



Ministero della Salute



Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

**RELAZIONE ATTIVITA' CCM
ANNO 2015**

*A cura di:
Sonia Mele
Daniele Paramatti
Pierluigi Rosi*

Sommario

INTRODUZIONE	3
• Le attività del CCM	3
• Gli organi collegiali	4
LA PROGRAMMAZIONE CCM E LE PROCEDURE	6
• I contenuti del programma CCM 2015	6
• Il finanziamento	8
• Gli Enti partner	8
• La gestione delle applicazioni al programma CCM	9
AREA PROGETTUALE- ITER DI VALUTAZIONE	12
• Valutazione	15
• Stratificazione per ID	21
• Stratificazione per Partner	21
AREA PROGETTUALE- PROGETTI FINANZIATI	23
AREA AZIONI CENTRALI	31
AREA AZIONI CENTRALI –PROGETTI FINANZIATI	33

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.

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, il collegamento con altre realtà istituzionali e con altre realtà analoghe europee ed internazionali, la 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.

Gli organi collegiali

Così come confermato dal citato 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 e di preparazione alle emergenze.

Con DM del 4 agosto 2014 e successive modifiche ed integrazioni, si è proceduto alla loro ricostituzione.

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 è 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; il Segretario Generale 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. Con DM 4 agosto 2014 e s.mi , è stata decretata la composizione che ad aprile 2015 risulta così costituita:

- Beatrice Lorenzin- Ministro della Salute, con funzioni di presidente;
- Luca Coletto - assessore alla Sanità della Regione Veneto, coordinatore degli assessori regionali alla sanità con funzioni di vicepresidente;
- Sergio Venturi - assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, designato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano;
- Luigi Marroni - assessore alla Sanità della Regione Toscana designato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano;
- Fabrizio Curcio - Dipartimento della Protezione civile;
- Ranieri Guerra- Direttore Generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, quale direttore operativo del CCM;
- Gianluca Schirinzi- Consigliere di Legazione, rappresentante dell'Unità di crisi del Ministero degli affari esteri, designato dal Ministro degli affari esteri;
- Gualtiero Ricciardi, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità;
- Roberta Siliquini, Presidente del Consiglio Superiore di Sanità.

Si precisa che nel corso dell'anno a seguito della modifica della Giunta della regione Toscana, l'ing. Marroni è stato sostituito dalla dott.ssa Stefania Saccardi ed in considerazione del

fatto che l'assessore Venturi è stato nominato nuovo coordinatore della Commissione salute (in sostituzione dell'assessore alla sanità della Regione Veneto), ed ha pertanto assunto di diritto le funzioni di vicepresidente del Comitato strategico, si è provveduto a richiedere alla Conferenza dei Presidenti delle regioni il nominativo di un ulteriore assessore alla sanità così da procedere all'aggiornamento della composizione del Comitato strategico.

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. L'attuale composizione del Comitato è:

- Dott. Ranieri Guerra- Direttore Generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, che lo presiede;
- Prof. Sergio Tiberti -Professore di ruolo presso la Facoltà di medicina e chirurgia dell'università degli Studi dell'Aquila- esperto designato dal Ministro della salute;
- Dott. Vittorio Miele-Dirigente medico radiologo Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma, esperto designato dal Ministro della salute;
- Dott. Stefano De Lillo - Medico specialista in cardiologia e medicina dello Sport, esperto designato dal Ministro della salute;
- Dott. Gianfranco Corgiat Loia - esperto della Regione Piemonte, designato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;
- Dott. Giuseppe Noto - esperto della Regione Siciliana, designato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;
- Dott.ssa Emanuela Balocchini - esperta della Regione Toscana, designata dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

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:

- predisporre la proposta di programma annuale di attività del CCM, unitamente al piano finanziario;
- formula proposte di progetti di attuazione del programma;
- predisporre la relazione sull'attività svolta nell'anno precedente;
- assicura il raccordo con le strutture regionali competenti, con un lavoro di rete, nel rispetto dei diversi modelli organizzativi delle Regioni e Province autonome e con i competenti uffici ministeriali;

- attiva sistemi di indagini rapide nazionali e collabora su richiesta delle Regioni per specifiche tematiche di salute;
- promuove la cooperazione e la collaborazione con organizzazioni europee ed internazionali;
- collabora alla costruzione di reti di sorveglianza ad hoc ed alla realizzazione dei programmi di formazione e ricerca;
- 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.

A partire dall'8 ottobre 2014 il direttore operativo è il dott. Ranieri Guerra.

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. L'iter tecnico ed amministrativo, necessario per l'approvazione ed attuazione del programma CCM 2015 è stato snellito rispetto agli anni 2009-2013, ispirandosi di fatto all'esperienza dello scorso anno, quando furono adottate importanti novità procedurali per una contingenza dei tempi.

Ciò ha consentito una maggiore semplificazione di tutto il processo, che può essere così schematizzato:

1. il Direttore operativo del CCM, definisce una proposta di programma nella quale vengono individuate aree di intervento e linee progettuali;
2. i Comitati esprimono parere sulla proposta del programma annuale di attività del CCM;
3. il programma annuale viene adottato con specifico decreto del Ministro;
4. il direttore operativo trasmette agli Enti partner (Regioni e P.A, ISS, ISPESL, INMP e AGENAS) e pubblicizza, tramite il sito ufficiale del CCM (www.ccm-network.it) e il sito istituzionale (<http://www.salute.gov.it/>), il programma di attività;
5. gli Enti partner manifestano il loro interesse all'applicazione del programma attraverso progetti esecutivi, elaborati secondo un formato standard;
6. i progetti esecutivi sono esaminati dal Comitato scientifico;
7. la Direzione Operativa informa, anche tramite posta elettronica, il Comitato strategico circa le risultanze della valutazione del Comitato scientifico.

Nello specifico con le sedute del 27 e 29 aprile, rispettivamente del Comitato scientifico e del Comitato strategico del CCM, è stato definito il programma CCM 2015, adottato poi con DM del 11 maggio 2015, registrato dalla Corte dei Conti in data 3 luglio 2015 al numero 3044.

I contenuti del programma CCM 2015

Detto programma, in analogia con i precedenti, risulta suddiviso in due ambiti operativi: area progettuale ed area azioni centrali.

In particolare nell'area progettuale, gli Enti partner sono stati invitati a sottoporre le proprie proposte di attuazione delle linee di intervento individuate dai Comitati. Anche per il programma 2015 accogliendo le indicazioni del comitato strategico si è ritenuto opportuno limitare il numero di linee progettuali, così da limitare anche il pericolo di un'eccessiva frammentazione degli interventi e favorire la realizzazione di macroprogetti. Le linee individuate (Tabella 1a) tengono conto delle

priorità di governo, risultano coerenti con le disposizioni del Piano Nazionale della Prevenzione, sono rilevanti per la sanità pubblica (anche in termini di numerosità e proporzione di popolazione potenzialmente beneficiaria) e presentano elementi, procedure e azioni la cui evidenza di efficacia possa far prevedere un impatto misurabile.

All'interno di questa area sono stati dunque identificati tre ambiti di intervento: le patologie trasmissibili, le patologie non trasmissibili e le azioni di sistema.

In particolare le malattie infettive o trasmissibili costituiscono da sempre un importante problema sanitario e sociale, e in tale ambito si è ritenuto opportuno confermare le linee progettuali sulle vaccinazioni e sulle zoonosi, già affrontate nel corso del programma 2014. Inoltre, anche alla luce delle ultime emergenze sanitarie, è risultato necessario supportare interventi per il contrasto ad alcune malattie virali quali epatiti, virus di importazione (Chikungunya, West Nile, etc..) e virus a bassa prevalenza.

Le malattie non trasmissibili rappresentano oggi il principale rischio per la salute e lo sviluppo umano; in tale area si è ribadito il sostegno ad azioni di prevenzione primaria e secondaria in ambito oncologico, ed è stata individuata un'ulteriore linea progettuale concernente le patologie croniche prevalenti (diabete, malattie respiratorie croniche, malattie reumatiche e osteoarticolari etc..). A completamento di tale ambito si è ritenuto opportuno, per l'impatto sulla sanità pubblica e per il rilievo sociale, inserire una linea progettuale sulle patologie da lavoro.

Nell'ambito delle azioni di sistema il programma 2015 ha sostenuto interventi di contrasto per le patologie legate all'ambiente e agli stili di vita. Inoltre, in considerazione della costante crescita globale del fenomeno migratorio e delle considerevoli implicazioni sociali e sanitarie è stata individuata una linea progettuale sulle migrazioni e le patologie connesse.

È stata poi proposta una linea progettuale dedicata agli interventi rivolti a soggetti in età vulnerabile e alle fragilità nonché al termine della vita, ed infine una linea a sostegno dei programmi di prevenzione e contrasto delle patologie orali.

Come impianto generale di programma si è tentato di valorizzare la lotta alle disuguaglianze di accesso e fruizione dei servizi. Il programma 2015 ha proposto, dunque, le seguenti aree ed ambiti:

1. patologie trasmissibili:
 - Vaccinazioni
 - Malattie virali con particolare riferimento a: epatiti, virus di importazione e virus a bassa prevalenza
 - Zoonosi di rilevanza umana
2. patologie non trasmissibili:
 - Patologie croniche prevalenti
 - Cancro (prevenzione primaria) e attività di prevenzione secondaria in ambito oncologico
 - Patologie del lavoro
3. azioni di sistema:
 - Patologie legate all'ambiente e agli stili di vita
 - Migrazioni e patologie connesse
 - Età vulnerabili, fragilità e termine della vita
 - Salute orale

Per quanto riguarda l'area delle azioni centrali (tabella 1b) si è ritenuto opportuno mantenere la suddivisione nei tre ambiti:

- Funzionamento

- Personale
- Attività

Tale area, funzionale alla pratica operatività del CCM, comprende ambiti di intervento direttamente gestiti dal Ministero. In particolare nell'area del funzionamento afferiscono le spese per le riunioni istituzionali e per l'eventuale acquisto di materiale di cancelleria, riviste, libri o di apparecchiature informatiche, finalizzate all'esecuzione delle azioni di programma. Sempre in tale ambito vengono garantite la gestione ed implementazione del sito CCM (<http://www.ccm-network.it>) e il servizio "1500" del Ministero della salute dedicato alle emergenze sanitarie.

Sotto la voce relativa al personale sono invece ricomprese le spese di missioni, il rimborso per il personale comandato da altre amministrazioni ed operante nel centro, nonché i corsi di formazione ed aggiornamento rivolti anche al personale degli uffici periferici (USMAF, SASN e PIF), direttamente coinvolti negli interventi volti ad affrontare le emergenze.

Infine, nell'area delle attività vengono ricondotti interventi, come detto, direttamente gestiti dal Ministero, che si traducono in accordi di collaborazione siglati per lo più con gli Enti centrali (ISS, INAIL, INMP, AGENAS) e volti alla realizzazione di progetti di sistema, aventi natura strategica non riconducibili alle linee dell'area progettuale.

Il finanziamento

Lo stanziamento complessivo per il 2015 del competente capitolo di bilancio, al netto delle variazioni di bilancio intervenute nel corso dell'esercizio finanziario ammonta ad € 9.663.521. Per quanto concerne la proposta di ripartizione dei finanziamenti per aree, accogliendo le indicazioni del Comitato strategico, è stato stanziato circa il 50% sull'Area Progettuale (4.831.761 milioni di euro) e il restante 50% sulle Azioni Centrali (4.831.760 milioni di euro).

È stato altresì stabilito che concluso l'iter di valutazione dei progetti esecutivi dell'area progettuale, esitante in una graduatoria finale, laddove la somma disponibile non fosse sufficiente a garantire almeno il 50% del finanziamento richiesto per la realizzazione del primo dei progetti esclusi, le somme disponibili verrebbero assegnate all'area delle Azioni centrali per concorrere all'attuazione delle proposte progettuali indicate in Tabella 1b, così da garantire l'efficacia e l'economicità dell'azione amministrativa.

Gli Enti partner

Per quanto concerne l'individuazione dei partner istituzionali, si specifica che il CCM è stato istituito al fine di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffuse, nonché al bioterrorismo. Il DM 18 settembre 2008, recante la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) specifica le attività che il CCM è chiamato a svolgere quali: 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; il collegamento con altre realtà istituzionali e con altre realtà analoghe europee ed internazionali e la diffusione delle informazioni.

Dette attività si traducono in progetti direttamente applicabili e trasferibili al territorio e che necessitano, pertanto, di un forte coordinamento tra il Ministero della salute e le Regioni, le quali costituzionalmente governano il Sistema sanitario nei propri ambiti territoriali, e che hanno la necessità di avere piena contezza degli interventi posti in essere sui propri territori, anche al fine di

evitare possibili duplicazioni. L'esperienza maturata nei primi anni di attività ha mostrato come per rispondere efficacemente al ruolo di organismo di coordinamento tra il Ministero e le Regioni, individuato dalla norma, sia opportuno creare una stretta sinergia con le Regioni e con gli Enti centrali, in modo in modo tale che il CCM possa effettivamente assicurare su tutto il territorio le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze. A partire dal programma 2009, si è pertanto ritenuto opportuno intensificare il rapporto Ministero e Regioni ed Enti centrali, coinvolgendo questi ultimi in un processo di selezione degli interventi. Ogni soggetto individuato dalla norma, può di fatto partecipare alla realizzazione dei progetti CCM come unità operativa, nel rispetto della normativa vigente, ma dietro avallo della Regione competente. Ciò ha consentito di ridurre la realizzazione di microprogetti e di attuare delle proposte che vedono il coinvolgimento di più Regioni che, attraverso un processo di networking, esportano in contesti differenti modelli prototipali, *evidence based* che possono in un futuro integrarsi nel sistema sanitario regionale e/o nazionale. Tale aspetto è molto importante ed è ciò che di fatto diversifica il CCM, rendendolo in qualche modo unico nel panorama sanitario, poiché il CCM è chiamato ad attuare progetti che non siano di ricerca ma modelli di intervento già sperimentati efficaci, basati su evidenze scientifiche.

Ciò in qualche modo circoscrive e seleziona naturalmente gli Enti che, anche come unità operative, partecipano ai progetti e conferma la necessità di individuare quali Enti partner quelle strutture sanitarie che hanno la possibilità di “controllare” il territorio e di tradurre in cornici istituzionali gli interventi realizzati, ovvero le Regioni e gli Enti centrali.

