



*Ministero della Salute*



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

**RELAZIONE ATTIVITA' CCM  
ANNO 2013**

## 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. Infine, con decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, recante il riordino degli organi collegiali ed altri organismi operanti presso il Ministero della salute, ai sensi dell’articolo 2, comma 4, della legge 4 novembre 2010, n. 183, il CCM è stato confermato per ulteriori tre anni.

### 1. La missione

La *mission* del CCM individuata dalla legge istitutiva è contrastare le emergenze di salute pubblica ed il bioterrorismo operando nelle due usuali direttrici lungo le quali si esprimono oggi i moderni servizi sanitari :

- creare le condizioni e i presupposti in virtù dei quali il rischio di un’emergenza si mantenga al livello più basso possibile,
- 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.*

Tali componenti – sempre presenti negli atti programmatici del CCM – hanno trovato una strutturazione formale nei programmi a partire dal 2009.

### 2. 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, il disegno di programmi - anche a carattere di sperimentazione gestionale - di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, la promozione di programmi di valutazione della performance sanitaria, la promozione dell’aggiornamento e della formazione del personale, funzionale all’attuazione

del programma annuale di attività, 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.

### **3. Gli organi collegiali**

Così come confermato dal DPR 44/ 2013, recante il riordino degli organi collegiali ed altri organismi operanti presso il Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, della legge 4 novembre 2010, n. 183, 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.

Il succitato DPR di riordino ha rivisto la composizione del Comitato strategico che sarà presieduto dal Ministro della salute e composto dal coordinatore degli assessori regionali alla sanità con funzioni di vicepresidente; due assessori regionali alla sanità, nominati dalla Conferenza dei Presidenti delle regioni; i Capi Dipartimento del Ministero della salute; un rappresentante del Dipartimento della protezione civile; il Direttore operativo del CCM; un rappresentante del Ministero degli affari esteri; il Presidente dell'Istituto superiore di sanità; il Presidente del Consiglio superiore di sanità.

Tuttavia come previsto dallo stesso DPR44/2013, fino all'insediamento dei nuovi organi collegiali individuati dal decreto, sono prorogati quelli operanti alla data della sua entrata in vigore. Pertanto per l'anno 2013 il Comitato strategico ha operato secondo la composizione prevista dal DM 18 settembre 2008, in base al quale il Comitato risulta composto dal 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 secondo quanto previsto dal DPR 44/2013 è composto dal direttore della Direzione generale della prevenzione del Ministero della salute, che lo presiede, tre esperti designati dal Ministero della salute, tre esperti designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Tuttavia sino all'insediamento dei nuovi organi collegiali previsto dal suindicato DPR è stato prorogato il Comitato scientifico operante alla data di entrata in vigore del decreto e costituito 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, come previsto dal DPR 44/2013, (che si identifica nella figura del Direttore generale della prevenzione sanitaria) svolge, le seguenti funzioni:

- predispone la proposta di programma annuale di attività del CCM, unitamente al piano finanziario;
- formula proposte di progetti di attuazione del programma;
- predispone 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;
- predispone programmi specifici di aggiornamento e formazione del personale;
- cura la restituzione delle informazioni epidemiologiche aggregate e la diffusione capillare dei documenti e delle iniziative.

### **4. La programmazione CCM e le procedure**

Il CCM opera in base ad un programma annuale, definito 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 individua 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, INMP e AGENAS) e pubblicizza tramite il sito ufficiale del CCM ([www.ccm-network.it](http://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, INMP 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, INMP 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;
- *promuovere convergenze*: il che significa privilegiare gli interventi che confluiscono in quelli individuati come prioritari dagli strumenti della programmazione;
- *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.

Conseguentemente a tali intendimenti, diventano vincolanti alcuni criteri cui debbono attenersi le proposte di applicazione al programma:

- 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.
- 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.

Anche per il programma 2013 sono inoltre state confermate le importanti novità finalizzate introdotte nel programma 2012, e 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 stipula 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 assicura 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 stata creata 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 2013**

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 hanno ovviamente fatto riferimento alle aree tematiche di maggior interesse per la prevenzione e a partire dal 2009 si è ritenuto, opportuno dedicare in gran parte la propria programmazione al sostegno alle Regione per l'attuazione del Piano Nazionale della

Prevenzione 2010-2012, approvato con Intesa del 29 aprile 2010 e prorogato a tutto il 2013 con Intesa 07 febbraio 2013 .

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, nella quale gli Enti partner sono chiamati a presentare le proprie proposte, 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 polipatologie, disabili, 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 degli organi collegiali 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 ritenute 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.

#### 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 ed, 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.



## Attuazione programma 2013

Con il DM del 1 marzo 2013, registrato alla Corte dei Conti in data 23 aprile 2013 (reg. 5. fgl. 33), è stato approvato il programma CCM 2013. Il Comitato strategico ha ritenuto di confermare per il 2013 le priorità di intervento individuate nei precedenti anni 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):

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.

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.

3) azioni centrali:

Area direttamente gestita dalla direzione operativa e funzionale alla pratica operatività del CCM raggruppa voci di spesa relative al funzionamento, al personale e alle attività – afferiscono a tale area anche il supporto alle azioni centrali previste dal PNP, il sostegno a progetti speciali, il sostegno alle attività di sorveglianza epidemiologica routinaria e alle cooperazioni internazionali.

Il Comitato strategico, nella riunione del 07 febbraio 2013, nella quale è stato approvato il programma CCM, ha altresì approvato la suddivisione del finanziamento tra le suindicate aree, confermando la ripartizione di 2/3 nell'area progettuale ed 1/3 nelle azioni centrali.

Essendo lo stanziamento iniziale sul capitolo 4393 del CCM, di euro 19.001.665, 12.650.000 euro sono stati assegnati all'area progettuale del programma e il rimanente 6.351.665 euro all'area delle Azioni centrali.

A partire da settembre il Ministero dell'Economia e Finanze ha operato tre accantonamenti per un totale di euro 2.829.361<sup>1</sup>, che sono stati decurtati mantenendo la ripartizione dello stanziamento tra l'area progettuale e l'area delle azioni centrali. A questi accantonamenti va aggiunta una variazione di bilancio in aumento pari a 600.000 euro accorsa a metà dicembre e ripartita mantenendo inalterata la proporzione 2/3 ed 1/3 tra le due aree, che ha portato la disponibilità dell'area progettuale ad euro 11.012.000

Così come previsto dalle procedure, riportate nell'introduzione, con nota 13430 del 11/06/2013, la Direzione generale della prevenzione ha trasmesso il programma CCM 2013 (approvato con DM del 1 marzo 2013) a tutti gli Enti partner, ovvero Regioni e Province autonome, ISS, INAIL, INMP ed Agenas, invitandoli a sottoporre le proprie proposte sotto forma di lettere di intenti entro il 25 luglio 2013. A tal proposito si segnala che in virtù dell'entrata in vigore del decreto ministeriale 22 febbraio 2013 recante regolamento di funzionamento e organizzazione dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP) - questo è stato inserito, in corso di procedura CCM, tra gli Enti partner autorizzati a presentare lettere di intenti

A seguito della citata nota, sono pervenute 292 lettere di intenti, per una richiesta totale di finanziamento pari a 111.832.724,00 euro.

---

<sup>1</sup> Primo accantonamento per mancato introito IMU pari a 1.914.550 €, secondo accantonamento ad ottobre per cosiddetta "manovrina" pari a 779.321 €, terzo accantonamento ad ottobre per mancato incasso IMU pari a 135.490 €.

In data 30 luglio 2013 il Comitato scientifico del CCM si è riunito per esaminare le 292 proposte, valutandone la congruità rispetto ai requisiti esplicitati nel programma. (*la congruità con la mission del CCM; la congruità con le linee progettuali del programma; la presenza di forti evidenze scientifiche, la presenza di risultati ottenuti qualora la proposta rappresenti la prosecuzione di attività già promosse e concluse dal CCM o da altri Soggetti ;la trasferibilità nella pratica del SSN; il coinvolgimento di più partner e altri Soggetti; la congruità tra gli obiettivi proposti e il piano finanziario; la completezza del piano finanziario, con riferimento anche alle spese generali che non possono superare il 10% del finanziamento previsto*).

Si specifica che non sono state ammesse alla valutazione di congruità le proposte:

- che si configuravano come progetti di ricerca;
- che si configuravano come progetti CCM in corso
- che non vedevano la partecipazione di almeno tre Enti partner, ciascuno appartenente a realtà regionali differenti;
- che non avessero un costo ricompreso tra 150.000 e 500.000 euro

Il Comitato scientifico ha ritenuto congruenti 52 lettere di intenti e per 37 di esse ha richiesto che fosse rivisto il piano finanziario.

In data 26 agosto 2013 la Direzione operativa ha trasmesso agli Enti partner l'esito della valutazione richiedendo l'invio dei progetti esecutivi, relativi alle 52 lettere di intenti ritenute congrue, entro il 10 ottobre 2013.

In data 21 ottobre 2013 il Comitato scientifico del CCM si è riunito per la valutazione dei 52 progetti esecutivi pervenuti. Per ciascun progetto è stato assegnato un voto finale sulla base dei criteri indicati nel programma (*Soluzioni proposte sulla base di evidenze scientifiche, Trasferibilità nella pratica del SSN, Fattibilità degli obiettivi proposti, Coerenza tra le attività indicate nel cronoprogramma e gli obiettivi proposti, Coinvolgimento di più partner e altri Soggetti, con riferimento anche alla chiarezza dei loro ruoli e responsabilità; Coerenza tra il piano finanziario e gli obiettivi proposti; Qualità scientifica e rilevanza del progetto proposto, Contenuti innovativi e originalità del progetto*). Si è inoltre nuovamente provveduto a verificare che i progetti non si configurassero come progetti di ricerca e che fossero coerenti con la mission del CCM e con le linee di attività individuate nel programma. Per i progetti esecutivi non coerenti a questi requisiti di ammissibilità, il voto assegnato è stato 0 , poiché non sono stati esaminati gli aspetti di merito.

Sulla base delle votazione è stata stilata una graduatoria finale (tab. 2), sottoposta all'attenzione del Comitato strategico nella riunione del Comitato strategico del 19 novembre 2013.

Tenuto conto degli importi dei singoli progetti e della disponibilità economica dell'area progettuale del programma CCM 2013 sono risultati finanziabili 33 progetti, di cui si riportano gli obiettivi in allegato 1

Tabella 1 PROGRAMMA CCM 2013

AREA	AMBITO	LINEA PROGETTUALE	ID	
SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PNP E DI GUADAGNARE SALUTE	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA INNOVATIVA	Azioni di sistema	Applicazione di metodi e strumenti di valutazione di impatto e rispondenza a criteri e parametri di appropriatezza ai fini dell'individuazione delle priorità di intervento	1
	PREVENZIONE UNIVERSALE	Stili di vita	La salute in tutte le politiche: Interventi intersettoriali per un approccio globale a fattori di rischio e ai determinanti di salute modificabili	2
			Rischio sanitario in aree a forte pressione ambientale	3
		Ambienti di vita	Comunicazione sui possibili rischi dei campi elettromagnetici e sensibilizzazione all'uso responsabile dei telefoni cellulari, soprattutto in relazione all'uso da parte dei bambini	4
			Ambienti di lavoro	Prevenzione infortuni e delle malattie professionali in edilizia ed agricoltura con particolare riferimento alle fasce deboli
		Malattie infettive	Modelli di intervento per la valutazione e la gestione dello stress lavoro-correlato	6
			Interventi per aumentare il tasso di copertura vaccinale nella popolazione e valutazione delle campagne vaccinali	7
			Modelli di intervento per la prevenzione, l'identificazione precoce e il controllo delle infezioni emergenti e riemergenti	8
		MEDICINA PREDITTIVA	Supporto all'implementazione e trasferimento di programmi di medicina predittiva di provata efficacia	Applicazione di markers biologici riconosciuti utili all'assistenza sanitaria
	PREVENZIONE POPOLAZIONE A RISCHIO	Gruppi di popolazione deboli compresa la popolazione immigrata	Modelli di percorsi assistenziali per le insufficienze d'organo con particolare riferimento al paziente anziano	10
			Modelli di percorso di diagnosi precoce delle malattie rene-cardio-respiratorie	11
			Programma dedicato alla diagnosi e all'intervento precoce nelle psicosi	12
			Diagnosi precoce dei disturbi della comunicazione	13
	PREVENZIONE delle COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA	La gestione del paziente complesso	Modelli di gestione del paziente con patologia oncologica	14
			Approfondimento conoscitivo e ricognizione dei modelli organizzativi per la gestione del paziente con demenza e diffusione/promozione delle buone pratiche operative	15
SOSTEGNO A PROGETTI STRATEGICI DI INTERESSE NAZIONALE	Azioni di sistema	Strategie innovative per l'implementazione della donazione del sangue, cellule, tessuti ed organi e del trapianto di organi	16	
		Modelli di intervento per le emergenze in sanità pubblica	17	
		Nuovi modelli organizzativi per la gestione dell'assistenza primaria e specialistica del paziente complesso	18	
<i>Totale finanziamento delle linee progettuali</i>			<b>12.650.000</b>	

<b>AREA AZIONI CENTRALI</b>	
<i>AMBITO</i>	<i>VOCI</i>
<b>funzionamento</b>	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
<b>personale</b>	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*.  <b>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</b>
<b>attività</b>	Spese per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- sorveglianze routinarie;</li> <li>- collaborazioni internazionali;</li> <li>- supporto alle azioni centrali del PNP;</li> <li>- portale acque;</li> <li>- sostegno a progetti speciali:</li> </ul>
<i>Totale finanziamento delle azioni centrali</i>	
	<b>6.351.665</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	
	<b>19.001.665</b>

Tabella 2

PROGRAMMA CCM 2013 – PROGETTI ESECUTIVI IN ORDINE DECRESCENTE DI PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE					
N	TITOLO PROGETTO	ENTE PROPONENTE	NUM ID	EURO	VAL
1	La presa in carico del paziente affetto da patologie complesse negli Istituti penitenziari: profili epidemiologici e contesto ambientale	EMILIA ROMAGNA	18	469.000	59,0
2	Il progetto di sorveglianza HBSC ( <i>Health Behaviour in School-Aged Children</i> ) per la popolazione Italiana in età adolescenziale: fattori di rischio e risorse utili alla salute per informare le politiche regionali	PIEMONTE	1	158.400	58,0
3	La telemedicina in aiuto del bambino e della sua famiglia: progetto pilota multicentrico di telemonitoraggio domiciliare nelle gravi patologie neuromuscolari con ventilazione assistita	LIGURIA	18	350.000	57,7
4	Sorveglianza delle zoonosi e delle malattie da vettori: razionalizzazione dell'approccio diagnostico di laboratorio e dei flussi informativi per la pianificazione degli interventi in campo medico e veterinario	MARCHE	8	220.000	55,6
5	Valutazione dei determinanti di ritardo nell'accesso ai servizi sanitari, nella diagnosi e nel trattamento della tubercolosi polmonare (PTB) in popolazioni vulnerabili. Valutazione dell'impatto sull'epidemiologia locale e sulla prevalenza di resistenza/multiresistenza ai farmaci antitubercolari	SICILIA	8	385.000	55,3
6	Modello di Screening Pediatrico dell'Ipercolesterolemia Familiare per la prevenzione della malattia cardio-vascolare precoce. Progetto SPIF (Screening Pediatrico Ipercolesterolemia Familiare)	LAZIO	11	456.000	55,1
7	Messa a punto di una procedura basata sulla prevenzione degli errori in fase pre analitica, analitica e post analitica nel processo relativo all'implementazione di programmi di screening basati sul test HPV primario	TOSCANA	7	165.000	55,1
8	Programma organizzato di screening dal rischio cardiovascolare finalizzato alla prevenzione attiva nei soggetti cinquantenni	VENETO	2	500.000	55,0
9	Infezione e colonizzazione da patogeni multi-resistenti nell'anziano in residenze sanitarie assistenziali	ISS	8	367.400	54,1
10	Polifarmacia: analisi del fenomeno e valutazione e sviluppo di un modello gestionale per ridurre l'impatto sulla prognosi in pazienti oncologici candidati a chemioterapia	FRIULI VENEZIA GIULIA	14	230.000	53,7
11	Centri diurni Alzheimer: approccio di rete, appropriatezza organizzativa e qualità dei servizi	SICILIA	15	280.000	52,7
12	Prevenzione dei disturbi comunicativi nei bambini con deficit uditivo attraverso l'istituzione di un solido sistema regionale di identificazione, intervento e presa in carico precoce	FRIULI VENEZIA GIULIA	13	338.200	51,9

