali e valutata mediante indicatori di dose assorbita, e marcatori biologici di effetto precoce sulla salute, allo scopo di definire indicatori per un sistema avanzato di sorveglianza ambiente-salute.

Partner ISTITUTO DI FISILOGIA CLINICA DEL C.N.R.

Euro 400.000

Prevenzione Universale

6) LA RABBIA SILVESTRE NEL NORD-EST: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLE MISURE DI PROFILASSI IN ANIMALI E IN LAVORATORI A RISCHIO

La rabbia è una zoonosi causata da un virus responsabile di encefaliti letali negli animali selvatici e domestici. Vari mammiferi fungono da *reservoir* e si riconoscono due circuiti di malattia a seconda delle specie serbatoio: la rabbia silvestre e la rabbia urbana. L'infezione può trasmettersi anche all'uomo con la saliva di animali infetti attraverso morsi, graffi, ferite, lambitura di cute non integra o di mucose. Le principali misure di profilassi sono indirizzate alla prevenzione della malattia negli animali mediante vaccinazione, adozione di provvedimenti coercitivi e lotta al randagismo. In Europa nelle regioni centro-occidentali la rabbia urbana è stata eradicata e i focolai di rabbia silvestre drasticamente ridotti mediante opportuni interventi vaccinali; nelle regioni orientali sono stati attivati piani di controllo e profilassi. L'Italia, dichiarata indenne da rabbia urbana nel 1973, è stata interessata periodicamente dalla reintroduzione di rabbia silvestre nelle regioni dell'arco alpino confinanti con Austria, ex Jugoslavia, Svizzera e Francia. Da ottobre 2008 si sono registrati nuovi casi di rabbia silvestre dapprima in Friuli Venezia Giulia e poi nel Veneto e nelle P.A di Trento e Bolzano. In considerazione dell'attuale circolazione del virus della rabbia nella popolazione di selvatici il progetto si propone di avviare un'indagine diretta a valutare, l'efficacia degli interventi vaccinali nella volpe, negli animali domestici e nell'uomo e le eventuali reazioni avverse, sulla base dei protocolli utilizzati. Inoltre sarà promosso uno studio epidemiologico in categorie professionali a rischio di infezione al fine di individuare ulteriori misure di prevenzione e controllo in ambito occupazionale.

Partner INAIL

Euro 480.000

7) COLONIZZAZIONE DA PNEUMOCOCCO IN BAMBINI IN ASILI NIDO NELL'EPOCA DEL VACCINO GLICOCONIUGATO 7-VALENTE.

Streptococcus pneumoniae, lo pneumococco, è un importante patogeno umano responsabile di gravi infezioni in ambito comunitario quali meningiti, sepsi e polmoniti. L'introduzione del vaccino glicoconiugato 7-valente (PCV7) ha causato una notevolmente diminuzione dell'incidenza delle malattie invasive pneumococciche dovute ai sierotipi contenuti nel vaccino (sierotipi vaccinali, SV) nei bambini target della vaccinazione e, in misura minore, anche nelle classi di età non interessate dalla vaccinazione per il fenomeno dell'immunità di gregge. Di contro, è aumentata l'incidenza delle infezioni dovute a sierotipi non contenuti nel vaccino (sierotipi non vaccinali, SNV), aumento che per il momento è limitato ma che rischia di ridurre il successo della vaccinazione. La nicchia ecologica dello pneumococco è rappresentata dalla mucosa del nasofaringe e la colonizzazione, che

è la vera responsabile della trasmissione di pneumococco da persona a persona, è condizione necessaria che precede una malattia di tipo invasivo. La colonizzazione è particolarmente frequente nell'età pediatrica. Il presente progetto prevede di dare informazioni sulla colonizzazione nasofaringea da *S. pneumoniae* in bambini sani che frequentano asili nido, in un periodo successivo all'implementazione del vaccino PCV7 e precedente all'implementazione su larga scala dei nuovi vaccini glicoconiugati a maggiore valenza (PCV10 e PCV13). Il progetto si baserà sullo studio di due popolazioni che hanno copertura vaccinale da PCV7: l'Emilia-Romagna, dove la vaccinazione viene raccomandata e offerta gratuitamente ai soggetti a rischio e a tutti i nuovi nati, e la Lombardia, dove la vaccinazione è raccomandata e offerta gratuitamente ai soggetti a rischio e praticata gratuitamente a richiesta per la protezione del singolo, nella fascia di età 3 mesi-3 anni.

Partner ISS

Euro 114.000

8) EFFICACIA A LUNGO TERMINE DELLA VACCINAZIONE ANTI-EPATITE B

L'epatite virale di tipo B costituisce un importante problema di sanità pubblica a livello mondiale, a causa degli elevati tassi di morbosità e mortalità e del rilevante impatto economico. Vaccini sicuri ed efficaci contro l'epatite B sono disponibili fin dai primi anni '80. Nel nostro Paese, a partire dal 1983 è stato introdotto un programma di vaccinazione selettiva mirato all'immunizzazione dei gruppi a più elevato rischio e, dal 1991, la vaccinazione è divenuta obbligatoria per tutti i nuovi nati e gli adolescenti nel 12° anno d'età. La vaccinazione di tale coorte di adolescenti ha avuto termine nell'anno 2003. Ciononostante, in letteratura sono stati descritti casi di "breakthrough" da HBV in soggetti vaccinati, probabilmente associati a virus mutanti, in grado di eludere la risposta immune vaccino-indotta, ed in grado di contrastare la risposta neutralizzante anti-HBs ed infettare individui vaccinati. La durata dell'immunità indotta dalla vaccinazione è un punto cruciale per potere stabilire la necessità o meno di somministrare ulteriori dosi per mantenere la protezione nel tempo. L'obiettivo generale del progetto è quello di valutare, in una coorte di 1400 soggetti vaccinati per HBV da neonati 15-18 anni fa, la persistenza a lungo termine dell'immunità umorale (in vivo e in vitro) e cellulosa - mediata acquisita in seguito a vaccinazione, al fine di fornire utili indicazioni sulla necessità o meno di una dose di richiamo del vaccino dopo il ciclo primario. Nei soggetti vaccinati verrà anche valutata la prevalenza di "breakthroughs" causati da mutanti virali ("escapemutants") potenzialmente in grado di eludere la risposta immune vaccino-indotta.

Partner ISS

Euro 100.000

9) ESPOSIZIONE AD INQUINANTI INDOOR: LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO IN AMBIENTE SCOLASTICO E DEFINIZIONE DELLE MISURE PER LA TUTELA DELLA SALUTE RESPIRATORIA DEGLI SCOLARI E DEGLI ADOLESCENTI (INDOOR-SCHOOL)

Secondo la "Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008" l'inquinamento degli ambienti confinati ("indoor") è un determinante importante per la salute della popolazione generale, specialmente per gruppi di popolazione suscettibili, quali bambini e adolescenti che trascorrono la maggior parte del loro tempo in ambienti confinati (domestico e scolastico). La qualità dell'aria interna (IAQ) è condizionata da sorgenti di inquinamento sia interne sia esterne. Tra le fonti di inquinamento, gli allergeni indoor sono una delle principali cause di sensibilizzazione nonché di esacerbazione e scatenamento di attacchi acuti di asma. In particolare, gli ambienti scolastici sono luoghi ad alta densità di popolazione in cui possono essere introdotte diverse tipologie di allergeni che possono permanere a lungo nel luogo in cui sono stati introdotti se non si interviene con una bonifica ambientale adeguata. Malattie allergiche respiratorie come l'asma e la rinite, condizioni molto comuni nella popolazione infantile, hanno mostrato negli ultimi anni un incremento parallelo all'aumento dell'urbanizzazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha predisposto nel 2009 le "Linee guida per la qualità dell'aria indoor: umidità e muffe" e a livello europeo l'iniziativa "SCALE" (Science, Children, Awareness, Legal instrument, Evaluation) identifica come prioritaria, per lo sviluppo umano ed economico, la protezione della salute dei bambini dalle

minacce dell'ambiente, compresi gli ambienti indoor. Il presente progetto, coerentemente con le indicazioni europee, si prefigge di implementare le linee guida sul controllo dei rischi dell'esposizione a una cattiva qualità dell'aria indoor per malattie respiratorie e allergiche nelle scuole primarie e secondarie di primo grado attraverso la valutazione dell'esposizione agli inquinanti e la definizione delle procedure di controllo.

Partner ISS

Euro 476.000

10) FOLLOW-UP DI UNA COORTE DI DONNE GRAVIDE VACCINATE CON VACCINO PANDEMICO E VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA VACCINALE DEL VACCINO ANTI INFLUENZALE STAGIONALE (EVIS) NELLA POPOLAZIONE GENERALE

I vaccini pandemici per la prevenzione dell'influenza A/H1N1v sono stati resi disponibili sulla base di procedure accelerate di valutazione da parte delle agenzie regolatorie. Sebbene siano state stabilite in anticipo, proprio per fare fronte rapidamente a una eventuale pandemia, rimane l'opportunità di effettuare un follow-up di soggetti vaccinati per valutare eventuali esiti ed effetti a lungo termine della vaccinazione oltre che la persistenza di memoria specifica T e B. Questi approfondimenti sono particolarmente necessari per le donne in gravidanza, per le quali, i dati a disposizione al momento della commercializzazione erano particolarmente limitati. Alla luce di ciò appare particolarmente rilevante acquisire conoscenze specifiche sugli effetti a lungo termine del vaccino pandemico adiuvato utilizzato in Italia, pertanto con il presente progetto si avvierà uno studio di follow-up da effettuarsi in una coorte di donne gravide vaccinate. Altro aspetto molto rilevante è ottenere risultati tempestivi e scientificamente validi sull'efficacia dei vaccini antiinfluenzali stagionali. I virus influenzali stagionali sono caratterizzati da continui cambiamenti, più o meno rilevanti, che determinano ogni anno la riformulazione dei vaccini antiinfluenzali da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tale situazione rende impossibile l'utilizzo delle stime di efficacia vaccinale del vaccino anti-influenzale da un anno all'altro. È pertanto cruciale la messa a punto di uno strumento che possa fornire informazioni in tempo reale sull'efficacia dei vaccini antinfluenzali stagionali somministrati alla popolazione italiana. Inoltre, grazie a questo strumento sarà possibile, nella prossima stagione influenzale, valutare anche l'efficacia del vaccino pandemico nei soggetti vaccinati nel corso del 2009.

Partner ISS

Euro 450.000

11) PROMOZIONE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE

Nell'ambito delle attività di prevenzione primaria delle patologie cronico – degenerative, la Regione Lombardia ha adottato un approccio “health promotion” mediante lo sviluppo di una strategia integrata, multicomponente e intersettoriale, nell'ambito della quale si è sviluppata un'intensa attività (dati 2009) finalizzata alla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute. Il processo di “capacity building” intrapreso richiede una costante azione di supporto e rinforzo, attualmente finalizzata ad uno sviluppo di interventi (rivolti alle collettività) e prassi (adottate da singoli individui) efficaci, diffusi omogeneamente su tutto il territorio e sostenibili nel tempo. Obiettivo del progetto è quindi quello di realizzare interventi, a carattere informativo – comunicativo, formativo e organizzativo, tesi a sviluppare “a cascata” azioni locali con particolare riferimento all'intervento in ambito scolastico, per attuare strategie di educazione alla salute, e alla disponibilità di informazioni e conoscenze finalizzate ad aumentare le competenze individuali per un'adozione consapevole di comportamenti favorevoli alla salute. Verranno inoltre promossi accordi intersettoriali e/o di sistema, finalizzati a creare e a promuovere l'adozione sostenibile di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute

Partner Lombardia

Euro 500.000

12) SORVEGLIANZA ZONOSI: ALLEANZA PREVENZIONE OSPEDALE E TERRITORIO

Le zoonosi rappresentano, secondo recenti dati mondiali, circa il 75% delle malattie emergenti e riemergenti. Durante gli ultimi decenni la principale causa di trasmissione di malattie umane, precedentemente sconosciute, è da attribuire a patogeni veicolati da animali o da prodotti di origine animale. Considerando l'ampia varietà di specie animali domestiche e selvatiche coinvolte come serbatoio nei complessi cicli biologici dei patogeni, efficaci azioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle zoonosi rappresentano una vera e propria sfida per la Sanità Pubblica, sfida resa sempre più urgente dai rapidi cambiamenti climatici, responsabili di scenari epidemiologici anomali e della conseguente diffusione di vettori che possono potenzialmente facilitare la diffusione delle zoonosi. E', pertanto, evidente la necessità di attivare dei percorsi di collaborazione interdisciplinari ed integrati tra il Dipartimento di Prevenzione, l'Ospedale e il Territorio, attraverso i quali avere una tempestiva rilevazione dei potenziali rischi per la salute umana, e conseguentemente dei limiti alla diffusione di tali patologie e l'identificazione di strategie di prevenzione efficaci. Il progetto si propone di elaborare e diffondere report periodici sull'andamento delle patologie animali e umane riscontrate nel territorio regionale per il miglioramento delle conoscenze degli operatori sanitari sull'impatto delle zoonosi; elaborare e diffondere Protocolli Regionali sulle modalità di indagine epidemiologica in caso di emergenze infettive con particolare riguardo alle zoonosi per il miglioramento della appropriatezza d'intervento e delle capacità di risposta. Inoltre verrà promossa la creazione e diffusione di materiali utili alle attività diagnostiche cliniche e laboratoristiche per il miglioramento della qualità assistenziale e l'ampliamento della capacità diagnostica dei laboratori analisi.

Partner ASUR MARCHE

Euro 160.000

13) I CONSULTORI FAMILIARI NELLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

Le malattie sessualmente trasmissibili (MST) costituiscono uno dei più seri problemi di salute pubblica in tutto il mondo, sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo; secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le MST hanno una incidenza annua di 333 milioni di casi, escludendo l'AIDS. Se poi contiamo anche l'AIDS, l'incidenza e l'effetto sullo stato di salute e su quello socio-economico di interi paesi, soprattutto nell'area africana, è definita da anni ormai una reale emergenza. Una delle categorie più a rischio nel mondo è quella dei giovani adolescenti, la carenza di conoscenze, la disinformazione e la difficoltà di accesso ai contraccettivi meccanici (preservativi maschili e femminili) rendono, infatti, i ragazzi molto più esposti al rischio di infezioni sessualmente trasmissibili. Sui comportamenti a rischio dei giovani influiscono notevolmente pregiudizi che nascono da convinzioni non basate su dati di fatto. Il progetto si rivolge proprio agli adolescenti ed intende promuovere un percorso di promozione della salute per tutti i soggetti coinvolti, realizzando un network tra operatori, studenti e insegnanti. Inoltre il programma si prefigge di fornire informazioni corrette sulle MST, promuovere l'empowerment con acquisizione di competenze specifiche da utilizzare per promuovere l'adozione di corretti stili di vita nei gruppi di classe e per realizzare strumenti di comunicazione efficaci. L'approccio utilizzato sarà quello della Peer education, percorso in cui i saperi dei ragazzi si incontrano e si confrontano con i saperi degli adulti in un rapporto di reciproco interscambio, all'interno di un'esperienza progettuale condivisa, capace di innescare dinamiche di partecipazione attiva e di sostenere i ragazzi nell'assunzione di responsabilità.

Partner ASR Puglia

Euro 330.000

14) PIANO DI CONTROLLO DELLA ECHINOCOCCOSI-IDATIDOSI IN SARDEGNA

L'Echinococcosi Cistica (E.C.) o echinococcosi idatidiosi è una zoonosi causata dal verme *Echinococcus granulosus*, che tutt'ora nella Regione Sardegna ha un considerevole impatto economico e sociale. In questa regione, nonostante siano stati attuati tre programmi di eradicazione (1962, 1978, 1987), questa malattia è ancora endemica negli animali e nell'uomo, infatti dal 2001

al 2008 sono stati registrati 1281 ricoveri per E.C. umana. Le cause della persistenza di tale malattia sono da imputare a diversi fattori: culturali, sociali, economici e politici, i quali, in quanto dinamici (in costante evoluzione o involuzione) necessitano di un approccio conoscitivo in costante aggiornamento. Il progetto si propone di diminuire l'incidenza dell'Echinococcosi Cistica nell'uomo nel territorio della Regione Sardegna, attraverso un approccio cosiddetto orizzontale che comprende: educazione sanitaria, lotta alla macellazione clandestina, smaltimento delle carcasse dei capi morti, conformemente alle norme vigenti, estensione della identificazione elettronica a tutta la popolazione canina, lotta al randagismo, nel quale si darà la massima rilevanza alle azioni di formazione ed informazione rivolte agli allevatori. Contestualmente ad un approccio orizzontale è opportuno attuare un piano di intervento che tenga conto delle caratteristiche biologiche dell'agente patogeno. L'interruzione del ciclo è l'obiettivo principale, agendo direttamente e indirettamente sia sugli ospiti definitivi (cane) che sugli ospiti intermedi (animali da reddito). Oltre all'implementazione del sistema della raccolta dati alla macellazione, i servizi veterinari delle ASL dovranno prevedere delle "visite mirate" nelle aziende dove si sono riscontrati capi positivi a E.C., per proporre delle azioni correttive al management aziendale ed interventi antiparassitari nei cani aziendali.

Partner Sardegna

Euro 150.000

15) INDAGINE CONOSCITIVA SULLE FEBBRI DI ORIGINE OSCURA (FOO) E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE DA IMPORTAZIONE

Con l'espressione di febbri di origine oscura (FOO) si indicano le malattie febbrili, il cui quadro clinico è dominato dalla febbre, mentre mancano, sono poco evidenti o d'insorgenza tardiva, altri sintomi, segni o reperti obiettivi che consentano di giungere tempestivamente alla diagnosi. Attualmente viene segnalato che le FOO rimangono non diagnosticate in una percentuale di casi che varia dal 19% al 30%. L'eziologia delle FOO è influenzata da molteplici fattori. Possibilità e facilità di viaggi internazionali, intensificazione dei flussi migratori e di contatto fra i popoli, aumento dei pazienti portatori di protesi, incremento dell'uso di sostanze stupefacenti per via parenterale, disponibilità di nuove tecniche microbiologiche e di sofisticati mezzi diagnostici, sono alcuni dei fattori responsabili dei cambiamenti verificatisi negli ultimi tempi nell'ambito della distribuzione eziologica delle FOO. Un altro aspetto del problema sono le malattie da importazione. La frequenza di diagnosi di sindromi similinfluenzali nel periodo estivo non riconducibili a virus influenzali ci richiama all'urgenza di verificare se la causa sia da virus zoonotici che possono causare malattie caratterizzate da febbre, mialgia, esantema, malessere. Il progetto si propone di valutare quali siano le cause più frequenti di FOO, il tempo medio di degenza, il rapporto tra le forme diagnosticate e quelle non diagnosticate, l'errore che ha determinato l'insorgenza della FOO, il destino diagnostico e prognostico delle FOO che rimangono non diagnosticate in Sicilia. Inoltre sarà obiettivo del progetto ricercare in Sicilia e Sardegna i virus *WNV*, *Chikungunya* e *dengue* come possibile eziologia in pazienti affetti da sindromi similinfluenzali nel periodo estivo

Partner università di Palermo

Euro 160.000

16) SCENARI FUTURI DELL'ABITUDINE AL FUMO IN ITALIA TRAMITE MODELLI DI SIMULAZIONE DI IMPATTO DI POLITICHE DI CONTROLLO DEL TABAGISMO

Le proiezioni future della prevalenza di fumo al 2025 in USA prevedono un calo dell'1,0% annuo, se lo scenario del controllo del tabagismo rimarrà invariato. Invece l'aumento del prezzo delle sigarette di \$ 2 per pacchetto, l'introduzione di leggi anti-fumo in tutti gli USA, lo sviluppo di campagne mediatiche anti-fumo, di interventi scolastici e di programmi per la cessazione con controllo reale delle vendite di tabacco ai minori, potrebbe portare ad una prevalenza di fumo nel 2025 del 9,7%. Anche l'Italia ha adottato una serie di politiche che hanno portato, seppur poco rapidamente, ad un calo nel numero di fumatori. Uno dei motivi per cui la prevalenza di fumo non sta calando a velocità sostenuta è che non tutte le politiche raccomandate dall'OMS sono state introdotte in Italia, oppure quelle già introdotte necessitano di essere ulteriormente potenziate. Tra

le tradizioni politiche da introdurre ex-novo in Italia o da potenziare ci sono l'ulteriore rialzo dei prezzi; il potenziamento del "Pacchetto cessazione"; l'introduzione di immagini sul pacchetto di sigarette; il potenziamento del "Pacchetto pubblicità"; il "Pacchetto Scuola" (potenziamento degli interventi scolastici per ridurre l'iniziazione), e infine l'innalzamento del divieto di vendita dai 16 ai 18 anni con controllo del divieto. Per far sì che la prevalenza di fumo acceleri la sua diminuzione, è necessario introdurre queste ulteriori politiche di controllo. Per far questo, è necessario stimare prima l'impatto della loro introduzione in termini di diminuzione del numero di fumatori, ma anche in termini di costo-efficacia, in modo da verificare quali sono prioritarie, ovvero quali riducono maggiormente e/o più velocemente il numero di fumatori e allo stesso tempo risultano più economiche.

Partner Istituto Per Lo Studio E La Prevenzione Oncologica (ISPO) di Firenze
Euro 58.000

17) SORVEGLIANZA DEL MORBILLLO NELLA REGIONE VENETO

Il morbillo è una malattia infettiva altamente contagiosa ed è importante causa di morbosità e mortalità nelle nazioni in via di sviluppo e nei paesi industrializzati. In Italia dal settembre del 2007 si sta assistendo ad un importante riemergere della malattia con epidemie riportate da varie Regioni, ed in particolar modo nel Veneto, dove ancora nel mese di dicembre del 2009 erano in corso diversi focolai. La persistenza di infezioni da morbillo, sia in soggetti pediatrici che in adulti può presumibilmente dipendere da una non adeguata copertura vaccinale nella popolazione od eventualmente dalla comparsa ed introduzione nella popolazione di ceppi virali con nuove caratteristiche antigeniche in grado di rendere inutile l'efficacia del vaccino. Con il progetto si intende eseguire il monitoraggio e la caratterizzazione dei casi di morbillo, diagnosticati territorialmente e sierologicamente a livello territoriale, secondo le indicazioni dell'OMS e valutare l'incidenza di morbillo in base alla copertura vaccinale. Inoltre verrà promossa l'individuazione di eventuali ceppi mutanti e sarà valutata l'efficacia protettiva degli anticorpi indotti da vaccinazione nei confronti degli isolati clinici mediante test sierologici funzionali.

Partner Azienda ospedaliera di Padova
Euro 270.000

Medicina predittiva

18) VALUTAZIONE DEL COSTO-EFFICACIA DI UN PROGRAMMA DI SCREENING AUDIOLOGICO NEONATALE UNIVERSALE NAZIONALE

La perdita dell'udito è una delle più comuni anomalie congenite, presente con una frequenza di 1-3/1.000 neonati sani e di 4-5/100 nei neonati ad alto rischio di compromissione dell'udito, con tassi di rischio più elevati in caso di nati pre-termine con peso estremamente basso. La perdita dell'udito può avere conseguenze importanti in termini di sviluppo delle capacità comunicative, cognitive e socio-emotive, riducendo il livello di istruzione e di occupazione in età adulta. In assenza di screening, l'età media alla quale viene identificato il deficit è pari a 30 mesi mentre, in caso di screening basato sui soli fattori di rischio definiti dallo US Joint Committee on Infant Hearing (JCIH), il 33-50% dei difetti dell'udito congenito risulta comunque non rilevato. Considerato che le cause dell'ipoacusia possono essere genetiche (50%), connesse a condizioni patologiche a carico della madre durante la gestazione, legate al parto o relative a quanto accade nelle primissime ore di vita, si può affermare che l'esordio delle ipoacusie infantili avviene nel 98% dei casi in epoca prenatale o perinatale. Tutto ciò suggerisce l'importanza di avviare un programma di screening audiologico neonatale, non ancora attivo a livello nazionale. Il progetto si prefigge di realizzare uno studio sistematico delle evidenze circa l'efficacia e i costi dello screening audiologico neonatale universale, volto a identificare l'appropriatezza, l'impatto e i risultati attesi di un eventuale programma di screening universale nazionale, e di individuare le basi per la formulazione di linee guida nazionali sul percorso diagnostico- terapeutico per i pazienti affetti da ipoacusia congenita.

Partner AGENAS

Euro 600.000

19) SCREENING DEI FAMILIARI DI 1° GRADO, FRATELLI E SORELLE DI PAZIENTI CON CANCRO COLORETTALE AL MOMENTO DELLA DIAGNOSI DEL CASO INDICE

Il cancro colon rettale (CCR) è la seconda causa di morte per cancro nei paesi avanzati. Ad oggi la prevenzione si è dimostrata la strategia più efficace nel ridurre mortalità e morbilità.

Per la popolazione generale >50 anni (rischio generico), le modalità di screening del CCR raccomandate dalle linee guida includono ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF), rettosigmoidoscopia, colografia-TC (CTC) e colonscopia (PCS, *gold standard*). La scelta fra queste opzioni resta alla decisione del medico e del singolo individuo, in particolare, recentemente è stato dimostrato che la CTC è quasi equivalente alla colonscopia nell'identificazione di lesioni >1 cm. I Familiari di 1° grado (F1°g) di pazienti con CCR hanno un rischio di malattia 2-3 volte superiore a quello della popolazione generale e le linee guida internazionali indicano un anticipo dello screening a partire da i 40 anni. Nonostante queste precise indicazioni, i F1°g hanno una bassa adesione allo screening (in particolare con PCS). E' possibile che l'offerta di screening con metodiche meno invasive come la CTC possa migliorare l'aderenza nel familiare. Il progetto si propone di stabilire se, in una popolazione a rischio aumentato di familiari di primo grado di pazienti affetti da CCR o adenoma coloretale avanzato, una CTC a limitata preparazione intestinale in vicinanza della diagnosi del caso indice possa identificare soggetti a basso rischio che possono evitare di essere avviati ad un programma di screening endoscopico e di valutare l'adesione dei familiari di primo di pazienti con CCR allo screening in vicinanza temporale con la diagnosi del caso indice.

