



# *Ministero della Salute*

## IL MINISTRO

**VISTA** la legge 13 novembre 2009, n. 172, recante “*Istituzione del Ministero della salute e incremento del numero complessivo dei Sottosegretari di Stato*”;

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 59 dell’11 febbraio 2014 concernente il “*Regolamento di organizzazione del Ministero della salute*”, adottato ai sensi dell’articolo 2, comma 10, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

**VISTO** il decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, recante “*Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica*”, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, ed in particolare l’articolo 1, comma 1, lettera *a*), che istituisce presso il Ministero della salute il Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (di seguito CCM);

**VISTO** il decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, recante “*Regolamento recante il riordino degli organi collegiali ed altri organismi operanti presso il Ministero della salute*” e in particolare l’articolo 9 che ha confermato il CCM e l’art.15, comma 2, ai sensi del quale il CCM dura in carica tre anni, rinnovabili alla scadenza;

**VISTO** il decreto del Ministro della salute 10 maggio 2021, e successive modifiche, con il quale è stata disciplinata, per la durata di tre anni, la composizione del Comitato Strategico e del Comitato Scientifico del CCM;

**VISTO** il decreto del Ministro della salute 18 settembre 2008, recante “*Ulteriori modifiche al decreto del Ministro della salute 1° luglio 2004 recante «Disciplina dell’organizzazione e del funzionamento del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM)*”;

**VISTA** la legge 30.12.2021, n. 234 recante “*Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*”;

**VISTO** il decreto del Ministro dell’economia e delle finanze 31.12.2021, concernente la ripartizione in capitoli delle Unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e per il triennio 2022-2024;

**VISTI** gli articoli 16 e 17 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, concernenti rispettivamente le funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali e dei dirigenti, e in particolare l’esercizio dei poteri di spesa degli stessi nelle materie rientranti nella competenza della propria Direzione generale o dell’Ufficio di livello dirigenziale non generale;

**VISTA** la direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione, emanata dal Ministro della salute il 08 febbraio 2022, che definisce le linee programmatiche, gli obiettivi strategici ed i risultati attesi dall'azione del Ministero della salute per l'anno 2022, in coerenza con il programma di Governo e nel rispetto delle compatibilità finanziarie;

**VISTO** il decreto ministeriale 22 febbraio 2022 con il quale sono state assegnate, al dirigente titolare del centro di responsabilità amministrativa "Direzione generale della prevenzione sanitaria", sulla base degli obiettivi da perseguire contenuti nella citata direttiva generale annuale, le risorse umane e le risorse finanziarie indicate nel programma 20.1 "Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante";

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 07 maggio 2020, registrato dalla Corte dei Conti in data 09 maggio 2020 n. 1255, con il quale è stato conferito al Dr. Giovanni Rezza l'incarico di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 recante "Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili";

**VISTO** il decreto legge 25 marzo 2020, n. 19 recante "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 22 maggio 2020, n. 35;

**VISTE** la delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020, con cui il medesimo stato di emergenza è stato prorogato fino al 15 ottobre 2020, la delibera del Consiglio dei Ministri del 7 ottobre 2020, con cui il medesimo stato di emergenza è stato prorogato fino al 31 gennaio 2021, nonché l'ulteriore delibera del Consiglio dei Ministri del 14 gennaio 2021, con cui il medesimo stato di emergenza è stato ulteriormente prorogato fino al 30 aprile 2021;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2021, che ha previsto l'ulteriore proroga dello stato di emergenza fino al 31 luglio 2021, nonché il decreto legge 22 aprile 2021 n. 52 recante "Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da Covid-19";

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri del 21 luglio 2021 che ha prorogato al 31 dicembre 2021 la durata dello stato di emergenza, nonché il decreto legge 23 luglio 2021, n. 105 recante "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche";

**VISTO** il decreto legge del 24 dicembre 2021, n. 221, recante "Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19", che, in considerazione del rischio sanitario connesso al protrarsi della diffusione degli agenti virali da COVID-19, proroga ulteriormente, fino al 31 marzo 2022;

**VISTO** il decreto legge del 24 marzo 2022 n. 24 recante "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza"

**DATO ATTO** che nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per l'anno 2022 il capitolo di bilancio n. 4393 denominato "Spese per l'attività e il funzionamento, ivi comprese le spese di personale, del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, che opera in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto Superiore di Sanità, con l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro, 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", riporta uno stanziamento pari a € 9.252.400,00 di cui € 7.786.400,00 per le finalità dell'articolo 1, comma 1, del richiamato decreto legge n. 81 del 2004;