Pertanto gli Enti partner chiamati a presentare proposte di progetto sono Regioni e Province autonome, ISS, INAIL, INMP e AGENAS.

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. 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

Tabella 1a

AREA	AMBITO	LINEA PROGETTUALE	ID
AREA PROGETTUALE	PATOLOGIE TRASMISSIBILI	Vaccinazioni	1
		Malattie virali con particolare riferimento a: epatiti, virus di importazione e virus a bassa prevalenza	2
		Zoonosi di rilevanza umana	3
	PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI	Patologie croniche prevalenti	4
		Cancro (prevenzione primaria) e attività di prevenzione secondaria in ambito oncologico	5
		Patologie del lavoro	6
	AZIONI DI SISTEMA (miranti al superamento delle diseguglianze di salute per ciascuna delle linee progettuali elencate)	Patologie legate all'ambiente e agli stili di vita	7
		Migrazioni e patologie connesse	8
		Età vulnerabili, fragilità e termine della vita	9
		Salute orale	10
Totale finanziamento AREA PROGETTUALE 4.831.761			

Tabella 1b

AREA	AMBITO	VOCI
AREA AZIONI CENTRALI	FUNZIONAMENTO	riunioni istituzionali; acquisto materiale di cancelleria, riviste e libri
		acquisto apparecchiature e sistemi informatici (piattaforma web, sito CCM)
		servizio "1500" emergenze sanitarie e relativi dispositivi di sistema di allerta rapido
		servizio traduzione e stampa materiale informativo
	PERSONALE	Missioni*
		rimborso spese personale comandato;
		corsi di formazione ed aggiornamento; corsi di formazione ed aggiornamento per personale USMAF, SASN e PIF*. * Gli oneri relativi alle voci "missioni" e "corsi di formazione ed aggiornamento" e "corsi di formazione ed aggiornamento per personale USMAF, SASN e PIF" saranno contenuti nei limiti dei tetti di spesa previsti dalla normativa vigente.
	ATTIVITA'	Acquisizione di risorse per affrontare le emergenze, comprese l'implementazione, il mantenimento e la gestione del deposito nazionale antidoti per la risposta sanitaria ad offese di tipo chimico da atti di terrorismo e le attività di difesa civile nel settore NBCR;
		Attività di informazione istituzionale al personale del SSN, della CRI e degli USMAF/SASN; sostegno alla rete USMAF/SASN nonché informazione istituzionale espressamente destinate a promuovere e sostenere le attività del CCM, quali: pubblicazioni, incontri ed eventi formativi, seminari, etc..

AREA	AMBITO	VOCI
AREA AZIONI CENTRALI	ATTIVITA	Regolamenti di igiene abitativa
		Implementazione studio epidemiologico SENTIERI
		Valutazione economico-finanziaria della realizzazione del calendario della vita
		Studio di prevalenza nazionale mappatura antibiotico resistenza e procedure di contrasto
		Studio dei tipi di meningococco circolanti in Italia e cause di malattie, e della copertura offerta dal vaccino
		Indagini epidemiologiche su virus a bassa prevalenza, in particolare HTLV I-II (Epatite E, Parvovirus B19, Herpes virus, ecc...) nella popolazione italiana
		Sorveglianza nazionale delle infezioni correlate all'assistenza
		Formazione ed addestramento corpo ispettivo di Direzione (BPL, REACH, MOGM ...)
		Demenze
		Gioco d'azzardo patologico
		Studio nazionale fertilità
		Assistenza integrata anziano
		Sistema Sorveglianza/registro Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)
		Genomica in Sanità pubblica
		Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore
		Collaborazioni internazionali (joint action del Programma Salute 2014 e programmi strategici europei sull'Health Information)
		Sostegno alle azioni centrali del Piano nazionale della prevenzione
		Passi D'Argento
		Sorveglianza legionella
		Rete di laboratori per eliminazione Morbillo e Rosolia
		Interventi di prevenzione connessi all'impiego delle sostanze chimiche
		Studio su inchiostri per tatuaggi
		Sistemi di sorveglianza
<i>Totale finanziamento AZIONI CENTRALI</i>		4.831.760
Totale stanziamento		9.663.521

AREA PROGETTUALE- ITER DI VALUTAZIONE

Con nota 22440 del 08/07/2015, la Direzione generale della prevenzione ha trasmesso il programma CCM 2015 (approvato con DM del 11 maggio 2015) a tutti gli Enti partner, ovvero Regioni e Province autonome, ISS, INAIL, INMP ed AGENAS, invitandoli a sottoporre le proprie proposte sotto forma di progetti esecutivi entro il 10 agosto 2015.

In particolare ciascun Ente partner è stato chiamato a trasmettere al Direttore operativo del CCM un massimo di due proposte di progetto, redatte secondo uno specifico standard di progettazione, nell'ambito delle dieci linee di intervento identificate in tabella 1 del programma CCM 2015, senza alcuna limitazione alla scelta della/e linea/e progettuale.

Le proposte, dovevano inoltre prevedere:

1. il coinvolgimento di almeno tre Regioni, appartenenti alle tre differenti aree geografiche Nord, Centro Sud, così da assicurare una rappresentatività del territorio nazionale, in funzione della trasferibilità dei risultati;
2. un finanziamento non superiore ai 450.000 euro.

Relativamente al punto 1, si specifica che per la suddivisione geografica dell'Italia si è tenuto conto della definizione ISTAT, in base alla quale sono:

- REGIONI NORD: Valle D'Aosta – Piemonte – Liguria – Lombardia- Emilia Romagna – Veneto-Friuli Venezia Giulia-Trentino Alto Adige
- REGIONI CENTRO: Marche – Umbria – Toscana-Lazio
- REGIONI SUD: Abruzzo – Molise – Campania – Basilicata – Puglia – Calabria – Basilicata – Sicilia-Sardegna

Si rappresenta che i progetti esecutivi possono vedere il coinvolgimento, oltre che delle strutture del SSN e delle Regioni medesime, della Sanità militare, dell'Istituto superiore di sanità (ISS), dell'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP) e degli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZZSS), anche di Università ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico a carattere pubblico (IRCCS) e di ogni altro Ente pubblico il cui ruolo risulta pertinente alla progettualità prescelta.

Relativamente alle proposte ricevute si evidenzia che:

- Sono pervenute un totale di 48 proposte.
- Tutti gli Enti hanno presentato due progetti ad eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano e della Regione Autonoma Valle D'Aosta, che hanno presentato un solo progetto.
- Tutti gli ID del programma sono stati assicurati con almeno due progetti. In particolare come si evince dalla tabella 2, gli item più interessati sono stati il n.9 (AZIONI DI SISTEMA - Età vulnerabili, fragilità e termine della vita) e il n.4 (PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI - Patologie croniche prevalenti).
- Tutti gli Enti Partner sono presenti come unità operative in più progetti (Tabella 3).

Si precisa a tal riguardo che le Regioni e/o Province Autonome si ritengono coinvolte in un progetto, in qualità di Unità Operative, se è coinvolta una struttura afferente al proprio territorio (es: ASL, Aziende ospedaliere, IRCCS, Università, IZZSS, etc..).

Per quanto riguarda gli Istituti Zooprofilattici (IZS), si precisa che quasi tutti questi Istituti hanno una competenza interregionale. Pertanto, quando un progetto prevede come Unità Operativa un IZS, ai fini della ripartizione delle risorse economiche, le relative somme vengono attribuite interamente alla Regione in cui ha sede legale l'IZS in questione, ma si ritengono comunque coinvolte anche le altre Regioni di competenza dell'IZS (ad esempio, per l'IZS delle Venezie, le risorse economiche vengono attribuite alla Regione Veneto ma si ritengono coinvolte, isorisorse, anche le altre Regioni di competenza ovvero Friuli Venezia Giulia, PA Trento e PA Bolzano). Si segnala altresì che nel caso in cui il progetto preveda il coinvolgimento di associazioni e/o Onlus, le relative risorse finanziarie vengono attribuite alla Regione in cui ha sede legale l'associazione.

- Nessuna delle proposte era da considerarsi un progetto CCM in corso

In termini di finanziamento la somma totale dei 48 progetti è pari a € 19.476.390.

La disponibilità dell'area progettuale è pari a 4.831.761 euro.

Tabella.2

AREA	AMBITO	LINEA PROGETTUALE	ID	numero progetti su linea progettuale
AREA PROGETTUALE	PATOLOGIE TRASMISSIBILI	Vaccinazioni	1	3
		Malattie virali con particolare riferimento a: epatiti, virus di importazione e virus a bassa prevalenza	2	4
		Zoonosi di rilevanza umana	3	5
	PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI	Patologie croniche prevalenti	4	7
		Cancro (prevenzione primaria) e attività di prevenzione secondaria in ambito oncologico	5	3
		Patologie del lavoro	6	2
	AZIONI DI SISTEMA (miranti al superamento delle disuguaglianze di salute per ciascuna delle linee progettuali elencate)	Patologie legate all'ambiente e agli stili di vita	7	3
		Migrazioni e patologie connesse	8	2
		Età vulnerabili, fragilità e termine della vita	9	16
		Salute orale	10	3
TOTALE				48

Tabella 3

	NUMERO PROGETTI ESECUTIVI in qualità di Ente proponente	NUMERO PROGETTI ESECUTIVI in qualità di unità operativa
ABRUZZO	2	6
BASILICATA	2	5
CALABRIA	2	4
CAMPANIA	2	10
EMILIA ROMAGNA	2	17
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	14
LAZIO	2	25
LIGURIA	2	5
LOMBARDIA	2	23
MARCHE	2	13
MOLISE	2	4
PIEMONTE	2	12
PUGLIA	2	17
SARDEGNA	2	6
SICILIA	2	17
TOSCANA	2	28
UMBRIA	2	8
VALLE D'AOSTA	1	3
VENETO	2	13
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	1	6
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	2	7
AGENAS	2	4
INAIL	2	2
INMP	2	2
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'	2	20

Valutazione

Il giorno 03 settembre 2015 il Comitato scientifico permanente del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) si è riunito per procedere alla valutazione dei progetti presentati.

Tenuto conto del criterio di ammissibilità relativo alla dislocazione geografica risulta non ammissibile il progetto n. 15 proposto dalla Regione Friuli Venezia Giulia dal titolo “Sviluppo di un’ APP per una comunicazione domiciliare diretta tra medici e ragazzi oncologici rendendoli soggetti attivi nella gestione della loro malattia”, poiché non risulta rappresentato il Centro Italia.

Per ciascuno dei rimanenti 47 progetti, in analogia a quanto fatto lo scorso anno, ciascun componente ha espresso per ciascun progetto un voto complessivo, dato della somma dei singoli voti indicati per ogni criterio previsto nel bando (*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*). La somma dei suddetti voti è stata poi suddivisa per il numero dei votanti per ottenere il valore medio che ha determinato quindi il punteggio assegnato ad ogni singolo progetto.

Sulla base delle votazione è stata stilata la graduatoria finale (tabella 4), sulla base della quale, alla luce della disponibilità economica, risultano finanziabili 12 progetti esecutivi per un totale di euro €4.616.700. La differenza tra la disponibilità economica e tale importo (pari a 215.061 euro), non essendo sufficiente a garantire almeno il 50% del finanziamento richiesto per la realizzazione del primo dei progetti esclusi, è stata riassegnata all’area delle Azioni centrali, così da garantire l’efficacia e l’economicità dell’azione amministrativa.

Tabella 4

PROGRAMMA CCM 2015 – PROGETTI ESECUTIVI IN ORDINE DECRESCENTE DI PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE					
N	TITOLO	ENTE PARTNER	EURO	Num ID	PUNT. MEDIO
1	Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l’identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti	TOSCANA	€ 440.000	4	53,5
2	Ambiente e Salute nel PNP 2014-2018: rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione di impatto integrato sull’ambiente e salute, formazione e comunicazione (EpiAmbNet)	LAZIO	€ 450.000	7	49,9
3	Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d’iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico	EMILIA ROMAGNA	€ 449.000	4	49,0

PROGRAMMA CCM 2015 – PROGETTI ESECUTIVI IN ORDINE DECRESCENTE DI PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE

N	TITOLO	ENTE PARTNER	EURO	Num ID	PUNT. MEDIO
4	Intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità e paternità fragile da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie	EMILIA ROMAGNA	€ 211.200	9	47,0
5	Il modello One-Health per il contenimento delle resistenze microbiche di possibile origine zoonosica in sanità pubblica: sviluppo di un network medico-veterinario applicato alla prevenzione e controllo della circolazione di Escherichia. coli produttore di ESBL	FRIULI VENEZIA GIULIA	€ 450.000	3	45,0
6	Sperimentazione di un protocollo integrato comprendente modelli di valutazione della “paura del dentista” (dental fear/anxiety), l’applicazione di tecniche di intervento psicologico/farmacologico e di metodiche mini-invasive di prevenzione/trattamento della carie dentale al fine di aumentare la compliance all’utilizzo dei servizi odontoiatrici e l’efficacia dei trattamenti negli individui in età evolutiva.	UMBRIA	€ 294.000	10	45,0
7	La farmacia dei servizi per il controllo delle patologie croniche: sperimentazione e trasferimento di un modello di intervento di prevenzione sul diabete tipo 2.	PIEMONTE	€ 355.000	4	43,0
8	Vaccinazione anti-influenzale negli anziani. Come l'utilizzo degli indici di deprivazione, delle principali caratteristiche socio-economiche e dei bisogni informativi/formativi possono contribuire a migliorare le coperture vaccinali e di conseguenza a ridurre l'accesso al Dipartimento Ospedaliero d'Emergenza e Accettazione (DEA) e i ricoveri correlati all'influenza	LIGURIA	€ 449.500	1	42,1
9	Argento Attivo: vivere bene oltre i sessanta	PIEMONTE	€ 253.000	9	40,8
10	Promozione della sicurezza in età pediatrica secondo la vulnerabilità agli incidenti: sperimentazione di un modello educativo nelle scuole d'infanzia e primarie, basato sulle evidenze del soccorso pediatrico - SEPES (Sicurezza in Età Pediatrica Educazione a Scuola)	LIGURIA	€ 421.500	9	40,6
11	Azioni a sostegno del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita	MARCHE	€ 400.000	1	40,4
12	La valutazione del benessere mentale attraverso il miglioramento della comunicazione in oncologia e le conversazioni di fine vita	SICILIA	€ 443.500	9	40,2
			€ 4.616.700		