Partner IRCCS Istituto Clinico Humanitas

Euro 350.000

Prevenzione popolazione a rischio

20) INDAGINE CONOSCITIVA SUGLI ASPETTI COMUNICATIVI E ORGANIZZATIVI DELLE CAMPAGNE DI VACCINAZIONE CONTRO IL PAPPILLOMA VIRUS UMANO E SULL'ACCETTAZIONE DELL'OFFERTA VACCINALE NELLE REGIONI ITALIANE E PROPOSTA DI UN DOCUMENTO TECNICO PER LE PROSSIME CAMPAGNE.

Dal 2007 in Italia sono disponibili due vaccini contro l'HPV, entrambi ritenuti efficaci per la prevenzione delle infezioni e delle forme preinvasive ed invasive della cervice uterina correlate a HPV 16 e 18, responsabili di circa il 70% dei carcinomi cervicali (CC). L'OMS ha definito come target prioritario della vaccinazione le ragazze tra 9 e 13 anni. In accordo con tali indicazioni, la vaccinazione viene offerta gratuitamente e attivamente alle 12enni in tutte le Regioni italiane e in alcune regioni l'offerta della vaccinazione ha interessato anche altre coorti. L'Intesa Stato-Regioni del 20/12/2007 che definisce le strategie per l'offerta del vaccino contro l'HPV ha fissato come obiettivo il raggiungimento di una copertura vaccinale (CV) pari al 95% entro 5 anni dall'avvio della campagna. Questo progetto vuole essere di supporto agli interventi di prevenzione a livello di Regione e ASL per agevolare il conseguimento dell'obiettivo di CV fissato dall'Intesa Stato-Regioni, riducendo al minimo le disomogeneità tra le Regioni. In particolare il progetto si propone di effettuare un'indagine conoscitiva, indirizzata alle Regioni, per valutare le modalità con cui è stata effettuata la campagna per la vaccinazione contro l'HPV e le azioni intraprese, in termini di: aspetti comunicativi della campagna; aspetti organizzativi e logistici; caratteristiche sociali dell'area considerata. Inoltre si intende condurre in almeno 6 ASL un'indagine, rivolta alle famiglie delle adolescenti che, nel corso del primo anno di campagna vaccinale non hanno accettato la vaccinazione, così da studiare i motivi di mancata adesione alla vaccinazione. A partire dalle informazioni raccolte nelle due survey e dai dati di CV verranno realizzato un pacchetto formativo e un documento tecnico da mettere a disposizione di tutte le Regioni.

Partner ISS

Euro 228.000

Prevenzione delle complicanze e recidive di malattia

21) LINEE D'INTERVENTO TRANSCULTURALI NELL'ASSISTENZA DI BASE E NEL MATERNO INFANTILE

Gi ultimi dati pubblicati indicano che la presenza di stranieri regolarmente soggiornanti ha superato quota 4 milioni, con un'incidenza sulla popolazione totale di quasi il 7%. Sebbene gli immigrati siano spesso in condizioni di salute discrete al loro arrivo in Italia, il loro patrimonio di salute si depauperava rapidamente, per un concorso di cause tra le quali: precarietà lavorativa, abitativa ed economica, scarsa integrazione socio-culturale e difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Esiste poi un aspetto femminile del problema salute legato alla specificità di genere. Le donne straniere fanno ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) 3-4 volte di più delle donne italiane, hanno un minor accesso ai servizi sanitari in gravidanza, il follow-up comincia in media con un mese di ritardo, il numero di ecografie in gravidanza è minore rispetto alle donne italiane, ed hanno accesso limitato alle informazioni su salute riproduttiva e contraccezione. Uno degli aspetti cruciali per lo stato di salute dell'immigrato, è rappresentato dal grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, che dipende, oltre che dalla normativa, anche dalla capacità culturale e di intervento degli operatori di adeguare le risposte dei servizi alle esigenze della popolazione straniera. Sulla base di tale razionale il progetto si propone di migliorare la modalità di accesso e la fruizione dei servizi sociosanitari per le popolazioni straniere attraverso azioni di sistema mirate a sviluppare nelle ASL sedi di un modello organizzativo funzionale("Centro di Orientamento per la fruizione dei Servizi Socio Sanitari agli Immigrati"), che funga da coordinamento ed elemento propulsore per interventi trasversali interaziendali ed extra aziendali ed operante negli ambiti: Assistenza di base, Prevenzione, Assistenza Materno – Infantile e Integrazione medicina di base, territoriale ed ospedaliera.

Partner ASP Catanzaro

Euro 650.000

22) PREVENZIONE DELL'OBESITÀ IN PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO O SINDROME METABOLICA ATTRAVERSO UN PROGRAMMA DI DISEASE MANAGEMENT

L'obesità, oltre ad essere determinata da fattori genetici, è fortemente influenzata da fattori endocrini, socio-economici e culturali, i pazienti diabetici hanno, per esempio, una prevalenza di obesità più alta degli individui non diabetici: molti studi hanno evidenziato una prevalenza di obesità di circa l'80% nei diabetici di tipo I. Il progetto propone la realizzazione di un percorso di Disease Management finalizzato alla prevenzione e controllo dell'obesità nei pazienti affetti da patologia diabetica, che interessa nella Regione Campania il 38.8% della popolazione diabetica con obesità conclamata e l'81,3% come soprappeso, nonché nei pazienti affetti da sindrome metabolica. Il risultato del raggiungimento di tale obiettivo, si rifletterà sulla riduzione dei valori dei parametri biochimici, determinando un miglioramento del controllo glicometabolico, con una conseguente riduzione del rischio cardiovascolare, riduzione di un uso improprio dei farmaci per compensare un inadeguato stile di vita, ed una conseguente riduzione della spesa sanitaria. Il progetto prevede l'organizzazione e la promozione di percorsi assistenziali mirati, attraverso l'integrazione tra Medici di medicina generale, Centri di Diabetologia ed Università, nonché la realizzazione di un programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio, attraverso *l'empowerment*, processo con cui il soggetto in cura acquisisce la conoscenza del problema e l'abilità necessaria all'autogestione della terapia, partecipando così attivamente e in modo consapevole alle scelte terapeutiche.

Partner ARS Campania

Euro 200.000

23) LA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA (GCA): RILEVAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEI PERCORSI DI CURA E DEGLI STRUMENTI DI GESTIONE

Per Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) si intende un danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con Glasgow Coma Scale inferiore o uguale a 8, più o meno protratto (in genere di durata non inferiore alle 24 ore), ed associate menomazioni sensomotorie, cognitive e comportamentali, che comportano disabilità multiple e complesse. Gli esiti disabilitanti delle GCA costituiscono un problema di particolare rilevanza sanitaria e sociale dovuta a diversi fattori, basti pensare al fatto che i pazienti con GCA dopo la fase acuta necessitano generalmente di interventi medico-riabilitativi intensivi della durata anche di diversi mesi. Ciò è tanto più evidente se residuano esiti permanenti e disabilitanti, con grave non autosufficienza, come nei pazienti in Stato vegetativo (SV) o in stato di minima coscienza (SMC). Il progetto si propone di ottimizzare, diffondere e valutare l'impatto del modello di presa in carico integrato multidimensionale delle persone con GCA nelle fasi ospedaliera e territoriale, in accordo alle migliori evidenze scientifiche nazionali e internazionali. Nello specifico verranno implementati i percorsi di cura integrati delle persone con GCA e delle persone in stato vegetativo o in stato di minima coscienza, anche attraverso una puntuale descrizione dei percorsi di cura e una valutazione degli strumenti di gestione degli esiti disabilitanti delle GCA, in particolare nelle persone in SV e SMC in Italia, e attraverso un confronto con i modelli di presa in carico internazionale. Il progetto inoltre si propone di implementare l'utilizzo a livello inter-regionale del Registro On-Line sulle GCA con diffusione dei dati epidemiologici e di outcome relativi alle persone con GCA al fine di ottimizzare i percorsi di presa in carico da parte delle strutture ospedaliere partecipanti al progetto.

Partner Emilia Romagna

Euro 998.600

24) LA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON ICTUS CEREBRALE: IMPLEMENTAZIONE DEI PERCORSI DI CURA INTEGRATI E DEGLI STRUMENTI DI GESTIONE

Ogni anno si verificano in Italia circa 196.000 ictus, di cui circa il 20% è costituito da recidive. Per le dimensioni epidemiologiche e per l'impatto socio-economico l'ictus rappresenta uno dei più importanti problemi sanitari nei paesi industrializzati proprio per questo negli ultimi venti anni vi è stato un crescente interesse nella ricerca di interventi efficaci per migliorare la prognosi dei pazienti colpiti da ictus. Questa ricerca si è concentrata sia sull'efficacia di specifiche terapie mirate a limitare il danno neurologico acuto e le sue conseguenze a distanza di tempo, sia al management complessivo del paziente, inteso come percorso di cura che va dal riconoscimento precoce dell'evento, alla gestione clinica in fase acuta, alla prevenzione delle complicanze più frequenti, alla riabilitazione in fase precoce e a medio - lungo termine.

Il dato fondamentale che emerge dalla letteratura recente, è che, indipendentemente dalle terapie usate nella fase acuta, l'assistenza "dedicata" per il paziente con ictus ha un impatto significativo nel ridurre la mortalità e la disabilità dopo l'evento acuto. Inoltre l'implementazione della dimissione precoce associata ad una integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale garantisce un migliore recupero delle abilità funzionali e della vita di relazione. Il progetto, dunque si propone di effettuare un'analisi dei percorsi di cura dedicati ai pazienti con ictus cerebrale nelle regioni partecipanti, di realizzare strumenti di monitoraggio della qualità dell'assistenza, e di valutare gli esiti dell'assistenza al fine di fornire alle regioni elementi utili per ottimizzare i percorsi di cura e migliorare gli esiti clinici.

Partner Emilia Romagna

Euro 700.000

25) PROGETTAZIONE E SPERIMENTAZIONE DI UN SISTEMA SOSTENIBILE DI INCREMENTO E MIGLIORAMENTO QUALITATIVO DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE ODONTOIATRICA PER PAZIENTI CON DIFFICOLTA' DI ACCESSO ALLE CURE E DIVERSAMENTE ABILI

L'accesso alle cure odontoiatriche in Italia è storicamente insufficiente. L'offerta pubblica è particolarmente ridotta e non copre più del 7-8% del fabbisogno; inoltre, nel nostro Paese, non c'è uniformità di offerta assistenziale, non solo a livello nazionale ma anche a livello regionale. Un particolare bisogno di prestazione odontoiatriche è rappresentato dalle persone con vulnerabilità ed in particolare quelle diversamente abili. Dal punto di vista odontoiatrico questi pazienti hanno specifiche peculiarità, infatti molti soggetti presentano importanti limitazioni motorie e/o psichiche e, quindi, le normali operazioni di igiene e prevenzione sono enormemente ostacolate e poiché spesso questi pazienti non vengono né istruiti né assistiti durante tali manovre l'incidenza di patologie odontostomatologiche è maggiore rispetto a quella della popolazione generale. Sebbene in questi ultimi anni, alcune limitate realtà si siano mosse in tale ambito, rimane tuttavia la necessità di fornire una risposta adeguata e non discriminatoria ai bisogni odontoiatrici delle persone vulnerabili. Il progetto si propone di identificare quelle prestazioni odontoiatriche che possono e devono essere fornite dal sistema odontoiatrico pubblico e a quali categorie di pazienti, specificando l'entità del costo della singola prestazione e dell'eventuale compartecipazione di spesa che ciascun soggetto, sulla base della gravità della patologia e delle disponibilità economiche deve sostenere. Verrà inoltre predisposto un protocollo preventivo/diagnostico/terapeutico basato su evidenze scientifiche e sull'esperienza già maturata presso alcuni centri, da validare ed applicare a livello nazionale non solo per la risoluzione delle problematiche cliniche più tipiche di questi pazienti, ma anche per supportare una più puntuale allocazione delle risorse economiche.

Partner Università degli studi di Trieste

Euro 700.000

26) DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE PORTATORE DI MALATTIE EMORRAGICHE CONGENITE FINALIZZATO ALLA PREVENZIONE E RIDUZIONE DELL'IMPATTO SOCIO-SANITARIO DELLA MALATTIA E DELLE SUE COMPLICANZE

Le malattie emorragiche congenite (MEC) sono malattie rare ed ereditarie caratterizzate dal deficit di una proteina plasmatica necessaria per la coagulazione del sangue. La disponibilità di prodotti di concentrati dei fattori della coagulazione plasma-derivati a partire dagli anni '70, e successivamente di prodotti a tecnologia ricombinante, assieme alle conoscenze sul trattamento acquisite nel tempo dai Centri di emofilia hanno incrementato l'aspettativa di vita, oggi paragonabile a quella della popolazione generale. Tale aumento della aspettativa di vita, tuttavia espone il paziente emofiliaco al rischio di sviluppare morbosità, con un grave impatto sulla gestione clinica; in tale scenario appare necessario dotarsi di una sempre maggiore consulenza ultraspecialistica e di percorsi assistenziali atti a rispondere alle nuove esigenze del paziente emofiliaco. Il progetto ha come obiettivo generale la definizione di un modello di presa in carico del paziente portatore di malattie emorragiche congenite finalizzato alla prevenzione e riduzione dell'impatto socio sanitario delle malattie e delle sue complicanze. In particolare il progetto si propone di effettuare una ricognizione di tutta la normativa cogente e di tutti i sistemi di accreditamento istituzionali e volontari a livello nazionale ed internazionale e di definire raccomandazioni, linee guida e modelli socio-sanitari organizzativi per l'assistenza alla MEC.

Partner ISS

Euro 170.000

27) DEFINIZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI UN MODELLO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER MALATI AFFETTI DA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA IN OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE O VENTILAZIONE MECCANICA DOMICILIARE

Da dati di letteratura si stima che la prevalenza di soggetti sottoposti a Ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (OLT) per Insufficienza Respiratoria Avanzata, affetti prevalentemente da BPCO grave, sia tra lo 0,22% e lo 0,33% e circa un terzo di questi sia trattato con Ventilazione Meccanica

Domiciliare (VeMD). Tali pazienti sono soggetti a ripetuti ricoveri ospedalieri e/o accessi in pronto soccorso (P.S.) a causa di: frequenza riacutizzazioni della patologia di base, relativa instabilità clinica, presenza di comorbidità, scarso supporto di care givers, insufficiente compliance alle terapie. Essendo i ricoveri ripetuti associati prevalentemente ad una elevata fragilità clinica e socio-assistenziale, un miglioramento del supporto assistenziale domiciliare potrebbe ridurre l'entità a vantaggio dell'appropriatezza delle prestazioni rese e della qualità dell'assistenza. Il presente progetto si prefigge dunque la creazione e la sperimentazione in una Asl della regione Lazio di un modello di rete assistenziale integrata in favore dei soggetti affetti da Insufficienza Respiratoria, con il supporto di strumenti di telemedicina. In particolare si prevede di articolare un intervento multidisciplinare e multi professionale con il coinvolgimento di tutte le figure professionali già attive offrendo il supporto chiave di un centro di ascolto per il tele-monitoraggio con infermieri con il ruolo di care manager, ed infermieri "specialisti" esperti nella gestione di soggetti con Insufficienza Respiratoria avanzata, OLT e VeMD, con il ruolo di case manager. Il progetto intende, inoltre, raccogliere elementi informativi ed organizzativo- gestionali per l'attivazione di un archivio regionale di patologia sull'Insufficienza Respiratoria relativamente ai soggetti in OLT e Ventilazione Meccanica Domiciliare.

Partner Lazio Sanità -ASP Lazio

Euro 210.000

28) COSTRUZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALI PER LE MALATTIE OGGETTO DI SCREENING NEONATALE ALLARGATO

Nell'ultimo decennio l'utilizzo della spettrometria di tandem massa ha modificato in modo sostanziale la filosofia dello screening neonatale, rendendo l'identificazione di oltre 40 Errori Congeniti del Metabolismo su un singolo spot di sangue. Questo innovativo approccio allo screening, definito Screening Neonatale Allargato, permette l'individuazione precoce di un'ampia gamma di patologie del metabolismo intermedio, buona parte delle quali ad alto rischio di scompenso metabolico ma suscettibili di un rilevante miglioramento della prognosi se precocemente trattati. Mentre per le malattie oggetto dello screening neonatale "tradizionale" si sono consolidati percorsi diagnostico assistenziali, mancano al momento a livello nazionale linee di indirizzo che stabiliscano percorsi assistenziali e requisiti essenziali per l'attività degli operatori coinvolti nella presa in carico e nel trattamento dei soggetti affetti dalle malattie oggetto dello screening allargato. Il progetto si propone la costruzione di una rete assistenziale integrata per i bambini con malattie metaboliche diagnosticate attraverso Screening Neonatale Allargato. In particolare verrà avviata la creazione di "Clinical Pathways" differenziate, specifiche per ciascuna delle patologie diagnosticabili attraverso Screening Neonatale Allargato, e promossa l'individuazione nel territorio regionale dei Centri Clinici di riferimento in funzione di competenze acquisite e in relazione a reperibilità medico-laboratoristica H24, posti letto area neonatologica/intensivistica per pazienti acuti, in relazione a quanto deliberato in merito a sorveglianza, diagnosi e terapia delle Malattie Rare (Decreto Ministeriale 18.5.2001 n.279 20/02/2004). Infine il progetto intende realizzare un network informatico che consenta il flusso di dati in tempo reale fra Centro Screening, Centro Clinico, Pediatra di base, Azienda Sanitaria Locale, Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Partner OSPEDALE BAMBINO GESU'

Euro 245.000

29) PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE DEL PAZIENTE CON COMORBILITÀ CARDIORESPIRATORIA FINALIZZATO ALLA RIDUZIONE DELLA MORBILITÀ E AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

La comorbilità cardiorespiratoria, patologia cronica altamente prevalente, rappresenta un importante problema assistenziale, particolarmente in termini di prevenzione delle riacutizzazioni. Sia lo scompenso cardiaco (SC) che la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) sono patologie ad elevata morbilità e mortalità, compresa fra 15 e 35% annuo. La cardiopatia ischemica (CI) rappresenta la causa più comune di SC e disfunzione ventricolare sinistra asintomatica. La

comorbidità costituisce un importante fattore prognostico negativo in quanto aumenta significativamente il rischio di morte e la necessità di ripetuti ricoveri ospedalieri: dal 30% al 50% dei pazienti con SC o BPCO viene nuovamente ricoverato entro un anno, mentre non sono disponibili dati specifici in pazienti con le comorbidità associate. L'associazione delle comorbidità crea difficoltà di diagnosi differenziale, comporta un trattamento complesso con più farmaci, che possono però avere effetti contrastanti nel paziente con comorbidità. Diagnosi accurata e stadiazione di gravità di queste comorbidità sono quindi cruciali per definire la strategia terapeutica e gestionale più appropriata. Il progetto si propone di ridurre le riospedalizzazioni, per causa cardiorespiratoria, per riacutizzazione di BPCO/insufficienza respiratoria/ scompenso cardiaco in pazienti con BPCO e cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco documentati. L'obiettivo verrà raggiunto attraverso la creazione di un percorso assistenziale intraospedaliero per il paziente con comorbidità e l'attivazione di un'interazione efficace con i medici di medicina generale per la gestione integrata dei pazienti. Inoltre il progetto intende migliorare qualità di vita, lo stato funzionale, e la capacità di esercizio sottomassimale, nonché migliorare ed ottimizzare la prescrizione.

Partner Azienda Ospedaliera Carlo Poma Di Mantova

Euro 316.000

30) LA PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI AFFETTI DA TALASSEMIA ED EMOGLOBINOPATIE: PERCORSI E STRUTTURE

Le sindromi talassemiche sono le anemie ereditarie più comuni nel bacino del Mediterraneo e nel Sud Est Asiatico. Sono caratterizzate dalla presenza di difetti genici a carico dei geni globinici con successive alterazioni quantitative nella produzione delle catene alfa e beta dell'emoglobina. Le emoglobinopatie sono invece varianti qualitative dell'emoglobina di cui la forma clinicamente più rilevante è la HbS o Anemia a Cellule Falciformi(SCD). Queste patologie affliggono circa il 7% della popolazione mondiale e rappresentano uno dei principali problemi economico-sanitari sia per la complessità diagnostica di talune forme sia per la terapia che è economicamente gravosa e per tutta la vita. Il progetto intende promuovere la presa in carico sanitaria e psico-sociale dei soggetti affetti da talassemia ed emoglobinopatie, tenendo conto delle problematiche legate alla "Transizione" intervenendo sia sul piano organizzativo che sul piano formativo. In particolare verrà effettuata un'analisi degli aspetti clinici ed organizzativi della transizione assistenziale dall'età pediatrica all'età adulta ed una valutazione dei bisogni di informazione e sostegno psicologico per l'adattamento alla malattia cronica dell'adolescente e dell'adulto. Inoltre verrà promosso il sostegno della genitorialità nei pazienti affetti da Sindromi talassemiche ed emoglobinopatie anche con sviluppo di protocolli per la fecondazione assistita e valutato il ruolo dei diversi fattori che costituiscono le concause nello sviluppo dell'epatopatia e nella possibile evoluzione ad epatocarcinoma nei soggetti adulti affetti da sindromi talassemiche e da emoglobinopatie. Infine rientra tra gli obiettivi del progetto assicurare il riconoscimento tempestivo dei portatori sani di talassemia ed emoglobinopatie nelle etnie a rischio immigrati in Italia.

Partner Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Di Milano

Euro 360.000

31) ATTIVAZIONE DI UN PROGRAMMA ORGANIZZATO DI PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEI SOGGETTI CHE HANNO GIÀ AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

Le malattie cardiovascolari rappresentano uno dei maggiori problemi di sanità pubblica. In Italia le malattie cardiovascolari sono responsabili del 42% di tutte le morti ogni anno, con un contributo sostanziale delle malattie ischemiche del cuore (tra cui l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris). Vi sono forti evidenze riguardo l'efficacia degli interventi di prevenzione della malattia cardiovascolare e numerose linee guida e raccomandazioni supportano l'evidenza che un adeguato intervento di riabilitazione cardiovascolare consente in molti casi di ritardare o impedire l'occorrenza di un secondo episodio con una riduzione di oltre il 25% della mortalità. Ciononostante, è stato documentato che gli interventi efficaci sono sottoutilizzati nella prevenzione secondaria post infarto acuto del miocardio, coinvolgendo meno del 20% dei pazienti infartuati, e persino la sola prevenzione secondaria basata sul trattamento farmacologico risulta gravemente

carente. Obiettivo generale del progetto è di ridurre la mortalità e la morbosità per recidive e migliorare l'autonomia e la qualità di vita nei soggetti affetti da cardiopatia ischemica o da scompenso cardiaco. L'obiettivo verrà raggiunto attraverso la produzione e l'implementazione di linee guida standardizzate per gli interventi di riabilitazione e prevenzione secondaria nei soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica o da scompenso cardiaco e la promozione di interventi riabilitativi efficaci e integrati con le successive fasi post-dimissione. Per una gestione ottimale del paziente, il progetto si propone, altresì, di potenziare la formazione degli operatori e la comunicazione/integrazione fra territorio ed ospedale

Partner AZIENDA ULSS 15 ALTA PADOVANA

Euro 600.000

AREA SOSTEGNO A PROGETTI STRATEGICI DI INTERESSE NAZIONALE

Comunicazione

32) PIANO DI COMUNICAZIONE AI DECISORI DEI CONTENUTI DI SALUTE DI UNA VITA ATTIVA

Lo stile di vita sedentario di gran parte della popolazione è oggi uno dei principali fattori di rischio per la salute degli italiani. La probabilità che singoli, gruppi e comunità siano fisicamente attivi è influenzata da un complesso insieme di fattori individuali e socio-ambientali. Il documento programmatico "Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari" individua le strategie e le ipotesi di intervento più importanti per la salute della popolazione, e anche in tema di attività fisica, propone approcci multidisciplinari, multisettoriali, multistituzionali, *population based* e culturalmente importanti. I governi locali e le autorità sanitarie hanno un ruolo cruciale nello sviluppo di strutture e contesti che rendono l'attività fisica facile piacevole e sicura per le varie fasce di popolazione. E' quindi necessario raggiungere i *decision makers* e gli *opinion leaders* in una comunità per diffondere e condividere i principi e gli elementi di conoscenza contenuti nel Documento Guadagnare Salute

Per dare sviluppo all'azione della comunità per la promozione della attività fisica, pare quindi assai utile costruire e sperimentare un Piano di comunicazione rivolto ai decisori locali e regionali relativo ai contenuti di salute dell'attività fisica e come questa possa essere influenzata da decisioni nei più disparati settori. Il progetto di comunicazione qui prefigurato si propone di elaborare con modalità condivisa un Piano di Comunicazione adeguato, allestendo gli strumenti di comunicazione necessari, da sperimentare e valutare in alcune AUSL afferenti alle Regioni partecipanti al Progetto, per promuovere relazioni e trasmettere i contenuti ai decisori locali e regionali.

Partner Emilia Romagna

Euro 250.000

33) L'INFORMAZIONE COME PRIMA MEDICINA: IL SERVIZIO NAZIONALE DI ACCOGLIENZA E INFORMAZIONE IN ONCOLOGIA

Per i malati di cancro, anche secondo recenti studi europei, l'informazione rappresenta la prima medicina. La sempre più ampia diffusione dei mezzi di comunicazione di massa ha accresciuto i bisogni di informazione sia da parte dei malati che dei loro familiari. La possibilità di compiere ricerche autonome, all'interno di una sovrabbondante disponibilità di risorse, espone tuttavia il cittadino, anche abile e provvisto di buona cultura generale, al rischio di disorientarsi rispetto alla mole di informazioni 'accessibili', tra l'altro spesso inadeguate, poco comprensibili, e quindi ansiogene e non sempre affidabili sotto il profilo clinico – scientifico .E', pertanto, essenziale rispondere alla richiesta di informazioni garantendo contenuti validi, comprensibili, personalizzati e sempre aggiornati, in grado di aiutare effettivamente pazienti e familiari a dialogare col medico. Il presente progetto intende estendere e potenziare il Servizio Informativo Nazionale in Oncologia. In

particolare si vuole incrementare il numero dei punti di accoglienza e informazione in oncologia, potenziare l'help line, garantire la fruibilità del sistema informativo multimediale e degli strumenti informativi sempre aggiornati in grado di assicurare un'informazione mirata. Un altro obiettivo è quello di un più articolato e diffuso radicamento del Servizio Nazionale Informativo, ci si propone, infatti di censire e identificare risorse già esistenti, promuoverne l'omogeneizzazione e la coerenza, collegandoli in una rete nazionale coordinata e assistita. Inoltre si vuole migliorare la navigabilità dei siti, con l'inserimento di nuovi link e di informazioni di carattere sociale e economico anche in relazione ai prodotti della Joint Action dell'Unione Europea.