PROGRAMMA CCM 2013 – PROGETTI ESECUTIVI IN ORDINE DECRESCENTE DI PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE					
N	TITOLO PROGETTO	ENTE PROPONENTE	NUM ID	EURO	VAL
13	Valutazione, comunicazione e gestione del rischio cancerogeno da esposizione a benzene e nanoparticoli in aree urbane interessate da impianti di raffinazione del petrolio e in aree ad elevata urbanizzazione.	SARDEGNA	3	318.000	51,1
14	Herpes Zoster: valutazione dell'impatto socio-sanitario e implementazione di un programma di vaccinazione nella popolazione adulta in Italia	LIGURIA	8	300.000	51,0
15	Interventi integrati per favorire il riconoscimento e il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni) in gruppi di popolazione a rischio	LOMBARDIA	12	450.000	50,3
16	Valutazione di impatto sulla salute (VIS): Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti	EMILIA ROMAGNA	1	300.000	50,1
17	Programma di sorveglianza sulla trasferibilità e sull'applicabilità di modelli integrati di valutazione e gestione dei pazienti oncologici complessi	ABRUZZO	14	276.000	49,3
18	Studi di biomonitoraggio e tossicità degli inquinanti presenti nel territorio di Taranto	ISS	3	450.000	49,3
19	Intervento psicologico precoce per la gestione del distress durante la fase acuta dell'esperienza di malattia oncologica	FRIULI VENEZIA GIULIA	14	230.000	48,5
20	Proposta di un progetto per l'empowerment degli operatori sanitari e della cittadinanza attraverso un programma di orientamento dei servizi sanitari verso la promozione della salute e la prevenzione	SARDEGNA	2	185.000	48,4
21	Piano di monitoraggio e di intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro correlato	INAIL	6	480.000	48,0
22	Aspetti peculiari del lavoro in agricoltura e ricadute sul processo di prevenzione e protezione: scenari di esposizione a prodotti fitosanitari nelle lavorazioni in serra e percezione del rischio per la salute e sicurezza in lavoratori agricoli stranieri	INAIL	5	420.000	48,0
23	Sperimentazione di applicazione di protocolli per il miglioramento delle coperture vaccinali nei soggetti con patologie croniche	PUGLIA	7	360.000	47,9
24	Nuovi articoli e nuovi rischi per la salute: la sigaretta elettronica	ISS	2	415.000	47,6
25	La medicina predittiva nella valutazione del rischio di perdita di autonomia	LOMBARDIA	9	403.000	47,6
26	Identificazione precoce di bambini con disturbi del linguaggio e della comunicazione a rischio di sviluppare difficoltà di apprendimento della lingua scritta	TOSCANA	13	391.500	47,6
27	Applicazione di uno strumento di business intelligence alle banche dati sanitarie, per l'individuazione di interventi prioritari al fine di migliorare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali nelle principali patologie croniche	CAMPANIA	1	366.000	47,4

PROGRAMMA CCM 2013 – PROGETTI ESECUTIVI IN ORDINE DECRESCENTE DI PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE					
N	TITOLO PROGETTO	ENTE PROPONENTE	NUM ID	EURO	VAL
28	Valutazione dell'efficacia a lungo termine del vaccino obbligatorio contro l'epatite B in soggetti donatori di sangue e studenti universitari nati tra il 1985 e il 1990	BASILICATA	7	298.000	46,8
29	Emergenza e Continuità dell'assistenza: implementazione di un modello organizzativo integrato ospedale - territorio per la presa in carico dei pazienti anziani complessi	MARCHE	18	220.000	46,6
30	Implementazione di un modello organizzativo integrato per la gestione del paziente con demenza: dalla prevenzione alla cura con presa in carico	VENETO	15	295.100	46,2
31	Sicurezza e Salute dei lavoratori stranieri del comparto edile	INMP	5	279.693	46,1
32	Elaborazione di strategie e di interventi di comunicazione sanitaria multi-obiettivo sulle malattie infettive prevenibili e sulle vaccinazioni come mezzo per aumentare le coperture vaccinali nella popolazione	PUGLIA	7	400.000	45,8
33	Sviluppo di un modello gestionale che riguardi l'integrazione tra AO e territorio per la gestione della persona con cronicità in particolare da insufficienza di organo	MARCHE	10	255.707	43,9
				<b>11.012.000</b>	
34	Uso del sistema di sorveglianza microbiologico automatico MICRONET per fini di sanità pubblica a livello Regionale	PIEMONTE	8	368.050	43,6
35	Indicatori di esito delle attività di pronto soccorso e di emergenza nel Programma Nazionale Esiti	AGENAS	1	400.000	43,6
36	Modello di intervento per la prevenzione delle riospedalizzazioni precoci nei pazienti dimessi dopo ricovero per Scompenso cardiaco. Identificazione dei fattori predittivi attraverso l'utilizzo e la validazione dei flussi informativi e strategie di continuità assistenziale intraospedaliera e territoriale	CALABRIA	10	335.000	43,4
37	Sorveglianza epidemiologica degli infortuni da incidenti stradali con stima della gravità dei traumi e integrazione tra dati sanitari e dati raccolti dalle forze dell'ordine	FRIULI VENEZIA GIULIA	1	292.000	43,0
38	Modelli operativi dei servizi per l'abuso dell'infanzia Progetto MOSAI	PUGLIA	1	399.000	40,9
39	Sperimentazione di modelli di promozione della salute intersettoriali e trasversali ai quattro principali fattori di rischio per la salute (fumo, alcol, scarsa attività motoria e scorretta alimentazione) a partire da contesti turistici secondo l'ottica di Guadagnare Salute	VENETO	2	210.000	40,7
40	Dalla inchiesta alla storia: repertorio di soluzioni per prevenire gli infortuni sul lavoro	PIEMONTE	5	270.300	40,0
41	Analisi dei percorsi sanitari nell'ultima fase della vita attraverso strumenti epidemiologici avanzati	SICILIA	1	230.000	40,0

PROGRAMMA CCM 2013 – PROGETTI ESECUTIVI IN ORDINE DECRESCENTE DI PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE					
N	TITOLO PROGETTO	ENTE PROPONENTE	NUM ID	EURO	VAL
42	Implementazione di politiche di disinvestimento nell'assistenza oncologica che tengano conto di evidenze, giudizi di valore e di elementi di contesto	AGENAS	1	400.000	38,5
43	La multimorbosità e i relativi profili patologici a supporto di programmi di prevenzione e gestione della cronicità e della fragilità	AGENAS	1	290.000	37,9
44	Sistema di sorveglianza sanitaria e ambientale in tre città interessate da insediamenti industriali	MOLISE	1	335.830	37,0
45	Promozione della attività fisica nella popolazione mediante accordi intersettoriali finalizzati a sostenere l'offerta sostenibile/gratuita di attiva fisica o sportiva	LOMBARDIA	2	350.000	36,5
46	Integrazione tra fonti informative per il monitoraggio dell'appropriatezza degli interventi e la valutazione del loro impatto nella pratica clinica corrente	LOMBARDIA	1	442.500	34,6
47	Valutazione della presenza di marcatori tumorali in donatori di sangue tra i 55 ed i 65 anni residenti nei siti a rischio per aumento di incidenza dei tumori delle "aree industriali della Val Basento" (Prov. Matera-Potenza), del "litorale vesuviano" del "litorale domizio" ed "area aversana" (Campania) e del "distretto Crotona, Cassano, Cerchiara" ( Calabria)	BASILICATA	3	341.500	0,0*
48	Costruzione e validazione di un Sistema di indicatori per il priority setting e la valutazione di efficacia in sanità pubblica, basato sul burden of disease e sui costi socio-sanitari correlati	LAZIO	1	180.000	0,0*
49	Pianificare, umanizzare, misurare: una smart clinical pathway per una sanità giusta (on line guided check list ogc)	CAMPANIA	18	200.000	0,0*
50	Creazione di un DATabase Interregionale VALIDATO (DA.I.VA.- NETWORK) quale strumento di valutazione di impatto e di appropriatezza ai fini dell'individuazione delle priorità di intervento nei Servizi Sanitari Regionali	UMBRIA	1	431.000	0,0*
51	Applicazione di metodi e strumenti di valutazione di efficacia nell'analisi degli effetti di programmi di promozione della salute sugli stili di vita a rischio nei luoghi di lavoro, ai fini della individuazione delle priorità dell'intervento	EMILIA ROMAGNA	1	398.000	0,0*
52	La gestione clinica e socio-assistenziale dei pazienti con demenza precoce: dagli aspetti conoscitivi ad una Consensus Conference	ISS	15	378.800	0,0*



## Esito valutazione

### Stratificazione per ID

Raggruppando i 33 progetti finanziabili per ID (Tab. 3), si osserva che 3 delle 18 linee progettuali identificate nel programma non prevedono la realizzazione di progetti esecutivi, ovvero

- ID 4: Comunicazione sui possibili rischi dei campi elettromagnetici e sensibilizzazione all'uso responsabile dei telefoni cellulari, soprattutto in relazione all'uso da parte dei bambini
- ID 16: Strategie innovative per l'implementazione della donazione del sangue, cellule, tessuti ed organi e del trapianto di organi
- ID 17 Modelli di intervento per le emergenze in sanità pubblica

Si segnala che già nella prima fase di valutazione, il Comitato scientifico aveva ritenuto per tali linee progettuali, non congruenti tutte le proposte pervenute (Tab. 4). Si rappresenta che le linee progettuali con più numero di progetti (quattro) sono quelle relative all'ambito della prevenzione universale- malattie infettive:

- ID 7: Interventi per aumentare il tasso di copertura vaccinale nella popolazione e valutazione delle campagne vaccinali
- ID 8: Modelli di intervento per la prevenzione, l'identificazione precoce e il controllo delle infezioni emergenti e riemergenti
- 

### Stratificazione per Ente

Raggruppando i 33 progetti finanziabili per Ente partner (Tab.6 e 7), si osserva che all'incirca tutte le Regioni e gli Enti hanno almeno un progetto che potrebbe essere finanziato.

Non risultano avere progetti finanziati

- la Regione Calabria per la quale nella prima fase di valutazione era stata ritenuta congruente una sola lettera di intenti, e il relativo progetto risulta essere al 36° posto della graduatoria finale
- la Regione Molise per la quale nella prima fase di valutazione era stata ritenuta congruente una sola lettera di intenti, e il relativo progetto risulta essere al 44° posto della graduatoria finale
- la Regione Umbria, per la quale nella prima fase di valutazione era stata ritenuta congruente una sola lettera di intenti, e il relativo progetto, essendo stato ritenuto progetto di ricerca, ha ottenuto punteggio 0
- la Valle D'Aosta, per la quale nella prima fase di valutazione non era stata ritenuta congruente alcuna lettera di intenti
- la Provincia autonoma di Trento per la quale nella prima fase di valutazione non era stata ritenuta congruente alcuna lettera di intenti
- la Provincia autonoma di Bolzano, che in realtà non ha trasmesso alcuna proposta di attuazione
- l'Agenas, per la quale nella prima fase di valutazione erano stata ritenute congruenti tre lettere di intenti, e i relativi progetti, risultano essere al 35° (*Indicatori di esito delle attività di pronto soccorso e di emergenza nel Programma Nazionale Esiti*), al 42° (*Implementazione di politiche di disinvestimento nell'assistenza oncologica che tengano conto di evidenze, giudizi di valore e di elementi di contesto*) e al 43° posto (*La multimorbosità e i relativi profili patologici a supporto di programmi di prevenzione e gestione della cronicità e della fragilità*) della graduatoria finale

Tuttavia considerando anche l'Ente in qualità di unità operativa, (Tab.8) si osserva che tutti gli Enti partner, ad eccezione dell'Agenas, partecipano alla realizzazione di uno o più progetti. A tal proposito si specifica che una Regione o Provincia autonoma si ritiene

coinvolta in un progetto quando viene coinvolto come unità operativa un Ente afferente al Servizio sanitario regionale (Università, azienda ospedaliera, Irccs etc...)

Gli Enti che hanno più progetti finanziati sono l'ISS, La Regione Marche e la Regione Friuli Venezia Giulia con 3 progetti, seguono Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Puglia, Sardegna, Sicilia Toscana, Veneto ed Inail con 2 progetti. I rimanenti Enti hanno 1 solo progetto finanziabile.

Tabella 3

<b>STRATIFICAZIONE PROGETTI PER ID</b>				
<b>TITOLO PROGETTO</b>	<b>ENTE PROPONENTE</b>	<b>ID</b>	<b>EURO</b>	<b>VAL</b>
Applicazione di uno strumento di business intelligence alle banche dati sanitarie, per l'individuazione di interventi prioritari al fine di migliorare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali nelle principali patologie croniche	CAMPANIA	1	366.000	47,4
Valutazione di impatto sulla salute (VIS): Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti	EMILIA ROMAGNA	1	300.000	50,1
Il progetto di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) per la popolazione Italiana in età adolescenziale: fattori di rischio e risorse utili alla salute per informare le politiche regionali	PIEMONTE	1	158.400	58,0
Nuovi articoli e nuovi rischi per la salute: la sigaretta elettronica	ISS	2	415.000	47,6
Proposta di un progetto per l'empowerment degli operatori sanitari e della cittadinanza attraverso un programma di orientamento dei servizi sanitari verso la promozione della salute e la prevenzione.	SARDEGNA	2	185.000	48,4
Programma organizzato di screening dal rischio cardiovascolare finalizzato alla prevenzione attiva nei soggetti cinquantenni.	VENETO	2	500.000	55,0
Studi di biomonitoraggio e tossicità degli inquinanti presenti nel territorio di Taranto	ISS	3	450.000	49,3
Valutazione, comunicazione e gestione del rischio cancerogeno da esposizione a benzene e nanoparticole in aree urbane interessate da impianti di raffinazione del petrolio e in aree ad elevata urbanizzazione.	SARDEGNA	3	318.000	51,1
Aspetti peculiari del lavoro in agricoltura e ricadute sul processo di prevenzione e protezione: scenari di esposizione a prodotti fitosanitari nelle lavorazioni in serra e percezione del rischio per la salute e sicurezza in lavoratori agricoli stranieri	INAIL	5	420.000	48,0
Sicurezza e Salute dei lavoratori stranieri del comparto edile.	INMP	5	279.693	46,1
Piano di monitoraggio e di intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro correlato	INAIL	6	480.000	48,0
Valutazione dell'efficacia a lungo termine del vaccino obbligatorio contro l'epatite B in soggetti donatori di sangue e studenti universitari nati tra il 1985 e il 1990	BASILICATA	7	298.000	46,8
Elaborazione di strategie e di interventi di comunicazione sanitaria multi-obiettivo sulle malattie infettive prevenibili e sulle vaccinazioni come mezzo per aumentare le coperture vaccinali nella popolazione	PUGLIA	7	400.000	45,8
Sperimentazione di applicazione di protocolli per il miglioramento delle coperture vaccinali nei soggetti con patologie croniche	PUGLIA	7	360.000	47,9