PROGRAMMA CCM 2015 – PROGETTI ESECUTIVI IN ORDINE DECRESCENTE DI PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE

N	TITOLO	ENTE PARTNER	EURO	Num ID	PUNT. MEDIO
13	“A scuola in salute”: un programma multimediale di promozione della salute mentale finalizzato alla prevenzione dei comportamenti antisociali e del bullismo nella scuola secondaria di primo grado.	TRENTO	€ 448.010	9	40,0
14	Messa a punto di approcci di population health management per implementare modelli di cura e gestione della multimorbilità in soggetti fragili in età vulnerabile	LOMBARDIA	€ 450.000	9	39,1
15	Malattie croniche e decadimento cognitivo: l'impatto della prevenzione e della diagnosi tempestiva nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari	PUGLIA	€ 450.000	9	39,0
16	Integrazione delle Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva con i Livelli essenziali di assistenza odontoiatrici: sperimentazione e implementazione di un modello organizzativo, sulla scorta dell'esperienza della Provincia autonoma di Trento.	TRENTO	€ 426.000	10	38,6
17	Ruolo zoonosico di Escherichia coli: sviluppo di reti regionali integrate medico-veterinarie di epidemio-sorveglianza per la sindrome emolitico-uremica associata a infezioni da E.coli verocitotossina-produttore (VTEC) e alle infezioni extraintestinali da ceppi produttori di beta lattamasi a spettro esteso (ESBL).	LOMBARDIA	€ 450.000	3	37,7
18	Epatite E autoctona, una zoonosi emergente in Italia: identificazione dei fattori di rischio attraverso la creazione di un database genetico di isolati umani, animali, alimentari e ambientali.	SICILIA	€ 443.000	3	37,3
19	Trasparenza e qualità dell'assistenza per la riduzione delle disuguaglianze di salute e la prevenzione dell'abuso nei Servizi per gli anziani non autosufficienti	BASILICATA	€ 440.000	9	37,3
20	Promozione precoce dei corretti stili di vita in età prescolare: implementazione sperimentale dell'intervento europeo Toybox	ABRUZZO	€ 345.000	4	36,9
21	Valutazione dell'offerta del test prenatale non invasivo per la determinazione del rischio di aneuploidie fetali nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale	SARDEGNA	€ 450.000	9	36,6

**PROGRAMMA CCM 2015 – PROGETTI ESECUTIVI IN ORDINE DECRESCENTE DI
PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE**

N	TITOLO	ENTE PARTNER	EURO	Num ID	PUNT. MEDIO
22	L'individuazione precoce della comorbilità psichiatrica nei bambini con Disturbo specifico di apprendimento (DSA): programma di intervento per la prevenzione secondaria nei Disturbi del neurosviluppo e nei Disturbi d'ansia in età scolare	ABRUZZO	€ 350.000	9	35,6
23	PROMETEO: PROMozione Modelli Evidence-based per la TEMpestività della diagnosi Oncologica	AGENAS	€ 450.000	5	35,5
24	Tutela dello stato di salute orale e sistemico della popolazione italiana: prevenzione primaria di cronicità in soggetti affetti da parodontite (periosyst)	TOSCANA	€ 446.000	10	34,3
25	Epidemiologia molecolare delle infezioni gastroenteriche virali acquisite in comunità e associate all'assistenza sanitaria	BOLZANO	€ 320.000	2	32,9
26	"Creazione della rete nazionale dei laboratori che effettuano analisi delle fibre di amianto nei tessuti e fluidi biologici: standardizzazione della preparazione dei campioni e dei metodi di analisi per un'offerta qualificata del servizio alla popolazione esposta."	LAZIO	€ 450.000	6	32,1
27	Prevenzione primaria delle malformazioni congenite e di altri esiti avversi della gravidanza: riduzione dei fattori di rischio correlati agli stili di vita, all'alimentazione e all'esposizione a sostanze chimiche nell'ambiente di vita (PREPARA)	ISS	€ 396.800	7	31,3
28	SIMPA - Strumenti Innovativi di Medicina Pro-Attiva per la prevenzione e cura di patologie croniche prevalenti: progettazione, sperimentazione e valutazione	AGENAS	€ 450.000	4	31,0
29	Sviluppo ed implementazione di un registro nazionale di fragilità nella popolazione italiana ultrasessantacinquenne	CALABRIA	€ 443.000	9	30,6
30	Monitoraggio della circolazione del poliovirus e attivazione di strategie per la profilassi delle malattie infettive nella popolazione dei migranti di recente arrivo sul territorio italiano in condizioni di emergenza	VENETO	€ 425.400	8	30,3
31	Disuguaglianze di salute nei primi anni di vita: sperimentazione delle linee guida UNICEF di visite domiciliari per la promozione della salute di bambini nelle famiglie più vulnerabili	INMP	€ 446.500	9	28,9
32	La prevenzione dei suicidi in carcere e dopo scarcerazione. Un approccio integrato	MARCHE	€ 400.000	9	27,6
33	"I campanili della salute": un programma di informazione e prevenzione dell'ictus cerebrale sul territorio	MOLISE	€ 389.950	4	26,7

PROGRAMMA CCM 2015 – PROGETTI ESECUTIVI IN ORDINE DECRESCENTE DI PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE

N	TITOLO	ENTE PARTNER	EURO	Num ID	PUNT. MEDIO
34	Prevalenza di HTLV I-II in popolazioni migranti in Italia provenienti da regioni geografiche ad alto rischio di infezione	INMP	€ 428.100	2	26,6
35	ProgEtto per la Rilevazione di Cure e di Organizzazione dei servizi Regionali riguardanti le perSone in stato vegetativo e stato di minima cOscienza. Progetto “PERCORSO”	UMBRIA	€ 442.200	9	26,4
36	Epatite E: monitoraggio e valutazione della situazione epidemiologica per l’individuazione di fattori determinanti nella trasmissione della malattia tra popolazioni animali e lavoratori esposti al rischio	INAIL	€ 350.000	2	26,0
37	SENOSANO - La prevenzione primaria e secondaria del carcinoma mammario in età prescreening. Facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari di gruppi identificati di donne che non beneficiano per fascia d'età (18-49 anni) di programmi di screening	CAMPANIA	€ 250.000	5	25,6
38	Stima della prevalenza delle epatiti virali C e B nella popolazione generale italiana	PUGLIA	€ 450.000	2	25,6
39	Estensione di un programma di screening e intervento precoce per il rischio di depressione post partum, rivolto a donne straniere e a popolazioni con bassa adesione in generale ai programmi di screening	MOLISE	€ 389.130	8	23,6
40	Modello integrato multi-disciplinare per l'estensione della vaccinazione anti-HPV nella popolazione (sia generale che "vulnerabile") e sorveglianza (Programma VIPS, Vaccine Implementation for Papillomavirus and Surveillance)	CALABRIA	€ 439.000	1	22,1
41	Sviluppo di un modello per la sorveglianza epidemiologica delle virosi emergenti nelle colonie di chiroteri in Italia e valutazione del rischio sanitario per l'uomo	BASILICATA	€ 416.000	3	21,7
42	Invecchiamento attivo e prevenzione delle malattie cronico-degenerative attraverso strategie per una corretta alimentazione al lavoro	INAIL	€ 430.000	6	21,6
43	Interventi sul controllo del peso e di promozione della salute all'interno dei programmi di screening coloretale nei soggetti sottoposti ad asportazione endoscopica di polipi a rischio intermedio o alto o di carcinoma pT1	VEN	€ 232.500	5	21,0
44	Rabbia e anisakiasi: prevenzione, formazione e procedure operative	VALLE D'AOSTA	€ 450.000	3	20,6

PROGRAMMA CCM 2015 – PROGETTI ESECUTIVI IN ORDINE DECRESCENTE DI PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE

N	TITOLO	ENTE PARTNER	EURO	Num ID	PUNT. MEDIO
45	Integrazione tra fonti informative per il monitoraggio dell'appropriatezza degli interventi e la valutazione del loro impatto nella pratica clinica corrente	SARDEGNA	€ 444.500	4	20,6
46	Prevalenza e carico di malattia dell'infezione da HCV nella popolazione generale italiana: primo passo per pianificare efficacemente la terapia con i nuovi antivirali	ISS	€ 450.000	9	20,4
47	Valutazione della funzione riproduttiva maschile di giovani adulti a differente rischio di esposizione ambientale e proposta di un modello di prevenzione basato su modifiche dello stile di vita (FAST, Fertilità Ambiente Stili di vita)	CAMPANIA	€ 449.000	7	19,4
48	Sviluppo di un'APP per una comunicazione domiciliare diretta tra medici e ragazzi oncologici rendendoli soggetti attivi nella gestione della loro malattia	FRIULI VENEZIA GIULIA	€ 369.600	9	NA

Stratificazione per ID

Raggruppando i 12 progetti finanziabili per ID (tabella 5), si osserva che non tutte le dieci linee progettuali identificate nel programma prevedono la realizzazione di progetti.

In particolare non risultano proposte attuative nelle linee:

ID 2: Malattie virali con particolare riferimento a: epatiti, virus di importazione e virus a bassa prevalenza

ID 5: Cancro (prevenzione primaria) e attività di prevenzione secondaria in ambito oncologico

ID 6: Patologie del lavoro

ID 8: Migrazioni e patologie connesse

Tabella 5

AREA	AMBITO	LINEA PROGETTUALE	ID	Progetti finanziati
AREA PROGETTUALE	PATOLOGIE TRASMISSIBILI	Vaccinazioni	1	2
		Malattie virali con particolare riferimento a: epatiti, virus di importazione e virus a bassa prevalenza	2	0
		Zoonosi di rilevanza umana	3	1
	PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI	Patologie croniche prevalenti	4	3
		Cancro (prevenzione primaria) e attività di prevenzione secondaria in ambito oncologico	5	0
		Patologie del lavoro	6	0
	AZIONI DI SISTEMA (miranti al superamento delle diseguglianze di salute per ciascuna delle linee progettuali elencate)	Patologie legate all'ambiente e agli stili di vita	7	1
		Migrazioni e patologie connesse	8	0
		Età vulnerabili, fragilità e termine della vita	9	4
		Salute orale	10	1
TOTALE				12

Stratificazione per Partner

Raggruppando i 12 progetti finanziabili per Ente partner (tabella 6) si osserva che non tutti gli Enti partner hanno progetti finanziati.

Su 25 Enti partner, infatti, 9 Regioni (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Sicilia, Toscana, Umbria,) hanno progetti finanziati.

Tuttavia considerando anche l'Ente in qualità di unità operativa, (Grafico 2 e tabella 9) si osserva che quasi tutti gli Enti partner, partecipano alla realizzazione di uno più progetti.

In particolare gli unici Enti partner che non risultano coinvolti né in qualità di Ente proponente, che in qualità di unità operativa sono: Calabria, Molise, INAIL e INMP.

Gli Enti che hanno più progetti finanziati sono la Regione Emilia Romagna, la Regione Liguria e la Regione Piemonte con due progetti, seguono gli altri con un progetto finanziabile.

Tabella 6

	progetti finanziati in qualità di Ente proponente	importo	progetti finanziati in qualità di unità operativa ¹	importo
ABRUZZO	-	-	1	€ 90.000
BASILICATA	-	-	1	€ 36.000
CALABRIA	-	-	-	-
CAMPANIA	-	-	1	-
EMILIA ROMAGNA	2	€ 660.200	6	€ 672.500
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	€ 450.000	3	€ 145.000
LAZIO	1	€ 450.000	7	€ 480.000
LIGURIA	2	€ 871.000	3	€ 315.500
LOMBARDIA	-	-	2	€ 160.000
MARCHE	1	€ 400.000	5	€ 216.000
MOLISE	-	-	-	-
PIEMONTE	2	608.000	4	€ 467.000
PUGLIA	-	-	5	€ 225.500
SARDEGNA	-	-	3	€ 158.000
SICILIA	1	€ 443.500	6	€ 273.500
TOSCANA	1	€ 440.000	8	€ 458.500
UMBRIA	1	€ 294.000	3	€ 209.000
VALLE D'AOSTA	-	-	1	€ 15.000
VENETO	-	-	4	€ 306.500
PROV. AUT. BOLZANO	-	-	1	-
PROV. AUT. TRENTO	-	-	1	€ 38.000
AGENAS	-	-	1	€ 44.000
INAIL	-	-	-	-
INMP	-	-	-	-
ISS	-	-	5	€ 306.700
totale	12	€ 4.616.700	-	€ 4.616.700

¹per ogni Ente, il numero di progetti finanziati in qualità di unità operativa, include anche il numero di progetti finanziati in qualità di Ente proponente

AREA PROGETTUALE- PROGETTI FINANZIATI

Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti

Ad oggi gran parte delle risorse sanitarie sono assorbite dai cosiddetti pazienti complessi ovvero dagli assistiti anziani ad alto rischio di ospedalizzazione con bisogni molteplici per più condizioni croniche spesso suscettibili di cure al livello territoriale.