Partner ISS

Euro 520.000

34) SULLE ALI DI PEGASO - UN PROGETTO PER SPIEGARE LE MALATTIE RARE

Le patologie rare sono patologie con una prevalenza inferiore a 5 casi ogni 10mila abitanti. Un documento dell'European Organisation for Rare Disease (Eurordis) spiega come l'informazione su queste patologie sia fondamentale nella popolazione, tanto che l'Eurordis indica come una delle principali difficoltà nella gestione di queste malattie sia l'isolamento dei malati nella vita affettiva, sociale e scolastica. Il progetto, dunque, intende aumentare la conoscenza delle problematiche sociali e sanitarie delle malattie rare soprattutto relativamente ad alcuni target strategici (scuole e istituzioni) al fine di promuovere l'integrazione sociale e diffondere la conoscenza delle risorse disponibili sul territorio. Verrà pertanto, promossa una corretta informazione sulle malattie Rare nei contesti di integrazione sociale primaria come la scuola favorendo un ruolo attivo dei ragazzi (concorso sul miglior spot, drammaturgia e/o sceneggiatura) anche attraverso l'utilizzo dei social network. Nell'ambito dell'informazione, verrà inoltre promossa l'impiego della cosiddetta medicina narrativa che una branca di comunicazione nel settore della salute che utilizza le storie e il vissuto dei pazienti per comprendere e approfondire le patologie, restituendo ai malati stessi un ruolo attivo e una centralità. Si propone pertanto, in collaborazione con le Associazioni dei pazienti, la realizzazione di un volume con la raccolta di testimonianze sulle Malattie Rare corredate dalle relative schede scientifiche delle patologie raccontate e da un saggio in cui vengono individuate le questioni etiche relative al rapporto medico-paziente, al contesto familiare, al rapporto con i servizi sanitari e con la società nel suo complesso.

Partner ISS

Euro 90.000

35) I TUMORI IN ITALIA: IL PORTALE DELL'EPIDEMIOLOGIA ONCOLOGICA PER GLI ESPERTI E I CITTADINI

L'utilizzo di internet come fonte di informazione medica di facile utilizzo si è consolidato negli ultimi anni, fornendo a cittadini comuni, pazienti e in generale ai non esperti, le risposte alle domande necessarie per affrontare un problema sanitario, trovando, tuttavia, spesso informazioni fuorvianti e senza alcun fondamento scientifico che possono generare confusione. E' necessario quindi garantire un sistema permanente in rete che produca informazioni condivise nel mondo scientifico in un linguaggio appropriato e accessibile al pubblico. Per dare risposta a questo problema, nel 2004 è stato attivato un portale web di epidemiologia oncologica (www.tumori.net) che fornisce on line informazioni sui principali indicatori epidemiologici, sui fattori di rischio associati alle patologie oncologiche, sugli indicatori utili alla sorveglianza della patologia nelle regioni, sulle politiche preventive e le variabili sociologiche ed economiche associate ai tumori. Da questa esperienza è nato, altresì il sito web "Dieta e Salute – obesità e attività fisica" (www.tumori.net/dieta_e_salute/), che oggi diffonde informazioni sulla relazione tra alimentazione/attività fisica e patologie cronico- degenerative. Il presente progetto intende implementare questi siti promuovendo l'informazione epidemiologica in campo oncologico, anche a confronto con le esperienze europee. Un'attenzione particolare andrà rivolta ai pazienti, e verrà, pertanto, migliorata la collaborazione tra esperti e associazioni di volontariato, in particolare con AIMaC (Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici www.aimac.it) e FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia - www.favo.it), estendendo le

informazioni oncologiche ai determinanti socioeconomici e ai bisogni dei pazienti lungo sopravvivenza che necessitano di informazioni scientifiche ad hoc oggi carenti sul web.

Partner Fondazione Irccs Istituto Nazionale Tumori - INT

Euro 220.000

Azioni di sistema

36) PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE-2): VALUTAZIONE DEGLI ESITI, DELL'ASSISTENZA AI TUMORI E DELLE CURE PRIMARIE A PATOLOGIE CRONICHE

L'estrema eterogeneità a livello locale dei dati raccolti dai servizi ambulatoriali o dai medici di medicina generale rende attualmente complesso valutare la qualità delle cure primarie fornite ai pazienti affetti da patologie croniche, se non indirettamente attraverso i dati del sistema informativo ospedaliero (SIO), che tuttavia sono scarsamente integrati con altri dati provenienti da sistemi informativi correnti. L'obiettivo generale del progetto è quello di promuovere la costruzione di un quadro di riferimento per la valutazione sistematica della qualità delle cure primarie fornite ai cittadini e dell'assistenza ai pazienti oncologici ai fini del conseguimento di una maggiore efficacia nell'erogazione delle prestazioni e di una maggiore equità nella tutela della salute. Verranno identificati e definiti indicatori della qualità dell'assistenza primaria e dell'assistenza oncologica, definiti specifici algoritmi per l'identificazione dei pazienti affetti da patologie croniche suscettibili di trattamento ambulatoriale. Inoltre verranno sviluppate metodologie di risk adjustment, effettuata una misurazione della variabilità, tra aree territoriali o gruppi di popolazione, della qualità dell'assistenza primaria e dell'assistenza ai pazienti oncologici, individuando aree critiche su cui implementare programmi di miglioramento della qualità dell'assistenza. Infine verrà realizzato un monitoraggio dell'andamento della qualità delle cure nel tempo ed effettuata una descrizione dei profili di cura, degli esiti clinici e una valutazione di impatto di modelli assistenziali nei pazienti affetti da diabete e da scompenso cardiaco.

Partner Agenas

Euro 600.000

37) ADOZIONE DI UN SISTEMA DI DIFFUSIONE SISTEMATICA DI INFORMAZIONI AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE SULLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA E VALUTAZIONE DELL'IMPATTO SUI COMPORTAMENTI CLINICI

La gestione dei complessi problemi assistenziali posti dai pazienti cronici richiede la creazione di contesti multi professionali e multidisciplinari. In Regione Emilia-Romagna i Nuclei di cure primarie (NCP) sono le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie e costituiscono il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali, miglioramento della qualità assistenziale attraverso linee guida, audit clinico e formazione specifica. Da circa tre anni, nell'ambito delle aziende sanitarie territoriali di Parma e di Reggio-Emilia, è stato avviato in via sperimentale un sistema di reportistica standardizzato direttamente rivolto ai medici NCP delle due aziende. In sintesi, i medici di medicina generale ricevono periodicamente un report che illustra, oltre alle caratteristiche della popolazione assistita dal loro NCP di appartenenza, anche una serie di indicatori di qualità dell'assistenza ad essi erogata, ricavati dalla integrazione dei flussi informativi resi disponibili dalle banche dati regionali inerenti i processi assistenziali erogati e sulla appropriatezza dei ricoveri e delle prescrizioni. Scopo di questo progetto è valutare empiricamente se, ed in che misura, l'implementazione del sistema di reportistica descritto abbia determinato un cambiamento nei comportamenti professionali dei medici afferenti ai nuclei e nei processi assistenziali dei pazienti da essi assistiti. In particolare verrà valutato se l'adozione del sistema abbia determinato un cambiamento nel grado di variabilità nei comportamenti clinici dei medici afferenti a ciascun nucleo, nel grado di appropriatezza delle ospedalizzazioni, nel grado di appropriatezza delle prescrizioni di farmaci, nonché un cambiamento nei processi assistenziali.

Partner ASSR Emilia Romagna

Euro 300.000

38) LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ATTRAVERSO UN APPROCCIO INTEGRATO: DEFINIZIONE DI STANDARD MINIMI PER LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE ITALIANE.

Il tema della gestione del Rischio Clinico è argomento essenziale nel perseguire il miglioramento continuo della qualità e nel garantire ai pazienti standard di sicurezza mentre affrontano pratiche clinico assistenziali. E' dimostrato che i vari rischi associati alle pratiche assistenziali ivi compresi gli errori in tutte le loro declinazioni, possono essere significativamente ridotti ma non completamente annullati se non in rari casi. Condizioni perché questa riduzione si possa verificare sono il considerare l'errore in tutte le sue caratterizzazioni (errore attivo, latente e di sistema) come opportunità per migliorare le proprie pratiche e soprattutto il coinvolgimento trasversale di tutta l'organizzazione. A tal fine appare rilevante individuare un sistema di indicatori capaci, in modo sintetico, di rappresentare le performance delle organizzazioni rispetto agli standard individuati. Il progetto si propone dunque di definire degli standard minimi per la gestione del rischio clinico all'interno delle organizzazioni sanitarie italiane e un sistema sintetico di indicatori per la valutazione delle performance delle organizzazioni stesse. Si prevede la partecipazione di molteplici realtà aziendali rappresentative di diversi contesti regionali e di diverse organizzazioni pubbliche e private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale. Ognuna di queste Unità Operative recluterà almeno (2 o 3) altre organizzazioni creando così un campione opportunistico di oltre 30 organizzazioni sanitarie operanti in Italia. Dopo una iniziale ricerca bibliografica su evidenze ed esperienze significative riportate in letteratura, verranno individuati degli standard minimi per la gestione del rischio clinico a livello di singola organizzazione.

Partner Università degli studi di Udine

Euro 225.000

39) INDIVIDUAZIONE DI MODELLI DI STIMA DEI COSTI DI MALATTIE PROFESSIONALI AD ELEVATA FRAZIONE EZIOLOGICA E DI VALUTAZIONE COSTI/BENEFICI DELLA PREVENZIONE DELLA SALUTE.

L'International Labour Organization (ILO) stima che ogni anno mediamente si registrano 160 milioni di casi di malattie di origine lavorativa, circa 268 milioni di casi di incidenti sul lavoro non mortali e 351.000 casi di infortuni mortali. Tutto ciò comporta un costo per la società pari a circa il 4% del PIL mondiale, che è assorbito dai costi diretti e indiretti determinati dagli incidenti sul lavoro e dalle malattie professionali. In Italia, secondo i dati ISTAT, nel 2008 gli infortuni sul lavoro sono stati circa 875.000 e i costi economici e sociali hanno superato i 43,8 miliardi di euro. Data l'entità di tali costi, appare opportuno effettuare un'accurata analisi sanitaria ma gli studi scientifici disponibili sulla stima dei costi della prevenzione sono carenti sia a livello nazionale che internazionale; non sono stati, infatti, ancora definiti indicatori economici attendibili e stime valide, in particolare a livello macroeconomico. Il progetto si propone di identificare una metodologia per la stima dei costi connessi ad una malattia ad elevata frazione eziologica, quale il mesotelioma dovuto ad esposizione ad amianto. Inoltre, il progetto si propone di definire uno strumento metodologico di stima attendibile che permetta di effettuare valutazioni e di individuare indicatori economici validi dei costi e dei benefici sulla salute e sicurezza del lavoro, sia a livello macroeconomico che microeconomico. Un tale risultato concorrerebbe all'individuazione di aree di criticità e di potenziale miglioramento in campo di Sicurezza sul lavoro con l'obiettivo finale di identificare piani di ottimizzazione del sistema preventivo.

Partner Inail

Euro 480.000

40) COSTRUZIONE DELL'HUB ITALIANO DELLE BIOBANCHE DI POPOLAZIONE

Il potenziale predittivo e preventivo per le malattie umane è il principale scopo delle raccolte di campioni biologici nelle biobanche di popolazione (Bp). In vari contesti regionali sono state realizzate con notevoli sforzi delle biobanche. Tuttavia l'enorme potenzialità delle biobanche di incidere sulla medicina preventiva e predittiva nazionale, è depauperata dalla frammentarietà, dalla scarsa interazione e visibilità di queste strutture a livello Nazionale. Una Bp si basa sulla raccolta di campioni biologici della popolazione generale, arruolata in modo casuale o sulla base

dell'esposizione a fattori di cui si vuole valutare il rischio sulla salute, e seguita con un follow-up fino al termine dello studio. Al momento del prelievo, e nei richiami del follow-up, i campioni biologici sono corredati con una serie di dati sullo stile di vita, esami ematochimici e strumentali relazionati allo scopo della raccolta, che varia da biobanca a biobanca. Le attività di raccolta, annotazione, gestione e di scambio devono avvenire secondo procedure operative standard e nel rispetto delle leggi, raccomandazioni e linee guida etiche nazionali e internazionali. La mancanza di una conoscenza reciproca e di inter-relazione tra iniziative diverse e disperse ostacola la realizzazione di progetti di ricerca che si traducano in risultati utili per la prevenzione e predizione. Scopo della presente proposta è quella di integrare le singole biobanche di popolazione in un network (hub) italiano di Biobanche di popolazione, con lo scopo di sinergizzare le potenzialità di medicina predittiva e preventiva delle singole strutture e collezioni con una rete di informazione, collaborazione, ed interazione dei patrimoni biologici italiani.

Partner: Iss

Euro 280.000

41) MESSA A REGIME NELLE REGIONI ITALIANE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO SULLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN PARTICOLARE CON DISABILITÀ E SULLA QUALITÀ DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI

Nel panorama mondiale l'Italia continua ad essere uno dei Paesi con la maggiore proporzione di anziani. Ad oggi, gli ultra 64enni costituiscono oltre il 20% della popolazione e secondo i dati fra 25 anni ISTAT costituiranno il 34%. Questa evoluzione demografica è associata a un ulteriore incremento delle patologie cronico - degenerative legate all'invecchiamento, con conseguente aumento dei costi di cura e assistenza delle persone anziane. In particolare, la disabilità costituisce spesso un epilogo a tale condizione che implica una diminuzione della qualità di vita delle persone ultra64enni e un aggravio in termini di costi, sia per il sistema socio-sanitario che per le famiglie. La popolazione anziana presenta bisogni distinti, cui corrispondono interventi altrettanto diversificati. Per rispondere a tale evidenza, il CCM ha sostenuto la sperimentazione, in 17 fra Regioni e PA italiane, di un sistema di monitoraggio della disabilità e del rischio di disabilità. Gli indicatori misurati da tale sperimentazione mostrano che in circa il 40% della popolazione anziana sono presenti fattori di rischio comportamentali, sociali e di disabilità. La sperimentazione ha inoltre mostrato che, nel 13% della popolazione anziana portatrice di disabilità, vi sono ampi spazi d'azione per il miglioramento della qualità dell'assistenza e delle azioni di prevenzione. Con il presente progetto si intende portare a regime nelle Regioni italiane un sistema di monitoraggio della copertura e della qualità percepita degli interventi socio-sanitari di prevenzione e assistenziali sulla popolazione anziana in particolare con disabilità, così da fornire informazioni valide e tempestive atte ad orientare e migliorare le azioni di prevenzione e di assistenza da programmare.

Partner: Iss

Euro 480.000

42) SOPRAVVIVENZA E CURA PER TUMORE IN ITALIA E IN EUROPA

Il progetto EURO CARE, che dall'inizio degli anni '90 raccoglie e analizza sistematicamente la sopravvivenza e la cura dei pazienti oncologici in Europa, ha evidenziato notevoli e persistenti disuguaglianze nella sopravvivenza dei pazienti oncologici fra paesi europei e fra diverse aree all'interno di uno stesso paese. Agli inizi degli anni 2000 in Europa la sopravvivenza dei pazienti oncologici a 5 anni dalla diagnosi era mediamente 50% per le donne e 45% per gli uomini. In Italia la sopravvivenza è paragonabile alla media europea, tuttavia la prognosi, la qualità dei trattamenti e la diagnostica sono notevolmente migliori nelle regioni del nord-centro, rispetto a quelle del sud. Il progetto si propone di identificare le cause principali delle disuguaglianze di sopravvivenza dei pazienti oncologici fra regioni italiane e fra Italia e altri paesi europei, allo scopo di individuare i settori dove sono necessarie risorse e interventi nell'organizzazione del servizio sanitario. Il fine ultimo è la riduzione delle differenze di prognosi all'interno dell'Italia e il miglioramento della sopravvivenza e cura dei pazienti oncologici nelle aree a bassa sopravvivenza. In particolare modo verranno descritte e confrontate fra regioni italiane e con paesi europei le procedure diagnostiche

terapeutiche attuate in campo oncologico nel 2003-2005, verrà studiata la frequenza di adesione a standard derivati da studi e protocolli internazionali e la diffusione di innovazioni diagnostiche e terapeutiche recentemente introdotte nella pratica clinica. Inoltre saranno identificati i fattori clinici predittivi di sopravvivenza e di recidiva della malattia e studiato il potenziale effetto di fattori metabolici e patologie concomitanti alla recidiva e alla progressione del tumore.

Partner: Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei tumori

Euro 188.000

43) UNA RETE REGIONALE DI BIOBANCHE ONCOLOGICHE PER LA RICERCA SCIENTIFICA E LA CURA DEL CANCRO

Gli enormi sviluppi della biologia molecolare negli ultimi anni hanno fornito un contributo inestimabile alla comprensione dei meccanismi alla base del cancro, permettendo l'identificazione di molti dei meccanismi molecolari coinvolti, lo sviluppo di strumenti diagnostici più sensibili e la concezione di nuovi farmaci. Le nuove tecniche molecolari richiedono l'utilizzo di un numero sempre maggiore di campioni biologici provenienti da individui affetti da cancro, pertanto vi è la necessità di stabilire vaste raccolte di campioni biologici di tessuto, sangue e altri fluidi biologici ed acidi nucleici, che possano favorire una maggiore conoscenza e abilità nel contrastare il cancro e possano, inoltre, contribuire a sviluppare programmi di screening, prevenzione e monitoraggio e a definire programmi di cura "personalizzati". Sebbene in Lombardia siano già operanti varie biobanche, al momento non è ancora attiva una azione di coordinamento ed armonizzazione. Con questo progetto si intende, appunto, costituire una rete regionale di biobanche oncologiche che permetta uno scambio in tempo reale di campioni biologici e di informazioni cliniche e molecolari tra medici e ricercatori. A tal fine verranno, prima di tutto, definiti degli standard comuni di modalità di raccolta e conservazione di cellule e tessuti neoplastici, che saranno poi applicati dagli elementi della rete, cioè delle biobanche già operanti sul territorio regionale, in merito alle quali verrà effettuata una verifica dei servizi già offerti e degli standard di qualità. Infine, per consentire il processo di armonizzazione verranno attivati dei corsi di formazione specifici per il personale delle biobanche. La creazione della rete oltre a favorire la definizione di standard e procedure comuni.

Partner: IRCCS Istituto clinico Humanitas

Euro 140.000

44) IMPATTO DELLA COMPLESSITÀ SULL'OUTCOME DEI PAZIENTI ONCOLOGICI

In Italia, negli ultimi trent'anni il numero di nuovi casi di tumore è andato progressivamente aumentando ed il complessivo miglioramento della prognosi, ha determinato un incremento significativo dei casi prevalenti. Esistono, tuttavia, delle eccezioni rappresentate da sottogruppi di popolazione in cui gli eccellenti risultati ottenuti non hanno avuto un impatto significativo sulla sopravvivenza, in particolare i pazienti anziani (>70 anni) e i pazienti giovani affetti da comorbidità e quindi considerati fragili e non suscettibili di trattamenti curativi. Nonostante le principali società scientifiche si siano dotate di linee guida ormai universalmente utilizzate per la cura delle differenti forme tumorali, non esistono linee guida specifiche per i pazienti fragili e soprattutto non sono stati ancora identificati fattori predittivi di fragilità e strumenti per definire chi sia il "paziente fragile". In ambito geriatrico è stato ideato uno strumento, la valutazione geriatrica multidimensionale (VGM) utile a valutare la qualità della vita dell'anziano, al fine di migliorarla con interventi adeguati. Ma in generale si può asserire che la dimensione del fenomeno fragilità in ambito oncologico è ancora sottostimata e la possibilità di applicare tali tipo di valutazioni a tutti i pazienti oncologici consentirebbe di conoscere e quantificare il problema per poi meglio pianificare gli interventi sanitari. L'obiettivo finale del presente progetto è di migliorare la sopravvivenza dei pazienti oncologici con fragilità, mediante approcci terapeutici personalizzati che permettano un'adeguata gestione delle comorbidità, attraverso uno studio dettagliato della dimensione del fenomeno fragilità in ambito oncologico e l'applicazione di scale specifiche a tutti i pazienti oncologici.

Partner: IRCCS Istituto clinico Humanitas

Euro 350.000

45) DONNE PORTATRICI DI MUTAZIONI NEI GENI BRCA1 E BRCA2: LA PRESA IN CARICO CLINICA E PSICOLOGICA

Sebbene la maggior parte dei casi di carcinoma della mammella e dell'ovaio siano considerati "sporadici", una quota inferiore al 10% del totale viene attualmente considerata "ereditaria", ovvero riconducibile alla presenza di mutazioni germinali in geni che conferiscono un significativo rischio di sviluppo del carcinoma della mammella e/o degli annessi. Attualmente sono stati identificati due geni principali responsabili di tale suscettibilità, il gene BRCA1 ed il gene BRCA2, che renderebbero conto solo di una parte dei casi ereditari. Donne portatrici di mutazioni in tali geni presentano un'elevata probabilità di sviluppare la malattia nell'arco della vita e pertanto costituiscono, nell'ambito della popolazione generale, una categoria "specificata", richiedente un'appropriatezza e "specificata" gestione medica che non può essere assimilata alle prestazioni fornite alla restante popolazione in termini di prevenzione, sorveglianza e terapia. E' ormai internazionalmente riconosciuta l'importanza della consulenza genetica come prima tappa nell'identificazione e gestione delle donne portatrici di mutazioni nei geni BRCA1/BRCA2, alle quali viene indicato un appropriato programma di sorveglianza clinico -strumentale volto alla diagnosi precoce delle neoplasie attese, e con le quali vengono discusse le possibili opzioni terapeutiche chirurgiche per una riduzione del rischio. La diagnosi genetica, può causare da un punto di vista psicologico importanti cambiamenti e disagi che dovrebbero essere affrontati con un adeguato supporto psicologico. Obiettivo finale del progetto è quello di offrire alle donne portatrici di mutazioni BRCA1/BRCA2 una presa in carico multidisciplinare dedicata, sia dal punto di vista della gestione del rischio di malattia che dal punto di vista psicologico.

Partner: IRCCS Istituto clinico Humanitas

Euro 180.000

46) LA DEFINIZIONE DEL CASE-MIX NELLE CURE DOMICILIARI: IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA RUG-III HC IN ITALIA

L'aspettativa di vita alla nascita ed a 65 anni nei paesi dell'Unione Europea è aumentata, suggerendo non solo che un maggior numero di individui sta raggiungendo un'età avanzata, ma anche che si è allungata la sopravvivenza della coorte di anziani. Di fatto ciò determina una aumentata prevalenza delle patologie croniche ed un maggior consumo di risorse sanitarie. Di fronte a questa emergenza demografico - epidemiologica, comprendere i bisogni di coloro che ricevono i servizi sanitari costituisce un requisito fondamentale per il processo decisionale di allocazione delle limitate risorse disponibili. I sistemi di *casemix*, classificando gli utenti in base a simili livelli di consumo di risorse, rappresentano lo strumento per raggiungere questo obiettivo. In particolare il sistema *Resource Utilization Groups for Home Care* (RUG-III HC) è stato sviluppato, per essere compatibile con l'analogo sistema RUG-III utilizzato per la valutazione del *case-mix* delle strutture residenziali. Quest'ultimo è stato introdotto in Italia nel 2003 e attraverso uno specifico algoritmo permette attraverso l'assegnazione dei residenti a 44 classi e 7 categorie, di individuare un vero e proprio "peso della disabilità" per singolo utente e di determinare il *case-mix index* della struttura, ottenuto sommando il carico assistenziale di tutti i soggetti. Il sistema RUG-III HC, utilizza sempre 7 livelli gerarchici, ma utilizza anche l' IADL (*Instrumental Activities of daily living*) in associazione alle ADL (*Activities of daily living*) per la determinazione di 23 gruppi e per la produzione di due set di indici di case-mix: uno che considera la sola assistenza formale, l'altro che comprende anche il supporto informale. Obiettivo del progetto è quello di implementare tale sistema per consentire la classificazione del fabbisogno assistenziale e per la definizione del case-mix delle cure domiciliari rivolte all'anziano non autosufficiente.

Partner: Irccs Istituto Nazionale Di Ricovero E Cura Per Anziani (Inrca)

Euro 600.000

47) VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE: UN PERCORSO DI ANALISI CONDIVISA CON PAZIENTI IN QUALITÀ DI VALUTATORI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità già dal 2003 ha raccomandato l'attività di valutazione quale elemento cruciale per il miglioramento della qualità dei Servizi di Salute Mentale. Vi è ampio

accordo sul fatto che la qualità debba essere valutata considerando il punto di vista dei principali portatori di interesse – gli *stakeholder* - quali i pazienti, i familiari e i professionisti dei Servizi in grado di individuare e definire degli standard dei Servizi. Il coinvolgimento di pazienti e familiari nella valutazione dei Servizi contribuisce a rendere gli obiettivi e le priorità della valutazione più focalizzati e più vicini ai loro bisogni, in particolare l'inclusione dei familiari nella valutazione consente di allargare il campo di osservazione su aspetti quali il carico del lavoro di cura e le attese nei confronti dei Servizi. Il coinvolgimento dei professionisti ha, invece, come indotto la crescita delle competenze e della motivazione nei rispettivi contesti e il rinforzo delle esperienze positive, mettendo in luce le buone pratiche e contribuendo al processo di miglioramento dei Servizi. Il Progetto intende promuovere una iniziativa coordinata dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL AT di Asti, con l'adesione di 8 Centri di Salute Mentale, aventi già esperienza nel campo della valutazione. Obiettivo finale del progetto è di fornire strumenti metodologici e operativi per la definizione di un modello che preveda il coinvolgimento dei principali *stakeholder* in qualità di valutatori per contribuire al miglioramento della *performance* e della qualità dei Servizi Psichiatrici. Ulteriore ricaduta del Progetto è l'individuazione, documentazione e diffusione delle buone pratiche esistenti nei Servizi Psichiatrici regionali.