STRATIFICAZIONE PROGETTI PER ID				
TITOLO PROGETTO	ENTE PROPONENTE	ID	EURO	VAL
Messa a punto di una procedura basata sulla prevenzione degli errori in fase pre analitica, analitica e post analitica nel processo relativo all'implementazione di programmi di screening basati sul test HPV primario	TOSCANA	7	165.000	55,1
Infezione e colonizzazione da patogeni multi-resistenti nell'anziano in residenze sanitarie assistenziali	ISS	8	367.400	54,1
Herpes Zoster: valutazione dell'impatto socio-sanitario e implementazione di un programma di vaccinazione nella popolazione adulta in Italia	LIGURIA	8	300.000	51,0
Sorveglianza delle zoonosi e delle malattie da vettori: razionalizzazione dell'approccio diagnostico di laboratorio e dei flussi informativi per la pianificazione degli interventi in campo medico e veterinario	MARCHE	8	220.000	55,6
Valutazione dei determinanti di ritardo nell'accesso ai servizi sanitari nella diagnosi e nel trattamento della tubercolosi polmonare PTB in popolazioni vulnerabili – Valutazione dell'impatto sull'epidemiologia locale e sulla prevalenza di resistenza (...)	SICILIA	8	385.000	55,3
La medicina predittiva nella valutazione del rischio di perdita di autonomia	LOMBARDIA	9	403.000	47,6
Sviluppo di un modello gestionale che riguardi l'integrazione tra AO e territorio per la gestione della persona con cronicità in particolare da insufficienza di organo	MARCHE	10	300.000	43,9
Modello di Screening Pediatrico dell'Ipercolesterolemia Familiare per la prevenzione della malattia cardio-vascolare precoce. Progetto SPIF (Screening Pediatrico Ipercolesterolemia Familiare)	LAZIO	11	456.000	55,1
Interventi integrati per favorire il riconoscimento e il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni) in gruppi di popolazione a rischio	LOMBARDIA	12	450.000,	50,3
Prevenzione dei disturbi comunicativi nei bambini con deficit uditivo attraverso l'istituzione di un solido sistema regionale di identificazione, intervento e presa in carico precoce	FRIULI VENEZIA GIULIA	13	338.200	51,9
Identificazione precoce di bambini con disturbi del linguaggio e della comunicazione a rischio di sviluppare difficoltà di apprendimento della lingua scritta.	TOSCANA	13	391.500	47,6
Programma di sorveglianza sulla trasferibilità e sull'applicabilità di modelli integrati di valutazione e gestione dei pazienti oncologici complessi	ABRUZZO	14	276.000	49,3
Intervento psicologico precoce per la gestione del distress durante la fase acuta dell'esperienza di malattia oncologica	FRIULI VENEZIA GIULIA	14	230.000	48,5
Polifarmacia: analisi del fenomeno e valutazione e sviluppo di un modello gestionale per ridurre l'impatto sulla prognosi in pazienti oncologici candidati a chemioterapia	FRIULI VENEZIA GIULIA	14	230.000	53,7

<b>STRATIFICAZIONE PROGETTI PER ID</b>				
<b>TITOLO PROGETTO</b>	<b>ENTE PROPONENTE</b>	<b>ID</b>	<b>EURO</b>	<b>VAL</b>
Centri diurni Alzheimer: approccio di rete, appropriatezza organizzativa e qualità dei servizi	SICILIA	15	280.000	52,7
Implementazione di un modello organizzativo integrato per la gestione del paziente con demenza: dalla prevenzione alla cura con presa in carico.	VENETO	15	295.100.	46,2
La presa in carico del paziente affetto da patologie complesse negli Istituti penitenziari: profili epidemiologici e contesto ambientale	EMILIA ROMAGNA	18	469.000	59,0
La telemedicina in aiuto del bambino e della sua famiglia: progetto pilota multicentrico di telemonitoraggio domiciliare nelle gravi patologie neuromuscolari con ventilazione assistita.	LIGURIA	18	350.000	57,7
Emergenza e Continuità dell'assistenza: implementazione di un modello organizzativo integrato ospedale - territorio per la presa in carico dei pazienti anziani complessi	MARCHE	18	220.000	46,6

Tabella 4

AREA	AMBITO	LINEA PROGETTUALE		ID	LI presentate	LI congrue	progetti esecutivi
SOSTEGNO ALLE REGIONI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PNP E DI GUADAGNARE SALUTE	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA INNOVATIVA	Azioni di sistema	Applicazione di metodi e strumenti di valutazione di impatto e rispondenza a criteri e parametri di appropriatezza ai fini dell'individuazione delle priorità di intervento	1	51	14	3
	PREVENZIONE UNIVERSALE	Stili di vita	La salute in tutte le politiche: Interventi intersettoriali per un approccio globale a fattori di rischio e ai determinanti di salute modificabili	2	55	5	3
		Ambienti di vita	Rischio sanitario in aree a forte pressione ambientale	3	19	3	2
			Comunicazione sui possibili rischi dei campi elettromagnetici e sensibilizzazione all'uso responsabile dei telefoni cellulari, soprattutto in relazione all'uso da parte dei bambini	4	2	0	0
		Ambienti di lavoro	Prevenzione infortuni e delle malattie professionali in edilizia ed agricoltura con particolare riferimento alle fasce deboli	5	11	3	2
			Modelli di intervento per la valutazione e la gestione dello stress lavoro-correlato	6	7	1	1
		Malattie infettive	Interventi per aumentare il tasso di copertura vaccinale nella popolazione e valutazione delle campagne vaccinali	7	8	4	4
			Modelli di intervento per la prevenzione, l'identificazione precoce e il controllo delle infezioni emergenti e riemergenti	8	27	5	4

AREA	AMBITO	LINEA PROGETTUALE		ID	LI presentate	LI congrue	progetti esecutivi
	MEDICINA PREDITTIVA	Supporto all'implementazione e trasferimento di programmi di medicina predittiva di provata efficacia	Applicazione di markers biologici riconosciuti utili all'assistenza sanitaria	9	18	1	1
	PREVENZIONE POPOLAZIONE A RISCHIO	Gruppi di popolazione deboli compresa la popolazione immigrata	Modelli di percorsi assistenziali per le insufficienze d'organo con particolare riferimento al paziente anziano	10	5	2	0
			Modelli di percorso di diagnosi precoce delle malattie rene-cardio-respiratorie	11	7	1	1
			Programma dedicato alla diagnosi e all'intervento precoce nelle psicosi	12	10	1	1
			Diagnosi precoce dei disturbi della comunicazione	13	5	2	2
			Modelli di gestione del paziente con patologia oncologica	14	16	3	3
	PREVENZIONE delle COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA	La gestione del paziente complesso	Approfondimento conoscitivo e ricognizione dei modelli organizzativi per la gestione del paziente con demenza e diffusione/promozione delle buone pratiche operative	15	10	3	2
	SOSTEGNO A PROGETTI STRATEGICI DI INTERESSE NAZIONALE	Azioni di sistema	Strategie innovative per l'implementazione della donazione del sangue, cellule, tessuti ed organi e del trapianto di organi	16	6	0	0
			Modelli di intervento per le emergenze in sanità pubblica	17	2	0	0
			Nuovi modelli organizzativi per la gestione dell'assistenza primaria e specialistica del paziente complesso	18	26	4	3
numero lettera intenti non inserito e/o ambiguo					7	0	0
<b>TOTALE</b>					<b>292</b>	<b>52</b>	<b>33</b>

Tabella5

NUMERO LINEA PROGETTUALE	NUMERO PROGETTI	EURO
1	3	824.400
2	3	1.100.000
3	2	768.000
4	0	0
5	2	699.693
6	1	480.000
7	4	1.223.000
8	4	1.272.400
9	1	403.000
10	1	255.707
11	1	456.000
12	1	450.000
13	2	729.700
14	3	736.000
15	2	575.100
16	0	0
17	0	0
18	3	1.039.000
<b>TOT</b>	<b>33</b>	<b>11.012.000</b>

Grafico 1

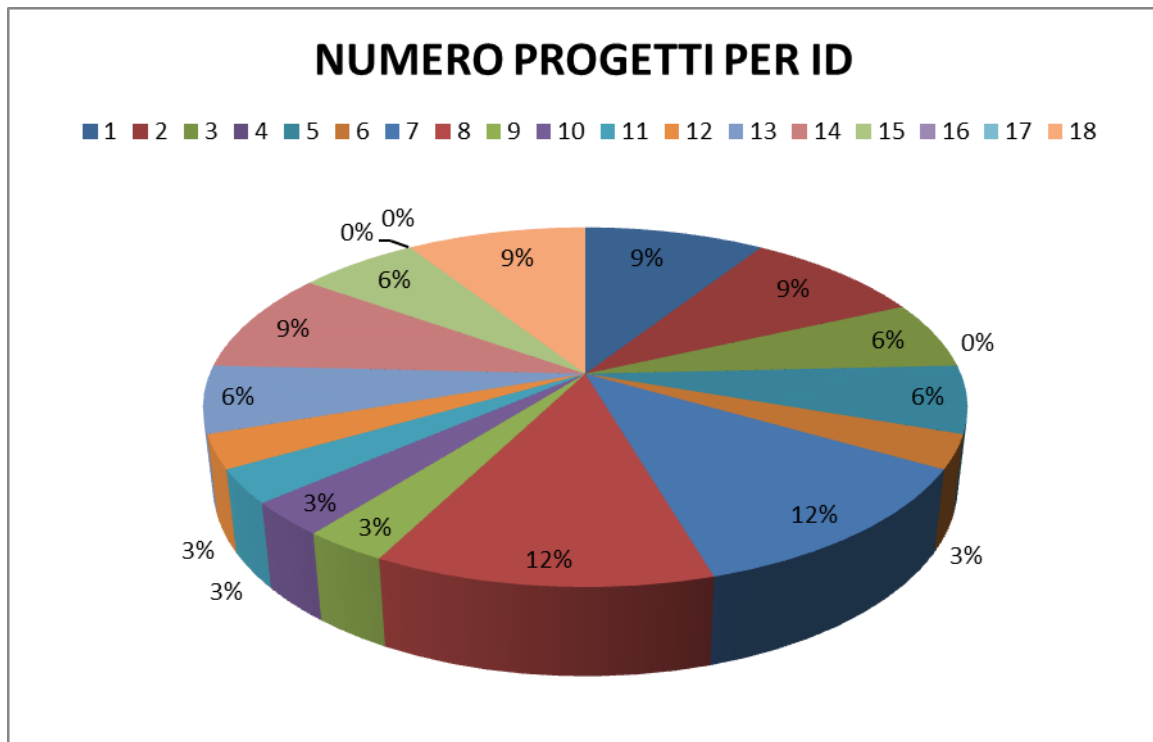




Tabella 6

<b>STRATIFICAZIONE PER ENTE</b>				
<b>TITOLO PROGETTO</b>	<b>ENTE PROPONENTE</b>	<b>ID</b>	<b>EURO</b>	<b>VAL</b>
Programma di sorveglianza sulla trasferibilità e sull'applicabilità di modelli integrati di valutazione e gestione dei pazienti oncologici complessi	ABRUZZO	14	276.000	49,3
Valutazione dell'efficacia a lungo termine del vaccino obbligatorio contro l'epatite B in soggetti donatori di sangue e studenti universitari nati tra il 1985 e il 1990	BASILICATA	7	298.000	46,8
applicazione di uno strumento di business intelligence alle banche dati sanitarie, per l'individuazione di interventi prioritari al fine di migliorare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali nelle principali patologie croniche	CAMPANIA	1	366.000	47,4
Valutazione di impatto sulla salute (VIS): Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti	EMILIA ROMAGNA	1	300.000	50,1
La presa in carico del paziente affetto da patologie complesse negli Istituti penitenziari: profili epidemiologici e contesto ambientale	EMILIA ROMAGNA	18	469.000	59,0
Intervento psicologico precoce per la gestione del distress durante la fase acuta dell'esperienza di malattia oncologica	FRIULI VENEZIA GIULIA	14	230.000	48,5
Prevenzione dei disturbi comunicativi nei bambini con deficit uditivo attraverso l'istituzione di un solido sistema regionale di identificazione, intervento e presa in carico precoce	FRIULI VENEZIA GIULIA	13	338.200	51,9
Polifarmacia: analisi del fenomeno e valutazione e sviluppo di un modello gestionale per ridurre l'impatto sulla prognosi in pazienti oncologici candidati a chemioterapia	FRIULI VENEZIA GIULIA	14	230.000	53,7
Modello di Screening Pediatrico dell'Ipercolesterolemia Familiare per la prevenzione della malattia cardiovascolare precoce. Progetto SPIF (Screening Pediatrico Ipercolesterolemia Familiare)	LAZIO	11	456.000	55,1
Herpes Zoster: valutazione dell'impatto socio-sanitario e implementazione di un programma di vaccinazione nella popolazione adulta in Italia	LIGURIA	8	300.000	51,0
La telemedicina in aiuto del bambino e della sua famiglia: progetto pilota multicentrico di telemonitoraggio domiciliare nelle gravi patologie neuromuscolari con ventilazione assistita.	LIGURIA	18	350.000	57,7
La medicina predittiva nella valutazione del rischio di perdita di autonomia	LOMBARDIA	9	403.000	47,6
Interventi integrati per favorire il riconoscimento e il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni) in gruppi di popolazione a rischio	LOMBARDIA	12	450.000	50,3
Emergenza e Continuità dell'assistenza: implementazione di un modello organizzativo integrato ospedale - territorio per la presa in carico dei pazienti anziani complessi	MARCHE	18	220.000	46,6

<b>STRATIFICAZIONE PER ENTE</b>				
<b>TITOLO PROGETTO</b>	<b>ENTE PROPONENTE</b>	<b>ID</b>	<b>EURO</b>	<b>VAL</b>
Sorveglianza delle zoonosi e delle malattie da vettori: razionalizzazione dell'approccio diagnostico di laboratorio e dei flussi informativi per la pianificazione degli interventi in campo medico e veterinario	MARCHE	8	220.000	55,6
Il progetto di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) per la popolazione Italiana in età adolescenziale: fattori di rischio e risorse utili alla salute per informare le politiche regionali	PIEMONTE	1	158.400	58,0
Elaborazione di strategie e di interventi di comunicazione sanitaria multi-obiettivo sulle malattie infettive prevenibili e sulle vaccinazioni come mezzo per aumentare le coperture vaccinali nella popolazione	PUGLIA	7	400.000	45,8
Sperimentazione di applicazione di protocolli per il miglioramento delle coperture vaccinali nei soggetti con patologie croniche	PUGLIA	7	360.000	47,9
Proposta di un progetto per l'empowerment degli operatori sanitari e della cittadinanza attraverso un programma di orientamento dei servizi sanitari verso la promozione della salute e la prevenzione.	SARDEGNA	2	185.000	48,4
Valutazione, comunicazione e gestione del rischio cancerogeno da esposizione a benzene e nanoparticole in aree urbane interessate da impianti di raffinazione del petrolio e in aree ad elevata urbanizzazione.	SARDEGNA	3	318.000	51,1
Centri diurni Alzheimer: approccio di rete, appropriatezza organizzativa e qualità dei servizi	SICILIA	15	280.000	52,7
Valutazione dei determinanti di ritardo nell'accesso ai servizi sanitari nella diagnosi e nel trattamento della tubercolosi polmonare PTB in popolazioni vulnerabili – Valutazione dell'impatto sull'epidemiologia locale e sulla prevalenza di resistenza (...)	SICILIA	8	385.000	55,3
Identificazione precoce di bambini con disturbi del linguaggio e della comunicazione a rischio di sviluppare difficoltà di apprendimento della lingua scritta.	TOSCANA	13	391.500	47,6
Messa a punto di una procedura basata sulla prevenzione degli errori in fase pre analitica, analitica e post analitica nel processo relativo all'implementazione di programmi di screening basati sul test HPV primario	TOSCANA	7	165.000	55,1
Implementazione di un modello organizzativo integrato per la gestione del paziente con demenza: dalla prevenzione alla cura con presa in carico.	VENETO	15	295.100	46,2
Programma organizzato di screening dal rischio cardiovascolare finalizzato alla prevenzione attiva nei soggetti cinquantenni.	VENETO	2	500.000	55,0
Piano di monitoraggio e di intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro correlato	INAIL	6	480.000	48,0