**PRESO ATTO** che il suindicato capitolo nel corso del corrente esercizio finanziario è stato integrato, in termini di competenza e cassa di un totale di euro 9.559.903,00, con risorse finanziarie rivenienti dai riaccertamenti dei residui passivi perenti del Ministero della salute;

**TENUTO CONTO** che, con specifiche autorizzazioni emanate con ordinanze del Capo del Dipartimento della Protezione Civile dette risorse sono state trasferite sulla contabilità speciale intestata al soggetto attuatore del Ministero della Salute, nominato con decreto del suddetto Capo del Dipartimento della Protezione Civile del 7 febbraio 2020, n. 414, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, della Ordinanza n. 630 del 2020, per assicurare la realizzazione degli interventi di competenza del Ministero della salute necessari al superamento del contesto emergenziale;

**CONSIDERATO** che con ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n.884 del 31 marzo 2022 il suindicato Soggetto attuatore del Ministero della Salute, è stato nominato quale "Soggetto responsabile" delle iniziative finalizzate al graduale rientro nell'ordinario degli interventi di competenza del medesimo Dicastero, conseguenti alla situazione emergenziale, e autorizzato a tale scopo a svolgere le proprie funzioni fino al 31 ottobre 2022, avvalendosi della contabilità speciale di cui all'art. 2 dell'ordinanza del capo Dipartimento della Protezione civile n. 635 del 13 febbraio 2020.

**CONSIDERATO** in particolare, che le ordinanze n. 817 del 31 dicembre 2021 e n. 869 del 01 marzo 2022, n. 884 del 31 marzo 2022 hanno autorizzato il trasferimento, per il corrente esercizio finanziario, rispettivamente di euro 1.842.465,50, e di euro 5.442.948,17;

**CONSIDERATO** altresì che in attuazione della ordinanza n. 884 del 31 marzo 2022 si è provveduto a trasferire sulla contabilità speciale l'ulteriore somma di euro 2.274.489,00;

**TENUTO** altresì conto che al fine di corrispondere i residui accertati e ritenuti esigibili nel corrente anno si è proceduto ad una integrazione di cassa del capitolo 4393 pari ad euro 3.450.000,00;

**PRESO ATTO** che le variazioni integrative non hanno inciso sulle risorse destinate alla programmazione annuale delle attività del CCM, per la quale è da considerare disponibile il sopra citato finanziamento pari ad € 7.786.400,00;

**DATO ATTO** che il CCM opera in base ad un programma annuale di attività;

**PRESO ATTO** delle linee di intervento approvate dal Comitato Strategico nella riunione del 20 luglio 2022 sulla base delle quali la Direzione operativa del CCM ha predisposto una proposta di programma operativo successivamente approvata dal Comitato Strategico e dal Comitato Scientifico, nel medesimo giorno, in seduta comune;

**RITENUTO** pertanto necessario approvare formalmente il predetto programma;

## **DECRETA**

### **Art. 1**

1. È approvato il programma di attività del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie – CCM per l'anno 2022, di cui all'Allegato A al presente decreto, per un importo pari a € 7.786.400,00, fatte salve eventuali variazioni in aumento o in diminuzione.
2. La suindicata spesa graverà sul capitolo 4393 dello stato di previsione del Ministero della Salute ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del decreto legge n. 81 del 2004, attraverso l'assunzione di impegni pluriennali sul corrente esercizio finanziario e sugli esercizi finanziari futuri, così come previsto dalle norme di contabilità pubblica di cui alla L. n. 196/2009 e al D.Lgs.vo n. 93/2016 e successive modifiche e integrazioni.
3. Il Direttore della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, in qualità di Direttore operativo del CCM, dà attuazione al Programma di cui al comma 1, secondo le modalità nello stesso indicate e con l'osservanza delle procedure previste dalle vigenti disposizioni in materia.

Il presente decreto è trasmesso all'Ufficio Centrale di Bilancio presso il Ministero della Salute e alla Corte dei Conti per i controlli di rispettiva competenza.

Il Ministro



*Ministero della Salute*



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

**PROGRAMMA 2022**

# Programma 2022

## 1. INTRODUZIONE

### Le attività del CCM

Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) nasce con legge 26 maggio 2004, n. 138, come organismo di coordinamento tra le Istituzioni sanitarie centrali e quelle regionali per le attività di sorveglianza e prevenzione oltre che di risposta alle emergenze. Secondo il Decreto Ministeriale (DM) 18 settembre 2008, di ulteriore modifica all'organizzazione e al funzionamento del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, il CCM opera in base ad un programma annuale di attività.

Il Decreto del Presidente della Repubblica del 28 marzo 2013, n. 44, "Regolamento recante il riordino degli organi collegiali e altri organismi operanti presso il Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, della legge 4 novembre 2010, n. 183", all'articolo 9, ha disciplinato la composizione e i compiti del Comitato strategico e del Comitato scientifico permanente del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM).