Partner: AZIENDA SANITARIA LOCALE DI ASTI

Euro 415.000

48) SVILUPPO DEL SISTEMA INTEGRATO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLA DONAZIONE E TRAPIANTO DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE

La sicurezza nei trapianti di organi tessuti e cellule è ad oggi un tema molto rilevante e da un punto di vista europeo sono state promulgate direttive che individuano disposizioni in merito alle caratteristiche del donatore e degli organi e tessuti prelevati, alla tracciabilità di tutto il processo nonché alla notifica degli eventi e reazioni avverse. In questo ambito in Italia svolge un ruolo fondamentale il Centro Nazionale Trapianti (CNT) che è l'organo di governo di tutta la rete trapiantologica, che trova a livello di ogni regione il riferimento nei Centri Regionali Trapianto (CRT). Attualmente ci sono ancora molte criticità in materia, per esempio non tutte le Regioni dispongono di procedure consolidate nella sorveglianza del processo di donazione e trapianto e la rete trapiantologica nazionale non dispone di un sistema integrato per la sorveglianza, l'identificazione e la segnalazione di eventi e reazioni avverse. Il progetto si propone dunque di sviluppare un sistema integrato di gestione del rischio clinico specificamente dedicato alla donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule (Sistema GRT), che consenta di monitorare, controllare e prevenire il rischio nei percorsi di donazione e trapianto, con particolare riferimento al rischio di trasmissione di patologie infettive e neoplastiche. A tal fine verranno attuati e condivisi dalle Regioni con la regia del CNT l'*incident reporting* e la revisione sistematica della documentazione clinica per l'identificazione dei rischi, l'*audit* su eventi significativi e la *root cause analysis* per la valutazione del rischio, le buone pratiche (*bundles*) e l'analisi proattiva dei processi critici per la prevenzione del rischio .

Partner: AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI BATTISTA DI TORINO

Euro 450.000

49) MODELLO DI ASSISTENZA PNEUMOLOGICA TERRITORIALE PER I PAZIENTI AFFETTI DA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA

Uno delle sfide più difficili del 21° secolo è rappresentata dalle modalità con cui i sistemi sanitari riusciranno a rispondere alla crescente domanda indotta dal continuo aumentare delle patologie croniche. È indubbia la necessità di sviluppare metodiche assistenziali alternative o complementari all'ospedale; la letteratura suggerisce che il modello per la cura dei pazienti cronici deve considerare il ruolo dell'assistenza primaria e dell'assistenza territoriale, con specifico riferimento al domicilio del paziente. La cura a domicilio, infatti, consente una riduzione del numero delle ospedalizzazioni e genera una migliore conoscenza della malattia e una migliore auto gestione della loro condizione di salute. Anche il Piano Sanitario Nazionale, d'altronde, promuove la costituzione di un sistema di rete comprendente ospedale e territorio che faciliti l'individuazione e l'utilizzo di

percorsi diagnostico-terapeutico -riabilitativo adeguati. Il presente progetto nasce dalla presa d'atto, nella cura dei pazienti cronici, del ruolo fondamentale del territorio e dalla necessità di integrare due progetti, già avviati nella regione Puglia e volti a garantire ai pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica (IRC) maggiore efficacia delle cure, allocazione ottimale delle risorse e continuità assistenziale. Obiettivo finale del progetto è quello di valutare la qualità dei servizi territoriali offerti ai pazienti affetti da IRC, evidenziando criticità e casi di eccellenza che possano costituire la base per la successiva definizione di un modello assistenziale che garantisca qualità equità ed efficacia.

Partner: AGENZIA SANITARIA REGIONALE DELLA PUGLIA

Euro 350.000

50) IL MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA IN RSA: VALIDAZIONE DI UN SET INTEGRATO E MULTIDIMENSIONALE DI INDICATORI QUALITY ED EQUITY ORIENTED AD ELEVATA FATTIBILITÀ DI RILEVAZIONE E TRASFERIBILITÀ DI SISTEMA

Nella popolazione di età uguale o superiore ai 75 anni, si concentrano i problemi di salute a maggior carattere di cronicità e i problemi assistenziali più complessi, riconducibili a condizioni di disabilità multiple e di non autosufficienza. A queste persone, al di fuori dei pur necessari ricoveri in strutture per acuti, il nostro sistema sanitario offre due alternative: l'assistenza domiciliare e la residenza sanitaria assistita (RSA). Ad oggi la situazione delle RSA in Italia è diversa in ogni Regione, le condizioni strutturali, organizzative ed amministrative sono molto variabili e i dati disponibili sulle prestazioni offerte sono quasi inesistenti. In questo contesto generale, il progetto ha come obiettivo finale la definizione di un sistema di sorveglianza *quality ed equity oriented* in RSA e la validazione di un set integrato e multidimensionale di indicatori di struttura, processo e di esito ad elevata fattibilità di rilevazione e trasferibilità di sistema. In particolare il progetto si propone di valutare la fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema di monitoraggio della qualità dei servizi alla persona, basato sull'integrazione tra requisiti di accreditamento e indicatori di processo e di esito, e di un sistema di misurazione della qualità dei servizi alla persona. Verrà promossa, altresì, l'identificazione e la rilevazione di un insieme di indicatori di processo e di esito per il monitoraggio della qualità dei servizi alla persona e in un campione di RSA verrà valutata la fattibilità, accuratezza e trasferibilità di un sistema di monitoraggio degli eventi assistenziali avversi in area medica, in area infermieristica, in area nursing tutelare in area riabilitativa e psicosociale.

Partner: AGENZIA PER I SERVIZI REGIONALI DELLA REGIONE TOSCANA

Euro 470.500

51) INCREMENTO DISPONIBILITÀ ORGANI PER IL TRAPIANTO CUORE CON ORGANO VALUTATO MEDIANTE ECO-STRESS E PRELEVATO DA DONATORI DI ETÀ MAGGIORE DI 55 ANNI

Il trapianto di cuore è una soluzione salvavita per i pazienti con malattia molto avanzata, tuttavia tali trapianti soffrono, sia livello internazionale che nazionale, di carenza di donatori. In Italia avrebbero bisogno di un cuore nuovo circa 700 pazienti ogni anno, e le donazioni raggiungono a malapena la metà, anche perché l'età limite per la donazione dell'organo cuore viene considerata 55 anni. Appare quindi potenzialmente utile utilizzare cuori di donatori marginali (> 55 anni d'età), idonei alla donazione; se, infatti, anche solamente un sesto dei 670 donatori per anno di età superiore ai 55 anni fosse utilizzato per il trapianto cuore il numero dei trapianti di cuore potrebbe aumentare di più di 100 unità per anno. In risposta alla necessità di allargare i criteri di donazione, è stato individuato un esame, l'eco-stress farmacologico, che è in grado di evidenziare coronaropatia e cardiomiopatia significative e prognosticamente limitanti. L'eco-stress farmacologico, già validato da lunga pratica clinica, può essere eseguito in donatori di età superiore ai 55 anni, è poco costoso, non invasivo ed è altamente efficace; i cuori con ecostress negativo finora trapiantati hanno dimostrato buona funzione nell'immediato e al follow-up. Il modello rappresenta un'integrazione di competenze cardiologiche, cardiocirurgiche, anestesologiche, intensivologiche, che, dopo l'iniziale circoscritta, realtà pilota nelle regioni Emilia-Romagna e Toscana, va integrato ed esteso su scala nazionale. Obiettivo del progetto è di espandere in Italia il pool dei donatori di cuore da

donatori marginali mediante eco stress con il coinvolgimento dei centri cardiocirurgici di trapianto cuore regionali, e delle associazioni trapiantologiche nazionali.

Partner: ISTITUTO DI FISILOGIA CLINICA DEL C.N.R.

Euro 350.000

52) LA DONAZIONE ORGANI COME TRATTO IDENTITARIO

L'Italia ad oggi fatica a far fronte alle richieste di organi e le liste di attesa crescono con il crescere della capacità di intervenire. Sino al 2010 la donazione organi poteva essere espressa o presso gli sportelli ASL oppure portando unitamente al documento d'identità una dichiarazione di volontà alla donazione. Il Decreto-legge 30 dicembre 2009, n. 194 coordinato con la legge di conversione 26 febbraio 2010, n. 25 recante: «Proroga di termini previsti da disposizioni legislative» (cosiddetto "Milleproroghe") stabilisce che la carta d'identità possa contenere la dichiarazione della volontà o meno del cittadino a donare i propri organi. Il presente progetto intende sperimentare la procedura che sarà messa a punto da Ministero degli Interni, della salute, ANCI e Federsanità – per attuare la norma contenuta nel Milleproroghe - per raccogliere le dichiarazioni dei cittadini, indicare la volontà sulla carta d'identità e registrarla nel Sistema Informativo Trapianti. Il modello procedurale una volta testato sarà messo a disposizione e potrà essere utilizzato presso tutti i Comuni. Il progetto, dunque intende dare attuazione a quanto previsto dal recente decreto mille proroghe attraverso interventi di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza sul tema della donazione organi e la realizzazione della procedura standard per l'acquisizione e l'informatizzazione delle dichiarazioni di volontà dei cittadini maggiorenni. Rientrerà poi tra gli obiettivi del progetto la messa a punto del pacchetto formativo per il personale degli uffici Anagrafe sulla procedura adottata e la formazione del personale dei Comuni umbri sulla medesima procedura.

Partner: REGIONE UMBRIA

Euro 100.000

53) LA VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELLE INIZIATIVE DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA NELLA POPOLAZIONE

Sia a livello nazionale che internazionale l'attività motoria costituisce una delle priorità di prevenzione e promozione della salute. Attualmente il riferimento fondamentale in tale contesto è il programma Guadagnare Salute che pone, appunto, la promozione dell'attività fisica tra i quattro filoni fondamentali. Lo stesso Ccm, dal 2004 ha promosso una serie di progetti volti a favorire l'attività motoria, ed in particolare ha avviato un progetto nazionale di promozione dell'attività motoria, coordinato dalla Regione Veneto, con l'obiettivo di contrastare l'abitudine alla sedentarietà nella popolazione. A fronte di tutte queste azioni di prevenzione appare necessario comprendere la reale efficacia degli interventi proposti e pertanto il presente progetto si propone di effettuare una valutazione di processo e di esito delle attività di promozione dell'Attività Motoria. Verranno così identificati elementi di forza e di debolezza delle attività previste nella promozione dell'attività motoria, sia al fine di ottimizzare le azioni in corso sia al fine di individuare un modello operativo sostenibile di valutazione di impatto di programmi analoghi. Questi elementi potranno aiutare i diversi livelli decisionali nell'orientare al meglio il futuro lavoro, sia a livello nazionale, che al livello regionale e più specificatamente a livello locale. In particolare il progetto intende censire le esperienze avviate in materia di promozione dell'attività motoria ed individuare indicatori per la valutazione di esito già rintracciabili nei sistemi di sorveglianza attivi, verranno inoltre valutati alcuni progetti in tale ambito ed avviata una valutazione qualitativa, basata sul giudizio degli operatori dei territori.

Partner: AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO SANITARIA N. 20 DI VERONA

Euro 250.000

ALLEGATO 2

PROGRAMMA CCM 2011

Con il DM del 27 maggio 2011, registrato alla Corte dei Conti in data 30 giugno 2011 (reg.9, fgl 321), è stato approvato il programma CCM 2011 Anche per il 2011, alla luce che il nuovo piano della prevenzione 2010-2012 è stato operativamente avviato a livello regionale proprio nel 2011, il Comitato strategico ha ritenuto di confermare le priorità di intervento individuate nel biennio precedente e volte appunto a sostenere le Regioni nella realizzazione del nuovo Piano nazionale della prevenzione (Pnp) e del programma Guadagnare salute.

Il programma si articola anche per il 2011 in tre grandi aree (Tabella 3):

1. sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale della prevenzione e di Guadagnare salute.

Tale area come per l'anno passato, mutua la propria struttura dal Pnp, individuando quali aree di intervento, oltre alla sorveglianza epidemiologica innovativa, la prevenzione universale, la medicina predittiva, la prevenzione nella popolazione a rischio e la prevenzione delle complicanze e recidive di malattia. Nella scelta dei temi sono state individuate delle linee progettuali ritenute prioritarie, ed indicate anche dalle Regioni, linee progettuali non realizzate nei programmi precedenti e linee progettuali a sostegno delle cosiddette azioni centrali del Piano Nazionale della Prevenzione, il cui sviluppo, come sancito dal Piano Nazionale , è a carico del Ministero della Salute

2. sostegno a progetti strategici di interesse nazionale

All'ambito dei progetti strategici di interesse nazionale afferiscono, invece, linee progettuali ritenute prioritarie, coerenti con la missione del Ccm ma non direttamente riferibili al sostegno al Pnp e a Guadagnare salute. Anche per tale area la scelta dei temi è stata determinata alla luce delle priorità e delle attività già attuate o in corso di attuazione.

3. azioni centrali:

Tale area è direttamente gestita dalla direzione operativa ed è funzionale alla pratica operatività del CCM. A tale area – che continua a raggruppare voci di spesa relative al funzionamento, al personale e alle attività – afferiscono il sostegno alle attività di sorveglianza epidemiologica routinaria, il supporto alle azioni centrali previste dal PNP e il sostegno a progetti speciali (network centri terapia intensiva neonatale, prevenzione ustioni in età pediatrica, sorveglianza della mortalità materna, aree geografiche svantaggiate, ecc..)

Il Comitato strategico, nella riunione del 12 aprile 2011, nella quale è stato approvato il programma CCM, ha altresì approvato la suddivisione del finanziamento tra le tre suindicate aree. Della disponibilità economica per il 2011, pari a 18.311.010 euro, circa i due terzi sono stati ripartiti a favore delle linee progettuali (implementazione di Pnp e Guadagnare Salute e di progetti strategici di interesse nazionale) e un terzo circa per lo svolgimento delle azioni centrali (funzionamento, attività e personale).

Così come previsto dalle procedure, riportate nell'introduzione, le Regioni e province autonome, nonché i tre enti centrali: AGENAS, INAIL ed ISS, sono stati invitati a presentare alla direzione operativa le proprie proposte di progetto sotto forma di lettera di intenti. Complessivamente sono pervenute 508 proposte di iniziative. Sulla base dei criteri individuati e riportati anche nel programma stesso, il Comitato scientifico , nella riunione del 7 luglio 2011, ha ritenuto congruenti 148 lettere di intenti e per 57 di queste il Comitato scientifico ha richiesto una rimodulazione del piano finanziario. Inoltre, come lo scorso anno, su alcuni temi ritenuti prioritari, sui quali sono stati presentate più lettere d'intenti aventi obiettivi finali simili o integrabili, il Comitato scientifico, al fine di garantire una maggiore trasferibilità ed evitare duplicazione di interventi, ha richiesto agli enti esecutori di armonizzare le singole proposte in un unico progetto esecutivo. I temi per i quali sono state richieste integrazioni sono 8, per un totale di 22 lettere d'intenti. Per tutte queste lettere di intenti è stata dunque richiesto ai soggetti proponenti la stesura del progetto esecutivo, secondo il formato CCM. Il Ccm, in condivisione con le Regioni, ha deciso di apportare per la programmazione 2011 un'importante novità volta a rinsaldare il rapporto diretto con i partner istituzionali al fine di rendere gli interventi promossi sempre più vicini agli interessi regionali. Così a conclusione del percorso valutativo, gli accordi di collaborazione necessari alla realizzazione dei

progetti sono stipulati tra il Ministero della Salute e gli enti proponenti, ovvero singole Regioni, Iss, Inail ed Agenas e non più con gli enti esecutori. Alla luce di questa novità procedurale i referenti scientifici delle 156 proposte relative alle 148 lettere di intenti giudicate congrue e alle 8 integrazioni. sono stati chiamati a predisporre il progetto esecutivo secondo il format Ccm aggiornato.

Con la riunione del Comitato strategico del 27 ottobre 2011 si è infine concluso l'iter di valutazione dei progetti esecutivi del programma Ccm 2011. I Comitati del Ccm hanno espresso parere favorevole per 47 dei progetti pervenuti (tabella 4) di cui il 75% ha natura interregionale. Il Comitato strategico ha poi stabilito un massimo finanziamento, pari a 400.000 euro, per ciascun progetto, dando pertanto mandato alla direzione operativa di richiedere una rimodulazione del piano finanziario per quei progetti la cui richiesta di finanziamento eccedeva tale cifra.

Tab 3- Tabella allegata Programma 2011

AREA	AMBITO	LINEA PROGETTUALE		ID
SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PNP E DI GUADAGNARE SALUTE	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA INNOVATIVA	Ambiente e salute	Valutazione del rischio da esposizione ambientale <i>indoor</i> e <i>outdoor</i>	1
			Analisi dei sistemi esistenti di sorveglianza e monitoraggio degli indicatori ambientali di rischio per la salute umana e sistemi di lettura degli stessi secondo un'ottica di salute	2
		Azioni di sistema	Azione conoscitiva sull'assetto e le attività delle strutture deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione	3
	PREVENZIONE UNIVERSALE	Ambienti di lavoro	Sviluppo degli interventi di prevenzione e dei sistemi di indagine e di monitoraggio delle malattie professionali, degli infortuni gravi e mortali	4
			Sviluppo di sistemi di sorveglianza dei lavoratori esposti ed ex esposti a cancerogeni professionali	5
			Omogeneizzazione degli interventi di prevenzione, attraverso attività di formazione a distanza degli operatori	6
		Malattie infettive	Valutazione di <i>outcome</i> dei programmi vaccinali	7
			Sorveglianza sanitaria delle malattie emergenti	8
			Prevenzione malattie infettive in relazione ai flussi migratori	9
			Prevenzione delle infezioni nosocomiali: modelli innovativi di intervento	10
		Stili ed ambienti di vita	Promozione e monitoraggio di stili di vita salutari	11
			Supporto alla prevenzione di infortuni domestici, scolastici, stradali e del tempo libero	12
			Utilizzo della metodologia della <i>risk analysis</i> nelle attività del settore agroalimentare	13
			Studio dell'impatto sanitario e delle implicazioni di salute pubblica derivanti dalla costruzione di grandi opere e strategie integrate di prevenzione	14
	MEDICINA PREDITTIVA	Supporto all'implementazione e trasferimento di programmi di medicina predittiva di provata efficacia	Modelli di intervento traslazionale basati su fattori predittivi noti	15
	PREVENZIONE POPOLAZIONE A RISCHIO	Gruppi di popolazione deboli	Modelli organizzativi ed operativi per ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi per i gruppi di popolazione deboli	16
			Prevenzione della cronicizzazione del dolore	17

(SEGUE) Tab 3- Tabella allegata Programma 2011

AREA	AMBITO	LINEA PROGETTUALE		ID
SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PNP E DI GUADAGNARE SALUTE	PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA	La gestione del paziente complesso	Modelli organizzativi di gestione integrata ospedale territorio	18
			Modelli di educazione strutturata e di <i>empowerment</i> del paziente cronico	19
			Percorsi di integrazione assistenziale del paziente oncologico complesso	20
			Percorsi di integrazione assistenziale del paziente con scompenso cardiaco cronico complesso	21
			Gestione dei pazienti lungo sopravvivenza	22
			Valutazione dei modelli di integrazione socio-sanitaria	23
SOSTEGNO A PROGETTI STRATEGICI DI INTERESSE NAZIONALE	Azioni di sistema		<i>Risk management</i> nell'assistenza territoriale	24
			Strategie innovative per l'implementazione della donazione e del trapianto di organi	25
			Modelli di intervento per le emergenze in sanità pubblica	26
<i>Totale finanziamento delle linee progettuali</i>			<i>11.700.000</i>	

(SEGUE) Tab 3- Tabella allegata Programma 2011

AREA AZIONI CENTRALI	
AMBITO	VOCI
funzionamento	Spese per: - riunioni istituzionali CCM; acquisto materiale di cancelleria, riviste e libri; acquisto apparecchiature informatiche; piattaforma web e sito CCM; servizio “1500” emergenze sanitarie; servizio traduzione; - sistema di allerta rapido; sistemi di valutazione e monitoraggio delle procedure amministrative.
personale	Spese per: - missioni; rimborso spese personale di prestito; medici sarsisti; personale a tempo determinato ex giubilari; corsi di formazione ed aggiornamento; corsi di formazione ed aggiornamento per personale USMAF e PIF.
attività	Spese per: - predisposizione di risorse per fronteggiare le emergenze bioterroristiche, 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; attività di difesa civile nel settore NBCR; - sostegno a progetti speciali: network centri terapia intensiva neonatale, prevenzione ustioni in età pediatrica, sorveglianza della mortalità materna, sorveglianza MCJ ed altre sorveglianze, aree geografiche svantaggiate, ecc.. - attività di informazione istituzionale al personale del SSN, della CRI e degli USMAF; sostegno alla rete USMAF; collaborazioni internazionali; supporto alle azioni centrali del PNP; acquisizione di risorse per affrontare emergenze, portale acque, revisione ICF, ecc., nonché informazione istituzionale espressamente destinate a promuovere e sostenere le attività del CCM, quali: pubblicazioni, convegni, seminari, portale nazionale acque.
<i>Totale finanziamento azioni centrali</i>	
<i>6.611.010</i>	
<i>Totale complessivo</i>	
<i>18.311.010</i>	

Tab 4 Progetti approvati Programma 2011

SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E DI GUADAGNARE SALUTE			
AREA	TITOLO PROGETTO	ENTE	EURO
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA INNOVATIVA	Vigilanza Sanitaria Rifiuti (VISARI): Progetto di sorveglianza sindromica da esposizione a rifiuti solidi urbani	CAMPANIA	180.000
	Progettazione di azioni formative istituzionali dell'Istituto Superiore di Sanità costruite in risposta al fabbisogno formativo delle Regioni e delle Province Autonome generato dall'applicazione dei piani regionali di prevenzione.	ISS	81.500
	Indagine conoscitiva sulle strutture delle aziende sanitarie locali deputate alla realizzazione delle attività di prevenzione.	ISS	170.500
	Test genomici predittivi: censimento delle attività in essere in alcune regioni italiane per l'istituzione di un registro dell'offerta e promozione di interventi formativi per medici e cittadini	LAZIO	380.000
	Metodi per la valutazione integrata dell'impatto ambientale e sanitario (VIIAS) dell'inquinamento atmosferico	LAZIO	400.000
PREVENZIONE UNIVERSALE	Promozione di stili di vita salutari (attività fisica e alimentazione) nella prevenzione e cura del diabete	ABRUZZO	210.000
	Promozione di stili di vita favorevoli alla prevenzione della disabilità negli anziani	CAMPANIA	300.000
	Prevenzione universale. Malattie infettive. Analisi di malattie emergenti e riemergenti in relazione ai flussi migratori.	CAMPANIA	370.000
	Sorveglianza delle infezioni da clostridium difficile. Aspetti epidemiologici e microbiologici.	EMILIA	203.000
	Studio epidemiologico relativo alla prevalenza di patologie infettive neglette nella popolazione immigrata in 5 regioni italiane, e valutazioni delle potenziali ricadute in ambito socio-epidemiologico clinico e trapiantologico	EMILIA	250.000
	Una Rete di Azioni per rendere operativa la Carta di Toronto	EMILIA	400.000
	Rischio rumore e controllo dell'esposizione tramite la tecnologia del controllo attivo: operatori dell'emergenza, del pronto soccorso e della sicurezza e addetti dell'agricoltura.	INAIL	210.000
	Biotechologie per lo sviluppo sostenibile: applicazioni e sicurezza occupazionale	INAIL	150.000
	Azioni relative alla riduzione del consumo di sale in Italia: verifica delle ricadute dell'accordo con i panificatori e programma "meno- sale- più - salute".	ISS	279.400
	Sorveglianza dell'epatite E in Italia: malattia emergente nei paesi industrializzati.	ISS	199.200
	L'alcol in Italia e nelle Regioni. Valutazione epidemiologica del rischio sanitario e sociale dell'alcol in supporto al Piano Nazionale di Prevenzione e alla implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute.	ISS	240.000
	Uso di vaccini e pressione selettiva sulla popolazione batterica target: variabilità di antigeni di meningococco B ed emergenza di H.influenzae non capsulato.	ISS	350.000
	Sistema informativo nazionale sugli incidenti in ambiente di civile abitazione: integrazione del SINIACA con i sistemi attivi a livello locale, col sistema europeo IDB e con il SIEPI.	ISS	235.000
	Efficacia della ricerca attiva e promozione dell'accesso alle cure per la tubercolosi nei migranti in aree metropolitane italiane (Roma e Milano)	LAZIO	200.000

SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E DI GUADAGNARE SALUTE

AREA	TITOLO PROGETTO	ENTE	EURO
PREVENZIONE UNIVERSALE	Attivazione di una rete di sorveglianza integrata	LOMBARDIA	70.000
	Diario della salute: Percorsi di promozione del benessere tra i pre-adolescenti	PIEMONTE	157.000
	Sperimentazione del modello dei <i>Water Safety Plans (WSP)</i> per la valutazione e gestione del rischio nella filiera delle acque destinate al consumo umano	PIEMONTE	146.500
	Metabolomica: “gold standard” per la diagnosi di sepsi neonatale? Studio per un intervento mirato alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle sepsi tardive nei neonati di peso molto basso (VLBW).	SARDEGNA	192.500
	Reinserimento lavorativo di lavoratori affetti da patologie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori mediante riduzione del rischio, trattamento e recupero funzionale – esperienza pilota	TOSCANA	181.800
	La prevenzione efficace degli infortuni domestici, scolastici, del tempo libero e degli anziani alla guida	TOSCANA	115.000
	<i>SOCIAL NET SKILLS</i> promozione del benessere nei contesti scolastici, del divertimento notturno e sui social network, tramite percorsi di intervento sul web e sul territorio	TOSCANA	400.000
	Sorveglianza epidemiologica e controllo della strongilodiasi in aree endemiche della regione veneto, Friuli e Lombardia	VENETO	268.000
MEDICINA PREDITTIVA	<i>Communication disorders: reducing health inequalities</i>	LOMBARDIA	133.000
	Creazione di una rete assistenziale in telediabetologia per pazienti con diabete mellito e nefropatia: impatto sulla prevenzione degli eventi ipoglicemici e sulla mortalità.	PUGLIA	332.700
	La carenza congenita di alfa 1 anti tripsina: possibile modello di medicina traslazionale su fattori predittivi nell’ambito delle malattie respiratorie ed epatiche croniche in Sardegna	SARDEGNA	120.000
	Personalizzazione della terapia nelle neoplasie del colonretto mediante l'identificazione di fattori predittivi di efficacia della chemioterapia adiuvante nelle forme operabili e di fattori predittivi di resistenza ai farmaci anti EGFR negli stadi avanzati	SICILIA	320.000
PREVENZIONE POPOLAZIONE A RISCHIO	PNE fase 3 Valutazione degli esiti per la riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi di provata efficacia in popolazioni deboli	AGENAS	400.000
	Il rischio psicopatologico in adolescenza: individuazione di una popolazione esposta alla catastrofe naturale in Abruzzo e costruzione di un programma di intervento preventivo	ABRUZZO	90.000
	Un modello per l’integrazione socio-sanitaria delle popolazioni svantaggiate	EMILIA	400.000
	Screening neonatale esteso: proposta di un modello operativo nazionale per ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari nelle diverse regioni.	ISS	200.000
	ALERT: Attenzione condivisa valutata in uno studio Longitudinale nella popolazione ad alto rischio di autismo tramite Eye-tracking, Risposta neurofisiologica e Tecnologie assistive	TOSCANA	295.000
COMPLICANZE DELLE	Sperimentazione di percorsi assistenziali integrati per la prevenzione delle complicanze della malattia di Alzheimer sulla base del modello ampliato del <i>chronic care model</i> nell’ASP di Catanzaro	CALABRIA	155.000

SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E DI GUADAGNARE SALUTE			
AREA	TITOLO PROGETTO	ENTE	EURO
	Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum.	ISS	249.600
	Sistema per l'integrazione delle cure e dell'assistenza per le persone con malattie croniche.	ISS	249.400
	Modelli innovativi di gestione integrata tele-gestita ospedale-territorio del malato cronico a fenotipo complesso: studio di implementazione, validazione ed impatto	LOMBARDIA	400.000
	Organizzazione di un percorso sanitario ed assistenziale di integrazione ospedale territorio per pazienti affetti da patologie croniche (<i>CReG Chronic Related Group</i>)	LOMBARDIA	400.000
	La REte MOLisana per l'Ictus Cerebrale: Prevenzione primaria e continuità assistenziale	MOLISE	300.380
	Percorsi assistenziale per la gestione dello scompenso cardiaco cronico complesso	PUGLIA	240.000
	Nuovi modelli organizzativi ed integrazione delle cure dell'assistenza alla persone con patologie croniche	SICILIA	306.800
	Continuità assistenziale ospedale-territorio in ambito pediatrico	TOSCANA	65.000
SOSTEGNO A PROGETTI STRATEGICI DI INTERESSE NAZIONALE			
AZIONI DI SISTEMA	Valutazione dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari finalizzata a proposte di modifiche di assetti organizzativi e di processo.	ISS	300.000
	Sviluppo di un modello interregionale di intervento per le emergenze in sanità pubblica con riferimento alle malattie infettive diffuse	VENETO	400.000
TOTALE			€11.696.280

PROGRAMMA CCM 2011

Elenco progetti

AREA SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PNP E DI GUADAGNARE SALUTE

Sorveglianza epidemiologica innovativa

1) VIGILANZA SANITARIA RIFIUTI (VISARI): PROGETTO DI SORVEGLIANZA SINDROMICA DA ESPOSIZIONE A RIFIUTI SOLIDI URBANI

La situazione di emergenza della raccolta e trattamento dei rifiuti nella Regione Campania ha fatto crescere la percezione di un grave rischio per la salute della popolazione dovuto alla presenza di rifiuti non raccolti, ma anche alla presenza di eventuali impianti di stoccaggio e trattamento degli stessi. La Regione Campania in collaborazione con l'ordine dei medici di Napoli intende avviare un sistema di sorveglianza sindromica VISARI (Vigilanza Sanitaria Rifiuti), finalizzato al monitoraggio dell'incidenza di alcuni sindromi infettive ed allergiche acute che sono state spessi oggetto di attenzione e preoccupazione da parte della popolazione. Tale sorveglianza è basata sulla segnalazione attiva da parte dei medici all'Osservatorio epidemiologico regionale, che provvede all'analisi dei dati e alla loro divulgazione. La sorveglianza interesserà inizialmente le province di Napoli e Caserta e sarà poi estesa a province meno interessate all'emergenza rifiuti, per poter operare opportuni confronti. Il progetto prevede inoltre, in collaborazione con l'ARPA l'individuazione di alcuni indicatori ambientali potenzialmente implicati nelle situazioni di rilascio incontrollato di rifiuti solidi urbani.

Partner Campania

Euro 180.000

2) PROGETTAZIONE DI AZIONI FORMATIVE ISTITUZIONALI DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ COSTRUITE IN RISPOSTA AL FABBISOGNO FORMATIVO DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME GENERATO DALL'APPLICAZIONE DEI PIANI REGIONALI DI PREVENZIONE.

Il progetto si propone di predisporre un'azione conoscitiva sull'assetto e le attività delle strutture deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione come rilevazione strutturata del fabbisogno di formazione che origina dalle strutture sanitarie regionali. Il progetto proposto non si limita tuttavia ad una mera definizione del fabbisogno formativo, ma intende anche condividere con le strutture regionali il patrimonio di conoscenze ed competenze sviluppato dall'ISS in tema di formazione in sanità pubblica a livello nazionale ed internazionale. Non v'è dubbio che la strutturazione dei protocolli di formazione, al pari delle azioni cliniche/sanitarie, debba fare infatti riferimento metodologico alle prove di efficacia riportate dalla ricerca sui meccanismi di apprendimento dell'adulto (andragogia) e tendere la propria attenzione alla valutazione dei risultati a vari livelli: dalla acquisizione di nuove competenze al miglioramento delle pratiche professionali con impatto positivo sulla efficacia e efficienza dei servizi con il fine di migliorare e promuovere la salute dei cittadini. Al fine di garantire una ottimale, continua e dinamica interazione tra ISS e partecipanti regionali, il progetto prevede l'attivazione di un'apposita pagina web, oltre alla organizzazione di incontri residenziali di lavoro (workshop) e un evento finale per la divulgazione dei risultati.

Partner: ISS

Euro 81.500

3) INDAGINE CONOSCITIVA SULLE STRUTTURE DEPUTATE ALL'EROGAZIONE DEI SERVIZI DI PREVENZIONE IN ITALIA

Il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP 2010-2012) ha ampliato l'ambito della prevenzione rispetto al PNP precedente, in particolare valorizzando ulteriormente attività di prevenzione secondaria e terziaria. I servizi di prevenzione delle strutture territoriali, oltre a mantenere le attività istituzionalmente a loro precedentemente affidate, devono far fronte a ulteriori impegni manageriali e organizzativi. Negli ultimi 10 anni, in relazione a scelte programmatiche e organizzative che le diverse Regioni hanno adottato, i servizi di prevenzione hanno assunto assetti organizzativi e operativi anche molto differenziati. Al contrario non vi sono stati e non esistono attualmente contesti istituzionali ove gli operatori delle stesse strutture (SDSP) delle diverse regioni si possano confrontare su tali assetti organizzativi e sulle buone pratiche che elaborate nello stesso periodo. Pertanto, vi è la necessità di procedere ad una raccolta sistematica di dati allo scopo, da una parte, di descrivere gli aspetti organizzativi delle SDSP nelle varie aree del Paese, dall'altra, di identificare e descrivere alcuni approcci, di metodi e tecniche da condividere con altre regioni che si confrontano con problemi e sfide simili, secondo l'approccio del knowledge management. Obiettivo del progetto sarà pertanto raccogliere, interpretare e diffondere alle istituzioni interessate informazioni sull'assetto e sulle pratiche delle strutture deputate all'erogazione di servizi di prevenzione nelle Regioni e nelle aziende sanitarie del Paese.

Partner: ISS

Euro 170.500

4) TEST GENOMICI PREDITTIVI: CENSIMENTO DELLE ATTIVITÀ IN ESSERE IN ALCUNE REGIONI ITALIANE PER L'ISTITUZIONE DI UN REGISTRO DELL'OFFERTA, E PROMOZIONE DI INTERVENTI FORMATIVI PER MEDICI E CITTADINI

I test genomici rappresentano un grandissimo avanzamento nell'ambito della *medicina predittiva* della prevenzione e della sicurezza clinica ma lasciano anche un ampio margine all'inappropriatezza. Al momento, i test genomici predittivi in Italia sono utilizzati in Sanità Pubblica per l'analisi di mutazioni ad alta penetranza, che predispongono ai tumori di mammella/ovaio e del colon retto, alle forme monogeniche della malattia di Alzheimer e della demenza frontotemporale e al sottotipo MODY del diabete. Manca invece un'esperienza per quanto attiene ai test che indagano le varianti genetiche polimorfiche a bassa penetranza, che conferiscono suscettibilità alle malattie complesse. In Italia i servizi che erogano test genomici sono censiti, in parte, dalla Società Italiana di Genetica Umana (SIGU) e dalla Società di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica (SIBIOC). Con questo progetto si vuole rendere più appropriato e razionale l'uso dei test genomici predittivi di malattie complesse, agendo su tre linee strategiche: 1) estendere e integrare, nelle regioni coinvolte, il Censimento della SIGU e della SIBIOC, raggiungendo in modo capillare tutti i laboratori pubblici e privati che erogano test genomici predittivi; 2) istituire registri web regionali dei test genomici predittivi e dei laboratori erogatori nelle diverse regioni coinvolte, con indicazioni sull'appropriatezza, l'utilità e i costi di tali test; 3) istituire corsi di formazione, workshop e seminari accreditati dedicati ai potenziali prescrittori dei test genomici (medici di Medicina Generale, i medici operanti nei Servizi Medicina Preventiva nelle Comunità dei Dipartimenti di Prevenzione, e i medici specialisti in oncologia, ginecologia e neurologia)

Partner Lazio

Euro 380.000

5) METODI PER LA VALUTAZIONE INTEGRATA DELL'IMPATTO AMBIENTALE E SANITARIO (VIAS) DELL'INQUINAMENTO ATMOSFERICO

Le tematiche associate alle emissioni di gas serra, e all'impatto del cambiamento climatico sulla salute e sull'ambiente, sono state discusse durante la V Conferenza Ministeriale su Ambiente e Salute, tenutasi a Parma nel 2010. Nella dichiarazione finale i Governi si sono impegnati a ridurre entro i prossimi dieci anni gli impatti dell'ambiente sulla salute, attraverso la realizzazione di programmi nazionali che offrano, entro il 2020, pari opportunità per tutti i cittadini di avere una

migliore qualità dell'aria e un ambiente libero da agenti chimici tossici. Malgrado i numerosi sforzi ad oggi in Italia, manca ancora una competenza professionale completa nell'ambito della Valutazione Integrata dell'Impatto Ambientale e Sanitario (VIAS) dell'inquinamento atmosferico. Il presente progetto pone le basi per lo sviluppo dell'Integrated Environmental and Health Impact Assessment in Italia, attraverso l'utilizzo della modellistica (su base nazionale o locale), in combinazione con i risultati di studi epidemiologici consolidati, per determinare gli impatti dell'inquinamento sulla mortalità e morbosità sul territorio italiano, in particolare vengono affrontate le problematiche delle polveri ultrafini e dello sviluppo di modelli di dispersione su base locale. Poiché le concentrazioni di inquinanti possono essere contenute attraverso la riduzione delle emissioni e/o attraverso misure non tecniche (traffico, verde urbano), verranno studiati gli scenari di riduzione delle emissioni future per determinare la diminuzione di mortalità e morbosità che potrebbero risultare dall'applicazione di tali misure sul territorio italiano. Il progetto prevede la realizzazione di un pacchetto formativo sulla VIAS e lo sviluppo di una articolata strategia per la diffusione dei risultati.

Partner Lazio
Euro 400.000

Prevenzione universale

6) PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI (ATTIVITÀ FISICA E ALIMENTAZIONE) NELLA PREVENZIONE E CURA DEL DIABETE.

Il Diabete Mellito (DM) è una patologia cronica di grande rilievo sociale ad elevatissimo impatto sulla salute pubblica per l'entità della sua diffusione e la gravità delle sue complicanze. Numerose evidenze scientifiche dimostrano che l'esercizio fisico migliora lo stato di salute in generale, riduce il rischio cardiovascolare, riduce la mortalità ed è in grado di prevenire il diabete in soggetti predisposti. Le strategie indirizzate a favorire e mantenere i cambiamenti dello stile di vita e la pratica di attività fisica regolare dovrebbero essere conosciute ed adottate da tutte le figure professionali che intervengono nella prevenzione e nella gestione del paziente diabetico o ad elevato rischio. Obiettivo del progetto è quello di prevenire il diabete nei giovani e nelle popolazioni a rischio, migliorare il controllo metabolico e la qualità di vita nelle persone con diabete mellito tipo 2 attraverso la promozione di attività formative per i docenti della scuola e per gli operatori sanitari e l'utilizzo di strumenti tecnologici e di campagne di informazione, aventi come oggetto l'importanza dell'alimentazione equilibrata e dell'attività fisica regolare. rivolti alle famiglie, ai giovani, alle persone a rischio diabete ed alle persone con diabete. Verranno inoltre avviate strategie di counseling per favorire uno stile di vita corretto e l'aderenza ad un programma di esercizio fisico regolare e promossi interventi finalizzati a facilitare il dialogo tra docenti, cittadini ed operatori sanitari attraverso l'uso di una community web 2.0, la predisposizione ed animazione di pagine e gruppi sui principali social network e l'uso di strumenti telematici, per superare il digital divide.

Partner Abruzzo
Euro 210.000

7) PROMOZIONE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA PREVENZIONE DELLA DISABILITÀ NEGLI ANZIANI

In Italia sono presenti circa 2 milioni di anziani non autosufficienti di cui 800 mila gravemente non autosufficienti nelle attività di base della vita quotidiana con effetti devastanti sulla qualità della vita degli anziani stessi e delle loro famiglie e sulla domanda di assistenza socio-sanitaria. La prevenzione della perdita dell'autosufficienza negli anziani è una grande priorità di sanità pubblica. Numerose ricerche hanno dimostrato come l'adozione di uno stile di vita comprendente un regolare svolgimento di attività fisica e mentale, e una dieta salutare, ricca di frutta, verdura, omega-3 e carboidrati a basso indice glicemico, sia in grado di migliorare le funzioni cognitive (in particolare la memoria) e prevenire la demenza di tipo Alzheimer. Obiettivo del progetto è dunque quello di promuovere l'adozione sostenibile di stili di vita e ambienti favorevoli alla prevenzione della disabilità nella popolazione anziana.

A tal fine il progetto prevede di supportare l'attivazione e lo sviluppo della "Rete Geriatrica delle strutture che promuovono salute" attraverso la predisposizione di strumenti formativi, di comunicazione (convegni, workshop, ecc.) di documentazione (esperienze, selezione buone pratiche, traduzione letteratura, criteri di adesione, ecc.) e di rete (area su piattaforma web per comunità di pratica e banca dati). Verranno inoltre avviate campagne e iniziative di informazione e sarà promosso l'aumento di competenze e opportunità per l'adozione responsabile e sostenibile di comportamenti favorevoli alla prevenzione della disabilità negli anziani (Alimentazione, attività motoria) e di cessazione dell'abitudine tabagica.

Partner Campania

Euro 300.000

8) PREVENZIONE UNIVERSALE. MALATTIE INFETTIVE. ANALISI DI MALATTIE EMERGENTI E RIEMERGENTI IN RELAZIONE AI FLUSSI MIGRATORI.

Nel corso degli ultimi anni alcune malattie infettive, sconosciute in precedenza alla routinaria pratica trasfusionale, si sono affacciate sulla scena epidemiologica mondiale, mentre altre già responsabili in passato di epidemie e ritenute scomparse o fortemente ridimensionate si sono presentate in maniera preoccupante. Il DM del 03 marzo 2005, all.4, stabilisce una sospensione di tre mesi per i donatori che hanno viaggiato o soggiornato in zone endemiche per malattie tropicali e obbliga il medico addetto alla selezione di valutare lo stato di salute del donatore dopo il rientro. Il medesimo decreto non indica però il comportamento da tenere verso il cittadino extracomunitario intenzionato a donare il sangue nel nostro paese. Per dimensionare tale problema il progetto intende reclutare 4000 donatori extracomunitari e italiani che hanno soggiornato per periodi superiori al mese in zone tropicali con malattie endemiche, sui quali effettuare ricerche di laboratorio degli agenti eziologici delle malattie infettive più rappresentative per diffusione e gravità ovvero: malaria, tubercolosi, West Nile e febbre Chikungunya. I risultati ottenuti oltre a fornire un quadro del problema risulteranno preziosi per studi epidemiologici e per sviluppare adeguate strategie di controllo di tali infezioni, soprattutto in relazione alla terapia trasfusionale

Partner Campania

Euro 370.000

9) SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE. ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E MICROBIOLOGICI

Le infezioni da Clostridium difficile (Clostridium difficile infections- CDI) acquisite in ambito assistenziale, sia in ospedali per acuti che in strutture residenziali per anziani, rappresentano in alcuni ospedali europei una tra le prime cause di infezioni correlate all'assistenza. In Italia non esiste un sistema di sorveglianza nazionale di queste infezioni, come accade in altri paesi europei e in America, ma solo dei sistemi di sorveglianza regionali dai quali è possibile desumere come tali infezioni siano in aumento anche nel nostro paese. La necessità di disporre di un sistema di sorveglianza di queste infezioni è sottolineata anche dal fatto che l'European Center for Disease Control (ECDC) ha recentemente avviato un progetto per migliorare la capacità dei paesi membri di condurre la sorveglianza delle CDI, attraverso un'azione mirata a promuovere la capacità diagnostica di laboratorio ed a definire un protocollo comune europeo.

La sorveglianza deve consentire, infatti, sia di monitorare il trend epidemiologico della malattia, che di caratterizzare i ribotipi prevalenti, per identificare tempestivamente la circolazione di ceppi ipervirulenti, già precedentemente descritti in altri paesi o ancora non identificati. Il progetto si propone dunque di definire gli aspetti concettuali ed operativi di un sistema di sorveglianza delle infezioni da Clostridium difficile, relativamente agli aspetti epidemiologici e microbiologici.

Partner Emilia Romagna

Euro 203.000

10) STUDIO EPIDEMIOLOGICO RELATIVO ALLA STIMA DI PATOLOGIE INFETTIVE NEGLIETTE NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA IN 5 REGIONI ITALIANE, E VALUTAZIONI DELLE POTENZIALI RICADUTE IN AMBITO SOCIO-EPIDEMIOLOGICO CLINICO, E TRAPIANTOLOGICO.

Stime recenti attestano che in Italia vivono quasi cinque milioni di immigrati provenienti da Paesi a basso e medio reddito. Nonostante in Italia il livello di integrazione sociale ed economica della popolazione immigrata sia progressivamente migliorato una parte significativa di essa fruisce delle risorse sanitarie in modo non adeguato, specie in termini di programmi di screening e prevenzione, con conseguenti divari anche significativi nell'incidenza delle patologie e negli esiti in salute. Tale distanza tra cittadini immigrati e servizi risulta amplificata nel caso di patologie scarsamente o per nulla presenti nella popolazione autoctona, non contemplate all'interno dei percorsi diagnostici tradizionali e quindi a forte rischio di mancata diagnosi da parte degli operatori sanitari. Il presente progetto intende promuovere il diritto alla salute della popolazione immigrata, sia verificando la necessità di implementare l'offerta assistenziale del Sistema Sanitario Nazionale nei confronti di specifiche patologie non endemiche in Italia, sia migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari per tale popolazione. Verrà a tal fine sviluppato un osservatorio epidemiologico relativo a specifiche patologie della popolazione immigrata, al fine di definirne il reale peso clinico ed epidemiologico nella realtà nazionale e sarà valutata la necessità di inserire tali patologie nello screening infettivologico facente parte del percorso gestionale del soggetto con condizione di immunodepressione iatrogena ovvero nello screening microbiologico pre-donazione d'organo. Infine verrà promossa l'individuazione precoce e la presa in carico delle persone immigrate affette da patologie

Partner Emilia Romagna

Euro 250.000

11) UNA RETE DI AZIONI PER RENDERE OPERATIVA LA CARTA DI TORONTO

La politica di contrasto degli ambienti sociali e fisici che inducono comportamenti sedentari dovrebbe coinvolgere le amministrazioni pubbliche, la società civile, le istituzioni accademiche, le associazioni professionali, il settore privato profit e non profit e le altre organizzazioni interne ed esterne all'ambito sanitario. Per facilitare questo tipo di lavoro l'International Society for Physical Activity and Health (ISPAH), la più importante società scientifica internazionale sul tema, con la sua Carta di Toronto 2010 ha individuato e propone, sulla base delle evidenze scientifiche più aggiornate, quattro aree d'azione fondamentali, due delle quali vedono direttamente interessato il Servizio Sanitario Nazionale/Regionale (SSN/R). Un'area d'azione ("4. Sviluppare partnership per l'azione") prevede siano attivate reti e alleanze per l'azione, in primis in ambito sanitario; l'altra area d'azione a cui si fa menzione ("3. Riorientare i servizi e i finanziamenti per dare priorità all'attività fisica"), prevede che siano rivisti i Servizi sanitari con l'attribuzione di un ruolo prioritario e di risorse congrue per l'attività fisica nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, nonché nell'ambito delle cure primarie e che insieme siano riorientati i anche servizi di altri settori nell'ambito dell'attività fisica e dello sport nei parchi e nel tempo libero, nell'ambito della pianificazione urbanistica, nell'ambito della scuola, ecc. Pertanto, le soluzioni proposte dal presente progetto consistono nella realizzazione di azioni coordinate negli ambiti della Carta di Toronto con interventi di carattere pratico, dall'attivazione di gruppi di cammino per popolazioni target (bambini, neomamme e donne in menopausa) a interventi sperimentali sui piani regolatori per condividere scelte di politica urbanistica che favoriscano l'attività fisica

Partner Emilia Romagna

Euro 400.000

12) RISCHIO RUMORE E CONTROLLO DELL'ESPOSIZIONE TRAMITE LA TECNOLOGIA DEL CONTROLLO ATTIVO: OPERATORI DELL'EMERGENZA, DEL PRONTO SOCCORSO E DELLA SICUREZZA E ADDETTI DELL'AGRICOLTURA.

La sordità e i disturbi a essa correlati costituiscono un problema medico e sociale di enorme rilevanza, che in Italia coinvolge milioni di lavoratori. Il rumore, pur non essendo più la prima causa di malattia professionale, costituisce ancora un fattore di rischio uditivo, in particolare nel

settore del terziario e dei servizi, dove interferisce anche con le funzioni cognitive, l'attenzione e la concentrazione e più in generale sull'ergonomia dell'ambiente di lavoro. Anche in settori tradizionalmente a forte rischio quali l'edilizia e l'agricoltura, costituisce ancora la prima causa di malattia professionale e può contribuire anche al fenomeno infortunistico per i suoi effetti sull'equilibrio, sui riflessi e sull'attenzione. Il presente progetto prende in considerazione gli addetti alla guida dei mezzi del comparto dell'emergenza, del pronto soccorso, della pubblica sicurezza e dell'agricoltura, che sono esposti a livelli sonori in cabina di guida che superano ampiamente gli 80 dB(A), con punte fino a 90 dB(A) applicando al loro lavoro dei dispositivi basati sulla tecnica del controllo attivo del rumore (ANC, *Active Noise Control*), che consentano di attenuare il rumore all'orecchio degli operatori dei comparti dell'emergenza, del pronto soccorso, della pubblica sicurezza e dell'agricoltura, proveniente da fonti esterne caratterizzato da un'emissione deterministica nel tempo e in frequenza.

Partner: INAIL

Euro 210.000

13) BIOTECNOLOGIE PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE: APPLICAZIONI E SICUREZZA OCCUPAZIONALE

Il fattore ambientale ha assunto progressivamente sia nelle politiche comunitarie che in quelle nazionali, il ruolo di importante criterio di selezione delle tecnologie di processo e dei prodotti nei cicli produttivi. Un importante contributo è fornito dalle cosiddette biotecnologie bianche che si sono affermate a livello industriale a valle dei cicli produttivi (tecnologie *end of pipe*), ed attualmente si stanno diffondendo come tecniche che permettono di ottenere prodotti ad alto valore aggiunto a partire da risorse rinnovabili (per es. bioraffinerie). Nel complesso tutte queste nuove opportunità di sviluppo industriale delle tecnologie biologiche per uno sviluppo sostenibile devono necessariamente essere valutate anche alla luce di quelli che sono gli eventuali rischi occupazionali che includono quelli di natura esplosiva, biologica derivanti dalla manipolazione di materiali organici complessi e connessi con l'esposizione a polveri organiche. Il rischio biologico è ascrivibile alla presenza, nei materiali organici destinati alla trasformazione biologica in prodotti energetici, di agenti zoonotici, nonché alla produzione di tossine prodotte da microrganismi tossigeni ed alla presenza di prodotti di degradazione microbica potenzialmente tossici. Inoltre è ipotizzabile un rischio dovuto ad esposizione a polveri organiche ed endotossine. A tal fine è necessario procedere alla identificazione, valutazione e gestione dei rischi biologici (infettivo, allergico), alla identificazione, valutazione del rischio esplosivo connesso alla gestione degli impianti per la produzione di biogas ed infine alla gestione integrata dei rischi e compatibilità con i sistemi standardizzati di gestione attuali (OHSAS 18001, IPPC e ISO 14000). L'obiettivo finale è la gestione integrata dei rischi occupazionali ed incidentali negli impianti per la produzione di biogas e di prodotti ad alto valore aggiunto (bioraffinerie).