<b>STRATIFICAZIONE PER ENTE</b>				
<b>TITOLO PROGETTO</b>	<b>ENTE PROPONENTE</b>	<b>ID</b>	<b>EURO</b>	<b>VAL</b>
Aspetti peculiari del lavoro in agricoltura e ricadute sul processo di prevenzione e protezione: scenari di esposizione a prodotti fitosanitari nelle lavorazioni in serra e percezione del rischio per la salute e sicurezza in lavoratori agricoli stranieri	INAIL	5	420.000	48,0
Sicurezza e Salute dei lavori stranieri del comparto edile.	INMP	5	279.693	46,1
Nuovi articoli e nuovi rischi per la salute: la sigaretta elettronica	ISS	2	415.000	47,6
Studi di biomonitoraggio e tossicità degli inquinanti presenti nel territorio di Taranto	ISS	3	450.000	49,3
Infezione e colonizzazione da patogeni multi-resistenti nell'anziano in residenze sanitarie assistenziali	ISS	8	367.400	54,1

ENTE PARTNER	LETTERE INTENTI PERVENUTE		LETTERE INTENTI CONGRUE		PROGETTI ESECUTIVI	
	NUM	EURO	NUM	EURO	NUM	EURO
ABRUZZO	9	3.348.500	1	276.000	1	276.000
BASILICATA	12	5.126.100	2	639.500	1	298.000
CALABRIA	14	4.738.500	1	335.000	0	0
CAMPANIA	15	6.000.000	2	566.000	1	366.000
EMILIA ROMAGNA	15	6.133.000	3	1.167.000	2	769.000
FRIULI VENEZIA GIULIA	15	5.231.000	4	1.090.200	3	798.200
LAZIO	15	5.744.020	2	636.000	1	456.000
LIGURIA	15	5.917.000	2	650.000	2	650.000
LOMBARDIA	15	6.475.000	4	411.375	2	853.000
MARCHE	14	4.765.000	3	740.000	3	695.707
MOLISE	9	3.298.704	1	335.830	0	0
PIEMONTE	15	5.515.250	3	796.750	1	158.400
PUGLIA	15	5.998.000	3	1.159.000	2	760.000
SARDEGNA	13	3.945.000	2	503.000	2	503.000
SICILIA	15	5.446.050	3	895.000	2	665.000
TOSCANA	15	5.912.000	2	556.500	2	556.500
UMBRIA	9	4.000.000	1	431.000	0	0
VALLE D'AOSTA	1	250.000	0	0	0	0
VENETO	15	5.901.500	3	1.005.100	2	795.100
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	0	0	0	0	0	0
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	1	400.000	0	0	0	0
AGENAS	10	4.345.000	3	1.090.000	0	0
INAIL	15	5.409.300	2	900.000	2	900.000
INMP	5	1.800.000	1	279.693	1	279.693
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' TOT	15	6.133.800	4	1.661.200	3	1.232.400
	<b>292</b>	<b>111.832.724</b>	<b>52</b>	<b>16.124.148</b>	<b>33</b>	<b>11.012.000</b>

Tabella 7

Grafico 2

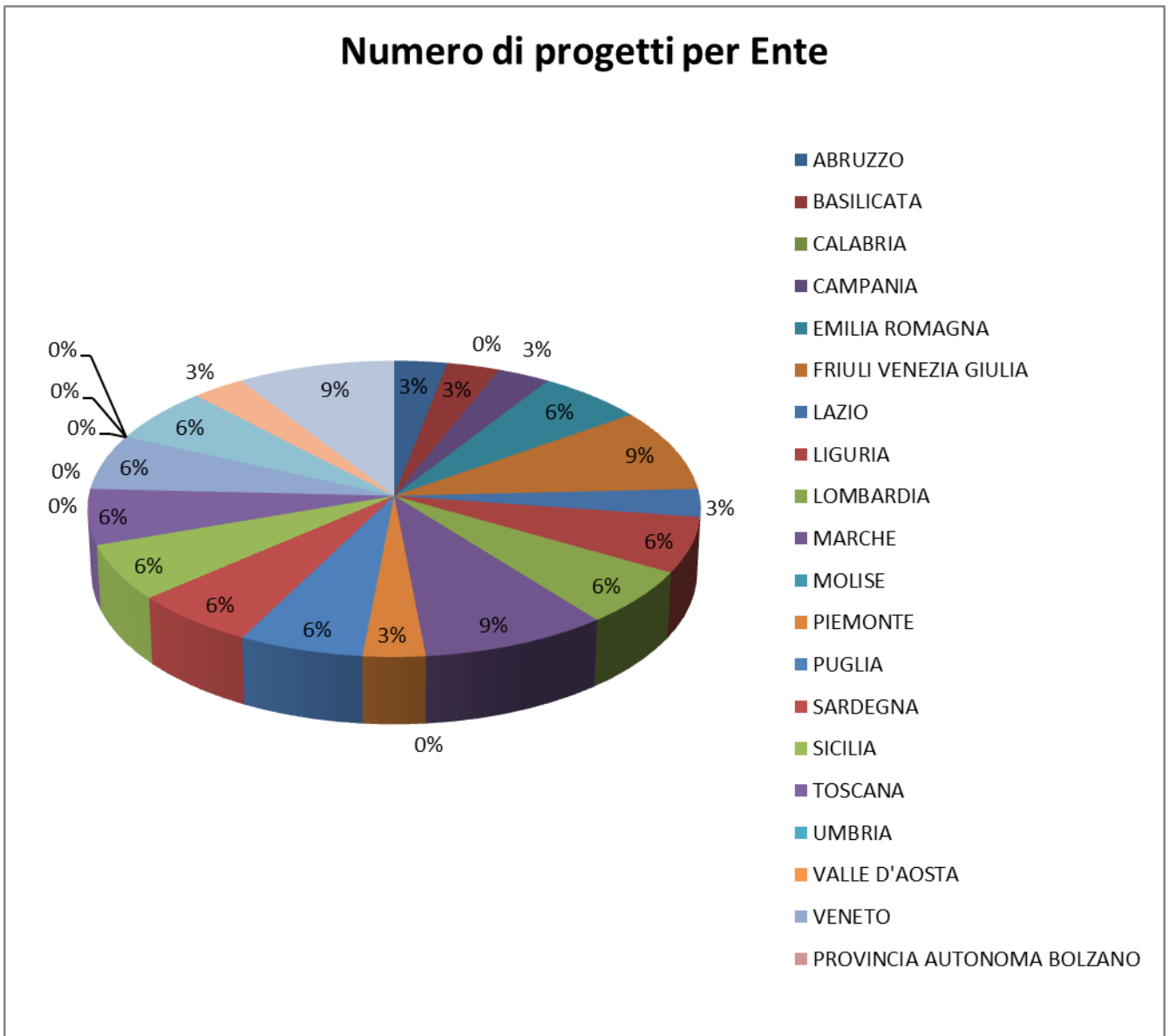


Tabella 8

	<b>NUMERO PROGETTI ESECUTIVI in qualità di Ente proponente</b>	<b>NUMERO PROGETTI ESECUTIVI in qualità di unità operativa</b>
<b>ABRUZZO</b>	1	4
<b>BASILICATA</b>	1	3
<b>CALABRIA</b>	0	7
<b>CAMPANIA</b>	1	5
<b>EMILIA ROMAGNA</b>	2	9
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	3	6
<b>LAZIO</b>	1	12
<b>LIGURIA</b>	2	7
<b>LOMBARDIA</b>	2	15
<b>MARCHE</b>	3	5
<b>MOLISE</b>	0	1
<b>PIEMONTE</b>	1	7
<b>PUGLIA</b>	2	10
<b>SARDEGNA</b>	2	4
<b>SICILIA</b>	2	9
<b>TOSCANA</b>	2	11
<b>UMBRIA</b>	0	6
<b>VALLE D'AOSTA</b>	0	2
<b>VENETO</b>	2	9
<b>PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO</b>	0	5
<b>PROVINCIA AUTONOMA TRENTO</b>	0	2
<b>AGENAS</b>	0	0
<b>INAIL</b>	2	1
<b>INMP</b>	1	0
<b>ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'</b>	3	5

## Azioni centrali

Come riportato nella parte introduttiva 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 :

- 1) funzionamento: Si tratta di spese destinate allo svolgimento delle riunioni dei Comitati, spese di cancelleria, acquisto di apparecchiature informatiche, acquisto di libri e riviste etc...
- 2) personale: Si tratta di spese destinate al rimborso del personale comandato, funzionale all'attività del CCM e di spese destinate ai corsi di formazione per il personale interno.
- 3) attività: Si tratta di spese effettuate per 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 e di spese volte a formalizzare accordi di collaborazione per il supporto alle attività di sorveglianze routinaria, alle collaborazioni internazionali, a supporto delle azioni centrali del PNP, al sostegno a progetti speciali, e alla gestione del portale acque. Inoltre in tale ambito è stata finanziata la campagna informativa per il vaccino antiinfluenzale e il Sistema nazionale di prevenzione ed allerta per ondate di calore ed infine sono stati avviati specifici protocolli di intesa con la Direzione generale del sistema informativo per la realizzazione di tre sistemi informativi (Banca Dati dei Medici Competenti prevista dagli art.25 e 38 D.l.gs n° 81 del 9 aprile 2008, Sistema di supporto alla gestione delle iniziative annuali promosse dal programma del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie e Sistema informatizzato MOGM) e l'implementazione del portale acque e del Sistema di Datawarehouse degli Screening Oncologici attraverso l'avvio della realizzazione di indicatori di business utili al monitoraggio degli screening in Italia

Nello specifico nell'ambito del programma 2013 sono stati avviati nell'ambito delle **sorveglianze routinarie** i seguenti progetti:

- *Sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti e acqua (EnterNet): adeguamento del sistema italiano al quadro normativo europeo.*  
OBIETTIVO GENERALE: Rendere più efficace la sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti in Italia (EnterNet) mediante l'applicazione di criteri e metodi richiesti dalla normativa europea. Partner : ISS Euro: 165.000
- *Sorveglianza di laboratorio di infezioni batteriche sottoposte a sorveglianza europea e da agenti di bioterrorismo.*  
OBIETTIVO GENERALE: Rafforzare la sorveglianza di laboratorio di legionellosi, pertosse, difterite, infezioni da agenti atipici e di bioterrorismo. Partner : ISS Euro: 265.000
- *Sorveglianza di laboratorio della farmaco resistenza di Neisseria gonorrhoeae come malattia emergente: implementazione della rete di laboratori sul territorio nazionale e caratterizzazione microbiologica dei ceppi farmaco resistenti come richiesto da sorveglianza europea*  
OBIETTIVO GENERALE: Sviluppare e implementare la sorveglianza di laboratorio per i ceppi di N. gonorrhoeae antibiotico-resistenti. In particolare, si propone di valutare: a) la disseminazione dei ceppi di gonococco antibiotico resistenti; b) la disseminazione dei ceppi di gonococco antibiotico resistenti in soggetti vulnerabili; c) la presenza di cloni emergenti; d) la determinazione di caratteristiche demografiche e/o cliniche che rendano più suscettibili

alla malattia. Creare un supporto qualificato attraverso l'aggiornamento continuo, e la realizzazione e diffusione di protocolli opportunamente validati e condivisi.

Partner : ISS Euro: 90.000

- *Mantenimento di strumenti epidemiologici per la SORveglianza INTEGRATA dell'inFLUENZA in Italia (SORV-INT-FLU)*  
OBIETTIVO GENERALE: Stima dell'impatto dell'influenza sulla popolazione italiana utilizzando fonti di dati alternative. Partner : ISS Euro:52.030
- *Sorveglianza delle malattie invasive da Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae ed Haemophilus influenzae*  
OBIETTIVO GENERALE: prosecuzione e miglioramento della sorveglianza delle malattie invasive da N. meningitidis, S. pneumoniae e H. influenzae in Italia per un più efficace monitoraggio del loro andamento temporale e geografico ottenendo dati nazionali rappresentativi da inviare annualmente alla Sorveglianza Europea coordinata dall'ECDC di Stoccolma. Partner : ISS Euro:199.910
- *Sorveglianza di laboratorio di malattie virali prevenibili da vaccinazioni e rinforzo del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc)*  
OBIETTIVO GENERALE: Migliorare la sorveglianza di laboratorio di malattie virali quali il morbillo e la rosolia nell'ambito del PNEMoRc 2010-2015. Partner : ISS Euro:80.000
- *Sorveglianza della Malattia di Creutzfeldt-Jakob*  
OBIETTIVO GENERALE: Monitoraggio dell'incidenza e sorveglianza epidemiologica della MCJ e delle sindromi correlate in Italia come richiesto dalla legge italiana e europea, con particolare attenzione ai fattori di rischio noti o a nuovi fattori di rischio. Partner : ISS Euro:100.000
- *Supporto delle attività di sorveglianza epidemiologica speciale delle malattie prevenibili da vaccino e monitoraggio dell'incidenza e delle coperture vaccinali di alcune malattie infettive di particolare rilevanza.*  
OBIETTIVO GENERALE: Migliorare e sostenere la sorveglianza epidemiologica di Chikungunya e Dengue, WNND, legionellosi, antibiotico-resistenza, morbillo, rosolia in gravidanza e rosolia congenita e le attività ad essa correlate. Rilevare periodicamente le coperture vaccinali per il vaccino antinfluenzale e per il vaccino anti HPV . Partner : ISS Euro:220.936.
- *Supporto al coordinamento delle sorveglianze su stili vita e determinanti di malattie croniche in diverse età*  
OBIETTIVO GENERALE: Rinforzare la funzione di supporto al sistema sanitario di contrasto alle MCNT e di monitoraggio degli effetti della prevenzione mirata ai maggiori fattori di rischio comportamentali promuovendo sinergie nell'ambito del coordinamento dei diversi sistemi di sorveglianza e nell'integrazione dei risultati prodotti. Partner ISS Euro:430.100
- *Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù*  
OBIETTIVO GENERALE: Sperimentare e valutare la fattibilità e la sostenibilità di un sistema di sorveglianza, da realizzarsi presso i CV, relativo ai principali determinanti di salute dall'epoca del concepimento al secondo anno di vita. Partner ISS Euro:425.700

Nell'ambito delle **cooperazioni internazionali** sono stati avviati i seguenti progetti:

- *Accordo di Donazione annuale per la partecipazione alla Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) istituita nell'ambito dell'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS). Partner OMS Euro: 21.923*
- *Partecipazione alla Joint Action Alcool. ITA-RARHA. Attività nazionali di supporto al Progetto Europeo RARHA "Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm"*