Come previsto dal citato DM 18 settembre 2008, 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 e internazionali, la diffusione delle informazioni.

Nell'ambito di tale attività il CCM supporta il Ministero della Salute anche 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 d'integrazione socio-sanitaria nonché nella verifica dell'attuazione dei piani nazionali di sorveglianza e di prevenzione. Il CCM, dalla sua nascita a oggi, si è sempre più orientato a un approccio globale ai temi della prevenzione delle malattie e della tutela della salute, attraverso una strategia mirata a contemperare le esigenze che nascono da un approccio scientifico e, quindi, anche settoriale ai problemi con quelle "di sistema" e, cioè, di sostenibilità istituzionale, organizzativa ed economica.

Per quanto concerne l'operatività del CCM, nel corso del tempo, sono stati esplicitati i criteri di ammissibilità al finanziamento: valorizzazione delle proposte che si basino su evidenze, che siano facilmente attuabili nella pratica del SSN, che abbiano il carattere della macro-progettualità.

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

Le proposte, inoltre, devono rispondere a una logica volta a trasferire l'esecuzione, i risultati e fruibilità delle progettualità sul territorio dove i cittadini vivono e operano.

## **Enti partner**

Il CCM è stato istituito al fine di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffusive, nonché al bioterrorismo. Il DM 18 settembre 2008, recante la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento del Centro, specifica le attività che il CCM è chiamato a svolgere. Dette attività si traducono in progetti direttamente applicabili e trasferibili sul 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 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 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 tra Ministero, Regioni ed Enti centrali, coinvolgendo questi ultimi direttamente in un processo di selezione degli interventi. Ogni soggetto individuato dalla legge istitutiva del CCM può, di fatto, partecipare alla realizzazione dei progetti 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 le quali, attraverso un processo di *networking*, esportano in contesti differenti modelli prototipali *evidence based*, che possono in 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 è chiamato ad attuare progetti che non siano di ricerca bensì efficaci modelli di intervento già sperimentati, basati su evidenze scientifiche. Ciò circoscrive e seleziona naturalmente gli Enti che, anche come unità operative, possono partecipare 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. Gli Enti partner chiamati a presentare proposte di progetto sono dunque: le Regioni e Province autonome, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

## **2. FINALITÀ E IMPIANTO DEL PROGRAMMA 2022 E RELATIVO FINANZIAMENTO (Tabella 1)**

### **Premessa sull'attuazione del programma**

Come noto gli anni 2020 e 2021, sono stati caratterizzati dalla emergenza sanitaria determinata dalla diffusione in tutto il mondo del nuovo virus Sars-Cov-2.

A seguito della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica (PHEIC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 30 gennaio 2020, con Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato lo stato di emergenza sul territorio nazionale per un periodo di sei mesi, successivamente prorogato con decreto-legge n. 83 del 30 luglio 2020 sino al 15 ottobre 2020. Alla luce dell'evolversi della situazione epidemiologia con decreto-legge 7 ottobre 2020, n. 125, e successivo decreto-legge 14 gennaio 2021, n. 2, in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di

patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, lo stato di emergenza è stato prorogato dapprima sino al 31 gennaio 2021 e poi sino al 30 aprile 2021. Successivamente, la Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2021 e il decreto-legge 22 aprile 2021, n.52, recante “Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19”, ha previsto una ulteriore proroga dello stato di emergenza sul territorio nazionale sino al 31 luglio 2021. Infine, il Decreto-legge del 23 luglio 2021, n. 105 ha previsto una ulteriore proroga dello stato di emergenza sul territorio nazionale sino al 31 dicembre 2021, di nuovo prorogata sino al 31 marzo 2022 per effetto del decreto-legge del 24 dicembre 2021, n. 221, recante “Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19”.

La rapida circolazione del virus su tutto il territorio nazionale e la forte pressione subita da parte delle strutture sanitarie locali, hanno reso necessario, nella cornice normativa dello stato di emergenza, l’attuazione di misure restrittive e il potenziamento di tutte le attività di sorveglianza e controllo, atte a garantire il contenimento della diffusione del COVID-19.

In coerenza con la finalità del CCM di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffuse, nonché al bioterrorismo, il programma CCM 2020 è stato prevalentemente orientato ad attuare interventi mirati ad affrontare e superare alcune criticità nel sistema Paese emerse nei primi mesi dell’esperienza emergenziale, anche in coerenza con il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, adottato con Intesa Stato-Regioni il 6 agosto 2020, definito tenendo conto delle nuove esigenze derivanti dalla pandemia da SARS-COV2.