Il fenomeno della multimorbilità è in continua crescita essendo legato all'invecchiamento della popolazione ed è associato a un'alta mortalità, ad un ridotto stato funzionale dei pazienti e ad un aumento nell'uso dei servizi sanitari. Relativamente a tale fenomeno i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare nuove sfide poiché se da un lato i bisogni di salute della popolazione stanno aumentando dall'altra parte le risorse disponibili, a seguito della crisi economica, si stanno progressivamente riducendo ed inoltre ad oggi i sistemisanitari sono strutturati in larga parte per rispondere alle singole patologie più che alle condizioni di compresenza di più patologie in uno stesso individuo. Appare pertanto opportuno attuare dei programmi, come quelli di *care management*, rivolti a soddisfare i bisogni dei pazienti affetti da più condizioni croniche, in particolare di quelli ad alto rischio di eventi avversi e ad alto consumo di servizi, al fine migliorare la qualità delle cure, guadagnare salute e ridurre i costi sanitari. Si tratta di progettualità che prevedono, in primis l'identificazione degli assistiti a più alto rischio di ospedalizzazione utilizzando dati amministrativi e successivamente la loro presa in carico a livello territoriale da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari. Il progetto si propone dunque di dare supporto all'attivazione e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico a livello territoriale del paziente complesso basandosi in particolare sull'esperienza acquisita dalla regione Toscana, che mediante il lavoro dell'Agenzia Regionale di Sanità, garantisce il supporto all'utilizzo di metodologie consolidate di monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici attraverso i dati amministrativi forniti dai sistemi informativi sanitari

ID: 4 PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI - Patologie croniche prevalenti

ENTE PARTNER: Regione Toscana

COSTO: 440.000 euro

Ambiente e Salute nel PNP 2014-2018: rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione di impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione (EpiAmbNet)

La strategia Europea Salute 2020 indica i rischi ambientali tra i principali determinanti dello stato di salute della popolazione, infatti numerose condizioni morbose sono legate ad esposizioni ambientali quali l'inquinamento atmosferico, le conseguenze del cambiamento climatico, il rumore urbano, la residenza in aree contaminate. Questi fattori interagiscono, spesso in modo sinergico, con i determinanti sociali della salute e con gli stili di vita, pertanto l'integrazione delle attività tra il settore ambientale e quello sanitario è di importanza fondamentale per proteggere la salute dai rischi derivanti dalla contaminazione ambientale e per garantire luoghi abitativi e di lavoro che tutelino la salute dei residenti e dei lavoratori. In Italia numerosi strumenti quali i sistemi informativi sanitari, i registri morte, i registri tumori e mesoteliomi, i sistemi di sorveglianza nazionale, gli studi di coorte, consentono di avere il monitoraggio degli effetti sulla salute dell'esposizione a diverse fonti di

inquinanti, con una particolare attenzione alle possibili diseguaglianze di genere e sociali di tali effetti. Non si può ignorare tuttavia che sui temi ambiente e salute si registrino ancora numerosi aspetti critici con particolare riferimento all'attribuzione delle competenze soprattutto tra strutture ARPA e SSN, alla formazione generale e alle differenze inter-regionali. Con questo progetto si intende rafforzare il contributo della epidemiologia sul tema Ambiente e Salute secondo le linee indicate dal nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, attraverso il coinvolgimento e lavoro congiunto delle strutture ambientali e sanitarie. Al fine di dare supporto alle Regioni per lo sviluppo dell'obiettivo 8 del Piano sarà costituita una rete nazionale di epidemiologia ambientale e comunicazione del rischio, verrà dato supporto alla valutazione integrata di impatto ambientale e sanitario e alla formazione in epidemiologia ambientale, ciò consentirà di rispondere alle aree del PNP sulle quali è opportuna e necessaria un'attività coordinata a guida centrale di tutte le Regioni.

ID: 7 AZIONI DI SISTEMA - Patologie legate all'ambiente e agli stili di vita

ENTE PARTNER: Regione Lazio

COSTO: 450.000 euro

Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel *counseling* motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening

Oncologico

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il fumo di sigaretta, la sedentarietà, il sovrappeso-obesità e il consumo problematico di alcol, costituiscono i principali fattori di rischio per l'insorgenza della maggior parte delle malattie croniche più frequenti in Italia (problemi cardiovascolari, neoplasie, ipertensione, sindrome metabolica, diabete). Risulta pertanto necessario adottare delle strategie che consentano di modificare degli stili di vita a rischio, e secondo la letteratura scientifica l'intervento motivazionale risulta essere molto efficace e in grado di apportare dei cambiamenti considerevoli. Sebbene la maggior parte degli interventi sia ancora prevalentemente legata a campagne informative rivolte alla popolazione generale e a programmi rivolti a setting specifici quali la scuola e i luoghi di lavoro, è sempre più evidente il ruolo peculiare degli operatori del SSN, in grado di influenzare i comportamenti individuali e l'adesione a percorsi preventivi- diagnostico-terapeutici. Sono pertanto da rinforzare le competenze degli operatori per aumentare l'incisività delle azioni, le abilità nel cogliere tutte le opportunità assistenziali per favorire interventi di promozione della salute strutturati con modalità di rete e orientati ad ottenere il massimo della diffusione con il minimo dispendio di risorse. Sulla base di tali considerazioni il progetto si propone l'applicazione di minimal advice, intervento motivazionale breve e supporto motivazionale a distanza da parte di operatori sanitari in rete, nei luoghi di lavoro, nei setting di screening oncologico e nell'ambito della medicina di gruppo/Case per la Salute, finalizzati a potenziare l'efficacia delle azioni di sostegno al cambiamento di abitudini non salutari dei cittadini legate a fumo, alimentazione, sedentarietà e alcol per il contrasto delle patologie croniche non trasmissibili.

ID: 4 PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI - Patologie croniche prevalenti

ENTE PARTNER: Regione Emilia Romagna

COSTO: 449.000 euro

Intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità e paternità fragile da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie

La gravidanza e il periodo che va dalla nascita al primo anno di vita del bambino sono due dei momenti emotivamente più importanti nella vita di una donna. In tali fasi della vita infatti è noto che i disturbi mentali siano frequenti, sia come esordi che come episodi ricorrenti di disturbi già manifestati in passato e i più comuni sono i disturbi d'ansia e quelli depressivi. I disturbi mentali più gravi con esordio o riacutizzazione in gravidanza e nel periodo postnatale, fra i quali il disturbo bipolare e quello depressivo grave con sintomi psicotici, sono invece più rari e assai meno studiati rispetto a quelli più comuni e riguardano una popolazione di donne con particolari caratteristiche di fragilità, che spesso non viene adeguatamente intercettata e presa in carico dai servizi sanitari. Diversamente da quanto avviene per i disturbi mentali comuni, il rischio di sviluppare un disturbo mentale grave è basso in gravidanza, ma aumenta notevolmente dopo il parto specialmente nei primi tre mesi, poiché il parto è un potente trigger di mania e psicosi, e il verificarsi di episodi di malattia in questa delicata fase della vita è causa di morbosità grave e mortalità materna per suicidio. Obiettivo generale del progetto è dunque quello di promuovere l'attenzione al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto per il precoce riconoscimento e la presa in carico della maternità e della paternità fragile da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie attraverso l'identificazione del profilo clinico delle donne a rischio di suicidio in epoca perinatale, l'individuazione di buone pratiche, la definizione di un protocollo di intervento condiviso da tutti gli stakeholders e di un piano di formazione da rivolgere ai professionisti della rete costituita dall'area materno-infantile e dall'area della salute mentale - nel setting ospedaliero e territoriale - e dalle cure primarie comprensive dei servizi sociali.

ID: 9 AZIONI DI SISTEMA - Età vulnerabili, fragilità e termine della vita

ENTE PARTNER: Regione Emilia Romagna

COSTO: 211.200 euro

Il modello One-Health per il contenimento delle resistenze microbiche di possibile origine zoonosica in sanità pubblica: sviluppo di un network medico-veterinario applicato alla prevenzione e controllo della circolazione di *Escherichia. coli* produttore di ESBL

La resistenza agli antimicrobici (AMR) è un tema identificato come prioritario sia a livello mondiale che europeo. I geni che conferiscono resistenza agli antimicrobici (AMR) possono trasferirsi orizzontalmente tra specie batteriche diverse, inoltre, gli animali allevati in modo industriale per la produzione di alimenti rappresentano un reservoir primario di patogeni zoonosici, in grado di causare infezioni enteriche nell'uomo, ma anche un reservoir di microrganismi non necessariamente patogeni ma resistenti agli antimicrobici e che attraverso la catena alimentare o il contatto diretto può contribuire alla diffusione o al mantenimento dell'AMR in ambito umano. I dati di sorveglianza di AMR in isolati umani in Europa indicano in particolare un incremento generale della diffusione di ceppi di *E.coli* ESBL produttori, frequentemente portatori di multi-resistenza (MDR) con un trend crescente e significativo in molti Paesi, inclusa l'Italia. Particolare allarme suscita il costante incremento della quota d'infezioni extraintestinali (urinarie e sepsi) da *E.coli* associate al clone MDR ST131, caratterizzato dalla resistenza a fluorochinoloni e produzione di ESBL nonché dalla resistenza ad altri antibiotici che contribuirà nel breve-medio termine alla progressiva limitazione delle possibilità terapeutiche basate sugli antimicrobici. In questo scenario, le misure di controllo per limitare la resistenza agli antimicrobici richiedono l'adozione di un approccio integrato che coinvolga tutte le componenti di sanità pubblica: medica, veterinaria, farmaceutica. Il progetto intende dunque affrontare in modo integrato, attraverso una strategia One Health, partendo dalle zoonosi, il tema della prevenzione e controllo della circolazione dei microrganismi AMR sviluppando e testando modalità condivise di comunicazione e di azione fra le organizzazioni ed i professionisti coinvolti nella tutela della salute pubblica, in ambito veterinario e

umano per mettere a punto modelli di intervento , armonizzare le strategie operative, favorire la trasmissione strutturata delle informazioni, valorizzare le specifiche competenze delle diverse discipline.

ID: 3 PATOLOGIE TRASMISSIBILI - Zoonosi di rilevanza umana

ENTE PARTNER: Regione Friuli Venezia Giulia

COSTO: 494.500 euro

Sperimentazione di un protocollo integrato comprendente modelli di valutazione della “paura del dentista” (dental fear/anxiety), l’applicazione di tecniche di intervento psicologico/farmacologico e di metodiche mini-invasive di prevenzione/trattamento della carie dentale al fine di aumentare la compliance all’utilizzo dei servizi odontoiatrici e l’efficacia dei trattamenti negli individui in età evolutiva.

La paura del dentista (dental fear/anxiety) è una condizione psicologica che consiste nella percezione che “qualcosa di negativo” possa accadere durante le sedute odontoiatriche comportando così una ridotta *compliance* al trattamento e quindi una ridotta efficacia dello stesso. Le manifestazioni della paura/ansia possono variare, nei diversi soggetti, dalla preoccupazione fino alla vera e propria fobia caratterizzata da anticipazione, irritabilità, segni e sintomi tipici della crisi ansiose fino all’evitamento. La paura del dentista è un fenomeno presente ad ogni età, in particolare infantile-adolescenziale, e considerato che la principale e più precoce motivazione di accesso ai servizi odontoiatrici, da parte dei bambini, è legata alla prevenzione/trattamento della carie e che la carie del bambino è poi il principale fattore di rischio della carie nell’adulto risulta fondamentale mettere in atto tutte le tecniche psicologiche e i trattamenti mini-invasivi della carie per contrastare la paura del dentista. La salute orale dipende fortemente, sia in termini di prevenzione che di trattamento, da un buon rapporto con il dentista instaurato fin dall’età infantile, poiché la rinuncia al trattamento comporta un maggiore deterioramento e la necessità di intervenire poi con terapie sempre più invasive e quindi più ansiogene con un globale peggioramento della qualità di vita di questi individui. In sintesi l’implementazione di idonee strategie atte a contrastare la paura del dentista, in particolare nella prevenzione/trattamento della carie in età pediatrica, costituisce un enorme investimento in termini di miglioramento della salute orale complessiva sia del bambino che dell’adulto. Il progetto si propone dunque la definizione ed implementazione di un protocollo integrato per la prevenzione e gestione della paura (dental fear/anxiety), legata alla prestazione odontostomatologica nella popolazione in età evolutiva.

ID: 10 AZIONI DI SISTEMA - Salute orale

ENTE PARTNER: Regione Umbria

COSTO: 294.000 euro

La farmacia dei servizi per il controllo delle patologie croniche: sperimentazione e trasferimento di un modello di intervento di prevenzione sul diabete tipo 2.

Il diabete è considerato una malattia sociale per la sua alta prevalenza nella popolazione, in particolare in Italia la prevalenza di diabete noto è del 4,9%., a questi dati bisogna poi aggiungere la quota di pazienti con diabete misconosciuto, legata al fatto che il diabete può decorrere per anni in modo asintomatico. In Italia si stima che sia di circa un milione il numero di diabetici “inconsapevoli” e pertanto la diagnosi precoce in questi soggetti consentirebbe di iniziare la terapia in termini d’informazione, intervento sullo stile di vita e farmaci, contenendo quindi lo sviluppo delle complicanze. Tuttavia l’esplosione della spesa ospedaliera e l’invecchiamento della popolazione impongono sempre più di spostare la cura delle patologie croniche dall’ospedale al territorio e di individuare precocemente i soggetti a rischio aumentato di malattie croniche o i

soggetti già affetti, ma misconosciuti, in modo da garantirne la presa in carico da parte del Servizio Sanitario. La farmacia può certamente considerarsi un “contesto sanitario opportunistico” e il farmacista, in coerenza con quanto previsto dal DL 3/10/2009 nel suo più ampio ruolo di professionista sanitario in grado di offrire consulenza, competenza, consigli, salute e professionalità, si pone come partner ideale del medico specialista e del medico di medicina generale per la gestione del paziente cronico, nel rispetto delle rispettive competenze e professionalità. Il progetto si propone di verificare la fattibilità, la trasferibilità e l'efficacia di un modello di intervento per il controllo del diabete, centrato sulla farmacia dei servizi. In particolare verranno avviati due percorsi paralleli uno rivolto alle persone con diabete tipo 2 noto, arruolate quando si presentano in farmacia con ricetta per farmaci antidiabetici, per la valutazione di aderenza alle terapie e alle linee guida per la gestione della malattia e l'altro rivolto agli utenti adulti della farmacia con evidente stato di sovrappeso, pertanto a rischio di sviluppare il diabete, ai quali si proporrà invece un questionario internazionalmente validato per misurare l'indice di rischio; al fine di discriminare soggetti a basso rischio da soggetti ad alto rischio.

ID: 4 PATOLOGIE NON TRASMISSIBILI - Patologie croniche prevalenti

ENTE PARTNER: Regione Piemonte

COSTO: 355.000euro

Vaccinazione anti-influenzale negli anziani. Come l'utilizzo degli indici di deprivazione, delle principali caratteristiche socio-economiche e dei bisogni informativi/formativi possono contribuire a migliorare le coperture vaccinali e di conseguenza a ridurre l'accesso al Dipartimento Ospedaliero d'Emergenza e Accettazione (DEA) e i ricoveri correlati all'influenza.