OBIETTIVO GENERALE: Favorire a livello nazionale l'attuazione del Piano d'Azione Europeo 2012-2020 volto a ridurre il consumo dannoso di alcol e a produrre strumenti per la pianificazione di politiche ed azioni sull'alcol. Partner ISS Euro:70.000

- Partecipazione alla Joint Action reti oncologiche. *Definire strumenti a supporto della implementazione delle reti oncologiche*

OBIETTIVO GENERALE: Definire strumenti a supporto della implementazione delle reti oncologiche, a partire dalle caratteristiche essenziali della rete. Partner Regione Toscana Euro:146.000

- *Prevenzione e controllo della TBC.*

OBIETTIVO GENERALE. Estensione del progetto di diagnosi precoce della TB in donne in gravidanza a Ouagadougou, Burkina Faso, estensione del progetto di diagnosi precoce della TB in donne in gravidanza e nei bambini nella zone South West Shoa Zone, regione dell'Oromia Etiopia e preparazione delle linee guida per la gestione dell'infezione tubercolare. Partner: OMS Euro 200.000

- *Migrazione e salute. La competenza interculturale nei servizi. Programma di formazione formatori per operatori sanitari in Sicilia*

OBIETTIVO GENERALE Aumentare il livello di sensibilità culturale dei servizi sanitari in Sicilia al fine di diminuire la discriminazione all'accesso alla salute per la popolazione migrante Partner Organizzazione internazionale migrazioni (OIM) Euro:40.000

Nell'ambito del sostegno alle **azioni centrali del PNP** sono stati avviati i seguenti progetti:

- *Selezionare, produrre e rendere disponibili prove di efficacia di interventi di prevenzione, al fine di sostenere la programmazione nazionale e regionale*

OBIETTIVO GENERALE: Selezionare, sintetizzare e rendere disponibili prove di efficacia di interventi di prevenzione, sotto forma di revisioni di letteratura, linee guida, elenchi di pratiche efficaci (selezionate dalla letteratura o dalla pratica delle Regioni), dossier di inefficacia, al fine di sostenere la programmazione nazionale e regionale. Partner AGENAS Euro:60.000

- *Survey delle Attività di Prevenzione Oncologica funzionale agli obiettivi della programmazione Regionale*

OBIETTIVO GENERALE: Condurre delle survey su aspetti specifici della Prevenzione Oncologica attraverso i programmi di screening al fine di valutare gli aspetti di equità (partecipazione della popolazione migrante rispetto alla popolazione nativa), innovazione tecnologica (benchmarking dei programmi basati su HPV come test primario e valutazione percentuali donne vaccinate invitate allo screening), e monitoraggio continuo della qualità (valutazione dei determinanti delle performances dei colonscopisti). Partner: Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) Euro:100.000

- *Supporto del CNESPS (ISS) al Piano Nazionale e ai Piani Regionali di Prevenzione 2014-2018*

OBIETTIVO GENERALE: Facilitare l'elaborazione del PNPQ e dei PRPQ e il coordinamento fra i diversi livelli di pianificazione per il personale dedicato al fine di migliorare la qualità delle proposte progettuali e l'efficacia complessiva della prevenzione nel Paese. Partner ISS Euro:110.000

- *Definizione di obiettivi specifici per il Piano nazionale di Prevenzione e Promozione della Salute in relazione agli obiettivi OMS ed europei sulle malattie non trasmissibili*

OBIETTIVO GENERALE: L'obiettivo generale del progetto è quello di supportare il Ministero per la Salute nella definizione di obiettivi specifici, coerenti con le indicazioni dell'OMS e compatibili con le possibili azioni da realizzare, da inserire all'interno del Piano Nazionale di Prevenzione e Promozione della Salute. Tali valori potranno diventare elementi di riferimento per le regioni e, a cascata, per i territori e potranno permettere una valutazione

di esito del PNP non limitandosi a monitorare il processo di attuazione del piano. Ente: Università Ca Foscari Venezia Euro:30.000

Nell'ambito del sostegno a **progetti speciali** sono stati avviati i seguenti progetti:

- *Salute Pubblica ed Emergenza IMMigrazione (SPEIM) Analisi di contesto ed istituzione/rafforzamento di flussi informativi nei centri di immigrazione della regione Sicilia, finalizzati alla identificazione precoce e al controllo delle malattie infettive.*  
OBIETTIVO GENERALE: Migliorare e sostenere la sorveglianza epidemiologica per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive nei centri di immigrazione della regione Sicilia Partner : ISS Euro 99.990
- *Prodotti del tabacco: gestione e monitoraggio dei dati sugli ingredienti dei prodotti a base di tabacco*  
OBIETTIVO GENERALE: Gestione di una banca dati degli ingredienti dei prodotti del tabacco suddivisa in base alla marca e alla tipologia di prodotto che raccoglie informazioni fruibili dal pubblico per essere informato di quali sostanze chimiche e sulla loro quantità presente in questi prodotti nonché informazioni di maggior dettaglio fruibili da parte delle autorità competenti nel rispetto della riservatezza del segreto industriale. Proporre ai partner europei un'applicazione web per l'attivazione e la realizzazione delle banche dati dei prodotti a base di tabacco nei singoli stati membri. Partner ISS Euro:100.000
- *Monitoraggio degli effetti della legge 3/2003 e del Decreto Legge 104/2013 Divieto di Fumo per la tutela della salute nelle scuole*  
OBIETTIVO GENERALE: Sviluppare ed applicare uno strumento di Monitoraggio degli effetti della legge 3/2003 e del Decreto Legge 104/2013 di tutela della salute dei giovani in ambito scolastico Partner ISS Euro:62.000
- *Near miss ostetrici in Italia: l'emorragia grave del post partum.*  
OBIETTIVO GENERALE: Rilevare e analizzare i casi incidenti di "near miss" da emorragia grave del post-partum e/o da rottura d'utero e/o da placenta accreta/percreta e/o con isterectomia del post-partum nei presidi sanitari delle Regioni coinvolte nel progetto. Partner ISS Euro:81.400
- *Survey dei servizi socio-sanitari dedicati alle demenze e costruzione di un portale specifico denominato "Osservatorio sulle demenze"*  
OBIETTIVO GENERALE: Conduzione di una survey dei servizi socio-sanitari dedicati alle demenze e costruzione di un portale specifico denominato "Osservatorio sulle demenze"  
Partner ISS Euro:65.000

## ALLEGATO 1

### PROGETTI ESECUTIVI ORDINATI PER ENTE

#### **Programma di sorveglianza sulla trasferibilità e sull'applicabilità di modelli integrati di valutazione e gestione dei pazienti oncologici complessi**

La gestione del paziente oncologico complesso, ancor più di quello in fase avanzata di malattia, risulta problematica avendo questi pazienti una condizione clinica di base molto critica, con un equilibrio precario e facilmente alterabile (non sempre in termini di beneficio) da interventi terapeutici che possono anche configurarsi come fattori di rischio e determinare, se non sufficientemente monitorati e controllati, un peggioramento della condizione clinica di base. Quindi, se da un lato è fortemente sostenuta l'opportunità di accelerare ed ottimizzare i tempi di trasferimento e di verifica applicativa delle indicazioni emergenti dai tanti studi disponibili, dall'altro sta diventando sempre più evidente la necessità di un monitoraggio dei pazienti screenati e/o trattati con le nuove strategie terapeutiche. Il progetto si prefigge pertanto di trasferire alla pratica assistenziale oncologica delle Regioni coinvolte nel progetto le strategie di sorveglianza epidemiologica e di valutazione degli esiti già sperimentate e validate nel Progetto ProMoFIA (Progetto di Monitoraggio dei Farmaci Innovativi in Abruzzo) realizzato - a partire dal 2009 in integrazione con il programma di monitoraggio intensivo AIFA - ai fini del controllo prescrittivo e di appropriatezza e per garantire ai pazienti una terapia efficiente ed *evidence-based*.

Ente Partner: Regione Abruzzo

Euro: 276.000

#### **Valutazione dell'efficacia a lungo termine del vaccino obbligatorio contro l'epatite B in soggetti donatori di sangue e studenti universitari nati tra il 1985 ed il 1990**

Nei donatori di sangue delle tre Regioni che aderiscono al progetto, ed in particolare in Campania, l'HBV rappresenta il marcatore di gran lunga più presente tra i donatori di sangue alla prima donazione non differita, e la prevalenza e l'incidenza di tale marcatore sono maggiori della media nazionale, conseguentemente numerose donazioni devono essere eliminate. In tutto il mondo ci si interroga sul rapporto costo benefici della vaccinazione universale contro l'Epatite B e pertanto dimostrando l'efficacia a lungo termine della vaccinazione anche riguardo alla selezione del donatore e quindi alla produzione della preziosa risorsa di emocomponenti ragionevolmente sicuri, il progetto ha intenzione di fornire un elemento di valutazione economica aggiuntivo. La vaccinazione universale potrebbe forse essere sostituita da campagne vaccinali mirate verso quelle fasce della popolazione esposte a maggiore rischio, rischio dato ad esempio dalla residenza in aree ad elevata endemia. Anche in questo caso la vaccinazione dei donatori di sangue sarebbe da considerarsi necessaria. Obiettivo del progetto è pertanto quello di dimostrare che la campagna vaccinale è stata efficace e che l'immunizzazione permane anche nei soggetti della coorte prescelta, ed inoltre quello di educare nel contempo i giovani alla prevenzione.

Ente Partner: Regione Basilicata

Euro: 298.000

#### **Applicazione di uno strumento di *business intelligence* alle banche dati sanitarie, per l'individuazione di interventi prioritari al fine di migliorare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali nelle principali patologie croniche.**

Il progressivo aumento della prevalenza delle patologie croniche invalidanti, evidenzia la necessità di adottare nuovi indicatori per una corretta definizione dei fabbisogni della popolazione ed identificazione delle aree prioritarie di intervento che siano in grado di condurre ad un miglioramento dell'appropriatezza dei processi assistenziali erogati. Alcune esperienze distribuite sul territorio nazionale evidenziano l'importanza di creare un sistema informativo integrato in grado

di incrociare dati di natura clinica, sociale e amministrativa, al fine di fornire delle risposte appropriate in relazione alla conoscenza che ne deriva dal “reale” bisogno di salute. Inoltre, ciò consente di conoscere nel dettaglio gli schemi di gestione dei pazienti con patologie croniche, monitorarne l’evoluzione nel tempo, rendendo così disponibili informazioni essenziali per un’azione tempestiva da parte di tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale. L’Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Campania (A.R.San.), avvalendosi del supporto tecnico e metodologico della Clicon- Health Economics & Outcome Research e dei database forniti dalla Medicina Generale, si propone di sviluppare e applicare uno strumento di *business intelligence* basato sull’identificazione e adozione di indicatori in grado di valutare le attuali dinamiche di stratificazione e gestione dei pazienti cronici nonché di identificare le aree di miglioramento dei percorsi di cura erogati.

Ente Partner: Regione Campania

Euro: 450.000

### **Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS): Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti**

Nell’ultimo decennio si è assistito ad una aumentata sensibilità delle comunità locali rispetto alle procedure di Valutazione di Impatto, in particolare sul tema dei rischi ambientali per la salute umana. L’Italia oggi presenta numerose carenze normative e applicative rispetto alle raccomandazioni internazionali e alla completa applicazione delle indicazioni europee sulla VIS. È quindi forte l’esigenza di fornire indirizzi, metodi e strumenti per riqualificare i pareri nelle valutazioni effettuate dagli operatori della sanità pubblica, da un lato, e dall’altro di dare indicazioni ai proponenti per sviluppare adeguatamente la componente salute nell’ambito delle procedure di Valutazione Ambientale Strategica (VAS) e di Valutazione di Impatto Sanitario (VIA). Scopo del progetto è pertanto la predisposizione di Linee Guida per la VIS di riferimento nazionale sia per i valutatori che per i proponenti. I documenti così elaborati, con il supporto metodologico di ISPRA, ISS e IFC-CNR, saranno in linea sia con l’esperienza maturata nelle procedure di VAS e VIA nazionali, sia con le applicazioni di VIS condotte in ambito nazionale ed internazionale, inclusi i recenti sviluppi in termini di Valutazione del Danno Sanitario (VDS) e saranno altresì strumenti di valenza nazionale, con caratteristiche di flessibilità sufficienti a renderli adattabili alle diverse specificità territoriali, e di standardizzazione in grado di garantire omogeneità nella formulazione delle proposte e nella valutazione degli impatti.

Ente Partner: Regione Emilia-Romagna

Euro: 300.000

### **La presa in carico del paziente affetto da patologie complesse negli Istituti Penitenziari, profili epidemiologici e contesto ambientale**

La popolazione carceraria attualmente presente negli istituti penitenziari risulta, almeno nel 60-70% dei casi, portatrice di patologie croniche già in giovane età (età media al di sotto dei 40 aa.). I dati epidemiologici evidenziano inoltre una popolazione svantaggiata rispetto ai determinanti della salute, caratterizzata da una fragilità socio-sanitaria ancora più evidente con il progredire dell’età. L’introduzione di un Patto per la salute nel rapporto tra servizio sanitario ed utente detenuto renderebbe il detenuto destinatario e protagonista consapevole di tutte quelle azioni informative, prescrittive, terapeutiche, attraverso cui migliorare le conoscenze e le capacità di gestione della propria salute, a testimonianza di un’autentica adesione al piano assistenziale proposto. L’esperienza acquisita dai servizi sanitari regionali nella prevenzione secondaria e terziaria e nella cura delle patologie per la popolazione libera può essere progressivamente estesa alla realtà carceraria con il contributo dei servizi sanitari interni agli Istituti Penitenziari. Questi si stanno infatti inserendo nelle reti assistenziali territoriali, mettendo a disposizione la propria peculiare esperienza. Si vuole promuovere tra le Regioni partecipanti la condivisione di strumenti di raccolta ed analisi dei dati sanitari, di rilevazione delle condizioni ambientali e di supporto alla

programmazione degli interventi di presa in carico. Il confronto tra le Regioni permetterà inoltre di valutare in ogni realtà l'adozione di modelli assistenziali appropriati alla situazione penitenziaria e consentirà di promuovere il coinvolgimento della persona detenuta nel progetto clinico-assistenziale individuale. L'obiettivo è quello di migliorare l'assistenza sanitaria a favore delle persone detenute nel rispetto dei vincoli economici e delle condizioni strutturali e organizzative necessarie per ottemperare al mandato della sicurezza sociale.