Partner: INAIL

Euro 150.000

14) AZIONI RELATIVE ALLA RIDUZIONE DEL CONSUMO DI SALE IN ITALIA: VERIFICA DELLE RICADUTE DELL'ACCORDO CON I PANIFICATORI E PROGRAMMA "MENO-SALE-PIU'-SALUTE"

Le malattie cardiovascolari (MCV) rappresentano la prima causa di morte nelle persone di età superiore a 60 anni e la seconda per quelle comprese tra 15 e 59 anni. Pressione arteriosa (PA) e colesterolo insieme al fumo di sigaretta spiegano più dell'80% delle MCV, ma, fra questi, gli elevati livelli della PA sono il fattore di rischio in assoluto più importante. Secondo il World Health Report del 2002 dell'OMS [1], il 62% degli incidenti cerebrovascolari e il 49% dei casi di cardiopatia ischemica sono attribuibili ai livelli elevati della pressione arteriosa. Un approccio di popolazione basato su modifiche dello stile di vita, compresa la riduzione del consumo di sale, volte a spostare verso il basso la distribuzione della PA, anche di pochi mmHg, ha un notevole impatto potenziale sulla incidenza di MCV. Infine, va sottolineato che il consumo di sale è associato non solo a maggior rischio di MCV, ma anche ad altre patologie cronico degenerative, tra cui i tumori del tubo

digerente, in particolare quelli dello stomaco. In relazione alle suddette raccomandazioni, il Programma GUADAGNARE SALUTE annovera tra i suoi obiettivi la riduzione del consumo di sale in Italia. Il Ministero della Salute nel 2009 ha siglato un accordo di collaborazione con le associazioni dei panificatori artigianali e con l'industria per la riduzione del contenuto di sale nel pane del 15% circa in due anni. Tale attività è iniziata in molte Regioni. Il progetto si pone pertanto l'obiettivo di verificare l'impatto sulla popolazione dell'accordo stipulato con le rappresentanze dei panificatori italiani e definire ed implementare una strategia per la riduzione del consumo di sale a livello di popolazione.

Partner: ISS

Euro 279.400

15)SORVEGLIANZA DELL'EPATITE E IN ITALIA: MALATTIA EMERGENTE NEI PAESI INDUSTRIALIZZATI (SORVEGLIANZA INTEGRATA EPIDEMIOLOGICA, VIROLOGICA, AMBIENTALE)

L'epatite E nei Paesi industrializzati si presenta oggi come malattia emergente: è in aumento infatti il numero di casi autoctoni, nonostante sia sempre stata considerata rara in questi Paesi e confinata ai viaggiatori provenienti da aree endemiche. In Italia vi è una sottostima del fenomeno. Nonostante le recenti evidenze sierologiche, cliniche e di genetica molecolare a supporto dell'ipotesi dell'epatite E come possibile zoonosi, sarebbe opportuno confermare ulteriormente l'associazione tra infezioni autoctone da HEV ed i suddetti fattori di rischio, valutare il reale burden dell'infezione ed organizzare, avvalendosi della rete SEIEVA già esistente, una rete di sorveglianza per monitorare l'infezione da HEV. Il centro di coordinamento dell'ISS opererà un monitoraggio continuo dei dati e fornirà un quadro epidemiologico aggiornato dei casi di epatite E, con particolare riferimento all'incidenza per area geografica, età e sesso. Valuterà inoltre la distruzione dei fattori di rischio. Il sistema di sorveglianza consentirà di promuovere a livello territoriale l'esecuzione delle indagini di diagnosi sierologica. Inoltre con la collaborazione dei centri clinici afferenti alle ASL che segnaleranno i casi di epatite E, sarà possibile una più accurata descrizione dell'espressività clinica dell'infezione. Tutto ciò comporterà un'importante ricaduta in Sanità Pubblica, in quanto sarà possibile suggerire più efficaci e mirate strategie preventive e di controllo dell'infezione (come ad esempio il trattamento delle acque e dei prodotti alimentari) che potranno concretizzarsi in un'ulteriore riduzione della diffusione delle EVA in Italia, da attendersi già a breve termine dalla loro attuazione. Al contempo si provvederà inoltre ad una standardizzazione dei test di diagnosi virologica (Real Time PCR vs. Nested PCR) e sierologica che porterà ad una riduzione della quota di falsi negativi.

Partner: ISS

Euro 199.200

16) L'ALCOL IN ITALIA E NELLE REGIONI. VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DEL RISCHIO SANITARIO E SOCIALE DELL'ALCOL IN SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE E ALLA IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE

Le evidenze scientifiche hanno ormai dimostrato che la problematica alcol-correlata è solo in minor parte rappresentata dall'aspetto attribuibile alla dipendenza e che gran parte del carico di malattia e di disabilità è legata al consumo dannoso o rischioso di bevande alcoliche. I danni e le conseguenze legati al consumo di alcol anche isolato o occasionale e non necessariamente persistente (ad esempio i casi di intossicazione alcolica o di incidenti domestici, stradali, nei luoghi di lavoro, ecc.) hanno un impatto sanitario e sociale assolutamente prevalente rispetto a quelli dell'alcol-dipendenza, di cui possono rappresentare al limite la manifestazione in una fase precoce. Occorre pertanto sostenere la messa a punto di una solida base conoscitiva di dati in grado di orientare l'adozione di adeguate iniziative strategiche nell'ambito delle nuove attività istituzionali previste in campo alcolologico; garantire un costante monitoraggio anche a livello regionale, dei più importanti indicatori del consumo e dei problemi alcol correlati e favorire il monitoraggio del Piano Nazionale Alcol e Salute quale programma di intervento di ampio respiro e di vasta portata, da adottare a livello regionale. La realizzazione di un sistema di monitoraggio a livello sia nazionale che

regionale, deve necessariamente tenere conto dei più importanti indicatori di consumo e delle patologie alcol-correlate utilizzati sia a livello nazionale che a livello internazionale al fine di permettere una valutazione del soddisfacimento dei bisogni sanitari e dell'adempimento di quanto richiesto dal PSN, confrontabile a livello delle singole regioni, responsabili in via esclusiva dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari. Il progetto si propone di fornire report annuali, contenenti i risultati della elaborazione, analisi, valutazione e interpretazione dei più aggiornati dati disponibili, in relazione alla situazione territoriale, avvalendosi delle fonti formali e informali che presentino caratteristiche di affidabilità.

Partner: ISS

Euro 240.000

17) USO DI VACCINI E PRESSIONE SELETTIVA SULLA POPOLAZIONE BATTERICA TARGET: VARIABILITÀ DI ANTIGENI DI MENINGOCOCCO B ED EMERGENZA DI *H.INFLUENZAE* NON CAPSULATO

Il presente progetto si propone di valutare: i) l'impatto del nuovo vaccino anti-meningococco B di prossima registrazione sulla popolazione dei ceppi circolanti sia nei malati che negli adolescenti portatori sani; ii) la pressione selettiva esercitata dall'uso decennale del vaccino Hib sulla colonizzazione da *H.influenzae* in bambini ≤ 5 anni portatori sani e/o asintomatici e l'eventuale presenza di genotipi emergenti.

Le soluzioni proposte nello studio sull'impatto del vaccino meningo B sono:

- Effettuare uno studio sulla cross-reattività tra gli antigeni proteici vaccinali e le corrispondenti proteine espresse in ceppi isolati da casi di malattia invasiva e da portatori da meningococco B. I dati ottenuti permetteranno di valutare la copertura del vaccino nei loro confronti.
- Eseguire un'analisi delle sequenze codificanti le proteine vaccinali presenti nei ceppi isolati da malati e da portatori, per valutare qualitativamente e quantitativamente la loro variabilità e le varianti più frequenti.

Le soluzioni proposte nello studio di outcome dell'uso routinario del vaccino anti-Hib sono:

- Eseguire un'indagine su bambini sani e/o asintomatici e su donne in gravidanza al fine di determinare la prevalenza di colonizzazione di ceppi *H.influenzae* non sierotipo b, in particolare nHi, ed ottenere elementi di valutazione sulla possibile trasmissione materno-fetale del microorganismo.
- Eseguire studi di genotipizzazione sui ceppi isolati da malati e da portatori per identificare genotipi emergenti in entrambi i gruppi analizzati.

Il progetto si propone di valutare l'impatto dell'uso sia di un innovativo vaccino proteico antimeningococco B sia del ben collaudato vaccino coniugato anti-Hib sulle popolazioni batteriche target isolate da malati e portatori sani.

Partner: ISS

Euro 350.000

18) SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE SUGLI INCIDENTI IN AMBIENTE DI CIVILE ABITAZIONE: INTEGRAZIONE DEL SINIACA CON I SISTEMI ATTIVI A LIVELLO LOCALE, COL SISTEMA EUROPEO IDB E CON IL SIEPI

In riferimento agli incidenti domestici e del tempo libero, i centri di pronto soccorso ospedaliero (PS) della rete italiana di sorveglianza europea degli incidenti (IDB: Injury DataBase) hanno registrato circa 34.000 eventi accidentali nell'ultimo anno di rilevazione, rispetto ai quali è stata rilevata la presenza o meno di oggetti o sostanze coinvolti nell'infortunio. Un rischio rilevante per i bambini in età pre-scolare e le donne che operano in ambiente domestico è quello tossicologico legato all'esposizione a sostanze pericolose. La gran parte di queste esposizioni avviene in ambiente domestico e riguarda il 90 per cento bambini molto piccoli e donne. Altro problema specifico è quello degli incidenti in acque di balneazione, infatti in Italia gli annegamenti sono un fenomeno a bassa incidenza, ma a elevata letalità, e spesso riguardano la fascia di popolazione più giovane, con la più lunga attesa di vita. L'ISS ha avviato il Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in

Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA). Al fine primario della disponibilità di evidenze adeguate alla formulazione di corrette strategie di prevenzione degli incidenti è necessario, anzitutto, garantire la continuità della rete di rilevazione di PS del SINIACA. Obiettivo del progetto è il mantenimento e l'estensione del SINIACA, mediante integrazione con i sistemi attivi a livello locale, secondo quanto previsto dalle linee di supporto delle azioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 ed integrazione della sorveglianza nazionale degli incidenti nel sistema europeo IDB, in sviluppo nell'ambito del progetto JAMIE., con l'attivazione di una rete campionaria composta da 10 centri di pronto soccorso ospedaliero.

Partner: ISS

Euro 235.000

19) EFFICACIA DELLA RICERCA ATTIVA E PROMOZIONE DELL'ACCESSO ALLE CURE PER LA TUBERCOLOSI NEI MIGRANTI IN AREE METROPOLITANE ITALIANE (ROMA E MILANO)

La diagnosi tempestiva ed il trattamento della tubercolosi (TB) costituiscono un vantaggio sia per il singolo individuo che per la popolazione generale. Gli immigrati provenienti da paesi in via di sviluppo o con elevata prevalenza e/o incidenza di TB, in particolare durante i primi anni dopo l'immigrazione, hanno tassi di incidenza di TB simili a quelli osservati nel proprio paese di origine, che possono essere da 10 a 30 volte superiori a quelli registrati in Italia. Il progetto si propone di valutare la potenziale efficacia di un programma di ricerca attiva e di screening sintomatologico della tubercolosi condotto nelle realtà metropolitane di Roma e Milano (dove il 60% dei casi di TB si registra in immigrati) in centri di cure primarie per immigrati con successivi accertamenti diagnostici in centri pubblici specialistici. Verrà valutata la copertura e la resa del programma e verificato se i casi individuati attraverso tale iter presentino sintomi di durata inferiore ed un quadro clinico meno grave rispetto ai casi di tubercolosi tra i migranti che si presentano direttamente alle cure ospedaliere.

Partner Lazio

Euro 200.000

20) LISTERIOSI INVASIVA: ATTIVAZIONE DI UNA RETE DI SORVEGLIANZA INTEGRATA

La listeriosi, inquadrata tra le Food-and Waterborne Diseases (FWD), è una malattia di origine alimentare nella quasi totalità dei casi, caratterizzata da bassa incidenza nella popolazione generale, ma che nella forma invasiva risulta gravata da tassi di ricovero (92%) e da una letalità (24-52%) molto più elevati rispetto ad altre patologie di origine alimentare, tanto che in termini di analisi del rischio è collocabile nelle primissime posizioni. Il progetto prevede la realizzazione di una rete integrata medico/veterinaria tra laboratori per potenziare il sistema di sorveglianza della listeriosi con la creazione di un database descrittivo riguardante i "tipi" di *Listeria monocytogenes* agenti di malattia nell'uomo e presenti nelle filiere alimentari. Verrà organizzata la rete di raccolta dei dati epidemiologici e degli stipiti di *L.monocytogenes*, ivi compresa la definizione dei flussi operativi, la predisposizione degli strumenti informativi e di analisi, sarà, inoltre, avviato lo studio delle caratteristiche sierologiche e molecolari (mediante PFGE e ribotipia) degli stipiti di *L.monocytogenes* isolati sia da casi di infezione (correlati e non alla gravidanza) sia da campioni provenienti dalle filiere agroalimentari. Sulla base dei dati ottenuti verrà effettuata una valutazione del grado di correlazione filogenetica tra i "tipi" di *L.monocytogenes* tipizzati e un confronto dei profili molecolari degli stipiti di *L.monocytogenes* con quelli inseriti nelle librerie internazionali. Infine il progetto intende effettuare un'analisi congiunta dei dati acquisiti attraverso la sorveglianza speciale della listeriosi con quelli derivati dalle notifiche dei casi (sistema MAINF) per stimare l'incidenza e verificare i trend epidemiologici e le distribuzioni spazio-temporali della malattia nella Regione Lombardia.

Partner Lombardia

Euro 70.000

21) DIARIO DELLA SALUTE. PERCORSI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE TRA I PRE-ADOLESCENTI

Gli interventi finalizzati alla prevenzione di comportamenti a rischio devono tenere conto dei rapidi cambiamenti che intervengono tra la preadolescenza e l'adolescenza, in particolare negli anni della scuola secondaria di I grado, e risultano essere efficaci, se adeguatamente calibrati sul target, già a partire dalla pre-adolescenza, quindi prima che la maggioranza dei ragazzi e delle ragazze sia coinvolta in comportamenti a rischio. Il progetto intende promuovere il benessere e la salute tra i ragazzi di 11-13 anni riducendo i comportamenti a rischio legati in particolare a: sessualità, alimentazione, consumo di sostanze psicoattive legali e illegali, videogiochi e Internet, sicurezza stradale. Per il raggiungimento di tale obiettivo il progetto prevede la realizzazione di un programma di formazione a cascata indirizzato ai referenti regionali e agli operatori sociosanitari sul tema della promozione del benessere e della salute ai quali verranno così forniti metodi e strumenti didattici da utilizzare poi nella formazione degli insegnanti e negli incontri con i genitori. Verranno inoltre realizzati dei specifici strumenti didattici per gli insegnanti delle scuole secondarie per affrontare con i ragazzi i temi legati all'adolescenza (il rapporto con il corpo, le sostanze psicoattive legali e illegali, l'alimentazione, la gestione delle emozioni, il rapporto con gli altri, la sessualità, la sicurezza stradale, i videogiochi ed internet). Infine il progetto prevede di migliorare le capacità e le competenze (life skills) dei ragazzi necessarie per affrontare le trasformazioni corporee, i cambiamenti nelle relazioni sociali e il coinvolgimento in comportamenti che possono comprometterne il benessere psicofisico e sostenere i genitori nella gestione delle emozioni e delle reazioni legate

Partner Piemonte

Euro 157.000

22) SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO DEI WATER SAFETY PLANS (WSP) PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO NELLA FILIERA DELLE ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) da alcuni anni propone l'attuazione di un sistema integrato di sorveglianza, monitoraggio e gestione del rischio per la salute umana derivante dalla distribuzione dell'acqua potabile, definiti Water Safety Plans (WSPs) (WHO, 2009). Il sistema dei WSP sostanzialmente ridefinisce i limiti dei sistemi di controllo della qualità delle acque destinate al consumo umano, sino a oggi contraddistinti da una sorveglianza di segmenti circoscritti del ciclo captazione-trattamenti-distribuzione-utenza e/ o da un monitoraggio a campione sulle acque distribuite. L'evoluzione delle conoscenze in materia di analisi del rischio ha, infatti, decisamente spostato l'interesse verso la realizzazione di un sistema globale di gestione del rischio esteso all'intera filiera idrica dalla captazione al punto di utenza finale. È questo l'approccio contenuto nei Water Safety Plans. Il modello dei WSP, di fondamentale semplicità nei suoi aspetti generali, è finalizzato a ridurre drasticamente le possibilità di contaminazione delle acque captate, ad attenuare o rimuovere la presenza di fattori di rischio chimico e microbiologico attraverso trattamenti delle acque adeguatamente progettati, eseguiti e controllati e, infine, a prevenire eventuali ri-contaminazioni in fase di stoccaggio e distribuzione dell'acqua fino al punto di consegna. Il progetto si propone di sperimentare sul territorio di 3 regioni italiane il modello dei WSPs, avvalendosi di sistemi integrati di valutazione e gestione del rischio e stabilendo una stretta collaborazione tra autorità sanitarie preposte ai controlli e alla sorveglianza e tutti coloro che operano nel settore dei servizi idrici.

Partner Piemonte

Euro 146.500

23) METABOLOMICA: "GOLD STANDARD" PER LA DIAGNOSI DI SEPSI NEONATALE? STUDIO PER UN INTERVENTO MIRATO ALLA PREVENZIONE E ALLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE SEPSI TARDIVE NEI NEONATI DI PESO MOLTO BASSO (VLBW).

La sepsi è una delle maggiori cause di morte neonatali e di inabilità di lungo termine nei bambini con peso alla nascita molto basso o VLBW (Very Low Birth Weight - peso alla nascita < 1500 grammi). L'incidenza nei VLBW è pari al 20% e la mortalità può raggiungere il 50%. Le sepsi

possono essere precoci e/o tardive rispettivamente se insorgono prima o dopo di 3 giorni dalla nascita. La sepsi batterica in età neonatale è caratterizzata da uno spettro sindromico spesso subdolo ed aspecifico, in particolare se si tratta di sepsi tardive (late-onset sepsis). L'agente eziologico non viene identificato in circa il 40% dei casi e nonostante le conoscenze biomolecolari sulla fisiopatologia della sepsi migliorino giorno per giorno, per questa patologia non sono ancora stati identificati degli indici che consentano di effettuare una diagnosi precoce, o dei fattori prognostici di elevata sensibilità e specificità. Una diagnosi tempestiva migliorerebbe l'outcome in molti piccoli pazienti e consentirebbe di riconoscere 'precocemente' i neonati più a rischio. Il progetto intende applicare l'analisi metabolomica per l'identificazione di biomarkers utili come predittori precoci, diagnosi e monitoraggio della sepsi neonatale. La metabolomica si occupa infatti dell'insieme di tutti i metaboliti che partecipano ai processi metabolici di un sistema biologico e consente di identificare profili metabolici e specifici biomarkers, valorizzabili ai fini diagnostici e per la certificazione chimica di sistemi biologici.

Partner Sardegna

Euro 192.500.

24) REINSERIMENTO LAVORATIVO DI LAVORATORI AFFETTI DA PATOLOGIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI MEDIANTE RIDUZIONE DEL RISCHIO, TRATTAMENTO E RECUPERO FUNZIONALE – ESPERIENZA PILOTA

Le patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore correlate al lavoro (Upper Limb Work-related Musculo Skeletal Disorders ULWMSD) sono da tempo oggetto di studi che ne ricercano l'eziologia, la corretta diagnosi, la terapia, la riabilitazione e la prevenzione. Questi ultimi due aspetti, la riabilitazione e la prevenzione, sono ad oggi ancora i più problematici. occorre sviluppare ulteriormente la prevenzione primaria e il reinserimento al lavoro dei malati. Entrambi gli argomenti sono tanto più rilevanti in Italia per la particolare diffusione e il valore della produzione artigianale. Le persone colpite sono frequentemente portatrici di professionalità molto specifiche, ma le invalidità che ne derivano rendono difficoltoso il reinserimento al lavoro. Occorre quindi trovare soluzioni specifiche per gli attrezzi e le lavorazioni più diffuse dei comparti produttivi artigianali comuni a tutto il territorio nazionale. Nel contempo occorre standardizzare l'approccio terapeutico e riabilitativo specifico per le patologie che più comunemente si presentano. Il progetto intende pertanto individuare le strategie migliori per il reinserimento al lavoro di soggetti affetti da UL-WMSD in fase almeno parzialmente reversibile, attraverso l'applicazione di protocolli di trattamento terapeutico e riabilitativo adeguati e la riduzione del sovraccarico biomeccanico delle operazioni di lavoro svolte nelle più diffuse attività artigianali.

Partner: Toscana

Euro 181.200

25) LA PREVENZIONE EFFICACE DEGLI INFORTUNI DOMESTICI, SCOLASTICI, DEL TEMPO LIBERO E DEGLI ANZIANI ALLA GUIDA

Secondo i dati forniti dal SINIACA (Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambiente di Civile Abitazione), relativi agli anni 2005-2006, le persone arrivate al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico sono circa 1 milione e 700 mila ogni anno, quelle ricoverate sono circa 130 mila ed i decessi circa 7.000. Tra gli studenti vengono registrati circa 100.000 infortuni non mortali all'anno, secondo le stime fornite dall'INAIL. Gli infortuni stradali tra gli anziani (>65 anni) raggiungono circa il 9% del totale, ma rappresentano il 18.3% del totale di quelli mortali tra i maschi e ben il 33% tra le femmine. Questo progetto ha l'obiettivo di costruire, a partire dall'attuale offerta di siti di EBP (Evidence Based Prevention), un unico sito che permetta un accesso semplificato a tutti i documenti EBP, dotato di regole trasparenti di selezione dei documenti al fine di elaborare, diffondere e promuovere informazioni affidabili per l'adozione a livello di tutte le Regioni italiane di pratiche efficaci di prevenzione, con particolare attenzione al tema degli infortuni domestici, scolastici, del tempo libero e degli anziani alla guida.

Partner: Toscana

Euro 190.000

26) “SOCIAL NET SKILLS”, PROMOZIONE DEL BENESSERE NEI CONTESTI SCOLASTICI, DEL DIVERTIMENTO NOTTURNO E SUI SOCIAL NETWORK, TRAMITE PERCORSI DI INTERVENTO SUL WEB E SUL TERRITORIO.

I social network sono luoghi virtuali che si intrecciano a livelli reali. Solo in Italia Facebook ha 18 milioni di profili, a gennaio 2008 erano 216 mila. Le statistiche parlano chiaro sul fronte anagrafico: il 93% degli under 29 ha un profilo Facebook. Gli under 18 partecipano al *social network* con 3,4 milioni di persone, aggiudicandosi il secondo posto in classifica. In questa realtà virtuale si assiste ad una proliferazione indiscriminata di siti e profili che danno consigli ed informazioni su argomenti quali sostanze stupefacenti, bevande alcoliche, gioco d'azzardo, modalità di controllo e autogestione dei disordini alimentari. È necessario che, per chi si occupa di prevenzione, una presenza qualificata e professionale in questi ambiti di aggregazione spontanea.

Il progetto SOCIAL NET SKILLS propone quindi un nuovo step: quello dell'apertura sui social network maggiormente utilizzati dagli adolescenti di pagine e profili finalizzati all'intercettazione del disagio adolescenziale in aree quali l'affettività, la sessualità, le sostanze, l'alimentazione, per avviare percorsi di aiuto online e di prevenzione dei comportamenti a rischio, consumo di alcol, tabacco, sostanze. Tutto ciò al fine di offrire servizi di ascolto, aiuto e counseling on line ad adolescenti tramite la creazione di profili sui più comuni social network e promuovere e realizzare un approccio integrato all'implementazione di interventi nel campo della prevenzione, in particolare attraverso la messa a punto di percorsi confrontati e condivisi fra le varie realtà territoriali/regionali, partner del progetto. Il progetto intende favorire la creazione di un sistema concettuale, strumentale e di comunicazione che possa aiutare ad aumentare il livello e la frequenza dell'aiuto psicologico per gli adolescenti e rafforzare e migliorare lo scambio di buone pratiche fra operatori dei servizi pubblici, del privato sociale.

Partner: Toscana

Euro 400.000

27) SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E CONTROLLO DELLA STRONGILOIDIASI IN AREE ENDEMICHE DELLE REGIONI VENETO, FRIULI VENEZIA GIULIA E LOMBARDIA

La strongiloidiasi, infestazione da *S. stercoralis*, predilige i paesi tropicali e subtropicali, e può essere un problema, anche se molto spesso misconosciuto, del viaggiatore internazionale. Questo progetto si propone di identificare la reale diffusione della strongiloidiasi, innanzi tutto nella popolazione autoctona delle tre regioni. Parallelamente si intensificherà lo screening nei viaggiatori e nella popolazione immigrata. I pazienti verranno arruolati a partire dal laboratorio analisi cliniche del proprio ospedale, dove verranno identificati soggetti (nati prima del 1951 se autoctoni e senza storia di viaggio, senza limiti di età se immigrati o viaggiatori) che presentano eosinofilia, definita ai fini del progetto come: conta eosinofili $\geq 500 / \mu\text{L}$. Il soggetto verrà quindi sottoposto all'esame sierologico per la diagnosi di strongiloidiasi in immunofluorescenza indiretta (IFAT), che verrà eseguito presso il laboratorio del Centro di riferimento (Centro Malattie Tropicali di Negrar, CMT). Se il paziente è positivo, si dà appuntamento per una visita ambulatoriale gratuita per la comunicazione del referto e per programmare l'eventuale completamento diagnostico e terapia. I pazienti che risulteranno positivi saranno sottoposti agli esami parassitologici diretti e colturali, quindi verrà effettuata terapia con ivermectina. Un gruppo di controllo senza eosinofilia significativa verrà parimenti reclutato con criteri random, per avere un'indicazione oggettiva se l'eosinofilia sia un utile criterio di screening, oppure se in una (o entrambe) le popolazioni principali oggetto di sorveglianza anche i soggetti senza eosinofilia significativa vadano sottoposti a screening. Alla luce dei risultati del progetto, si proporranno le strategie più idonee per la sorveglianza e il controllo della strongiloidiasi nella popolazione autoctona e immigrata.