Le infezioni da virus influenzali provocano ogni anno un importante impatto epidemiologico, sociale ed economico nei Paesi industrializzati. In Italia si calcola che ogni anno siano colpiti da sindrome influenzale da 5 a 8 milioni di soggetti con una stima di circa 8.000 morti, e risultano a più elevato rischio di infezione e, di conseguenza, di ospedalizzazione e decesso, i soggetti di età superiore ai 65 anni con condizioni cliniche croniche di base. Il vaccino influenzale costituisce ad oggi lo strumento più efficace per evitare la malattia influenzale e per ridurre i rischi ad essa correlati. In Italia la vaccinazione è offerta attivamente e gratuitamente a tutti i soggetti a partire dal compimento del sessantacinquesimo anno di età così come previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale. Malgrado questa opportunità di prevenzione, la percentuale dei soggetti vaccinati tra gli ultrasessantacinquenni è in calo, e non è conforme alla soglia minima e auspicabile del 75%. Il calo delle coperture vaccinali determina, durante il picco epidemico invernale, un preoccupante aumento degli accessi al Dipartimento Ospedaliero d'Emergenza e Accettazione (DEA) e dei ricoveri per complicanze respiratorie negli anziani che si traducono anche in problematiche gestionali e organizzative e un aumento di costi sanitari diretti. Appare pertanto opportuno capire le motivazioni di questo calo al fine di attuare strategie che consentano di aumentare l'adesione alle campagne di vaccinazioni. Recenti studi hanno mostrato l'esistenza di una correlazione tra le disuguaglianze e le basse coperture di vaccinazione per le fasce a rischio come gli anziani, approfondendo il ruolo dello status socio-economico (SES). L'obiettivo generale del progetto è quello di proporre una strategia di promozione della vaccinazione influenzale che tenga conto degli indici di deprivazione, delle principali caratteristiche socio-economiche e dei bisogni informativi/formativi della popolazione anziana al fine di aumentare la copertura vaccinale.

ID: 1 PATOLOGIE TRASMISSIBILI - Vaccinazioni

ENTE PARTNER: Regione Liguria

COSTO: 449.500 euro

Argento Attivo: vivere bene oltre i sessanta

L'invecchiamento della popolazione è una questione cruciale in Italia, infatti il declino del tasso di natalità e l'allungamento della vita hanno modificato la composizione demografica e gli anziani (65 anni e oltre) rappresentano il 21,7%, con un andamento crescente. Aumentano non solo gli anziani, ma anche i cosiddetti "grandi vecchi" (80 anni e oltre), che crescono ogni anno di un punto decimale e rappresentano attualmente il 6,5% della popolazione. L'età anziana risulta quindi una realtà complessa e variegata che va dagli anziani attivi e in salute agli anziani non autosufficienti. In generale si può affermare che quella degli anziani è una delle categorie più colpite dalla povertà e più esposte a fenomeni di esclusione sociale, isolamento e abbandono; la loro qualità di vita resta bassa, le malattie cronico-degenerative e invalidanti sono in crescita, la rarefazione delle relazioni familiari, sociali e tra pari è un dato che rimane costante. La contrazione del sistema di welfare e le politiche volte al contenimento della spesa pensionistica e sanitaria hanno inoltre un forte impatto sugli anziani. La sperimentazione di interventi innovativi per gli anziani è dunque ineludibile per aumentare la salute e il benessere individuale e collettivo e contribuire alla sostenibilità e all'efficienza del sistema sanitario e di welfare. L'obiettivo è quello di incentivare e rafforzare le reti e il sostegno informali, la cittadinanza attiva e l'empowerment individuale e collettivo degli anziani e di chi si prende cura di loro. Obiettivo generale del progetto è dunque quello di promuovere la salute e il benessere psico-sociale degli anziani che vivono presso il proprio domicilio e in condizione di totale o parziale autosufficienza e migliorare la qualità dell'assistenza degli anziani assistiti a domicilio da un caregiver attraverso la realizzazione di percorsi di cittadinanza attiva per gli anziani "attivi" e percorsi di formazione, sensibilizzazione ed empowerment dei caregiver,

ID: 9 AZIONI DI SISTEMA - Età vulnerabili, fragilità e termine della vita

ENTE PARTNER: Regione Piemonte

COSTO: 253.000euro

Promozione della sicurezza in età pediatrica secondo la vulnerabilità agli incidenti: sperimentazione di un modello educativo nelle scuole d'infanzia e primarie, basato sulle evidenze del soccorso pediatrico- SEPES (Sicurezza in Età Pediatrica Educazione a Scuola)

Gli incidenti rappresentano in Italia e nei Paesi industrializzati un problema assai rilevante per le conseguenze sanitarie, specialmente tra i bambini, visto che i recenti dati indicano che nell'Unione Europea essi rappresentano la prima causa di morte in età pediatrica. In particolare gli incidenti stradali, gli annegamenti, la violenza e abbandono, la caduta dall'alto e le ustioni rappresentano in Europa i due terzi di tutti gli incidenti fatali sino ai 14 anni di età. In Italia il trauma rappresenta la seconda causa di mortalità in età pediatrica, dopo i tumori. Si tratta di eventi totalmente evitabili che comportano oltre a gravi conseguenze a livello psicologico e fisico, anche notevoli costi economici per la società, derivanti sia da costi diretti di assistenza socio – sanitaria a breve e lungo termine sia dai costi sociali indiretti derivanti dalla riduzione delle capacità fisiche o cognitive, o della mortalità prematura, delle vittime. Appare pertanto opportuno intraprendere delle azioni volte a prevenire tale fenomeni e coerenti con quanto indicato dal Piano Nazionale di Prevenzione, come la formazione e l'informazione dei gruppi di popolazione a maggior rischio di incidente domestico, dei genitori e dei care –giver. Il progetto si propone dunque di promuovere la cultura della sicurezza in ambiente domestico, stradale e del tempo libero nella fascia di età pediatrica 3-8 anni, in termini di aumento delle competenze in ambito preventivo, riguardo a come evitare i comportamenti a rischio, come

limitare i danni per tali incidenti, in corso di accadimento e come intervenire una volta che l'incidente abbia avuto luogo attraverso soprattutto la conoscenza degli elementi basilari di primo soccorso. Particolare attenzione verrà data sia all'educazione scolastica, anche in età infantile, che verrà attuata con modalità e strumenti linguistici consoni ai bambini, che al coinvolgimento degli adulti (docenti e familiari), che rimane un mezzo indispensabile per la prevenzione degli incidenti visto il loro ruolo insostituibile di sorveglianza del bambino.

ID: 9 AZIONI DI SISTEMA - Età vulnerabili, fragilità e termine della vita

ENTE PARTNER: Regione Liguria

COSTO: 421.500 euro

Azioni a sostegno del piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita

Nel 2010, il Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa ha stabilito lo spostamento degli obiettivi di eliminazione del morbillo e della riduzione dei casi di rosolia congenita nella Regione, inizialmente previsti per il 2010, al 2015, richiamando gli Stati membri sulla necessità di rinnovare l'impegno politico, di risorse e azioni per raggiungere tali propositi. Nel panorama italiano, l'intesa Stato Regioni concernente il "Piano Nazionale per l'Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015" (PNEMoRc), ha permesso di definire le linee guida attuative nazionali per il raggiungimento di quanto individuato a livello europeo. Sebbene considerevoli progressi siano stati fatti verso l'interruzione della trasmissione, in Italia la copertura vaccinale si sta progressivamente allontanando dal 95%, valore necessario a garantire il controllo della malattia e la sua successiva eliminazione. La sempre più marcata diffidenza nei confronti delle vaccinazioni è anche conseguenza della diffusione di informazioni errate e scientificamente infondate che si trovano in internet, e specialmente nei social network. Come risultato è sempre più diffuso il fenomeno della "vaccine hesitancy", che spesso si configura non tanto come una vera e propria avversione ai vaccini ma come una notevole preoccupazione nei confronti dei vaccini e dei rischi percepiti ad esse collegati, che si traduce in cicli vaccinali incompleti, ritardi vaccinali, scelta selettiva di alcune vaccinazioni e rifiuto di altre. Obiettivo del progetto è quello di sostenere l'attuazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita attraverso specifici interventi coordinati che prevedono l'implementazione dell'analisi epidemiologica con la produzione di report regionali e resoconti regionali sintetici, il supporto a specifica attività di formazione per gli operatori sanitari in particolare sugli aspetti comunicativi, l'elaborazione e attuazione di un piano di comunicazione rivolto alla popolazione generale a supporto del piano con particolare riferimento al WEB e Social Network, il sostegno alle regioni in difficoltà sugli obiettivi del piano e la promozione delle attività supplementari di immunizzazione sul territorio nazionale.

ENTE PARTNER: Regione Marche

ID: 1 PATOLOGIE TRASMISSIBILI - Vaccinazioni

COSTO: 400.000 euro

La valutazione del benessere mentale attraverso il miglioramento della comunicazione in oncologia e le conversazioni di fine vita

In Italia ogni anno muoiono di cancro circa 170.000 persone e la maggior parte di esse, necessita di un piano personalizzato di cura e assistenza in grado di garantire la migliore qualità di vita residua. Tale fase, definita "terminale" o di fine vita, è caratterizzata, per la persona malata, da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile e complesso trattamento e da una sofferenza globale che coinvolge tutto il nucleo familiare.

Il prendersi cura in modo attivo e globale della persona, oltre a formare l'obiettivo delle cosiddette cure palliative per "ottenere la migliore qualità di vita del paziente e dei suoi familiari" rappresenta

una sfida per il personale sociosanitario coinvolto che deve essere attrezzato e formato per affrontare tutte le problematiche connesse alla fase terminale di malattia. Nell'ambito dell'assistenza oncologica la comunicazione con il paziente e i familiari e la gestione della fase terminale rappresentano aspetti fondamentali della cura. L'obiettivo principale del presente progetto consiste nel promuovere la salute mentale e il benessere della persona fino alla fase finale della vita, aumentando le competenze comunicative degli operatori delle equipe multi-professionali impegnate nelle cure palliative in Hospice, in ospedale e a domicilio (medici, infermieri, operatori sociosanitari, fisioterapisti, foniatri, psicologi, assistenti sociali, assistenti spirituali, volontari ecc). Ciò al fine di assicurare una buona qualità dell'assistenza - non solo attraverso atti sociosanitari ma anche attraverso una comunicazione efficace derivante dall'utilizzo di strumenti di miglioramento della qualità dell'assistenza quali il Manuale sulla valutazione della comunicazione in oncologia dell'Istituto Superiore di Sanità e le Tecniche di conversazione di fine vita, finalizzate a determinare un aumento dell'empowerment del paziente rispetto alla sua sfera emozionale, psicologica, culturale, sociale e spirituale

ENTE PARTNER: Regione Sicilia

ID: 9 AZIONI DI SISTEMA - Età vulnerabili, fragilità e termine della vita

COSTO: 443.500 euro

AREA AZIONI CENTRALI

Per le azioni centrali è stata mantenuta la suddivisione dei precedenti programmi in tre ambiti:

- Funzionamento
- Personale
- Attività

Tale area, funzionale alla pratica operatività del CCM, comprende ambiti di intervento direttamente gestiti dal Ministero. In particolare nell'ambito del funzionamento afferiscono le spese per le riunioni istituzionali; per l'eventuale acquisto di materiale di cancelleria, riviste, libri o di apparecchiature informatiche finalizzate all'esecuzione delle azioni di programma. Sempre in tale ambito vengono garantite la gestione ed implementazione del sito CCM (www.ccm-network.it) e il servizio "1500" del Ministero della salute dedicato alle emergenze sanitarie.

Sotto la voce di personale sono invece ricomprese le spese di missioni, il rimborso per il personale comandato da altre amministrazioni ed operante nel centro, nonché i corsi di formazione ed aggiornamento rivolti anche al personale degli uffici periferici (USMAF, SASN e PIF), direttamente coinvolti negli interventi volti ad affrontare le emergenze.

Infine nell'area delle attività vengono ricondotti interventi, come detto, direttamente gestiti dal Ministero, che si traducono in accordi di collaborazione siglati per lo più con gli Enti centrali (ISS, INAIL, INMP, AGENAS) e volti alla realizzazione di progetti di sistema, aventi natura strategica non riconducibili alle linee dell'area progettuale.

Nello specifico, per il corrente anno sono state confermate tutte quelle attività indispensabili per assicurare una pronta risposta alle emergenze, ovvero 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 NBC, nonché il sostegno alla rete USMAF/SASN. Sono state altresì confermate il sostegno alle collaborazioni internazionali, ed in particolare alle *Joint actions* del programma salute 2014 e ai programmi strategici europei sull'*Health Information*, così da rafforzare il ruolo dell'Italia in tali progetti, nonché il supporto al Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore.

Tra le attività delle azioni centrali è stata sostenuta l'implementazione e revisione dei regolamenti di igiene edilizia, con particolare riferimento a quella scolastica, e l'implementazione dello studio epidemiologico SENTIERI, realizzato nei territori e negli insediamenti esposti a rischio da inquinamento, che ha sino ad oggi consentito una prima trattazione sistematica della mortalità per causa specifica in 44 siti di interesse nazionale per le bonifiche (SIN).