Ente Partner: Regione Emilia Romagna  
Euro 469.000

### **Intervento psicologico precoce per la gestione del distress durante la fase acuta dell'esperienza di malattia oncologica.**

L'espressione "distress psicologico" è intesa a catturare tutte le forme di disagio conseguenti all'esperienza oncologica, siano esse lievi o severe, transitorie o durature. Alcuni studi hanno dimostrato che un distress clinicamente significativo è associato all'incapacità di far fronte a malattia e trattamenti (coping disadattivo), maggiori bisogni, riduzione della qualità di vita, isolamento sociale, rischio di suicidio, un più lungo tempo per la riabilitazione, una più povera adesione ai trattamenti, comportamenti anormali nei confronti della malattia. A buon diritto, quindi, la cura psicosociale viene considerata un aspetto fondamentale e di qualità delle cure oncologiche. Il Progetto intende implementare un intervento psicologico per la gestione del distress già sperimentato all'interno di un Istituto Oncologico italiano con 484 pazienti. L'intervento psicologico proposto, basato sullo screening dello stress e su colloqui individuali, è in grado di migliorare sia la qualità assistenziale in termini di maggiori capacità, da parte dei pazienti, di comprendere la propria esperienza e di farvi fronte attraverso decisioni consapevoli sia di migliorare la qualità di vita; riducendo i tempi di riabilitazione. Inoltre verrebbe migliorata la disponibilità di corrette informazioni socio-sanitarie; ridotti i tempi dell'incontro operatore sanitario-paziente; e si assisterebbe ad una diminuzione dello stress per gli operatori sanitari. Attraverso un intervento precoce sul distress psicologico si intende, dunque, favorire la realizzazione della cura globale dell'esperienza di malattia oncologica, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

Ente Partner: Regione Friuli Venezia Giulia  
Euro: 230.000

### **Programma regionale di identificazione, intervento e presa in carico precoci per la prevenzione dei disturbi comunicativi nei bambini con deficit uditivo.**

Il deficit uditivo permanente è il più comune difetto sensoriale dell'infanzia. Purtroppo la diagnosi, il trattamento, la riabilitazione e gli interventi educativi di questo difetto sensoriale sono ancor oggi frequentemente tardivi e inappropriati, e si traducono in compromissioni linguistiche, neuropsicologiche, educative e sociali che ostacolano il processo di piena autonomia e partecipazione del bambino ipoacusico. Le evoluzioni scientifiche, mediche e tecnologiche degli ultimi 15-20 anni hanno dimostrato che un'identificazione, una diagnosi e un intervento protesico e riabilitativo molto precoci sono procedure oggi realizzabili, efficaci ed anche economiche. Tuttavia, è proprio la scarsa precocità degli interventi a rendere di fatto inefficace lo screening. Un intervento diagnostico-terapeutico-riabilitativo precoce che rispetti le esigenze di economicità ed efficacia è oggi una priorità concretamente attuabile. Obiettivo del progetto è la definizione di un percorso assistenziale-riabilitativo per la prevenzione e riduzione dei ritardi comunicativi che tipicamente si osservano in caso di diagnosi e trattamento tardivi delle ipoacusie permanenti in età pediatrica, nell'ambito di un modello regionale integrato per l'identificazione, la diagnosi e la presa in carico, che coniughi le innovazioni diagnostiche terapeutiche e riabilitative con le pratiche correnti. Il progetto sarà condotto in regioni in cui è già consolidato un programma di screening uditivo neonatale universale.

Ente Partner: Regione Friuli Venezia Giulia

Euro: 338.200

**Polifarmacia: analisi del fenomeno e valutazione e sviluppo di un modello gestionale per ridurre l'impatto sulla prognosi in pazienti oncologici candidati a chemioterapia.**

Il 60% delle neoplasie si registra in pazienti anziani, dove un numero crescente di soggetti al momento della diagnosi di tumore presenta una o più malattie croniche da cui ne consegue che la multimorbilità e il concomitante fenomeno della polifarmacia sono e saranno sempre più un elemento decisivo da considerare nel processo decisionale oncologico. Attualmente, nonostante il problema della polifarmacia nei pazienti anziani sia universalmente riconosciuto come un problema clinico e gestionale crescente, non esiste ancora una definizione standardizzata del fenomeno. Nell'ottica di una presa in carico globale del malato oncologico nasce l'esigenza di una gestione del paziente che consenta la revisione periodica dei farmaci assunti per verificare che le prescrizioni siano appropriate e necessarie. Obiettivo del progetto è quantificare il fenomeno della polifarmacia e valutarne l'impatto sull'aderenza ai trattamenti chemioterapici e sviluppare un modello di gestione volto alla razionalizzazione della prescrizione farmacologica e alla riduzione del rischio di eventi avversi da farmaci nei pazienti anziani sottoposti a chemioterapia, mediante l'utilizzo di software dedicati e la creazione di team multidisciplinari.

Ente Partner: Regione Friuli Venezia Giulia

Euro: 230.000

**Modello di Screening Pediatrico dell'Ipercolesterolemia Familiare per la prevenzione della malattia cardio-vascolare precoce. Progetto SPIF (Screening Pediatrico Ipercolesterolemia Familiare)**

Nel 2013 in Italia sono attesi circa 88.000 nuovi eventi coronarici nella fascia di età 35-69 anni. Una quota significativa di questi eventi avviene ad un'età inferiore ai 60 anni nelle donne e ai 55 anni negli uomini e viene definita "malattia cardiovascolare precoce" (MCVp). La MCVp è principalmente causata dall'Ipercolesterolemia Familiare (IF). I soggetti affetti da IF sono asintomatici fino all'episodio vascolare acuto ma la formazione della placca aterosclerotica è antecedente la comparsa dei sintomi con suo sviluppo a partire dall'età pediatrica. Grazie alla disponibilità di farmaci in grado di ridurre significativamente i valori del colesterolo ematico e ad un corretto stile di vita, i bambini diagnosticati e trattati prima dell'inizio dell'instaurarsi del danno vascolare, non sviluppano in età adulta MCVp ed hanno una aspettativa di vita sovrapponibile ai soggetti non affetti. Obiettivo del progetto è la realizzazione di un modello operativo per la precoce identificazione dei soggetti in età pediatrica affetti da IF per la prevenzione della comparsa di MCVp. Al tal fine verrà avviato un training formativo rivolto ai pediatri di libera scelta e realizzato uno screening di circa 2.400.000 bambini e ragazzi di età inferiore ai 14 anni, per l'identificazione dei pazienti affetti da IFe in età pediatrica, e a cascata, l'identificazione di un numero minimo equivalente di pazienti adulti affetti tra i parenti di I° e II°.

Ente Partner: Regione Lazio

Euro: 456.000

**Herpes Zoster: valutazione dell'impatto sanitario e socio-economico e possibili strategie di vaccinazione nella popolazione adulta in Italia.**

L'Herpes Zoster (HZ) è una patologia acuta, determinata dalla riattivazione del virus della Varicella Zoster(VZV), caratterizzata, dal punto di vista clinico, da manifestazioni dermatologiche e neurologiche dolorose. Dopo l'infezione primaria, il VZV rimane quiescente nei gangli sensitivi delle radici dorsali del midollo spinale e/o dei nervi cranici dove dà luogo ad un'infezione latente. In Italia, secondo uno studio condotto nella popolazione adulta immunocompetente nel periodo di osservazione 2003-2005, si stima che, in una popolazione di circa 24,2 milioni di persone con oltre 50 anni di età, si verificano ogni anno almeno 153.000 nuovi casi di HZ. La complicanza più frequente dell'HZ è costituita dalla Polineuropatia post-erpetica (PHN), una sindrome dolorosa



inquadrate nell'ambito delle sindromi dolorose neuropatiche causate da una lesione primaria o da una disfunzione del sistema nervoso. In tale contesto appare necessaria una valutazione dell'epidemiologia e dell'impatto sanitario dell'Herpes Zoster che fornisca dati specifici a livello regionale su incidenza di HZ e PHN e i relativi tassi di ospedalizzazione, nonché su costi diretti e indiretti legati a tali patologie al fine di pervenire ad un modello di analisi farmaco-economica in cui valutare i benefici del programma di vaccinazione contro HZ in funzione dei diversi parametri oggetto di indagine. Oltre alla rilevazione dell'impatto sanitario di HZ nella pratica clinica, il progetto si propone di descrivere l'attuale gestione diagnostica e terapeutica della malattia e dei costi diretti e indiretti ad essa correlati, studiando la realtà di diversi modelli organizzativi regionali. L'acquisizione di dati in ambito di assistenza primaria e ospedaliera permetterà, inoltre, di migliorare il processo di *clinical governance* della gestione preventiva, diagnostica e terapeutica della malattia da HZ.

Ente Partner: Regione Liguria

Euro: 300.000

### **La telemedicina in aiuto del bambino e della sua famiglia: progetto pilota multicentrico di telemonitoraggio domiciliare nelle gravi patologie neuromuscolari con ventilazione assistita.**

E' ampiamente dimostrato nella letteratura internazionale come l'applicazione della Ventilazione non Invasiva (NIV) ai pazienti con malattie neuromuscolari ne abbia radicalmente modificato la prognosi, aumentando l'aspettativa di sopravvivenza, in alcune patologie come la Distrofia e la SMA, e migliorandone la qualità della vita, con possibilità di mantenere il linguaggio e di permettere una gestione familiare delle vie aeree. Per tali motivi i bambini in trattamento con NIV sono pazienti complessi che dovrebbero essere gestiti soprattutto al loro domicilio sotto la responsabilità del centro di riferimento e del medico curante. Le infezioni dell'apparato respiratorio rappresentano la causa più comune di ospedalizzazione nei pazienti con malattia neuromuscolare in quanto nel 90% dei casi determinano la comparsa di insufficienza respiratoria acuta (IRA). Clinical trials hanno evidenziato che le infezioni del tratto respiratorio possono essere tuttavia gestite a casa mediante un protocollo domiciliare basato sull'applicazione continua della ventilazione non invasiva, sull'intensificazione delle tecniche di clearance delle vie aeree e sul monitoraggio della saturazione di ossigeno, prevenendo desaturazioni e riducendo la necessità di ospedalizzazione, intubazione e di interventi invasivi quali la tracheotomia. Obiettivo del progetto è il miglioramento della gestione e delle condizioni di vita dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica con necessità di ventilazione meccanica non invasiva, attraverso l'attuazione di un programma di educazione e formazione della famiglia, dello stesso paziente e del medico curante, e la messa a disposizione da parte del centro di riferimento di un monitoraggio costante a distanza presso il domicilio del paziente mediante tecniche di Telemedicina.

Ente Partner: Regione Liguria

Euro: 350.000

### **La medicina predittiva nella valutazione del rischio di perdita di autonomia.**

La popolazione europea con oltre 80 anni (over80) aumenterà dal 2010 al 2050 dal 4,5% al 11,3%, dei quali tra il 25 e il 50% circa necessitano di aiuto negli atti della vita quotidiana. La capacità di lavoro muscolare (WATT, METS) e del massimo consumo di ossigeno (VO<sub>2</sub>) si riducono con l'età. Alcuni indicatori mostrano una flessione significativa in soggetti anziani sedentari rispetto ad anziani praticanti un'attività fisica importante, con una perdita del 10% di VO<sub>2</sub>max per decade, contro il 5% degli anziani attivi. Ne deriva l'urgenza di creare presupposti per contrastare il rischio di perdita di autonomia negli over65 attraverso interventi sociali e sanitari personalizzati valutando il rischio individuale di perdita di autonomia in funzione dell'età, dello stato generale di salute fisica e psichica, della capacità di lavoro muscolare, dell'equilibrio e delle abilità fini, del grado di cultura, delle condizioni economiche, oltre che delle condizioni familiari e sociali nelle quali l'individuo vive. L'ASL di Bergamo, l'APSS di Trento e le Università propongono l'istituzione di

un sistema coordinato per lo sviluppo razionale della medicina predittiva del rischio di perdita di autonomia. Obiettivo del progetto è quello di costruire profili individualizzati di salute che, a partire dalle variabili ICF, integrate entro modelli di valutazione comportamentale (es.TPB: Theory of Planned Behavior), siano in grado di predire nel breve-medio periodo rischi di perdita di autonomia e delineino possibili piani di intervento sia sul piano preventivo sia su quello del trattamento e della pianificazione di un esercizio fisico efficace a prevenire il decadimento.

Ente Partner: Regione Lombardia

Euro: 403.000

### **Interventi integrati per favorire il riconoscimento e il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni) in gruppi di popolazione a rischio.**

Le evidenze scientifiche e la pratica clinica hanno mostrato come la diagnosi precoce e la somministrazione di specifici programmi di intervento contribuiscano a migliorare l'esito a lungo termine dei sintomi e della qualità vita del paziente e dei suoi familiari, nonché i relativi costi economici e sociali dei disturbi psichici. Studi recenti hanno aperto alla possibilità e all'opportunità di identificare ancora più precocemente i soggetti con un elevato rischio di sviluppare un disturbo psicotico. I gruppi maggiormente vulnerabili sono quelli che meno riescono a ricevere l'assistenza di cui necessitano, e ciò vale in particolare modo per i soggetti migranti. Questi elementi suggeriscono l'importanza di affrontare il tema della identificazione e trattamento precoce delle psicosi in gruppi vulnerabili in modo più strutturato. Il progetto si muove nella prospettiva indicata dal PASM (Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale ) e i risultati attesi sono riconducibili a due diverse dimensioni dell'esito: 1) Favorire l'accessibilità ai trattamenti di soggetti in età giovanile (15 -24 anni) con disturbi psicopatologici, con particolare attenzione alla popolazione migrante.2) Individuare percorsi di cura e strumenti operativi appropriati per la presa in carico di soggetti in età giovanile (15 -24 anni) con disturbi psicopatologici, con particolare attenzione ai gruppi di popolazione vulnerabili. Il Progetto ha quindi l'obiettivo di facilitare il processo di individuazione precoce dei soggetti a rischio e di sviluppare disturbi mentali gravi, con particolare attenzione ai gruppi di popolazione vulnerabile e di facilitare il loro accesso ai servizi di salute mentale. Tale obiettivo sarà perseguito nelle Unità Operative Regionali coinvolte attraverso azioni specifiche da implementare nei servizi per la salute mentale che parteciperanno al progetto e attraverso azioni di coordinamento tra le Unità Operative stesse.

Ente Partner: Regione Lombardia

Euro: 450.000

### **Emergenza e Continuità dell'assistenza: implementazione di un modello organizzativo integrato ospedale-territorio per la presa in carico dei pazienti anziani complessi**

Il progressivo invecchiamento della popolazione esercita una pressione crescente sui Sistemi Sanitari dei paesi industrializzati, non solo per l'aumentata richiesta di prestazioni nel settore delle cure a lungo termine, ma anche per l'esponenziale incremento delle richieste di prestazioni di Emergenza Urgenza. Spesso i professionisti operanti nell'ambito della rete dell'emergenza possiedono scarse o limitate informazioni sui pazienti che afferiscono ai loro servizi, essendo difficile la comunicazione con i Medici di Medicina Generale, i servizi domiciliari e residenziali e non essendo condivise le informazioni relative a precedenti ricoveri o accessi al PS. Tutto ciò può determinare un incompleto inquadramento del paziente anziano in PS, la prescrizione di esami diagnostici e/o trattamenti inappropriati ed un trasferimento solo parziale delle informazioni cliniche ai servizi territoriali incaricati di riprendere in carico i pazienti anziani non ospedalizzati a seguito dell'accesso alla rete dell'emergenza. Non sorprende pertanto che i pazienti anziani dimessi al proprio domicilio dopo una visita in Pronto Soccorso siano esposti al rischio di molteplici eventi avversi, quali declino funzionale, peggioramento della qualità di vita e mortalità. Obiettivo del progetto è identificare in PS i pazienti anziani a più elevato rischio di eventi avversi dopo la dimissione, per i quali potrebbero essere attivati specifici interventi preventivi, volti ad evitare



l'inappropriata utilizzazione di servizi e la relativa crescita dei costi per il SSN attraverso l'implementazione di un modello di gestione del paziente anziano complesso nella rete dell'emergenza urgenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione e sistemi elettronici integrati.