Partner: Veneto

Euro 268.000

Medicina predittiva

28) COMMUNICATION DISORDERS: REDUCING HEALTH INEQUALITIES

I dati epidemiologici su popolazione generale indicano che dal 5% all'8% la popolazione scolastica manifesta un disturbo specifico del linguaggio, pur in presenza di normale sviluppo cognitivo ed intellettuale: Nonostante i "problemi del linguaggio" siano uno dei motivi di maggiore consultazione pediatrica nei primi anni di vita, la diagnosi viene spesso fatta tardivamente, in prossimità dell'ingresso o durante il primo anno di scuola primaria, con pesanti conseguenze comportamentali nell'età dell'adolescenza. Il progetto si propone di avviare un modello di medicina predittiva finalizzato alla riduzione della prevalenza dei disturbi specifici del linguaggio e all'attenuazione delle conseguenze negative sullo sviluppo psicologico, attraverso la realizzazione di uno screening su campione di popolazione di bambini frequentanti la scuola dell'infanzia per l'individuazione dei soggetti a rischio, la realizzazione di un intervento preventivo su un campione a rischio attuato con un potenziamento formativo delle competenze specifiche possedute dagli ambienti di vita del bambino quali la scuola e la famiglia, e la predisposizione di moduli informativi e formativi per la sensibilizzazione dei pediatri di libera scelta e del personale del servizio sanitario nazionale.

Partner Lombardia

Euro 133.000

29) CREAZIONE DI UNA RETE ASSISTENZIALE IN TELEDIABETOLOGIA PER PAZIENTI CON DIABETE MELLITO E NEFROPATIA: IMPATTO SULLA PREVENZIONE DEGLI EVENTI IPOGLICEMICI E SULLA MORTALITÀ.

Secondo i dati dell'ISTAT del 2008 il 4,8% della popolazione italiana è affetta da diabete mellito. Questa prevalenza è stimata essere ancora più elevata in Puglia (5,7%). La disponibilità di sistemi e procedure di telemedicina ha aperto nuovi orizzonti nella gestione clinica dei pazienti affetti da patologie croniche, quali il diabete. Recentemente in Puglia è stato messo a punto e registrato un sistema di telediabetologia che consente di raccogliere in modo centralizzato e in tempo reale i valori glicemici misurati dai pazienti attraverso l'autocontrollo, di analizzarli, e di generare una serie di feed-back per i pazienti e gli operatori sanitari. Il valore della glicemia misurata mediante glucometro viene infatti trasmesso, attraverso uno *smartphone*, a un *database* remoto ad alta capacità, accessibile e interrogabile via internet, secondo una modalità *realtime-anywhere*. Il *database* è inoltre dotato di un *software* che categorizza i valori glicemici rispetto all'orario e ai pasti, elabora dati statistici, incorpora formule per il calcolo del rischio di ipoglicemia e iperglicemia e della variabilità glicemica, e genera vari tipi di *feed-back* attraverso un *decision support software* (DSS). Il progetto, sulla base di tale sperimentazione, intende creare una rete assistenziale che si avvale della telediabetologia per monitorare il rischio di ipoglicemia in una ampia coorte di pazienti diabetici di tipo 2 con nefropatia, per individuarne i fattori predittivi e per studiarne il rapporto con le comorbilità e la mortalità associate al diabete.

Partner Puglia

Euro 332.700

30) LA CARENZA CONGENITA DI ALFA 1 ANTI TRIPSINA: MODELLO DI MEDICINA TRASLAZIONALE SU FATTORI PREDITTIVI NELL'AMBITO DELLE MALATTIE RESPIRATORIE ED EPATICHE CRONICHE IN SARDEGNA

Le malattie respiratorie ed epatiche croniche sono particolarmente frequenti nella popolazione sarda dove rappresentano una vasta gamma di gravi condizioni patologiche. Per tali patologie esistono diversi fattori di rischio, tra cui i fattori di rischio genetici individuali, per i quali è possibile servirsi di test di screening molecolari che sono molto efficaci nella così detta medicina predittiva. Tra i fattori genetici che predispongono a patologie polmonari ed epatiche è ampiamente documentata in letteratura la carenza congenita di alfa 1 antitripsina. Il deficit di Alfa 1 antitripsina (DAAT) è infatti la più comune causa genetica di malattia epatica nel bambino e di enfisema ed epatopatia cronica nell'adulto. Ciò nonostante la manifestazione della malattia avviene in tempi e modalità

variabili e non sempre viene utilizzato un test molecolare per poter ottenere una diagnosi definitiva, ciò fa sì che la malattia sia sottostimata e poco considerata nella pratica clinica. Alcuni nostri studi preliminari indicano che il DAAT in Sardegna ha una peculiarità unica: non è associato alla variante patologica Z, la più frequente nel resto del mondo, ma, ad una mutazione diversa conosciuta come M-Malton o M-Cagliari. Il progetto propone di utilizzare lo screening sulla carenza congenita di alfa 1 antitripsina come fattore predittivo nell'ambito delle malattie croniche respiratorie ed epatiche allo scopo di verificare se nella popolazione sarda sia possibile, utilizzando test molecolari e proteomici specifici, considerare come fattore predittivo nell'ambito delle malattie croniche respiratorie ed epatiche il DAAT

Partner Sardegna

Euro 120.000

31) PERSONALIZZAZIONE DELLA TERAPIA NELLE NEOPLASIE DEL COLON-RETTO MEDIANTE L'IDENTIFICAZIONE DI FATTORI PREDITTIVI DI EFFICACIA DELLA CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE NELLE FORME OPERABILI E DI FATTORI PREDITTIVI DI RESISTENZA AI FARMACI ANTI-EGFR NEGLI STADI AVANZATI

Fino a qualche anno fa l'impiego della chemioterapia era basato, e come tale giustificato, dalla dimostrazione di un beneficio mediamente osservato su intere popolazioni non selezionate. Negli ultimi anni si sono moltiplicati gli sforzi per identificare terapie mirate che fossero specificamente modulate per particolari sottogruppi di pazienti al fine di ottimizzare l'impatto di queste terapie sulla storia naturale delle neoplasie del colon-retto. La possibilità di selezionare terapie mirate sulla base delle caratteristiche biologiche di una neoplasia consente la realizzazione di un duplice obiettivo: da una parte l'incremento dell'efficacia della terapia stessa, dall'altra la riduzione della tossicità associata all'impiego di particolari farmaci. Tale obiettivo è potenzialmente realizzabile nella gestione delle neoplasie del colon-retto sia in stadio precoce (neoplasia resecata) che avanzata (neoplasia metastatica). Nello specifico si tratterà di identificare e validare marcatori biologici di risposta o resistenza ai trattamenti antineoplastici attualmente disponibili nei confronti delle neoplasie del colon-retto, al fine di ottimizzare le scelte terapeutiche riducendo le tossicità per il singolo paziente e i costi per l'intera comunità.

Partner: Sicilia

Euro 320.000

Prevenzione popolazione a rischio

32) PNE FASE 3 VALUTAZIONE DEGLI ESITI PER LA RIDUZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE DI ACCESSO A SERVIZI DI PROVATA EFFICACIA IN POPOLAZIONI DEBOLI

Sono documentate in Italia forti diseguaglianze di accesso e di efficacia per interventi e servizi sanitari di provata efficacia. Nei gruppi di popolazione "deboli" queste diseguaglianze sono più forti e sono accompagnate da una notevole vulnerabilità all'erogazione di prestazioni inefficaci e inappropriate. L'efficacia degli interventi è fortemente condizionata dai modelli organizzativi d'integrazione ospedale-territorio. È pertanto indispensabile pervenire ad un programma di valutazione sistematica dell'appropriatezza dell'accesso ai servizi e ai trattamenti ottimali tra le diverse aree geografiche. Ci sono evidenze che la produzione e la diffusione di informazioni di valutazione dei servizi possono contribuire, oltre che al miglioramento dell'efficacia dei servizi, anche alla riduzione delle diseguaglianze di efficacia ed accesso. Il progetto si propone quindi di: valutare l'impatto di diverse politiche regionali sugli esiti del trattamento della frattura di femore nell'anziano, analizzare l'associazione tra diverse tipologie di programmi ed eterogeneità degli esiti della frattura ed infine creare le condizioni informative per valutare in maniera sistematica gli esiti del trattamento delle nefropatie croniche. Obiettivo finale è individuare le modalità di implementazione delle valutazioni comparative di esito per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure per le persone anziane con frattura di femore e per persone con patologie renali croniche.

Partner: AGENAS
Euro 470.000

33) IL RISCHIO PSICOPATOLOGICO IN ADOLESCENZA: INDIVIDUAZIONE DI UNA POPOLAZIONE CON DISAGIO PSICOLOGICO E COSTRUZIONE DI UN PROGRAMMA D'INTERVENTO PREVENTIVO.

La conoscenza clinica e numerosi dati di ricerca concordano nell'evidenziare che in età adolescenziale emergono frequentemente disturbi psichiatrici quali, i disturbi dell'umore, i disturbi della personalità, i disturbi della condotta ed i disturbi dissociativi. Gli adolescenti costituiscono quindi una popolazione debole: i cambiamenti degli stili di vita, le mutate condizioni socio-economiche, l'esposizione ad eventi traumatici, determinano un aumento dell'insorgenza della psicopatologia. Uno studio condotto dall'Università degli Studi di L'Aquila sulle conseguenze riguardanti l'esposizione della popolazione minorile ad eventi catastrofici ha messo in evidenza come, in relazione al livello del rischio, all'età cronologica, alle caratteristiche soggettive, al funzionamento dei genitori, ed al ruolo della rete sociale, solo il 2% dei minori esaminati presentavano un Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) completo ma oltre il 50% presentava disturbi d'ansia, disturbi depressivi, comportamenti delinquenti e aggressivi, accusando disturbi psicosomatici. Il progetto si propone di individuare il rischio psicopatologico in adolescenza collegandolo con l'insorgenza dei disturbi psichiatrici e di costruire un programma d'intervento per la prevenzione del rischio in adolescenza. A tal fine verranno avviati presso le scuole degli interventi volti ad offrire un supporto scientifico al lavoro del personale docente, delle famiglie e del personale sanitario. e un valido ausilio all'adolescente stesso per la comprensione della personalità emergente, delle difficoltà di comunicazione, delle problematiche psicopatologiche.

Partner Abruzzo
Euro 90.000

34) UN MODELLO PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA DELLE POPOLAZIONI SVANTAGGIATE

Le fasce di popolazione più svantaggiate, sia italiane che immigrate, incontrano maggiori ostacoli nell'accesso ai servizi socio-sanitari, con particolare riguardo sia alla discontinuità nei percorsi diagnostico-terapeutici intrapresi, sia al ricorso tardivo e inappropriato ai servizi stessi, anche a causa delle specificità culturali che talvolta ne inibiscono la soddisfacente fruizione. Inoltre la mancata o difficile integrazione tra componente socio-assistenziale e componente prettamente sanitaria all'interno dei servizi non favorisce una presa in carico efficace ed efficiente delle persone più fragili. Il presente progetto intende contribuire alla riduzione delle disuguaglianze di salute attraverso l'impiego della telematica. Il progetto mira a soddisfare le esigenze diagnostico-terapeutiche di tipo specialistico e le richieste di orientamento socio-assistenziale, attraverso un approccio transculturale degli operatori dell'assistenza primaria che interagiscono con popolazioni svantaggiate e prevede la strutturazione di un modello operativo in telemedicina, che migliori l'interazione tra strutture territoriali di differente livello di complessità, sia dove l'interazione è già pre-esistente sia laddove essa sia funzionale alla messa in rete di strutture mai entrate in collegamento tra loro. La soluzione proposta prevede lo studio e l'attuazione di un modello organizzativo - gestionale integrato per l'offerta socio-sanitaria regionale a livello di assistenza primaria e di altre strutture regionali rilevanti a supporto della sorveglianza e prevenzione e della diagnosi e cura delle malattie infettive legate alle popolazioni migranti residenziali e alle popolazioni mobili.

Partner Emilia Romagna
Euro 400.000

35) SCREENING NEONATALE ESTESO: PROPOSTA DI UN MODELLO OPERATIVO NAZIONALE PER RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI ACCESSO AI SERVIZI SANITARI NELLE DIVERSE REGIONI

Il beneficio dei programmi di screening neonatale è il miglioramento dello stato di salute in pazienti

diagnosticati precocemente e trattati in maniera tempestiva e ottimale. In Italia la situazione degli screening neonatali risulta caratterizzata da forti disomogeneità territoriali nella possibilità di accesso. Questa situazione è causata in primo luogo dalla mancanza di linee generali condivise di organizzazione e sviluppo degli screening neonatali nell'ambito del SSN. Un allargamento degli screening neonatali, dopo attenta e critica valutazione scientifica, etica e di valutazione costi/benefici, porta un effettivo beneficio alla salute della popolazione in termini di possibilità di prevenzione secondaria, con conseguente diminuzione di ritardi diagnostici e di esiti cronici, spesso ingravescenti e disabilitanti, molto gravosi per il paziente, la sua famiglia e il Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Di conseguenza, il SSN dovrà facilitare il processo affinché le differenti organizzazioni regionali, caratteristiche di un sistema federale, siano un'opportunità di migliore l'organizzazione dei servizi sanitari e non di diseguaglianza di accesso ad essi. Il presente progetto propone di condividere a livello italiano i principi generali definiti a livello Europeo, mettendo a punto una strategia concordata con le Regioni (erogatrici dei servizi) per lo sviluppo e l'applicazione omogenea nel sistema regionale e nazionale dello screening neonatale.

Partner: ISS

Euro 200.000

36) A.L.E.R.T.: ATTENZIONE CONDIVISA VALUTATA IN UNO STUDIO LONGITUDINALE NELLA POPOLAZIONE AD ALTO RISCHIO DI AUTISMO TRAMITE EYE-TRACKING, RISPOSTA NEUROFISIOLOGICA E TECNOLOGIE ASSISTIVE.

L'autismo, ora compreso all'interno dei Disturbi dello Spettro Autistico (DSA), è una patologia che compromette molto precocemente lo sviluppo sociocomunicativo del bambino. La sua prevalenza è di circa 1 su 150 nuovi nati. La diagnosi precoce dei bambini a rischio di autismo e la tempestiva messa in atto di interventi terapeutici può ridurre in modo significativo l'impatto di questo disturbo sullo sviluppo del bambino riducendo i lunghi periodi in cui lo sviluppo della vita mentale è fortemente compromesso dalla presenza dei difetti comunicativi e sociali tipici dell'autismo. Il difetto di attenzione condivisa, cioè della capacità di coordinare la propria attenzione con quella di un'altra persona verso lo stesso oggetto/evento, è attualmente considerato uno degli indici più attendibili di autismo tra i 12 e i 18 mesi. ALERT propone, attraverso la collaborazione dei pediatri di libera scelta, lo sviluppo di un sistema integrato di valutazione dell'attenzione condivisa come strumento per la conferma del rischio di autismo in bambini sottoposti a screening nelle Regioni Toscana, Sicilia e Basilicata e in una popolazione a rischio in quanto fratellini di bambini già diagnosticati. L'obiettivo è il miglioramento dell'individuazione precoce dell'autismo e sviluppo di un sistema di trattamento precoce ed individualizzato.

Partner: Toscana

Euro 295.000

Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

37) SPERIMENTAZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI PER LA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER SULLA BASE DEL MODELLO AMPIATO DEL CHRONIC CARE MODEL NELL'ASP DI CATANZARO

La malattia di Alzheimer è la più frequente delle demenze degenerative e copre circa il 50% dei casi, presentando tassi di prevalenza che ormai superano il 5% della popolazione anziana. In Italia sono attualmente più di 600.000 i soggetti colpiti: essa rappresenta dunque una delle grandi emergenze di rilevanza sociale, sanitaria ed economica. La Regione Calabria, dopo l'avvento delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) istituite con l'avvio del Progetto Cronos, non ha ancora previsto ed arricchito il Servizio Sanitario Regionale con ulteriori e specifiche forme di assistenza per i pazienti con malattia di Alzheimer e altre demenze. Con il presente progetto si intende valutare i risultati della sperimentazione del *Chronic Care Model* per la costruzione di percorsi preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziali integrati finalizzati alla prevenzione del decorso della malattia di Alzheimer in pazienti con diversi livelli di gravità e di rischio di complicanze. In particolare il

progetto prevede la costruzione, sperimentazione e valutazione randomizzata e controllata di tre diversi percorsi:

1. un percorso di *self-management* per soggetti nelle fasi iniziali della malattia di Alzheimer e a basso rischio di complicanze (supporto all'auto-cura, formazione paziente esperto) ;
2. un percorso di *care management* per soggetti con patologia conclamata a medio rischio di complicanze (cure primarie integrate, follow-up)
3. un percorso di *case management* per soggetti nelle fasi severe della malattia ad alto rischio per complicanze , (progetto personalizzato, ADI, hospice).

Partner Calabria

Euro 155.000

38) PREVENZIONE E INTERVENTO PRECOCE PER IL RISCHIO DI DEPRESSIONE POST PARTUM

La depressione post partum (DPP), come risulta da molti studi epidemiologici condotti in nazioni e culture diverse, si verifica nell'8% - 12% delle donne (circa una su dieci) entro tre mesi dalla nascita del figlio con episodi che durano tipicamente da due a sei mesi. Donne con precedenti episodi di depressione post-partum presentano un rischio del 25% (una donna su quattro) di ricaduta. La DPP insorge generalmente entro la IV-VI settimana dal parto. Nonostante la disponibilità di semplici ed efficaci procedure di diagnosi precoce, nella comune pratica clinica la DPP sfugge per lo più all'attenzione dei clinici. Va segnalato che sottovalutare questo disturbo può rappresentare una grave carenza in tema di sanità pubblica, se si considera l'aumentato rischio di suicidio ed infanticidio, la sofferenza soggettiva della donna e dei suoi familiari, nonché le limitazioni ed i costi diretti ed indiretti dovuti alla compromissione del suo funzionamento personale, sociale e lavorativo. In Italia è possibile stimare che su 576.659 nascite all'anno almeno 46.000 donne possono presentare questo disagio. E' stato dimostrato che lo *screening* della depressione post-partum può essere effettuato routinariamente nella pratica dei servizi. Il presente progetto intende in particolare verificare, nella realtà italiana, la fattibilità e l'efficacia nella pratica dell'intervento psicologico per il trattamento della depressione post-partum messo a punto dalla prof.ssa Milgrom al fine di valutare la fattibilità, nella pratica dei servizi italiani, di un intervento psicologico di prevenzione delle complicanze ed intervento precoce della DPP, e valutazione della sua efficacia in termini di remissione dei sintomi depressivi, aumento del benessere psicologico e miglioramento della qualità di vita delle puerpere.

Partner: ISS

Euro 249.600

39) SISTEMA PER L'INTEGRAZIONE DELLE CURE E DELL'ASSISTENZA PER LE PERSONE CON MALATTIE CRONICHE.

In Italia, così come in tutti i Paesi occidentali, cresce il dibattito sull'adeguatezza del sistema sanitario ad affrontare, nel futuro prossimo, una riorganizzazione del proprio modello assistenziale in funzione di una domanda sanitaria, legata soprattutto alla diffusione delle malattie croniche, per la quale è necessario adattare i servizi e le prestazioni offerte ai reali bisogni dei cittadini. L'impatto globale delle malattie croniche, è in continuo aumento e il forte effetto, soprattutto sulle popolazioni povere e socialmente svantaggiate tende, inoltre, ad aumentare il divario fra Paesi e fra persone all'interno dello stesso Paese. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato in 35 milioni il numero totale delle morti dovute a malattie non trasmissibili nel 2005 e stima che tale numero possa aumentare del 17% nel periodo 2008-2018, ed ha posto la prevenzione e il controllo delle malattie croniche al centro del suo piano di azione 2008-2013. Uno degli obiettivi del Piano strategico dell'OMS è il rafforzamento dell'assistenza sanitaria per le persone con malattie croniche attraverso la definizione di standard e linee guida, basate su prove di efficacia, e un riorientamento dei sistemi sanitari per consentire di rispondere alle esigenze di una gestione efficace ed efficiente delle malattie croniche. Vi è l'esigenza di sperimentare nuove formule organizzative dell'assistenza basate sul concreto affermarsi di una gestione integrata. Il presupposto per il realizzarsi di questo importante progetto di *governance* è l'assunzione di un approccio sistemico e integrato che implichi

un'azione coordinata tra tutte le componenti e tra tutti gli attori del sistema assistenziale, che, con responsabilità diverse, devono essere chiamati a sviluppare interventi mirati verso comuni obiettivi su un 'patto di cura' condiviso con il cittadino e i suoi eventuali caregiver. L'obiettivo del progetto è pertanto favorire lo sviluppo di modelli organizzativi di servizi integrati, orientati alla maggiore efficienza e al miglioramento della qualità dell'assistenza per le persone con malattie croniche.

Partner: ISS

Euro 249.400

40) MODELLI INNOVATIVI DI GESTIONE INTEGRATA TELE-GESTITA OSPEDALE-TERRITORIO DEL MALATO CRONICO A FENOTIPO COMPLESSO: STUDIO DI IMPLEMENTAZIONE, VALIDAZIONE ED IMPATTO.

Le malattie croniche sono oggi riconosciute come il maggior problema di salute globale, in particolar modo, anche per effetto del prolungamento di vita, per il loro impatto sulla sostenibilità della gestione dei sistemi sanitari. Da un punto di vista gestionale proprio per contenere le crescenti spese ed ottimizzare i risultati si è assistito all'introduzione di componenti ad elevata tecnologia da parte dei sistemi sanitari e pubblici e privati. Il progetto si propone di fornire gli elementi tecnici (fattibilità ed impatto su prevenzione e controllo), unitamente a valutazioni Health Technology Assessment e regolatorie per l'inclusione nei piani regionali sanitari di un modello organizzativo di gestione integrata di continuità delle cure ospedale-territorio, basato su una piattaforma innovativa di tele-gestione, monitoraggio e tele riabilitazione del paziente affetto da malattia cronica a fenotipo complesso. Verrà pertanto implementato sul territorio uno strumento innovativo di intervento gestionale, di monitoraggio e riabilitativo, tele-gestito, caratterizzato dall'integrazione di strumenti avanzati. Verrà poi valutata la fattibilità e l'efficacia del modello attraverso uno studio comparativo, prospettico e randomizzato con caso controllo, ed effettuata un'analisi economica e un eventuale adeguamento regolatorio per l'implementazione del modello su vasta scala.

Partner Lombardia

Euro 400.000

41) ORGANIZZAZIONE DI UN PERCORSO SANITARIO ED ASSISTENZIALE DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO PER PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE CRONICHE (CREG CHRONIC RELATED GROUP)

È sempre più evidente che per gestire le malattie croniche sono necessari strumenti, competenze ed organizzazione che solo in parte si sovrappongono a quelli utilizzati per la patologia acuta e richiedono lo sviluppo di metodi ed idee innovative. Da alcuni anni sono in atto in diverse Regioni varie esperienze (gruppi di cure primarie, dote sanitaria, ambulatori di patologia, reti di patologia etc..) che esprimono positivamente nuovi percorsi e l'impegno di molti professionisti per operare in modo sinergico. Il progetto ha come obiettivo generale quello di implementare una modalità innovativa di presa in carico dei pazienti, che a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG), deve garantire tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, assistenza/ospedalizzazione domiciliare) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. Ad ogni raggruppamento omogeneo di patologia o pluripatologie sarà assegnata una tariffa specifica comprendente tutti i possibili consumi. Il progetto prevede, inoltre, anche di migliorare le capacità dei sistemi informativi per identificare e stadiare la malattia cronica e di implementare la qualità delle cure sanitarie attraverso il riordino e l'aggiornamento di linee guida e di documenti di consenso già prodotti.