Nell'ambito delle malattie trasmissibili si è ritenuto necessario avviare nella popolazione italiana delle indagini epidemiologiche su virus ritenuti a relativa bassa prevalenza, in particolare HTLV I-II (Epatite E, Parvovirus B19, Herpes virus, ecc...), per i quali mancano conoscenze consolidate, nonché attivare degli specifici studi di prevalenza nazionale per la mappatura dell'antibiotico resistenza e sui tipi di meningococco circolanti in Italia, con particolare riferimento alla copertura offerta dal vaccino. Sempre in termini di vaccinazioni si è ritenuto opportuno procedere ad una valutazione e ad un piano di monitoraggio economico-finanziario della realizzazione del calendario della vita, in fase di recepimento da parte del nuovo Piano Nazionale delle Vaccinazioni. Sempre nell'ambito delle malattie trasmissibili in coerenza con quanto previsto dall'European Center for Disease Control (ECDC), organo al quale, tra l'altro, vengono trasmessi annualmente i dati italiani che contribuiscono così alla sorveglianza europea, sono state rinforzate alcune sorveglianze tra cui

la sorveglianza nazionale delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria e la sorveglianza di laboratorio di infezioni causate da Legionella, nonché la rete di Laboratori per garantire l'eliminazione di Morbillo e Rosolia. Sono stati inoltre sostenuti dei progetti centrali per la sorveglianza, la prevenzione e il contrasto al gioco d'azzardo patologico e alle demenze, l'implementazione dello studio nazionale sulla fertilità e della la raccolta dei dati sui singoli cicli di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) al fine di migliorare l'efficacia del sistema di Sorveglianza, in vigore dal dicembre 2006, in ottemperanza all'art. 11 della legge 40/2004. È stata finanziato un progetto sull'assistenza integrata all'anziano e supportato la realizzazione e lo sviluppo di programmi operativi attuativi delle linee di indirizzo sulla Genomica in Sanità Pubblica. Si è ritenuto altresì opportuno assicurare il sostegno al Piano nazionale per la prevenzione di cui all'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014, che prevede la realizzazione delle "Azioni Centrali" con le quali contribuire alla *governance* delle attività di prevenzione, anche attraverso il sostegno al sistema di sorveglianza Passi D'Argento e ad un progetto sull'applicabilità e la trasferibilità, sul territorio nazionale, in termini di costo/beneficio di programmi di prevenzione per le malattie respiratorie croniche. Inoltre, nell'ambito delle sostanze pericolose, è stato sostenuto un progetto sull'attuazione di interventi di prevenzione, controllo e gestione dei rischi connessi all'impiego delle sostanze chimiche e dei prodotti a consumo, di cui ai Regolamenti Comunitari emanati in materia e promosso l'esecuzione di uno studio per verificare le caratteristiche microbiologiche di inchiostri per tatuaggi, e la capacità dei microrganismi di sopravvivere in ambiente ostile quale sono gli inchiostri. Nell'ambito delle azioni centrali è stato avviato un progetto per la formazione e l'addestramento di un corpo ispettivo di Direzione (BPL, REACH, MOGM ...) per corrispondere adeguatamente agli obblighi comunitari e a quei procedimenti che identificano nel Ministero della Salute l'autorità competente nazionale, e infine si è ritenuto opportuno avviare un accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità per il proseguimento delle attività di sorveglianza in essere e per l'avvio del trasferimento presso il Ministero dei dati relativi ai sistemi di sorveglianza al fine di omogeneizzare nel contesto di un unico sistema nazionale i vari sistemi di sorveglianza sanitaria.

Relativamente alle azioni centrali si rappresenta che alcune delle attività inizialmente previste nel decreto ministeriale 11 maggio 2015, ovvero Valutazione prevalenza dell'autismo e definizione di un Piano di intervento nelle scuole, sono state nel corso dell'anno sostenute con altri fondi del Ministero. In considerazione di ciò e del fatto che è emersa l'esigenza di assicurare l'attuazione di ulteriori obiettivi operativi e di garantire la realizzazione dei sistemi di sorveglianza afferenti al settore della prevenzione sanitaria si è proceduto ad una parziale revisione dell'elenco delle attività inizialmente previste, con specifico DM del 23 dicembre 2016. In particolare sono state inserite le seguenti proposte operative: PASSI d'argento, Sorveglianza legionella, Sostegno alla Rete Morbillo e rosolia congenita, Interventi rischi sostanze chimiche, Studio su inchiostri per tatuaggi ed infine è stato avviato uno specifico accordo con l'Istituto superiore di Sanità per euro 895.361, per lo svolgimento delle attività di interesse comune finalizzate alla continuazione e alla sistematizzazione delle sorveglianze sanitarie.

AREA AZIONI CENTRALI-PROGETTI FINANZIATI

Individuazione di buone pratiche ed obiettivi prestazionali sanitari in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità della costruzione e/o ristrutturazione di edifici, ai fini della predisposizione dei regolamenti di igiene edilizia

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, in linea con quanto evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato, tra le priorità d'intervento, la necessità di mettere in atto azioni finalizzate a promuovere un corretto rapporto tra salute e ambiente, nell'ottica di ridurre le malattie, in particolare quelle croniche non trasmissibili, sviluppando anche tutte le potenzialità di approccio inter-istituzionale del servizio sanitario. In particolare, il PNP 2014-2018, indica tra gli obiettivi centrali la definizione di linee guida per orientare i regolamenti d'igiene edilizia in chiave eco-compatibile, nonché lo sviluppo di specifiche competenze sul tema degli ambienti confinati e dell'edilizia residenziale negli operatori del Servizio Sanitario Regionale.

Il progetto ha dunque quale obiettivo generale l'individuazione di buone pratiche e di obiettivi prestazionali sanitari in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità della costruzione e/o ristrutturazione di edifici, ai fini della predisposizione dei regolamenti di igiene edilizia.

A tal fine verrà effettuata una revisione della letteratura tecnica e scientifica sulle buone pratiche evidence-based, tenendo conto dei vincoli normativi e dei regolamenti edilizi esistenti, sulla base della quale saranno elaborate buone pratiche da tradurre in obiettivi prestazionali per le diverse costruzioni in esame (scuole, carceri, abitazioni, impianti sportivi, quartieri). Sarà inoltre predisposta una piattaforma e-learning sulla quale inserire i pacchetti formativi per gli operatori delle ASL sulle evidenze scientifiche in tema di edilizia e salute e per presentare e rendere operativo l'uso nel nuovo strumento.

Ente: Università La Sapienza di Roma

Euro: 100.000

Un sistema permanente di sorveglianza epidemiologica nei siti contaminati: implementazione dello studio epidemiologico SENTIERI

In Italia lo studio epidemiologico dei Siti inquinati ha avuto avvio con l'analisi dello stato di salute dei residenti nelle aree ad alto rischio di crisi ambientale. Dopo un lavoro di consolidamento concettuale e metodologico, è stato avviato il Progetto SENTIERI che ha sinora consentito di descrivere la mortalità per causa in 44 Siti di Interesse Nazionale (SIN) per il periodo 1995-2002; di stimare per i 18 SIN serviti da Registri Tumori l'incidenza oncologica (1996-2005), e di aggiornare per questi stessi SIN la mortalità e i ricoveri ospedalieri al 2010. Il Progetto SENTIERI si basa sulla definizione di cause di morte e malattie sulle quali porre la principale attenzione nel descrivere il profilo di salute, selezionate sulla base delle evidenze relative alla loro associazione con le sorgenti di contaminazione presenti in ogni SIN. Il progetto propone l'implementazione del Progetto SENTIERI, basato sui dati di mortalità, ricoveri ospedalieri e incidenza dei tumori per la popolazione residente, come sistema permanente di sorveglianza epidemiologica nei Siti contaminati, con particolare attenzione al monitoraggio della salute infantile e adolescenziale, anche in relazione all'osservazione di un eccesso per tumori maligni in età pediatrica e adolescenziale pari al 4% in 23 SIN nei quali sono attivi Registri Tumori generali o infantili. Tale sistema ha la finalità di contribuire all'attività di risanamento ambientale individuando gli interventi prioritari in termini di salute con riferimento alla popolazione complessiva e a quella infantile e adolescenziale, e di

promuovere le più appropriate risposte del servizio sanitario in termini di promozione della salute e presa in carico dei casi di patologie associate a esposizioni ambientali

Ente: ISS

Euro: 179.770

Progettazione di un Programma di Formazione ed addestramento di un corpo ispettivo di Direzione (BPL, REACH, MOGM...), in risposta ad un fabbisogno formativo della Direzione Generale della Prevenzione sanitaria per corrispondere adeguatamente agli obblighi comunitari e a quei procedimenti legislativi che identificano nel Ministero della Salute l’Autorità competente nazionale.

Alla Direzione Generale della prevenzione sanitaria competono alcuni importanti compiti di controllo e vigilanza, normati a livello europeo che interessano le buone pratiche di laboratorio (BPL) , il Reach e gli organismi geneticamente modificati (MOGM). In particolare

- I principi di BPL sono stati adottati dall’Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) per promuovere la qualità e la validità dei dati sperimentali utilizzati per determinare la sicurezza delle sostanze e si applicano agli studi resi obbligatori dalla normativa in materia di registrazione e licenza di prodotti farmaceutici, antiparassitari additivi per mangimi ed alimenti, prodotti cosmetici, medicinali ad uso veterinario e prodotti analoghi e da quella sui prodotti chimici. Detti studi sono condotti in Centri di Saggio (CdS) dislocati su tutto il territorio nazionale in accordo al D.lgs 50/2007 .
- Nel contesto di attuazione del regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH) e del regolamento (CE) n.1272/2008 in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio delle sostanze e delle miscele, gli Stati membri devono instaurare un sistema di controlli ufficiali per la verifica del rispetto della conformità alle disposizioni della normativa citata come stabilito, rispettivamente, nell’articolo 125 del regolamento REACH e nell’articolo 46 del regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP). Ogni anno viene emanato dal Ministero della Salute (Autorità Competente per il Regolamento) il Piano nazionale dei controlli REACH per l’individuazione delle priorità di controllo ai fini dell’attuazione del Regolamento
- Per i MOGM la promulgazione di norme comunitarie che ne regolamentano l’utilizzazione, piani di verifica e controllo, vigilanza sulla gestione dei rifiuti e organizzazione di misure di emergenza consentono di ridurre, in modo consistente, la probabilità di effetti negativi, permettendo di considerare quella biotecnologica una sperimentazione sicura. In Italia il Decreto legislativo n°206 del 2001 stabilisce che chiunque abbia intenzione di utilizzare un MOGM deve ricevere l’autorizzazione dall’Autorità Competente Italiana che ha sede presso il Ministero della Salute. Che tramite una Commissione Interministeriale di Valutazione (CIV), ha il compito di valutare ed autorizzare gli impianti dove vengono effettuate le attività (sia di ricerca che di sviluppo e produzione) ed il tipo di manipolazione genetica, nonché i rischi prevedibili, immediati o futuri che il MOGM o la combinazione di MOGM utilizzati possono presentare per la salute umana, animale e per l’ecosistema in generale.

Il presente progetto intende proporre dei specifici programmi di formazione teorica, pratica e di addestramento dedicato alle suindicate attività ispettive

Ente: ISS

Euro: 142.000

Interventi rischi sostanze chimiche

Nel contesto di attuazione del regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH) e del regolamento (CE) n.1272/2008 (CLP) in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio delle sostanze e delle

miscela, gli Stati membri sono tenuti ad instaurare un sistema di controlli ufficiali per la verifica del rispetto della conformità alle disposizioni della normativa citata come stabilito, rispettivamente, nell'articolo 125 del regolamento REACH e nell'articolo 46 del regolamento CLP. Con l'Accordo Stato-Regioni del 29 ottobre 2009 sono state inoltre stabilite le linee di indirizzo per sviluppare un armonico sistema di controlli compresa l'attività di monitoraggio con campionamenti e analisi. L'accordo prevede anche la pianificazione dei controlli ufficiali, attraverso l'emanazione annuale da parte dell'Autorità competente nazionale del Piano Nazionale di Controllo (PNC) e la strutturazione di una rete di laboratori a supporto di detti controlli. L'obiettivo generale del progetto è l'attuazione e l'ottimizzazione dei piani nazionali di controllo in materia di prodotti chimici in conformità a quanto disposto dai regolamenti REACH e CLP, attraverso l'implementazione della rete dei laboratori, in linea con quanto proposto nel nuovo Accordo Stato Regioni, n.88 del 7 maggio 2015. A tal fine il progetto prevede l'elaborazione del piano di controllo analitico (PCA) 2016 a livello nazionale con la programmazione delle attività di campionamento da parte degli organi di controllo e delle attività di prova dei laboratori di controllo, l'armonizzazione dei criteri tecnico-scientifici e delle modalità operative per l'esecuzione dei controlli analitici con l'intervento della rete nazionale dei laboratori e la diffusione dei criteri per l'assicurazione della qualità del dato analitico a livello nazionale e presso l'ECHA.

Ente: ISS

Euro: 100.000

Valutazione della sterilità di inchiostri per tatuaggi in confezioni sigillate, ai sensi della Risoluzione Europea ResAP2008

Alla luce della crescente diffusione della pratica del tatuaggio in tutte le classi di popolazione, e delle ricorrenti richieste di parere al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità, anche da parte dell'Autorità Giudiziaria, che hanno rilevato criticità su queste pratiche dal punto di vista igienico-sanitario; appare opportuno dare elementi di risposta, importanti anche ai fini della prevenzione sanitaria collettiva in merito al settore dei tatuaggi e del trucco permanente. Il progetto si propone di verificare le caratteristiche microbiologiche e di valutare il rischio igienico-sanitario correlato ad inchiostri per tatuaggi, considerando la loro conformità alla ResAP(2008), in particolar modo, in funzione delle procedure di sterilizzazione eseguite prima della messa in commercio dei prodotti. Previa definizione di criteri e metodi per il campionamento e l'analisi microbiologica, verranno verificati i requisiti di sterilità di un numero rappresentativo di inchiostri per tatuaggi (circa 350) raccolti sul mercato italiano, con esame della etichettatura e della documentazione di accompagnamento. Verrà quindi quantificata e caratterizzata la componente microbica eventualmente in essi rilevata. Ciò permetterà anche di fornire ai laboratori, che dovranno in futuro eseguire controlli, protocolli analitici idonei all'esame di questa difficile matrice. Inoltre, si procederà ad una valutazione della sicurezza igienico-sanitaria degli inchiostri in funzione sia delle specie microbiche isolate e identificate sia dell'efficacia dei trattamenti di sterilizzazione adottati prima della commercializzazione. Gli esiti potranno portare a considerar la necessità di rendere cogenti, attraverso l'elaborazione di apposite normative, le raccomandazioni già contenute nella ResAP(2008)1 ai fini di regolamentare la produzione e la sterilizzazione degli inchiostri.

Ente: ISS

Euro: 30.000

Studio di ceppi di meningococco circolanti in Italia e valutazione della copertura offerta dai vaccini

Nell'era di nuovi vaccini e con una gestione delle cure avanzata, la malattia invasiva meningococcica è ancora una delle principali cause di morbilità e mortalità. L'unico strumento per prevenire tale malattia è la profilassi vaccinale che non si limita a proteggere i singoli, ma costituisce un esempio di protezione di 'comunità'. Per prevenire la meningite meningococcica esistono più vaccini che hanno composizione diversa e vengono utilizzati sulla base di quelle che sono le caratteristiche dei sierogruppi circolanti nelle varie aree geografiche. L'Italia ha introdotto la vaccinazione antimeningococco C a partire dal 2005 con una certa eterogeneità da Regione a Regione. La proposta progettuale prevede l'integrazione dei dati relativi ai sierogruppi ed alle principali caratteristiche genomiche dei ceppi di meningococco circolanti. Con questo progetto si vuole infatti implementare la conoscenza dei sierogruppi di meningococco circolanti causa di malattia invasiva (meningite e sepsi) prevenibile da vaccinazione. In particolare sarà eseguita una completa caratterizzazione microbiologica dei ceppi responsabili dei casi per conoscere la pressione selettiva esercitata dai vaccini attualmente in uso sui ceppi di meningococco circolanti nonché l'appartenenza a specifici cloni ipervirulenti. La valutazione dell' hSBA (human serum bactericidal activity) su sieri di soggetti vaccinati precedentemente con il vaccino coniugato monovalente antimeningococco C, permetterà, definendo la persistenza degli anticorpi battericidi, di valutare la necessità di una eventuale dose di richiamo per gli adolescenti e gli adulti per mantenere un buon livello di copertura nella popolazione.