Ente Partner: Regione Marche

Euro 220.000

### **Sorveglianza delle zoonosi e delle malattie da vettori: razionalizzazione dell'approccio diagnostico di laboratorio e dei flussi informativi per la pianificazione degli interventi in campo medico e veterinario**

Le zoonosi in generale e in particolare quelle trasmesse da alimenti e da vettori, hanno un impatto significativo nella maggior parte dei paesi, per l'elevato numero di casi, per la gravità che possono assumere, ma anche per le perdite economiche di cui sono responsabili nei settori produttivi, nell'industria alimentare e nel settore zootecnico. Un'efficace prevenzione delle zoonosi richiede un intervento tempestivo, per ridurre il rischio di ulteriore diffusione, un approccio multidisciplinare e un continuo scambio d'informazioni, tra laboratori, reparti ospedalieri, servizi medici e veterinari dei dipartimenti di prevenzione, affinché la capacità d'intervento e l'efficacia dello stesso siano massimizzate. Purtroppo le capacità diagnostiche dei diversi laboratori non sono sempre adeguate, molti dei dati prodotti in corso di attività diagnostica non sono resi disponibili per una lettura epidemiologica, inoltre non esistono definizioni di positività diagnostica univoche e stabilite di caso sospetto e confermato; infine per la diagnosi di laboratorio di molte zoonosi nell'uomo, non esiste una standardizzazione delle metodiche che permetta di aggregare e confrontare i risultati. Il progetto si propone di potenziare le capacità di laboratorio a livello territoriale, promuovere l'adozione uniforme di protocolli per la diagnosi di laboratorio delle principali zoonosi trasmesse da alimenti e da vettori, con il fine di rendere più sensibile e specifico il processo diagnostico complessivo di queste patologie.

Ente Partner: Regione Marche

Euro: 220.000

### **Sviluppo di un modello gestionale che riguardi l'integrazione tra Ospedale e Territorio per la gestione della persona con cronicità in particolare da insufficienza di organo.**

La gestione del rischio va intesa come la progettazione e la realizzazione di un sistema complesso che basandosi sulla gestione dei processi è in grado di monitorare la qualità delle azioni messe in campo attraverso indici di efficacia/efficienza, sicurezza ed appropriatezza. In tale contesto bisogna dire che risulta poco esplorato la metodologia di analisi del rischio sui servizi sociali e sanitari offerti sul territorio ed erogati a malati cronici con particolare riguardo all'insufficienza d'organo e all'insufficienza cardiaca. È stato ampiamente dimostrato che nel sistema sanitario circa l'80% degli errori va imputato a fattori organizzativi e nella gestione del paziente complesso i fattori organizzativi hanno conseguenze dirette sul successo o meno delle azioni poste in essere, soprattutto laddove sono coinvolte competenze e strutture diversificate. Mentre da un lato sono già disponibili risultati incoraggianti per quanto concerne la realtà ospedaliera, resta pressoché inesplorato l'impatto organizzativo sui servizi forniti a livello territoriale. Il progetto si prefigge di costruire di un modello integrato fondato su indicatori oggettivi che misurino opportunamente i fattori di rischio per poi individuare le migliori soluzioni organizzative. Il perno di detta metodologia sarà un approccio non alla struttura ma al percorso di cura nel quale trovano ampia considerazione tutte le componenti non sanitarie. Obiettivo generale del progetto è l'attuazione di una politica di gestione del rischio nelle diverse strutture territoriali, ospedaliere e di assistenza socio-sanitaria, attraverso l'utilizzo di strumenti, prodotti e soluzioni che rispettino i migliori standard organizzativi (economicità ed efficienza).

Ente Partner: Regione Marche

Euro:255.707

### **Il progetto di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) per la popolazione Italiana in età adolescenziale: fattori di rischio e risorse utili alla salute per informare le politiche regionali**

Progettare azioni che promuovano il benessere delle comunità presenti e future è obiettivo della Sanità Pubblica, ed in questa prospettiva la sorveglianza nel campo della salute delle popolazioni nell'età dello sviluppo è prioritaria, poiché molti comportamenti nell'età adulta cominciano a strutturarsi proprio in questa età è necessario definire interventi, programmi e politiche, efficaci per promuovere fin dall'adolescenza comportamenti positivi per la salute. Per rispondere a tale esigenza si è avviato, a partire dall'inizio degli anni '80, uno studio trans-nazionale denominato HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children), che in collaborazione e sotto l'egida dell'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, ha cercato di investigare e monitorare la condizione preadolescenziale dei giovani Europei. L'indagine, campionaria e multicentrica, si svolge ogni 4 anni su campioni rappresentativi, e in Italia è coordinata dall'Università di Torino. Tale indagine è attualmente in Italia il solo studio, con finalità di sorveglianza, che interessa la popolazione pre-adolescente e adolescente, e va ad affiancarsi con gli altri sistemi di sorveglianza nazionali, Okkio alla Salute, che si occupa della fascia infantile, e PASSI più PASSI D'ARGENTO, che si rivolgono alla popolazione adulta e anziana. Il progetto si propone di implementare a livello nazionale il progetto la sorveglianza HBSC al fine di aumentare la comprensione di quei fattori e processi rilevanti per la salute nell'età pre-adolescenziale e adolescenziale che la possono promuovere o compromettere e di indirizzare politiche pertinenti.

Partner: Regione Piemonte

Euro158.400

### **Elaborazione di strategie e di interventi di comunicazione sanitaria multi-obiettivo sulle malattie infettive prevenibili e sulle vaccinazioni come mezzo per aumentare le coperture vaccinali nella popolazione**

La programmazione di una corretta ed efficace strategia di comunicazione sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione (MIPV) e sulle vaccinazioni risulta oggi un aspetto di cruciale importanza per la Sanità Pubblica in un'ottica di incremento delle coperture vaccinali.

La carenza di adeguate conoscenze sui vaccini da parte della popolazione, specialmente sul piano della sicurezza, può determinare il mancato raggiungimento di alti livelli di coperture vaccinali, aspetto fondamentale per il controllo/eliminazione di alcune malattie infettive). Durante gli ultimi decenni si è osservato un incremento del rifiuto delle vaccinazioni, in risposta al quale sono state avviate azioni strategiche, supportate dalle evidenze scientifiche e volte a favorire la 'compliance' dei genitori verso le vaccinazioni attraverso il potenziamento delle capacità comunicative degli Operatori Sanitari. Essendo, infatti gli operatori sanitari la principale fonte di informazione per il pubblico sui vaccini e sui programmi di vaccinazione, essi dovrebbero essere consapevoli del profilo rischi/benefici di ciascun vaccino, per poterne promuovere attivamente l'accettazione e aiutare il cittadino a comprendere adeguatamente le informazioni, spesso discordanti, fornite dai mass media e da Internet, per poter effettuare scelte consapevoli. Il progetto si propone di coordinare e di supportare la comunicazione sui temi di sicurezza ed efficacia delle vaccinazioni mediante l'aggiornamento dei professionisti sanitari e l'uso strumenti condivisi, che siano fruibili da tutte le ASL italiane, creando un linguaggio condiviso tra gli operatori e modalità comunicative comuni nei confronti della popolazione, al fine di incrementare le attuali coperture vaccinali nelle Regioni.

Partner: Regione Puglia

Euro 400.000

### **Sperimentazione di applicazione di protocolli per il miglioramento delle coperture vaccinali nei soggetti con patologie croniche.**

La prevenzione delle malattie infettive mediante vaccinazione nei soggetti affetti da patologie croniche costituisce una priorità di salute pubblica in molti Paesi a elevato livello di sviluppo socio-economico, il decremento delle coperture vaccinali cui si è assistito negli ultimi anni ha di riflesso portato ad un aumentato rischio da parte dei gruppi più fragili di contrarre infezioni, target di interventi vaccinali ormai consolidati. Per la tutela della salute dei pazienti cronici risulta quindi cruciale anche proteggere individualmente, attraverso programmi specifici, i soggetti appartenenti alle categorie a rischio di sviluppare forme gravi e/o complicanze di malattie che non rappresentano invece una seria minaccia per la popolazione sana. Anche il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 prevede tra gli indicatori di processo la “*Capacità di individuare soggetti a rischio per vaccinazioni offerte selettivamente*”. Il progetto si propone dunque di valutare l’applicazione di protocolli per la vaccinazione dei soggetti con patologie croniche, per categoria di rischio e per vaccino, nelle Regioni Puglia e Friuli Venezia Giulia e nell’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, contesti in cui sono attivi programmi operativi specifici. A tal fine verranno revisionate in modo sistematico le indicazioni d’uso e le schedule di immunizzazione per i soggetti affetti da patologie croniche, definite le procedure di offerta e di chiamata alla vaccinazione, attivando e rendendo stabili canali di comunicazione tra Servizi Vaccinali e tutte le altre figure coinvolte nel percorso diagnostico-terapeutico, e definiti e valutati strumenti di informazione, divulgazione e sensibilizzazione dei pazienti cronici all’offerta vaccinale.

Partner: Regione Puglia

Euro 360.000

### **Proposta di un progetto per l'empowerment degli operatori sanitari e della cittadinanza attraverso un programma di orientamento dei servizi sanitari verso la promozione della salute e la prevenzione.**

L’organizzazione mondiale della sanità ha sostenuto la costituzione della Rete internazionale degli ospedali e dei servizi sanitari per la promozione della salute (HPH), promossa anche sul nostro territorio. Attualmente tuttavia, sebbene numerose Regioni italiane abbiano aderito alla rete, il riorientamento strategico dei servizi verso la promozione della salute non è stato attuato in modo uniforme, e infatti in alcune Regioni non risultano attive strategie condivise e reti regionali finalizzate a tale obiettivo. Il progetto si propone dunque di promuovere presso le strutture sanitarie delle Regioni partecipanti al progetto un processo strategico di riorientamento finalizzato a sviluppare una cultura della salute accanto a quella curativa tradizionale, a promuovere la salute sia degli operatori sanitari che dei cittadini grazie all’applicazione di eventi formativi specifici sull’empowerment degli operatori sanitari e degli utenti finalizzati all’acquisizione di stili di vita sani. Secondo infatti quanto indicato dall’OMS, le strategie per l’implementazione del HPH devono essere centrate non solo sui pazienti ma anche sul personale sanitario e sulla comunità. In particolare gli operatori sanitari sono un elemento cruciale nell’attuazione della strategia poiché oltre ad essere potenzialmente portatori di fattori di rischio per la salute correlati agli stili di vita, risultano esposti anche a numerosi fattori di rischio per la salute sul lavoro, e al loro benessere può infine essere correlata l’efficienza stessa dei servizi sanitari.

Partner: Regione Sardegna

Euro 185.000

### **Valutazione, comunicazione e gestione del rischio cancerogeno da esposizione a benzene e nanoparticole in aree urbane interessate da impianti di raffinazione del petrolio e in aree ad elevata urbanizzazione.**

Ancora oggi il benzene rappresenta uno dei più importanti contaminanti ambientali. Tale elemento è classificato come cancerogeno certo dall’Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC). A causa del grande impatto sulla salute già nel 2000 la commissione europea ha stabilito dei livelli

massimi di concentrazione ambientale, e la concentrazione massima nelle benzine. Nonostante tali interventi, tuttavia, la diffusione del benzene è molto alta e recenti studi hanno evidenziato un possibile effetto cancerogeno anche a bassi livelli di esposizione. Oltre al benzene un'altra categoria di cancerogeni associati all'inquinamento urbano ed industriale è rappresentata dagli idrocarburi policiclici aromatici (IPA) e dai nanoparticellati che producono effetti avversi sulla salute con particolare riferimento alle patologie respiratorie e cardiovascolari. Il progetto si propone di affrontare in maniera sistematica e con metodologie basate sull'evidenza scientifica la problematica dell'inquinamento ambientale prodotto da impianti di raffinazione del petrolio e da inquinamento urbano, aiutando gli enti preposti a definire nel modo più accurato possibile la reale entità dei rischi e ad attuare le migliori strategie di contenimento del rischio stesso. In particolare saranno, tra l'altro, programmate le attività di monitoraggio in siti identificati ove verranno misurati i livelli di esposizione a benzene, idrocarburi monociclici aromatici, IPA, particolato e nano particolato aerodisperso, nella popolazione residente. Verranno così caratterizzati i rischi per la salute definendo la probabilità di sviluppare effetti avversi sulla salute della popolazione residente.

Partner: Regione Sardegna

Euro 318.000

### **Centri diurni Alzheimer: approccio di rete, appropriatezza organizzativa e qualità dei servizi**

La demenza è una malattia cronico degenerativa, in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita secondo il Rapporto OMS e ADI *una priorità di salute pubblica*. L'Italia è uno dei paesi europei più anziani e quasi il 17% della popolazione, per un totale di 9,5 milioni, ha superato i 65 anni di età. Sono pertanto in aumento tutte le malattie croniche, in quanto legate all'età, e tra queste le demenze, di cui la Malattia di Alzheimer è la forma più frequente (60% di tutte le demenze). Le modificazioni del quadro demografico, con la progressiva riduzione della popolazione in età attiva, rendono necessario lo sviluppo di una rete di servizi territoriali in grado di fornire un'assistenza qualificata, personalizzata e flessibile agli anziani affetti da demenza. Tale rete, costituita da setting ambulatoriali, semiresidenziali, domiciliari, e residenziali, comprende competenze sociali e sanitarie e deve essere in grado di offrire a tutti una cura personalizzata, integrata, flessibile e continuativa nel tempo. Il Centro Diurno Alzheimer (CDA) rappresenta uno dei "nodi" principali della rete, si tratta di strutture socio-sanitarie semiresidenziali, finalizzate al trattamento di persone con diagnosi di demenza associata a disturbi del comportamento di livello significativo non gestibili con altre modalità assistenziali, preferibilmente deambulanti, in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo. Il progetto intende definire e divulgare modelli organizzativi, buone prassi riguardanti per la gestione e la resa dei servizi dei CDA nelle regioni coinvolte

Partner: Regione Sicilia

Euro 280.000

### **Valutazione dei determinanti di ritardo nell'accesso ai servizi sanitari, nella diagnosi e nel trattamento della tubercolosi polmonare (PTB) in popolazioni vulnerabili. Valutazione dell'impatto sull'epidemiologia locale e sulla prevalenza di resistenza/multiresistenza ai farmaci antitubercolari.**

Un ritardo nella diagnosi di tubercolosi polmonare (PTB) ha severe conseguenze, infatti può comportare una più prolungata contagiosità e, quindi, maggiore rischio di trasmissione ai contatti e una potenziale risposta al trattamento meno efficace e rapida, che si traduce in un più grave problema clinico per il paziente. Il ritardo totale nella diagnosi e nell'inizio di un trattamento può essere attribuito al paziente e/o al sistema sanitario. Le evidenze scientifiche documentano che nei Paesi a bassa incidenza di malattia il ritardo nella diagnosi e nella prescrizione di un trattamento efficace è particolarmente critico in gruppi di popolazione vulnerabili e socialmente marginalizzati, che possono rappresentare una sorgente epidemiologicamente rilevante per la trasmissione di ceppi di *Mycobacterium tuberculosis* (MTB). La conoscenza dei determinanti che contribuiscono al ritardo nella diagnosi e nell'inizio del trattamento e dell'epidemiologia locale della Tubercolosi

(TB) è cruciale per una programmazione più efficace e mirata dei programmi di controllo della TB e per un'allocazione delle risorse più appropriata. Il progetto mira ad ottenere una conoscenza approfondita delle motivazioni del ritardo nella diagnosi e nell'inizio del trattamento in nuovi casi di TB reclutati nelle 4 regioni italiane partner del progetto. Inoltre, poiché le evidenze scientifiche supportano l'associazione di tale ritardo con l'aumento della probabilità di trasmissione di MTB, nonché con la progressione del quadro clinico verso forme più severe e più difficilmente trattabili, sarà valutato anche l'impatto del ritardo diagnostico sul clustering dei casi, stimato sulla base della tipizzazione molecolare e delle indagini sui contatti, e sulla prevalenza di resistenza ai farmaci anti-TB.