Partner Lombardia

Euro 400.000

42) REMOLIC: LA RETE MOLISANA PER L'ICTUS CEREBRALE: PREVENZIONE PRIMARIA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

In Italia l'ictus cerebrale è, per dimensioni epidemiologiche e rilievo sociale, uno dei più gravi problemi sanitari e assistenziali, in particolare la mortalità per ictus nella popolazione molisana risulta significativamente superiore rispetto alla media nazionale. L'impiego di modelli di tipo Hub and Spoke sostenuti da un sistema di relazione informatizzato che coinvolga anche il territorio e

quindi il Medico di Medicina Generale sembra rappresentare il modello più efficace/efficiente sul territorio italiano e dalle esperienze condotte in alcune Regioni Italiane appare evidente che l'impiego di strumenti informatizzati rappresenti l'elemento essenziale per ottimizzare la raccolta, l'analisi ma soprattutto la condivisione di dati clinici. La costruzione di un database (Stroke Registry) Regionale, consentirebbe, dunque, lo screening dei soggetti a rischio ed il monitoraggio clinico, dalla fase acuta sino al rientro a domicilio, dei pazienti affetti da ictus cerebrale. Il progetto si propone, quale obiettivo finale, la riduzione del numero di ictus sulla popolazione molisana a rischio, attraverso il miglioramento della conoscenza e consapevolezza della patologia cerebrovascolare in tutte le diverse età, classi sociali, ruoli professionali ed attraverso l'appropriatezza degli interventi, l'aderenza al programma terapeutico e alle misure relative allo stile di vita. Per il raggiungimento di tale obiettivo si intende validare un protocollo regionale che permetta l'adozione delle Linee Guida per l'Ictus cerebrale così da ridurre il numero di ricoveri e limitare i ricoveri e/o le prestazioni non necessarie o inappropriate. Verrà inoltre realizzato un codebook standardizzato per la successiva implementazione di un sistema informativo epidemiology-based e l'allestimento di una banca dati biologica fruibile dagli operatori sanitari ed integrabile nel contesto di registri nazionali e internazionali

Partner Molise

Euro 300.380

43) PERCORSI ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO COMPLESSO

Lo scompenso cardiaco è una delle patologie croniche maggiormente invalidanti e a più elevato impatto socio economico. Le attuali linee guida della Società europea di cardiologia consigliano la realizzazione di specifici programmi di intervento per pazienti con scompenso cardiaco cronico ad elevato rischio, finalizzati al completamento del percorso diagnostico, all'ottimizzazione della terapia e ad un attento follow up dei pazienti. Il presente progetto intende validare l'efficacia di un modello di gestione dei pazienti con scompenso cardiaco cronico che siano stati sottoposti almeno ad un ricovero per riacutizzazione dello scompenso cardiaco. Il modello gestionale che con il progetto si intende validare è un modello Hub e Spoke, basato sulla stretta interazione fra ambulatori territoriali o ospedalieri dedicati allo scompenso cardiaco (Hub) ed equipe del distretto socio sanitario e medici di medicina generale (spoke). La validazione del modello si baserà principalmente sulla dimostrazione della sua capacità di migliorare la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco in termini di riduzione delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco riacutizzato, maggiore adesione alle raccomandazioni cliniche e riproducibilità dei risultati in regioni differenti dalla Puglia

Partner Puglia

Euro 240.000

44) NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI E INTEGRAZIONE DELLE CURE NELL'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON PATOLOGIE CRONICHE, ED IN PARTICOLARE CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO (SCC)

In Italia le Malattie Cardiovascolari sono la prima causa di morte. In particolare lo scompenso, è la prima causa medica di ricovero nel nostro Paese e il 30% delle ospedalizzazioni è rappresentato da ricoveri ripetuti. La "continuità assistenziale" e la "gestione proattiva" (medicina d'iniziativa) sono ormai ampiamente riconosciute in letteratura quali strumenti fondamentali per una efficace ed efficiente gestione dello SCC, che richiede un'assistenza continua con livelli di complessità differenziati. Malgrado le evidenze siano concordanti sui benefici derivanti dalla sorveglianza attiva, molte survey hanno documentato come, nel nostro Paese, in gran parte dei pazienti non sia previsto alcun programma di continuità assistenziale e di gestione proattiva dei pazienti. Sulla base di quanto esposto, risulta evidente l'importanza di implementare e confrontare modelli di continuità assistenziale e di percorso diagnostico-terapeutico, verificandone l'effettiva praticabilità e sostenibilità, nonché l'efficacia nel contrastare le principali cause di "debolezza assistenziale". Il progetto, pertanto, prevede che per i pazienti con SCC che transitano dall'ospedale (in regime di PS

o di ricovero) si avvii una formula di “dimissione attiva” che “agganci” ogni paziente dimesso al territorio all’interno di un Percorso Assistenziale proattivo e condiviso tra gli attori assistenziali ospedalieri e quelli territoriali, in modo da ridurre il *drop out* del paziente, che rappresenta una delle cause più frequenti di re ricoveri e di accessi al PS. I capisaldi di sviluppo del progetto, che mira a ridurre il gap tra la forza delle evidenze scientifiche relative alla continuità assistenziale e la debolezza di quest’ultima nel mondo reale, sono, pertanto, la sperimentazione dell’applicazione di percorsi standardizzati ma adattabili ai fabbisogni dei diversi pazienti e monitorati attraverso indicatori di processo e di esito all’interno di un contesto organizzativo che sappia rivedere criticamente l’organizzazione strutturale ed operativa dei propri servizi.

Partner: Sicilia

Euro 306.800

45) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO IN AMBITO PEDIATRICO

Il trasferimento di un paziente tra diversi ambiti assistenziali costituisce sempre un momento critico del percorso di cura. Il passaggio dell’assistenza per condizioni acute e gravi ad una assistenza per condizioni croniche e stabili rende i soggetti, in questo caso bambini e famiglie più fragili e bisognosi di un supporto che prenda in considerazione le loro necessità complessive. Il trasferimento da un ambiente protetto quale è l’ospedale al domicilio viene spesso affrontato con difficoltà e disagio, il che rende prioritaria l’organizzazione di una assistenza che abbia come principale caratteristica la continuità della presa in carico. Tale problema si pone anche in ambito pediatrico sebbene con dimensioni inferiori rispetto al paziente anziano. In base ai dati raccolti durante un programma pilota all’AUO MEYER si può valutare che circa 250 bambini anno si gioverebbero di una migliore organizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.. Il progetto intende proporre un modello di gestione del percorso di assistenza dal momento della dimissione dall’ospedale al rientro al proprio domicilio come un unico episodio longitudinale.

Partner: Toscana

Euro 306.800

AREA SOSTEGNO A PROGETTI STRATEGICI DI INTERESSE NAZIONALE

Azioni di sistema

46) VALUTAZIONE DEI PAZIENTI RICOVERATI NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI FINALIZZATA A PROPOSTE DI MODIFICHE DI ASSETTI ORGANIZZATIVI E DI PROCESSO

In attuazione del DPCM 1/4/2008 sul trasferimento dell’assistenza sanitaria penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la responsabilità della gestione sanitaria degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) è assunta dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede e la competenza sull’assistenza psichiatrica è del tutto trasferita ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) nel cui territorio gli OPG sono situati. Tale condizione è preliminare al superamento degli attuali OPG. Nel nuovo contesto delineato dal decreto, i 6 DSM nel cui territorio di competenza gli OPG sono situati, sono chiamati a prevedere piani individualizzati di trattamento, in collaborazione con i servizi sanitari dell’Azienda sanitaria e con i servizi sociali, e ad esercitare funzioni di raccordo nei confronti della Aziende sanitarie di provenienza dei pazienti ospitati presso gli OPG, anche in vista del successivo reinserimento dei pazienti nel territorio di provenienza, e della “regionalizzazione” della presa in carico. Il progetto prevede la formazione degli operatori dei DSM competenti sugli OPG all’utilizzo di strumenti validati per la diagnosi e la valutazione degli esiti degli interventi e la costituzione di un registro psichiatrico dell’intera popolazione ricoverata. Il registro sarà orientato in senso clinico e prevederà per ciascun paziente la valutazione periodica trimestrale della natura e della gravità del disturbo mentale in atto e del suo decorso e la

caratterizzazione e valutazione di efficacia nella pratica degli interventi riabilitativi effettuati. Saranno valutate le competenze sociali e lavorative di ciascun paziente, con l'obiettivo di promuovere l'attuazione di interventi riabilitativi che siano un ponte verso l'esterno, favorendo così un riavvicinamento dei pazienti ai DSM di provenienza. L'obiettivo del progetto è la realizzazione di un registro psichiatrico *web-based* orientato clinicamente, in grado di fornire informazioni affidabili sulle caratteristiche cliniche e psicosociali della popolazione ricoverata negli OPG mediante l'impiego di strumenti standardizzati per la valutazione periodica della natura e gravità dei disturbi mentali in atto e del loro decorso, e in grado di promuovere l'attuazione di interventi riabilitativi basati su una valutazione affidabile e riproducibile delle risorse del singolo paziente

Partner: ISS

Euro 300.000

47) SVILUPPO DI UN MODELLO INTERREGIONALE DI INTERVENTO PER LE EMERGENZE IN SANITÀ PUBBLICA, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE MALATTIE INFETTIVE DIFFUSIVE

A partire dall'inizio della scorsa decade vari scenari di emergenza si sono presentati alla gestione della sanità pubblica sia in ambito internazionale, dal bioterrorismo alla SARS, dall'influenza aviaria alla pandemia influenzale, che locale, come ad esempio l'emergenza meningite affrontata in Veneto a cavallo tra il 2007 e il 2008. Ciascuna di queste macroemergenze ha impegnato la sanità pubblica, testando sul campo la sua capacità di risposta e consentendo di sviluppare e mettere a punto alcuni strumenti di gestione in situazioni di complessità. Componenti essenziali della pianificazione della capacità di intervento sono rappresentati dalla gestione dell'informazione, dalla comunicazione, dall'autorevolezza scientifica supportata da pareri, dalla rete delle strutture di collegamento, gestione e controllo, e non da ultimo dalla capacità d'intervento del settore sanitario e intersettoriale di tutti gli altri settori della società, aspetti che il piano pandemico ha declinato nell'approccio teorico ma che nella realtà hanno comunque messo in luce numerosi criticità. Il progetto intende implementare un modello operativo applicabile diffusamente al fine di assicurare una risposta appropriata e tempestiva in caso di minacce di sanità pubblica di dimensione regionale e/o interregionale (interfaccia con le regioni confinanti), con particolare riferimento alle malattie infettive diffuse.

Partner: Regione Veneto

Euro 500.000

ALLEGATO 3

PROGRAMMA CCM 2012

Con il DM del 5 marzo 2011, registrato alla Corte dei Conti in data 4 maggio 2012 (reg.6, fgl 73), è stato approvato il programma CCM 2012.

A partire dal 2009 la programmazione del CCM è stata strettamente correlata al nuovo Piano Nazionale della prevenzione 2010-2012, attraverso il sostegno alle regioni per la sua attuazione. Il Pnp è operativamente stato avviato solo nei primi mesi del 2011, è pertanto del tutto probabile che - se si confermeranno gli orientamenti fin qui emersi - si possa andare 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. Alla luce di ciò, anche per il 2012 il Comitato strategico ha ritenuto opportuno confermare la struttura dei precedenti programmi CCM, che per l'area Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale della prevenzione e di Guadagnare salute, ricalca pedissequamente proprio la struttura del Piano. Con il programma 2012 il CCM ha voluto inoltre dare grande importanza al tema dello svantaggio, richiamando gli Enti partner ad un'attenzione 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., con l'auspicio che le proposte di applicazione ai programmi CCM possano concorrere esse stesse a ridurre la distanza tra strati di popolazione più svantaggiata e strati di popolazione più fortunata.

Il programma 2012, si articola dunque in tre grandi aree (Tabella 5):

4. sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale della prevenzione e di Guadagnare salute.

Tale area come per i tre precedenti anni, mutua la propria struttura dal Pnp, individuando quali aree di intervento, oltre alla sorveglianza epidemiologica innovativa, la prevenzione universale, la medicina predittiva, la prevenzione nella popolazione a rischio e la prevenzione delle complicanze e recidive di malattia. Anche per quest'anno nella scelta delle linee di sviluppo si è data priorità a tematiche ritenute necessarie, a linee progettuali non ancora affrontate o poco affrontate negli anni precedenti e ad ambiti che abbiano una valenza di raccordo con contestuali iniziative internazionali a cui l'Italia intende contribuire.

5. sostegno a progetti strategici di interesse nazionale

All'ambito dei progetti strategici di interesse nazionale afferiscono, invece, linee progettuali ritenute prioritarie, coerenti con la missione del Ccm ma non direttamente riferibili al sostegno al Pnp e a Guadagnare salute. Anche per tale area la scelta dei temi è stata determinata alla luce delle priorità e delle attività già attuate o in corso di attuazione.

6. azioni centrali:

Tale area è direttamente gestita dalla direzione operativa ed è funzionale alla pratica operatività del CCM. A tale area - che continua a raggruppare voci di spesa relative al funzionamento, al personale e alle attività - afferiscono il sostegno alle attività di sorveglianza epidemiologica routinaria, il supporto alle azioni centrali previste dal PNP e il sostegno a progetti speciali (sostegno a percorsi di sorveglianza dei lavoratori esposti ad amianto; sostegno al network regionale dell'EBP; sostegno alla prevenzione di patologie e disabilità congenite; prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV; ecc..).

Il Comitato strategico, nella riunione del 1 febbraio 2012, nella quale è stato approvato il programma CCM, ha altresì approvato la suddivisione del finanziamento tra le tre suindicate aree. Della disponibilità economica per il 2012, pari a 20.467.415 euro, circa i due terzi sono stati ripartiti a favore delle linee progettuali (implementazione di Pnp e Guadagnare Salute e di progetti strategici di interesse nazionale) e un terzo circa per lo svolgimento delle azioni centrali (funzionamento, attività e personale).

Il Comitato strategico del CCM, in sede di approvazione dei progetti esecutivi 2011, aveva stabilito che per contrastare una non desiderata frammentazione degli interventi progettuali per la

programmazione 2012 fosse necessario razionalizzare la scelta degli item raggruppandoli per grandi temi, questo ha determinato per il programma 2012 un numero di linee progettuali, pari a 15, decisamente inferiori alle linee progettuali dei precedenti programmi. Sempre durante la citata riunione del 1 febbraio 2012 sono state, altresì accolte tre novità procedurali proposte dal Comitato Scientifico al fine di venire incontro alle necessità, più volte espresse da entrambi i comitati, di evitare assolutamente il rischio di una microprogettualità e di una frammentazione degli interventi, dunque:

- ogni Ente Partner (ossia, ciascuna Regione e Provincia autonoma, ISS, AGENAS ed INAIL), potrà proporre un massimo di 15 lettere di intenti;
- il costo di ciascuna proposta dovrà essere compreso tra i 150 mila e i 500 mila euro.
- ogni proposta di applicazione dovrà vedere il coinvolgimento di almeno 3 partner;

Con tali novità si intende così promuovere la creazione di network in grado di realizzare macroprogetti di più ampio respiro, obiettivo che il Comitato scientifico ha nelle precedenti programmazioni, sempre cercato di perseguire premiando i progetti interregionali e favorendo, attraverso la richiesta di integrazione delle lettere di intenti la formazione di reti.

Così come previsto dalle procedure, riportate nell'introduzione, le Regioni e province autonome, nonché i tre enti centrali: AGENAS, INAIL ed ISS, sono stati invitati a presentare alla direzione operativa le proprie proposte di progetto (per quanto sopra detto al massimo 15) sotto forma di lettera di intenti.

Complessivamente sono pervenute 244 proposte di iniziative. Sulla base dei criteri individuati e riportati anche nel programma stesso, il Comitato scientifico, nella riunione del 19 aprile 2012, ha ritenuto congruenti con eventuale prescrizione, quale la rimodulazione del piano finanziario 69 lettere d'intenti (tabella 6).

In ragione del DPCM del 20 ottobre 2010, per il quale gli organi collegiali del CCM dureranno in carica sino al 21 luglio 2012, sarà necessario chiudere la procedura di definizione dei progetti esecutivi entro tale data.

Tab 5- Tabella allegata Programma 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 sopravvivenuti	11
			Modelli di presa in carico e gestione della multimorbilità	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	

Tab 6 Lettere di intenti ritenute congrue –Programma 2012

PROGRAMMA CCM 2012- LETTERE INTENTI VALUTATE CONGRUE			
NUM	TITOLO PROGETTO	ENTE PROPONENTE	ID
1	Messa a punto e verifica di una campagna di informazione innovativa sull'importanza degli stili di vita nel rischio cardiovascolare basata sull'invio di messaggi periodici con tecnologia e-mail ed SMS.	BASILICATA	2
2	Estrazione petrolifera e qualità della vita	BASILICATA	3
3	Donne ad alto rischio di neoplasie mammarie: ruolo della RMN con mezzo di contrasto come metodica diagnostica in fase di screening	CALABRIA	7
4	Implementazione di un modello organizzativo di presa in carico dei pazienti anziani complessi con multimorbilità per il miglioramento della pratica prescrittiva	CALABRIA	12
5	Valutazione del rischio sanitario di infezioni da agenti zoonotici attraverso prodotti vegetali ottenuti in aree a elevata pressione zootecnica	CALABRIA	3
6	Progettazione, sintesi e caratterizzazione tossicologica di additivi e conservanti, impiegati in ambito farmaceutico, alternativi alle sostanze SVHC incluse nella <i>candidate list</i> del regolamento REACH	CAMPANIA	3
7	<i>Counseling</i> motorio ed attività fisica adattata quali azioni educativo - formative per ridefinire il percorso terapeutico e migliorare la qualità di vita del paziente con diabete mellito di tipo 2	CAMPANIA	2
8	Modelli di presa in carico e gestione della multimorbidity per le persone con malattie croniche: integrazione ospedale-territorio	CAMPANIA	12
9	La persona con lesione midollare: percorsi di integrazione ospedale-territorio verso inclusione e vita indipendente	EMILIA ROMAGNA	14
10	Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la presenza, nelle sezioni degli Istituti penitenziari, della figura del "Promotore di Salute"	EMILIA ROMAGNA	1
11	Un approccio integrato per la riduzione delle disuguaglianze all'accesso ai servizi di promozione della salute: interventi strategici per la gestione del rischio di utenti con disturbi di interesse psichiatrico e giovani problematici	EMILIA ROMAGNA	1
12	Sviluppo e potenziamento delle competenze specifiche degli operatori e dei volontari che operano nel campo oncologico sui temi dell'alimentazione e dell'attività fisica, per la messa a punto di un modello di percorso oncologico integrato	EMILIA ROMAGNA	11
13	Progetto RIBIS: per una valutazione dei risultati e delle risorse dei programmi riabilitativi personalizzati e dei budget individuali di salute nella presa in carico delle persone con diagnosi psichiatriche e altre multimorbilità	FRIULI VENEZIA GIULIA	12
14	Valutazione della Qualità di Vita e degli aspetti psicosociali della <i>Cancer Survivorship</i> e ottimizzazione dei programmi di sorveglianza	FRIULI VENEZIA GIULIA	11
15	Coorti di popolazione, sorveglianza epidemiologica e valutazione del rischio ambientale ed occupazionale nei siti inquinati	LAZIO	3
16	Promozione degli screening oncologici femminili: ridurre le disuguaglianze nell'accesso tra le donne utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale	LAZIO	1
17	Assistenza delle persone esposte ad amianto attraverso la creazione di sportelli informativi e la sorveglianza epidemiologica	LAZIO	4
18	Il paziente oncologico lungo sopravvive. Ridurre il rischio di complicanze riproduttive: un modello per le pratiche assistenziali di preservazione della fertilità.	LIGURIA	11

PROGRAMMA CCM 2012- LETTERE INTENTI VALUTATE CONGRUE

NUM	TITOLO PROGETTO	ENTE PROPONENTE	ID
19	Maternità fragile: studio sull'efficacia di un modello di intervento volto alla prevenzione secondaria del disagio psichico perinatale ed alla prevenzione primaria delle disarmonie dello sviluppo infantile.	LIGURIA	1
20	<i>Risk analysis</i> per il controllo delle ICPA nelle unità operative di terapia intensiva e di chirurgia e per la valutazione dell'efficacia di strategie preventive nella pratica clinica	LOMBARDIA	6
21	Milano Expo 2015: Garantire la Sicurezza Alimentare - Valorizzare le Produzioni	LOMBARDIA	5
22	Modello di integrazione socio - sanitaria nella presa in carico dei pazienti con disordine della coscienza. Progetto INCARICO	LOMBARDIA	14
23	Sorveglianza integrata per la valutazione dei rischi sanitari e la gestione dei bisogni di salute emergenti e degli eventi inattesi nelle aree coinvolte dall'Esposizione Universale 2015.	LOMBARDIA	3
24	Ambulatorio infermieristico per la presa in carico globale del paziente oncologico anziano o complesso (definibile come "frail patient")	MARCHE	1
25	Le funzioni neuro-cognitive nei soggetti sanzionati per guida in stato di ebbrezza alcolica: protocollo integrativo di valutazione e prevenzione della sinistrosità stradale per identificazione dei soggetti ad elevato rischio.	MARCHE	2
26	Il percorso per la gestione del rischio individuale su base familiare per il tumore del colon-retto	MARCHE	7
27	Assegnazione dei criteri di priorità per la presa in carico degli anziani affetti da multimorbilità. Implementazione del sistema MAPLe in Italia	MARCHE	12
28	Nuovi mezzi di comunicazione e informazione per l' <i>empowerment</i> dei giovani in ambiente scolastico sugli stili di vita come fattori di protezione e di rischio dalle malattie	MOLISE	2
29	HOHO case management ed ospedale a casa: validazione del percorso assistenziale riabilitativo per la reintegrazione socio-funzionale	MOLISE	4
30	Realizzazione di un sistema di sorveglianza per l' <i>equity audit</i> nei percorsi di cura e nei modelli di gestione integrata delle principali patologie croniche in Italia	PIEMONTE	1
31	Metodi innovativi per l'identificazione delle aree territoriali e dei settori di attività economica con elevato rischio di esposizione ad amianto in Italia e per la sorveglianza epidemiologica del rischio di Mesotelioma Maligno.	PIEMONTE	4
32	Guadagnare Salute nella Scuola (GSS): elaborazione, conduzione e valutazione di un programma di prevenzione universale nella scuola secondaria di primo e secondo grado, per la prevenzione di fattori di rischio multipli nella popolazione giovanile	PIEMONTE	2
33	Salute e cura della popolazione immigrata irregolare un'indagine sul campo in tre Regioni adriatiche	PUGLIA	1
34	Promozione della salute orale fra i bambini italiani e immigrati di seconda generazione	PUGLIA	2
35	Ambienti di vita e di lavoro della popolazione immigrata in rapporto ai determinanti di salute	PUGLIA	2
36	Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia attraverso l'analisi di fattori eziologici di tipo infettivo in pazienti con malattia di Crohn cronica	SARDEGNA	11
37	Proposta di un modello di <i>risk analysis</i> per la valutazione ed il controllo del rischio di infezioni nosocomiali nelle unità di terapia intensiva	SARDEGNA	6
38	Proposta di un progetto per l' <i>empowerment</i> degli operatori sanitari e della cittadinanza attraverso un programma di riorientamento dei servizi sanitari verso la promozione della salute e la prevenzione.	SARDEGNA	2

PROGRAMMA CCM 2012- LETTERE INTENTI VALUTATE CONGRUE

NUM	TITOLO PROGETTO	ENTE PROPONENTE	ID
39	Esercizio Fisico come Terapia: un approccio condiviso della filiera della Salute per la riduzione del rischio cardiovascolare	SARDEGNA	2
40	Okkio alla ristorazione - Progetto interregionale in Rete per la sorveglianza, il monitoraggio e la Promozione della Salute nella ristorazione collettiva	SICILIA	2
41	Valutazione degli effetti dei determinanti socioeconomici e delle esposizioni ambientali sugli esiti negativi della gravidanza e sulla salute del neonato e del bambino in 7 aree urbane. Implicazioni di sanità pubblica	SICILIA	1
42	Prevenzione delle complicanze della patologia diabetica nei pazienti con alterato metabolismo glucidico e malattia cardiovascolare	SICILIA	12
43	Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di 6 regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari.	TOSCANA	1
44	Valutazione del rischio riproduttivo in aree a forte pressione ambientale (RISCRIPRO_SENTIERI)	TOSCANA	3
45	La vigilanza delle malattie croniche, la prevenzione delle complicanze e la gestione dei pazienti con dolore cronico nelle modalità organizzative della casa della salute. Costruzione di un sistema informativo	TOSCANA	10
46	Valutazione costo-efficacia di trattamenti precoci nei pazienti epatopatici cronici	TOSCANA	11
47	Ottimizzazione del processo di gestione del paziente complesso sul territorio: modelli di presa in carico e gestione della multimorbidità attraverso una piattaforma di <i>Integrated Care</i>	TOSCANA	12
48	Esiti e valutazione del progetto-pilota Regione Umbria Comuni Perugia - Terni, "La Donazione Organi Come Tratto Identitario" e progressiva estensione ai 92 Comuni umbri. Adozione e realizzazione del progetto-pilota da parte dei Comuni di Palermo e Mazara del Vallo della Regione Sicilia.	UMBRIA	15
49	Regioni e Province autonome in rete libere dal fumo	VENETO	2
50	Modelli organizzativi per la gestione in continuità di presa in carico per lungo-sopravviventi con patologie complesse nella transizione dall'età evolutiva all'età adulta	VENETO	11
51	Sperimentazione e validazione di un protocollo di sorveglianza sanitaria sei lavoratori ex esposti ad amianto, ai sensi dell'art. 258 D.lgs. 81/08	VENETO	4
52	Progetto viva-mente: attivazione di un modello organizzato per il riconoscimento precoce delle demenze nella popolazione anziana e per l'attuazione di un programma finalizzato a rallentare la progressione	VENETO	9
53	Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e di contrasto	VENETO	1
54	Realizzazione di un sistema standardizzato di misure delle disuguaglianze di salute, in sistemi d'indagine e sorveglianza già disponibili, al fine di identificare priorità e target e valutare l'impatto di interventi di contrasto	AGENAS	1
55	L'impatto dei modelli proattivi implementati a livello regionale per l'assistenza alle persone affette da patologie croniche	AGENAS	12
56	<i>Empowerment</i> e gestione della complessità: tra continuità della presa in carico e condivisione delle scelte diagnostico-terapeutiche	AGENAS	12
57	La presa in carico delle persone con mielolesione nelle regioni italiane: implementazione dei percorsi di cura integrati ospedali territorio	AGENAS	14
58	Gestione integrata del dolore cronico	AGENAS	10

PROGRAMMA CCM 2012- LETTERE INTENTI VALUTATE CONGRUE

NUM	TITOLO PROGETTO	ENTE PROPONENTE	ID
59	Studio delle prospettive di sviluppo dei servizi di riabilitazione diretti a soddisfare la domanda di salute e di autonomia funzionale dei soggetti disabili con particolare riferimento alla sostenibilità delle politiche sanitarie centrali e regionali nel settore e alla integrazione tra sociale e sanitario	AGENAS	13
60	Piano di informatizzazione e sviluppo integrato delle attività dei Centri Operativi Regionali del Registro Nazionale dei Mesoteliomi per la prevenzione delle malattie asbesto correlate.	INAIL	4
61	Sorveglianza e prevenzione di Staphylococcus aureus meticillino - resistente (MRSA) in allevamenti di bovine da latte del nord-est italiano ed in lavoratori esposti	INAIL	5
62	Studio di coorti di popolazione adulte italiane seguite longitudinalmente per 20-30 anni: lo svantaggio socio-economico e gli esiti di salute.	ISS	1
63	Predisposizione di Linee Guida per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute (VIS) in aree a forte pressione ambientale.	ISS	3
64	Network Italiano per il riconoscimento precoce dei Disturbi dello spettro Autistico (NIDA).	ISS	8
65	I pazienti lungo sopravvivenza per neoplasie in età pediatrica e adolescenziale.	ISS	11
66	Sterilità, disfunzione sessuale e complicanze endocrino-metaboliche in uomini e donne affetti da patologie oncologiche ed ematologiche: monitoraggio e trattamento a breve e lungo termine.	ISS	11
67	Piattaforma Italiana per lo Studio delle Polimorbidity: scenario epidemiologico, aspetti clinici e farmacologici, prospettiva di genere e contesto farmaco-economico.	ISS	12
68	Prevenzione della diffusione di infezioni sostenute da microrganismi multiresistenti in ambito trapiantologico e analisi del rischio.	ISS	15
69	Studio prospettico tra i donatori di sangue in Italia: comportamenti a rischio di infezione da HIV e qualità delle informazioni fornite dal donatore durante la fase di selezione.	ISS	15