Ente: ISS

Euro: 120.000

Studio di prevalenza dell'epatite e in Italia: indagine sierologica nella popolazione dei donatori di sangue

L'epatite E è un'infezione epatica causata dal virus dell'epatite E (HEV). Il virus si trasmette per via oro-fecale e può causare un'insufficienza epatica acuta, soprattutto durante la gravidanza.

Nei Paesi industrializzati l'epatite E si presenta come malattia emergente, anche se sempre più spesso vengono segnalati casi sporadici di malattia in soggetti che non hanno viaggiato all'estero in zone a rischio (casi autoctoni). Nel corso dell'infezione la viremia compare dopo circa due settimane e persiste per 14-21 giorni, fino ad un massimo di 112 giorni. Dalla quarta settimana sono rilevabili nel plasma gli anticorpi di classe M (IgM) e dalla quinta settimana quelli di classe G (IgG). Numerosi studi sieroepidemiologici hanno rilevato una notevole prevalenza degli anticorpi anti-HEV (5-20%) nella popolazione sana di molti Paesi industrializzati, facendo ipotizzare un'elevata diffusione dell'infezione, seppur in genere a livello subclinico. In Italia, la prevalenza attuale dell'infezione è sconosciuta poiché gli unici studi disponibili sono datati o realizzati con metodi diagnostici di scarsa sensibilità. L'obiettivo generale del presente studio è quello di valutare la diffusione dell'infezione da HEV in Italia ed in particolare di stimare la prevalenza di epatite E nei donatori di sangue per area geografica, età e sesso. Nello specifico si prevede di stimare la sieroprevalenza IgG e IgM di HEV nei donatori di sangue italiani a livello regionale e nazionale poiché attualmente non si hanno al riguardo dati di letteratura omogenei ma solo studi datati, e di effettuare l'analisi molecolare su eventuali campioni viremici dei ceppi di HEV circolanti per avviare un confronto con ceppi suini, ambientali o isolati da alimento contaminato.

Ente: ISS- Centro Nazionale Sangue

Euro: 120.000

Sorveglianza di laboratorio di infezioni causate da Legionella

La sorveglianza di laboratorio della legionellosi è di fondamentale importanza per la prevenzione ed il controllo di questa malattia che colpisce prevalentemente anziani ed immuno-compromessi, due fasce di popolazione in aumento nella nostra società, anche se negli ultimi anni, dai dati raccolti dal

Registro nazionale di sorveglianza della legionellosi, numerosi sono stati i casi anche in età giovane-adulta ed in soggetti immuno-competenti. L'infezione si contrae attraverso l'inalazione di aerosol contaminato, prodotto da impianti idrici e torri di raffreddamento non correttamente mantenuti, ma anche attraverso altri dispositivi e fonti quali riuniti odontoiatrici, autolavaggi, acqua dei tergicristalli, pozzanghere e terreno o i più recenti "misting devices" utilizzati per raffrescare ambienti chiusi e aperti di vario tipo, etc. Dati epidemiologici relativi al 2013 hanno mostrato che nell'83,4% dei casi l'origine dell'infezione non è nota risulta pertanto necessario implementare la diagnosi attraverso l'esame colturale almeno nei laboratori di riferimento regionali, per poter risalire alla fonte di infezione ed evitare che altri casi possano verificarsi.

Il progetto intende appunto rafforzare la sorveglianza delle infezioni causate da Legionella attraverso un'azione integrata operata sull'incremento della diagnosi di laboratorio e il controllo ambientale della diffusione del batterio. L'implementazione della sorveglianza avverrà attraverso l'attivo coinvolgimento dei laboratori ospedalieri di microbiologia del SSN e dei laboratori di riferimento per la diagnosi clinica, sui quali verrà preliminarmente effettuato un controllo di qualità per verificare le capacità diagnostiche.

Ente: ISS

Euro: 100.000

Verso l'eliminazione di Morbillo e Rosolia: realizzazione di una rete di Laboratori Sub-Nazionali (MoRoNET) coordinata dal Laboratorio di Riferimento Nazionale–OMS.

A maggio 2014 si è tenuto il "WHO Measles/Rubella Laboratory Network (LabNet) Meeting of European Region" la rete dei Laboratori di Riferimento Nazionali per il Morbillo e la Rosolia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e poco meno di un anno dopo il Ministero della Salute ha ospitato una delegazione di funzionari dell'OMS e di componenti della Commissione Regionale Europea di Verifica (CRV) dell'eliminazione del morbillo e della rosolia, in visita in Italia per valutare lo stato di avanzamento del processo di eliminazione nel nostro paese.

La delegazione, pur riconoscendo i progressi fatti in Italia verso l'obiettivo di eliminazione di queste malattie, ha fornito alcune raccomandazioni sia politiche che tecniche per il miglioramento della performance del Paese in detto ambito. In particolare la CRV ha raccomandato di migliorare la sorveglianza integrata di morbillo e rosolia e ha sottolineato la necessità di istituire un network nazionale di laboratori, coerenti con gli standard OMS, per la diagnosi delle due malattie, con particolare riguardo alla rosolia in gravidanza e congenita che presentano maggiori difficoltà di diagnosi ed interpretazione dei risultati. In risposta a tale raccomandazioni il progetto prevede di incrementare l'efficienza della sorveglianza dei casi/focolai di morbillo e rosolia attraverso la costituzione e implementazione di un sistema di sorveglianza di laboratorio a livello sub-nazionale coordinato dal Laboratorio di Riferimento Nazionale–OMS per la conferma dei casi e la caratterizzazione dei ceppi.

Ente: ISS

Euro: 129.500

Studio di prevalenza nazionale mappatura antibiotico resistenza e procedure di contrasto

L'allarme per l'insorgenza e la diffusione dell'antibiotico-resistenza non è nuovo, ma le dimensioni del fenomeno si sono ingigantite in modo preoccupante negli ultimi due decenni, a fronte di un continuo aumento nel consumo globale di antibiotici. Oggi l'antibiotico-resistenza non riguarda solo la terapia di infezioni in pazienti problematici, ma è diffusa sia nelle strutture sanitarie che in comunità e può riguardare anche pazienti senza particolari fattori di rischio. Per questo tale

fenomeno è considerato una priorità di sanità pubblica a livello globale e fa parte delle agende politiche di alcuni paesi quali USA e Gran Bretagna. L'emergenza è tanto più importante per l'Italia, che si colloca tra i paesi europei nei quali l'antibiotico-resistenza è più alta e che consumano più antibiotici. Per fronteggiare questa situazione drammatica, il controllo e la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico-resistenza è stato inserito nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 come uno degli obiettivi prioritari. Obiettivo generale del progetto è quello di implementare la rete di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza al fine di produrre una mappatura nazionale e trasmettere dati a livello europeo. In particolare si prevede di migliorare la rilevazione dell'antibiotico-resistenza nei laboratori partecipanti alla rete e la sorveglianza regionale delle batteriemie da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE). Verrà inoltre implementato il controllo delle infezioni antibiotico-resistenti mediante lo studio molecolare degli isolati specie in corso di outbreak e promosse iniziative per migliorare le conoscenze sul problema dell'antibiotico-resistenza e sull'uso appropriato di antibiotici tra le professioni sanitarie e la popolazione generale.

Ente: ISS

Euro: 167.500

Implementazione dei Sistemi di Sorveglianza sul disturbo da gioco d'azzardo e sull'uso medico della cannabis sul territorio nazionale

Il progetto nell'ambito delle dipendenze affronta due aspetti molto importanti e di grande impatto per la sanità pubblica. Da una parte infatti si intende sostenere il contrasto al disturbo del gioco d'azzardo, che è stato riclassificato nel DSM-5 tra i "Disturbi Correlati alle Sostanze e Dipendenze" per le sue similarità con i disturbi propri delle dipendenze da alcol e le altre sostanze d'abuso, e per il quale è stato già avviato con i precedenti programmi CCM un sistema di sorveglianza, che necessita ad oggi di un potenziamento. Dall'altra parte appare opportuno indagare sull'uso medico della cannabis, i cui effetti terapeutici negli stadi avanzati di alcune malattie come il cancro e l'AIDS risultano dimostrati da recenti studi scientifici, ma per il quale risulta necessario, tra l'altro, procedere ad un implementazione del sistema di fitosorveglianza applicato a tale contesto. Il progetto intende dunque armonizzare le informazioni derivanti dal Sistema di Sorveglianza sul disturbo da gioco d'azzardo e sperimentare un Sistema di sorveglianza sull'uso medico della cannabis sul territorio nazionale. In particolare verranno forniti strumenti informativi/operativi agli operatori dei servizi dedicati al disturbo da gioco d'azzardo e acquisite informazioni a carattere nazionale sull'utilizzo della cannabis a uso medico quali la posologia d'uso, il follow up del trattamento, gli eventuali miglioramenti nella sintomatologia trattata e/o la comparsa di effetti secondari, gli indicatori per il potenziale rischio di dipendenza e le caratteristiche dei pazienti trattati garantendo l'anonimato.

Ente: ISS

Euro: 120.000

Un approccio integrato di sanità pubblica per la gestione del problema delle demenze

Nel 2015 è stato approvato il nuovo Piano nazionale demenze, che prevede tra gli obiettivi, che le Regioni riorganizzino i servizi dedicati alle demenze, ridenominati "Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze" (CDCD), al fine di renderli dei centri specialistici multi-professionali con una funzione di coordinamento tra la medicina specialistica e quella generale tesa a favorire l'integrazione tra l'ospedale e il territorio. Nel contesto internazionale, nell'ambito del semestre di Presidenza italiana dell'Unione Europea (UE), dal confronto tecnico e strategico fra gli stati membri è emersa la necessità di prevedere una nuova Joint Action (JA) della Commissione Europea sulla demenza

(ALCOVE 2), della durata di tre anni, con l'obiettivo di implementare le raccomandazioni del precedente progetto europeo ALCOVE rivolgendo contemporaneamente una particolare attenzione agli aspetti diagnostici e di supporto alla fase post-diagnostica. L'obiettivo principale di questa nuova JA è quello di implementare le migliori pratiche assistenziali rivolte ai pazienti con demenza che vivono a casa e nelle strutture per lungodegenti sia nella fase stabile della malattia che in quella acuta, nonché la condivisione a livello regionale di standard nazionali ed internazionali (raccomandazioni e linee guida) relativi alle aree di intervento previste (l'organizzazione, i requisiti informativi, la formazione degli operatori, la comunicazione ai cittadini), anche partendo dalla valutazione critica degli studi epidemiologici finora condotti. Con il progetto si intende garantire la partecipazione dell'Italia alla Joint Action Europea - Alcove 2.

Ente: ISS

Euro: 130.000

Implementazione della raccolta dati sui cicli singoli di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) al fine di migliorare l'efficacia del Sistema di Sorveglianza Nazionale/Registro Nazionale PMA

Nel nostro paese è in vigore dal Dicembre 2006, in ottemperanza all'art. 11 della legge 40/2004, un sistema di Sorveglianza/Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) che raccoglie, al momento in modalità aggregata, tutti i dati sull'applicazione dei cicli di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita. Le recenti modifiche legislative hanno ampliato l'applicazione delle procedure di PMA, permettendo anche i trattamenti con donazione di gameti. Per consentire, quindi di avere maggiori elementi per valutare approfonditamente la dimensione del fenomeno PMA in tutte le sue applicazioni (omologhe ed eterologhe), la sua rilevanza, le eventuali problematiche correlate all'efficacia dei trattamenti e la loro sicurezza è necessario implementare il sistema di sorveglianza attuale con una raccolta dati, basata sui singoli cicli di PMA, iniziando dalle tecniche maggiori: fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrione (FIVET) e iniezione intracitoplasmatica di un singolo spermatozoo (ICSI). L'implementazione del sistema di raccolta dati, con il passaggio dalla raccolta dal dato aggregato al dato di ogni singolo ciclo di trattamento, consentirà di aumentare notevolmente l'accuratezza epidemiologica delle analisi statistiche eseguite. La raccolta dei dati su ciclo singolo, rispetto ad una raccolta aggregata, consiste nell'individuare e monitorare per ogni singolo ciclo, e non paziente, tutto il percorso che viene compiuto in un trattamento di procreazione assistita.

Ente: ISS

Euro: 157.000

Supporto al coordinamento della sorveglianza Passi d'Argento per una nuova rilevazione in linea con gli indicatori previsti dal PNP corrente

Nel panorama mondiale l'Italia continua ad essere uno dei Paesi più longevi e con la maggiore proporzione di anziani, tuttavia a questo allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce infatti il problema della mancata autosufficienza aggravata dalla presenza di multipatologie. A causa appunto del progressivo invecchiamento della popolazione le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono andate progressivamente aumentando negli ultimi decenni. Per poter contrastare tali malattie è necessario promuovere il contrasto a cattive abitudini, alla lotta al tabagismo e all'abuso di alcool negli adulti e implementare la promozione e l'offerta di programmi di prevenzione, e l'attuazione di azioni rivolte a migliorare la qualità della vita e la salute negli anziani per rafforzare le condizioni di

un “invecchiamento attivo”. È pertanto indispensabile porre in atto politiche e strategie ad hoc e per attuare questo compito, le Regioni devono disporre di informazioni epidemiologiche adeguate. Tuttavia i flussi statistici correnti non permettono di avere informazioni tempestive su alcune condizioni peculiari della popolazione anziana, e le informazioni disponibili non raggiungono il dettaglio territoriale richiesto dal livello di programmazione locale. Per rispondere a tali esigenze, il Ministero della Salute e le Regioni, hanno promosso la sperimentazione di un sistema di sorveglianza denominato PASSI d’argento sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, che con il presente progetto si intende supportare ed implementare anche al fine di contribuire al monitoraggio dei Piani Nazionali della Prevenzione.