Partner: Regione Sicilia

Euro 385.000

### **Identificazione precoce di bambini con disturbi del linguaggio e della comunicazione a rischio di sviluppare difficoltà di apprendimento della lingua scritta.**

I disturbi del linguaggio orale (DL) costituiscono il motivo più frequente di consultazione al Servizio Sanitario Nazionale in età prescolare, data la loro elevata incidenza. Un ritardo del linguaggio può essere il segnale di numerose problematiche quali sordità, disabilità intellettiva, disturbi gravi della relazione e della comunicazione, disturbi dello spettro autistico (DSA), disturbi specifici del linguaggio (DSL) e condizioni socio-ambientali avverse (famiglie migranti, adozioni internazionali). Se non si interviene precocemente, questi bambini hanno, inoltre, un'elevata probabilità di presentare emarginazione sociale e/o disturbi della sfera psicopatologica quali disturbi della condotta, depressione etc. Il progetto si propone di identificare su larga scala i bambini (4-6 anni) a rischio di un disturbo della sfera comunicativo-linguistica, tramite strumenti di facile uso e diffusione, con particolare attenzione alla popolazione immigrata e ai bambini stranieri adottati. I bambini a rischio verranno inseriti in specifici percorsi di potenziamento educativo e di tele-riabilitazione anche al fine di individuare precocemente fattori di rischio di disturbi di apprendimento. Ciò può permettere di aumentare l'appropriatezza degli invii ai servizi specialistici selezionando solo i "non responders" ai programmi di potenziamento scolastico per percorsi sanitari diagnostico-riabilitativi e di fornire agli operatori scolastici specifici protocolli pedagogici mirati alla tipologia del disturbo.

Partner: Regione Toscana

Euro 391.500

### **Messa a punto di una procedura basata sulla prevenzione degli errori in fase pre analitica, analitica e post analitica nel processo relativo all'implementazione di programmi di screening basati sul test HPV primario**

Un errore in ambito sanitario può causare un evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente e non dovuto alle sue condizioni cliniche ma correlato al processo assistenziale. Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di un errore e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che esso si ripeta. Ciò può essere fatto attraverso due approcci, uno proattivo, in cui l'analisi parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando nelle varie fasi i punti di criticità, e l'altro reattivo, in cui l'analisi parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza degli avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato l'evento. Il presente progetto intende utilizzare l'approccio proattivo della cosiddetta FMECA (failure mode and effect critically analysis) relativamente al programma regionale di screening cervicale, con il quale si è avviata la progressiva sostituzione del Pap test con il test HPV. L'obiettivo generale è dunque quello di fornire a tutte le strutture sanitarie interessate ad implementare lo screening HPV un modello di riferimento per prevenire eventuali eventi avversi correlati alle fasi pre analitiche, analitiche e post analitiche del processo.

Partner: Regione Toscana

Euro 165.000



### **Implementazione di un modello organizzativo integrato per la gestione del paziente con demenza: dalla prevenzione alla cura con presa in carico.**

Nel nostro Paese si assiste ad un rapido aumento della popolazione geriatrica, ciò corrisponde spesso in termini sanitari ad un aumento delle malattie cronico degenerative, tra cui la demenza. Sul piano assistenziale il paziente con decadimento cognitivo è un paziente complesso sia da un punto di vista clinico sia gestionale. Il problema interessa soprattutto il versante dei servizi e della presa in carico globale sia del paziente, che delle famiglie, che spesso sono gravate da un cospicuo carico assistenziale. È dunque necessario implementare delle strategie che promuovano degli approcci integrati, favorendo in particolare gli interventi preventivi socio sanitari volti a contrastare il rischio di demenza o a modificare il decorso del decadimento cognitivo, migliorando così la qualità della vita e nel contempo determinando una riduzione dei costi nell'assistenza sanitaria. Il progetto si propone di implementare nei contesti che partecipano al progetto il modello organizzativo integrato della rete dei servizi specificatamente dedicato alle problematiche e ai bisogni dei soggetti con decadimento cognitivo e sindrome demenziale. Tale modello si prefigge di garantire il coordinamento, la razionalizzazione e la continuità delle prestazioni e delle cure erogabili, con particolare attenzione alla prevenzione, alla promozione, nelle popolazioni a rischio, di stili di vita appropriati e alla presa in carico globale dei bisogni del malato di demenza e della famiglia, dall'esordio alle fasi terminali della malattia.

Partner: Regione Veneto

Euro 295.100

### **Programma organizzato di screening dal rischio cardiovascolare finalizzato alla prevenzione attiva nei soggetti cinquantenni.**

Ogni anno in Europa le malattie cardio vascolari (MCV) sono la principale causa di morte per soggetti con età inferiore ai 65 anni: molteplici sono i fattori di rischio identificati nello sviluppo di tali malattie, ma gli ultimi dati epidemiologici riportano un'elevata prevalenza dei seguenti fattori di rischio: ipertensione arteriosa, tabagismo, glicemia, obesità e sedentarietà. Le evidenze scientifiche hanno rafforzato l'importanza di interventi di tipo preventivo, atti ad impedire o a ritardare l'insorgenza delle MCV attraverso l'adozione di stili di vita sani, in particolare corretta alimentazione, attività fisica regolare e abolizione del fumo di sigaretta. A fronte dei dati epidemiologici si riscontra tuttavia una bassa percezione collettiva del rischio di MCV e una scarsa informazione sui fattori predisponenti, di qui la necessità di avviare un programma di individuazione del rischio e di prevenzione cardiovascolare in forma attiva, sul modello dei programmi di screening. In particolare verranno valutati gli stili di vita e i valori glicemici, colesterolemici e pressori su una popolazione sana nella coorte dei 50enni al fine di indirizzare i soggetti selezionati a percorsi di prevenzione e diagnostico terapeutici appropriati. Il progetto si pone come obiettivo generale quello di ridurre la mortalità e la morbosità per eventi cardiovascolari attraverso il cambiamento degli stili di vita e/o l'individuazione ed il trattamento di soggetti ipertesi, iperglicemici e ipercolesterolemici misconosciuti

Partner: Regione Veneto

Euro 500.000

### **Piano di monitoraggio e di intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro correlato**

I mutamenti socio-economici e i cambiamenti nelle caratteristiche della forza lavoro delle ultime decenni hanno avuto un impatto sul mondo del lavoro, aumentando in particolare l'impatto del fenomeno dello stress lavoro-correlato (SLC), che si è collocato al secondo posto in Europa tra i problemi di salute dovuti al lavoro, con evidenti ripercussioni al livello di produttività delle aziende e al livello economico. In Italia l'attuale quadro normativo di tutela della salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008 e s.m.i.) ha individuato lo SLC come uno dei rischi oggetto di valutazione e

di conseguente adeguata gestione da parte delle aziende. L'INAIL, in risposta a tale esigenza ha elaborato un percorso metodologico per la valutazione e gestione del rischio SLC sostenibile e di facile utilizzo per le aziende, attraverso il coinvolgimento attivo di tutte le figure della prevenzione presenti in azienda, basato su approcci e procedure scientificamente fondati e validati.

Il progetto si propone di contribuire all'accrescimento e al miglioramento complessivo del sistema di gestione dello stress lavoro-correlato in Italia, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione, lo sviluppo di soluzioni pratiche, interventi formativi, realizzazione di azioni mirate e modelli di intervento su misura per la realtà produttiva del Paese.

Partner: INAIL

Euro 480.000

### **Aspetti peculiari del lavoro in agricoltura e ricadute sul processo di prevenzione e protezione: scenari di esposizione a prodotti fitosanitari nelle lavorazioni in serra e percezione del rischio per la salute e sicurezza in lavoratori agricoli stranieri**

Le attività agricole in serra presentano un alto rischio chimico di esposizione a prodotti fitosanitari impiegati in agricoltura. Ad oggi non esiste una procedura italiana formalizzata per la valutazione di tale rischio e si ricorre, dunque, data la difficoltà di condurre misure di esposizione in campo all'uso di modelli di calcolo per la stima della dose assorbita per inalazione e per contatto cutaneo (modello europeo, tedesco o inglese) o ad algoritmi di valutazione. Inoltre nel settore dell'agricoltura è presente un'importante manodopera straniera e sebbene si riscontri in tale popolazione una diminuzione di infortuni l'incidenza infortunistica risulta in generale più elevata rispetto a quella degli italiani. È opportuno individuare strategie di tutela, attraverso l'analisi della percezione del rischio e del fabbisogno formativo, che tengano conto sia delle specifiche condizioni di rischio, sia della maggiore vulnerabilità dei lavoratori immigrati. Il progetto dunque si propone di contribuire a migliorare il processo di gestione del rischio nel settore agricoltura in relazione ad alcune criticità legate alle peculiarità degli scenari espositivi delle lavorazioni in serra nel Sud Italia e alla percezione del rischio per i lavoratori stranieri attraverso: la definizione di tipici scenari di esposizione a prodotti fitosanitari, la definizione di una procedura di valutazione del rischio chimico in serra e la rilevazione della percezione del rischio per la salute e la sicurezza sul lavoro in agricoltura su lavoratori stranieri. Verranno a tal fine messi a punto strumenti informativi/formativi per lavoratori stranieri in agricoltura.

Partner: INAIL

Euro 420.000

### **Sicurezza e Salute dei lavori stranieri del comparto edile.**

La presenza di lavoratori stranieri nei differenti settori del tessuto produttivo italiano e, in particolare, nel comparto delle costruzioni è aumentata in modo costante negli ultimi anni, in particolare il settore dell'edilizia rappresenta da molti anni uno dei maggiori settori d'inserimento lavorativo della popolazione migrante presente in Italia e anche uno di quelli con la maggiore numero di infortuni sul lavoro. La frequenza degli infortuni sul lavoro è amplificata, insieme al rischio per la salute, anche a causa della scarsa conoscenza delle norme, della difficoltà di comprensione linguistica, per la giovane età, la carenza di informazione e formazione e la ridotta percezione dei rischi legati al lavoro. Così come previsto dal Decreto legislativo 81/2008 e s.m.i. il contenuto della informazione/formazione, che il datore di lavoro è tenuto a fornire, "deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori e deve consentire loro di acquisire le conoscenze e competenze necessarie in materia di salute e sicurezza, anche rispetto alle conoscenze linguistiche". Il progetto si propone definire un nuovo modulo formativo sperimentale sul diritto alla salute e sulla promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro destinato ai lavoratori stranieri del comparto edile, ed accrescere le conoscenze dei lavoratori stranieri delle norme generali su salute e sicurezza sui luoghi di lavoro nonché in merito alle modalità di accesso e di funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale nel quadro della normativa sul diritto alla salute.

Partner: INMP  
Euro 279.693

### **Nuovi articoli e nuovi rischi per la salute: la sigaretta elettronica**

La significativa e recente diffusione sul mercato delle sigarette elettroniche ENDS (Electronic Nicotine Delivery Systems) come alternativa alle sigarette convenzionali con l'intento di evitare gli effetti dannosi correlati alla combustione del tabacco e ridurre i danni da fumo passivo, costituisce motivo di interesse ma anche di preoccupazione per la salute. Le problematiche sottese riguardano la possibile iniziazione al fumo di sigarette a base di tabacco, la potenziale dipendenza da nicotina nei giovani e l'eventuale presenza di sostanze pericolose, sia come ingredienti nei liquidi di ricarica (es. nicotina, glicole propilenico, aromi) che come contaminanti (es. benzene, metalli pesanti, acetaldeide), che potrebbero risultare tossici per inalazione. Le sigarette elettroniche in commercio, con o senza nicotina, inoltre sono in genere pubblicizzate quale ausilio per smettere di fumare anche se, ad oggi, non vi è evidenza scientifica di tale beneficio.

Il progetto ha l'obiettivo di valutare i rischi per la salute umana associati all'esposizione a sostanze pericolose rilasciate dalla sigaretta elettronica, sia attraverso l'identificazione dei pericoli, elaborazione di scenari di esposizione e studi sperimentali, sia attraverso l'attivazione di una rete di laboratori per la definizione e l'attuazione di Piani di controllo e autocontrollo per i preparati pericolosi e il potenziamento della collaborazione fra soggetti del Sistema sanitario nazionale ed enti di ricerca.

Partner: ISS  
Euro 415.000

### **Studi di biomonitoraggio e tossicità degli inquinanti presenti nel territorio di Taranto**

Nell'area di Taranto gli studi di monitoraggio ambientale mostrano una situazione di inquinamento ambientale diffuso, attribuito principalmente alle emissioni dello stabilimento siderurgico. Gli inquinanti di maggior rilievo identificati nell'area tarantina comprendono composti, indicati nel complesso come "diossine", policlorobifenili (PCB)) e metalli pesanti, capaci di accumularsi nella catena trofica, oltre a idrocarburi policiclici aromatici (IPA) e composti organici volatili cui la popolazione è esposta attraverso la via inalatoria. Nell'ambito della revisione dell'Autorizzazione Integrata Ambientale (AIA), svoltasi nel corso dell'estate 2012, era stata definita la necessità di effettuare un Piano di Monitoraggio Sanitario che comprendesse studi di biomonitoraggio sulla popolazione potenzialmente esposta ad inquinanti. Il progetto ha dunque come obiettivo la valutazione dell'esposizione di gruppi di popolazione residente in aree della città di Taranto prossime allo stabilimento ILVA, a confronto con aree non impattate dalle emissioni dell'ILVA stessa, e del possibile impatto sulla salute riproduttiva femminile e su funzioni cognitive in popolazioni pediatriche. In considerazione della molteplicità di inquinanti rilevati a Taranto e del complesso profilo di esposizione della popolazione residente, ai fini della sorveglianza sanitaria si affianca al monitoraggio ambientale e dell'esposizione anche l'impiego di saggi cellulari in grado di valutare l'attività biologica del particolato presente nell'area di Taranto. Tale approccio, oltre a fornire elementi utili alla valutazione del rischio, consentirà di identificare possibili markers biologici utili all'analisi della popolazione residente nell'area di Taranto e esposta a miscele complesse di inquinanti atmosferici.

Partner: ISS  
Euro 450.000

### **Infezione e colonizzazione da patogeni multi-resistenti nell'anziano in residenze sanitarie assistenziali**

Secondo dati ISTAT, in Italia vi sono più di 13.000 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) che complessivamente ospitano più di 400.000 pazienti, di cui il 74% anziani ( $\geq 65$  anni) (1). Le infezioni batteriche endemiche in anziani presso le RSA, costituiscono un problema sanitario



importante con costi individuali, sociali ed economici elevati, soprattutto se sostenute da patogeni resistenti ai principali antibiotici utilizzati nel trattamento delle stesse. Inoltre, è importante porre l'accento sul fatto che anziani colonizzati e/o infetti da patogeni resistenti o multi-resistenti (MDR) rappresentano un potenziale serbatoio di tali germi qualora ricoverati in ospedali per acuti e che, viceversa, anziani accolti in RSA dopo una precedente ospedalizzazione possano essere colonizzati da patogeni MDR acquisiti in ambito ospedaliero. In Italia, le evidenze disponibili in letteratura circa la colonizzazione/infezione da germi MDR in ambito RSA sono spesso frammentarie e carenti. Soprattutto gli studi di colonizzazione riguardano molte volte un singolo patogeno, mentre è quanto mai necessario e urgente affrontare più complessivamente il problema della circolazione di ceppi MDR in questo particolare ambito d'assistenza, anche in relazione alla necessità di stimare gli eventuali fattori di rischio per la colonizzazione da MDR ai fini della prevenzione delle infezioni. Il progetto si propone di descrivere la circolazione tra anziani in RSA di alcuni patogeni MDR emergenti e rilevanti nell'ambito della salute pubblica. Inoltre il progetto prevede di eseguire un'analisi dei dati, ai fini dell'identificazione dei principali fattori di rischio correlati alla colonizzazione per specifici tipi di antibiotico resistenza.

Partner: ISS

Euro 367.400