Ente: ISS

Euro: 50.000

Creazione e sviluppo del network italiano a supporto del progetto europeo BRIDGE-HEALTH (BRidging Information and Data Generation for Evidence-based Health Policy and Research) finalizzato a dare strutturazione e sostenibilità alle attività europee nel campo della “health information”

La Commissione Europea ha recentemente approvato il Progetto BRIDGE-Health per costituire un consorzio finalizzato a dare strutturazione e sostenibilità di lungo periodo alle attività europee nel campo della Health Information (HI). La disponibilità di tecnologie avanzate ha reso possibile la costruzione di sistemi di sorveglianza per la valutazione della frequenza, dell’andamento temporale e dei gradienti geografici attraverso l’appaiamento di diverse fonti di informazione raccolte routinariamente, ma, nonostante la disponibilità di dati e le tecnologie avanzate, sono ancora pochi gli indicatori disponibili sullo stato di salute e la performance sanitaria, standardizzati e confrontabili a livello nazionale ed europeo. Il progetto europeo BRIDGE-Health (BRidging Information and Data Generation for Evidence-based Health Policy and Research) raccoglie l’esperienza dei precedenti progetti dell’Health Monitoring Programme con l’obiettivo di creare le basi per un sistema integrato e sostenibile di HI europeo. Con il presente progetto CCM si intende potenziare le attività previste nell’ambito del progetto BRIDGE-Health, in particolare: assicurare la trasferibilità a livello nazionale, migliorare la qualità e l’utilizzo degli indicatori di frequenza di malattia e di performance dell’assistenza sanitaria con procedure comuni attraverso la standardizzazione dei metodi di raccolta e di elaborazione dei dati routinari per la costruzione di indicatori complessi, assicurare il miglioramento della qualità attraverso la validazione degli indicatori di salute, stabilire priorità e trattare problemi etici e legali dovuti alla raccolta e all’utilizzo di dati sanitari seguendo le raccomandazioni e gli sviluppi del progetto stesso e sviluppare un sistema integrato e sostenibile di HI, come proposta di infrastruttura nazionale.

Ente: ISS

Euro: 177.000

Studio nazionale fertilità

In Italia il problema della denatalità non consente di fornire un ricambio generazionale e la fecondità tardiva riguarda sempre più frequentemente la nascita del primogenito. Va tuttavia evidenziato che il nostro Paese si pone all’interno di una tendenza presente in tutta Europa, dovuta non solo a fattori sanitari ed economici ma anche culturali e sociali che richiedono politiche di intervento su vari fronti. Per favorire la natalità, se da un lato è imprescindibile lo sviluppo di politiche intersettoriali e inter-istituzionali a sostegno della genitorialità, dall’altro sono indispensabili politiche sanitarie ed educative per la tutela della fertilità che siano in grado di migliorare le conoscenze dei cittadini al fine di promuoverne la consapevolezza delle conseguenze

di una maternità tardiva e favorire il cambiamento. A tal fine è stato elaborato il “*Pianonazionale per la fertilità*”, con il quale si intende innanzitutto informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio. Altro obiettivo del Piano è quello di creare le condizioni per fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità, promuovere interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell'apparato riproduttivo e intervenire, ove possibile, per ripristinare la fertilità naturale. Il progetto CCM intende supportare l'attuazione del Piano e si pone come obiettivo generale quello di raccogliere informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva in grado di orientare e sostenere la programmazione di interventi a sostegno della fertilità in Italia attraverso indagini rivolte sia alla popolazione potenzialmente fertile (adolescenti, studenti universitari e adulti) e sia ai professionisti sanitari.

Ente: ISS

Euro: 244.212 (140.000 Capitolo 4393 e 104.212 Capitolo 3174)

Assistenza all'anziano affetto da condizioni di multimorbosità attraverso la realizzazione di un prototipo telematico operante in ambiente cloud.

L'Italia è uno dei Paesi dell'Unione Europea con il maggior numero di persone anziane e solitamente i soggetti con un'età superiore ai 65 anni sono affetti da più patologie concomitanti. Alla luce di tale situazione appare opportuno definire delle strategie di intervento che consentano sia di assicurare un'assistenza efficace sia di ottimizzare il rapporto costi-efficacia delle cure. Le evidenze scientifiche hanno dimostrato che per pazienti affetti da diverse condizioni patologiche l'utilizzo del telemonitoraggio e della telemedicina apporta notevoli benefici. Con il progetto si intende utilizzare un sistema telematico, operante in ambiente cloud che consenta di garantire assistenza agli anziani. La piattaforma utilizzata riproduce un sistema medico domiciliare/ambulatoriale *all-in-one* che offre un servizio moderno, efficiente e funzionale di diagnostica strumentale amministrata in modalità remota telematica. Il sistema consente l'attivazione contemporanea e in remoto della videoconferenza e/o del video-consulto e la visualizzazione dei parametri clinici del paziente, dei suoi *trend* e soglie di anomalia, risultando così uno strumento clinico “vicino al paziente” in quanto consente di instaurare un legame continuo e psicologicamente rassicurante. Il monitoraggio continuo di determinati parametri fisiologici contribuisce a un controllo accurato e costante delle condizioni fisiologiche del soggetto e ne promuove l'aderenza terapeutica associata ad una patologia. Questo consente evidenti vantaggi gestionali e organizzativi e una conseguente riduzione dei costi diretti per il sistema sanitario e indiretti a carico del paziente, contribuendo al miglioramento della qualità della vita per la persona.

Ente: ISS

Euro: 177.000

Predisporre strumenti per l'innovazione del sistema sanitario basata sull'uso delle conoscenze genomiche e sulla medicina personalizzata

I progressi nell'ultimo decennio nel campo della genomica e delle scienze ad essa affini hanno posto le premesse per una nuova era nel campo della salute, quella della medicina personalizzata. Sebbene non esista definizione ufficiale, la medicina personalizzata si riferisce ad un modello medico che utilizza applicazioni genetiche/genomiche per definire la giusta strategia terapeutica per la persona giusta al tempo giusto, per determinare la predisposizione individuale alle malattie e per fornire prevenzione mirata in modo tempestivo. La diagnosi precoce, i programmi di prevenzione “mirati”, e trattamenti terapeutici specifici per ogni singolo paziente sono tra i capisaldi di questa nuova visione. L'esperienza degli ultimi anni ha, peraltro, evidenziato il gap esistente tra le enormi

potenzialità derivanti dalla conoscenza del genoma nel suo complesso funzionamento e l'impatto sinora avuto da questa conoscenza sull'implementazione di programmi di salute per la popolazione. Il progetto si propone dunque di trasferire le conoscenze genomiche nella pratica dei servizi sanitari, in un approccio che metta al centro l'individuo ed aumentare l'efficacia della prevenzione diagnosi e cura delle malattie a più alto burden, tenendo in conto le differenze individuali relativamente a patrimonio genetico, stili di vita e ambiente e fornendo ai professionisti le risorse necessarie alla personalizzazione degli interventi. A tal fine verrà, tra l'altro, sviluppato un modello prototipale finalizzato a rendere fruibile al policy-maker raccomandazioni per includere l'utilizzo di informazioni genetiche e 'omiche' nella pratica del sistema sanitario e definita un a proposta di piano operativo per la costituzione di un network delle biobanche di popolazione.

Ente: ISS

Euro: 177.000

Health Technology Assessment (HTA) in ambito vaccinale verso i decisori di Sanità Pubblica e occupazionale

Uno degli obiettivi centrali individuati dal PNP riguarda l'aumento della copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio, incluse alcune categorie di lavoratori. In ambito occupazionale le vaccinazioni rappresentano, infatti, un indispensabile strumento di tutela della salute per gli esposti ad agenti biologici, e in base alla normativa vigente, sulla base dei rischi individuati attraverso il processo di valutazione, il datore di lavoro può adottare la vaccinazione come misura protettiva particolare per lavoratori che non siano già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione. I recenti dati, tuttavia, segnalano una sostanziale diminuzione della copertura vaccinale ed appare pertanto opportuno attuare delle nuove strategie, servendosi dell'approccio dell'Health Technology Assessment (HTA), processo multidisciplinare che si occupa di valutare gli aspetti medici, economici, organizzativi, sociali ed etici dell'introduzione o implementazione di tecnologie e interventi sanitari. Nell'ottica di un modello valutativo integrato di salute della popolazione nel suo complesso e dell'individuo in tutte le fasi della vita, compresa quella lavorativa, che copre un arco temporale molto esteso, il progetto si propone di identificare un gruppo di lavoro multidisciplinare di esperti che raccolga le valutazioni Health Technology Assessment (HTA) in ambito di prevenzione vaccinale, per valutarne il reale utilizzo nei processi decisionali, favorire il trasferimento di tali valutazioni ai decision makers, incrementando così le decisioni basate sulle evidenze. Sarà inoltre promossa l'adesione alla vaccinazione in contesti lavorativi ad alto rischio di esposizione ad agenti biologici, sensibilizzando i Medici Competenti sull'efficacia dei programmi vaccinali anche in termini di benefici prodotti.

Ente: INAIL

Euro: 146.000

Sorveglianza nazionale delle infezioni correlate all'assistenza

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA), comprensive di quelle sostenute da germi antibioticoresistenti (AMR), rappresentano una complicanza frequente dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e comportano costi elevati per il paziente, il servizio sanitario e la società. La sorveglianza delle ICA, ed in particolare di quelle maggiormente prevenibili, rappresenta uno strumento essenziale per monitorare il trend epidemiologico, indirizzare gli interventi ma, soprattutto, promuovere azioni di miglioramento stimulate anche dal confronto con i risultati ottenuti in centri che trattano pazienti simili. L'*European Center for Disease Control* dal 2008 raccoglie annualmente dati sulle infezioni in reparti a rischio dai diversi paesi europei. Per promuovere il miglioramento continuo delle attività di prevenzione e controllo delle ICA e

dell'antibioticoresistenza in ambito assistenziale e per contribuire al sistema europeo di sorveglianza coordinato dall'ECDC delle ICA è essenziale mantenere ed ampliare le reti collaborative di sorveglianza a livello nazionale costruite in questi anni. E' necessario inoltre che tale ampliamento preveda l'integrazione con le specifiche attività di sorveglianza dedicate al fenomeno dell'antibioticoresistenza, presenti o da sviluppare in futuro sul territorio nazionale, così come indicato da ECDC e WHO. Con il progetto si intende dunque assicurare la partecipazione dell'Italia ai sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) coordinati a livello europeo dall'ECDC e la disponibilità di dati epidemiologici sulle ICA in diversi ambiti a livello nazionale

Ente: Regione Emilia Romagna

Euro: 125.000

Valutare attraverso modelli di microsimulazione l'applicabilità e la trasferibilità, sul territorio nazionale, in termini di costo/beneficio di programmi di prevenzione per le malattie respiratorie croniche

Tra i macroobiettivi del Piano Nazionale della prevenzione 2014-2018, vi è quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili, tra cui le malattie respiratorie croniche. In Italia le malattie respiratorie rappresentano la terza causa di morte e sono particolarmente rilevanti anche per il risvolto economico e sociale e per la loro ricaduta su tutti i diversi livelli e strati del sistema sanitario e sociale. Il progetto intende analizzare i dati nazionali attualmente disponibili per le malattie respiratorie croniche e i relativi fattori di rischio al fine di studiare, mediante la simulazione di diversi scenari, l'impatto di diverse possibili strategie di prevenzione e diagnosi precoce per le malattie respiratorie croniche. Il primo obiettivo dello studio sarà quello di ottenere un data-base longitudinale che permetta di seguire un sottoinsieme dei pazienti affetti da malattie respiratorie nei vari contatti che essi hanno avuto con il SSN nel corso degli anni. In un secondo momento verranno verificati i trend di spesa sanitaria per tipologia di pazienti (fasce di età, sesso, residenza, patologia, specializzazione, ecc.) e per tipologia di spesa. Allo stesso modo, sarà verificato a livello aggregato se, ed in che modo, le modificazioni intercorse nei livelli di compartecipazione alla spesa sanitaria (o di accesso alle terapie) incidono sui rapporti tra le categorie di spesa e come queste, a loro volta, si modificano tra i diversi gruppi di popolazione (in particolare anziani-non anziani). Infine verranno fornite tutte le informazioni utili ad impostare in modo più razionale eventuali proposte di prevenzione sanitaria sia a livello nazionale che locale, e a capire quali sono gli effetti dei cambiamenti nelle malattie respiratorie sugli altri settori, sulla spesa sociale a livello regionale e sul sistema produttivo più in generale

Ente: Università degli Studi di Roma Tor Vergata-CEIS

Euro: 140.000

Sistema operativo nazionale di prevenzione ed allerta per ondate di calore

Gli effetti delle variazioni del clima sulla salute, in particolare quelli legati all'aumento progressivo della temperatura globale, sono tra i problemi più rilevanti di sanità pubblica per i gravi rischi per la salute, in particolare su sottogruppi di suscettibili a causa dell'età, di condizioni di salute, di condizioni socioeconomiche, culturali ed ambientali. In Europa, le ondate di calore rappresentano la principale causa di decessi prematuri associati ad eventi estremi o disastri negli ultimi 40 anni. La prevenzione degli effetti degli eventi climatici estremi (ondate di calore, ondate di freddo, alluvioni) rappresenterà, nei prossimi anni, uno degli aspetti prioritari per la programmazione degli interventi di sanità pubblica. Inoltre, considerato il progressivo invecchiamento della popolazione e le nuove evidenze su altri potenziali sottogruppi a rischio è essenziale programmare specifici interventi di

prevenzione indirizzati ai sottogruppi maggiormente suscettibili. A tal fine dal 2004 è attivo in Italia il *Piano Operativo Nazionale per la Prevenzione degli effetti del caldo sulla salute* del CCM-Ministero della Salute in 34 città con oltre 200,000 abitanti che ad oggi rappresenta l'unica misura di sanità pubblica di adattamento ai cambiamenti climatici operativa, e che con il presente progetto si intende supportare ed implementare. Detto Piano rappresenta un'esperienza unica in Europa in quanto si basa sulle migliori evidenze disponibili e segue le indicazioni incluse nelle linee guida internazionali dell'OMS. In particolare, il coordinamento centrale dei sistemi di allarme, del monitoraggio rapido della mortalità e delle attività di prevenzione, hanno permesso l'adozione di strumenti comuni ed una condivisione delle "bestpractice" in ambito di sanità pubblica.

Ente: Azienda Sanitaria Locale Roma E

Euro: 140.000