In considerazione del persistere della situazione emergenziale anche il programma CCM 2021 è stato dedicato ad azioni correlate alla pandemia e in particolare sono stati promossi interventi mirati a dare risposte e soluzioni concrete finalizzate al superamento dell’emergenza che potessero favorire un ritorno alla normalità.

Alla luce della richiamata situazione emergenziale, per l’attuazione dei programmi 2020 e 2021 si è ritenuto opportuno procedere per l’area progettuale ad una revisione della procedura di sottomissione dei macro-progetti, attraverso una individuazione top-down da parte della Direzione operativa e dei Comitati del CCM, dell’Ente partner, al fine di facilitare una forte coesione tra tutti gli stakeholder ed assicurare, sul fronte emergenziale, l’avvio di esperienze il più condivise possibili promuovendo l’utilizzo di linguaggi e strumenti comuni nella risposta e nel contrasto alla pandemia.

Per il corrente anno, stante anche la cessazione dello stato di emergenza e in coerenza con le disposizioni adottate a livello nazionale per il progressivo rientro nell’ordinario, si ritiene di riavviare la consueta procedura di selezione applicata sino al 2019.

Per l’attuazione del programma CCM 2022 si conferma dunque la consueta suddivisione in due ambiti operativi: Area Progettuale e Area Azioni Centrali.

Per l’area progettuale, i partner istituzionali del CCM, di cui al precedente punto 1, sono chiamati a presentare, come per le scorse annualità, proposte attuative negli ambiti individuati sulla base delle priorità definite dal Comitato Strategico del CCM.

## **AREA PROGETTUALE**

Tenuto conto delle indicazioni del Comitato Strategico e in coerenza con quanto disposto dalla direttiva generale per l’attività amministrativa e la gestione, emanata dal Ministro della Salute il 08.02.2022, che

individua le linee programmatiche, gli indirizzi generali per l'attività e la gestione del Ministero della Salute, la Direzione Operativa, per l'anno 2022, propone di individuare delle linee di intervento che siano conformi alle priorità strategiche di governo, coerenti con i Piani nazionali, in primis con il già citato Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, e che tengano conto della pregressa esperienza pandemica favorendo interventi volti ad assicurare una risposta rapida ed efficace da parte delle autorità sanitarie competenti ad eventuali contesti emergenziali

Rimane inteso che al fine di rendere più efficiente l'attività della pubblica amministrazione non saranno riproposte azioni già individuate negli ultimi programmi CCM e per le quali risultano ancora in corso progetti esecutivi.

Per il 2022, il programma CCM offre l'opportunità di sviluppare interventi mirati negli ambiti delle patologie trasmissibili e di quelle non-trasmissibili.

Vengono, inoltre, identificate alcune azioni di sistema utili alla programmazione di azioni di promozione della salute e di prevenzione in aree di intervento di particolare interesse e innovative.

## **Malattie trasmissibili**

### **1. Azioni mirate all'implementazione o al consolidamento degli strumenti di autovalutazione regionale e locale riguardanti la sorveglianza dei patogeni antibiotico-resistenti (ABR) e la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (ICA), in accordo con le azioni previste dal PNCAR 2022-2025.**

La diffusione di microrganismi resistenti agli antimicrobici è oggi riconosciuta come una minaccia globale dalle più importanti istituzioni nazionali ed internazionali e rappresenta uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello mondiale con importanti implicazioni, sia dal punto di vista clinico e socio-sanitario, sia in termini di ricaduta economica. Il problema della resistenza agli antimicrobici, e soprattutto agli antibiotici, è assai complesso e ha molteplici cause quali l'aumentato uso di questi farmaci in ambito umano e veterinario, un loro uso inappropriato, la propagazione delle infezioni correlate all'assistenza causate da microrganismi antibiotico-resistenti e la diffusione di ceppi resistenti. Negli ultimi anni, gli organismi internazionali quali l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (*European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC*) hanno emanato raccomandazioni e identificato strategie e azioni coordinate atte a contenere il fenomeno, basate su un approccio *One Health* che considera in modo integrato la salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente. In Italia, nel 2017 è stato approvato con un'intesa tra il Governo e le Regioni/Province Autonome il "Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020", prorogato fino al 2021 e aggiornato con un nuovo Piano che sarà valido per gli anni 2022-2025.

Si ritiene opportuno, pertanto, identificare le azioni atte a implementare e/o rafforzare gli strumenti di autovalutazione regionale e locale riguardanti le sorveglianze dell'antibiotico-resistenza e delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (ICA) anche attraverso il rafforzamento delle strategie di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) inclusa la corretta igiene delle mani, di informazione e educazione del cittadino e dei professionisti sanitari a partire dall'ambito scolastico e universitario, di adeguata prescrizione, uso e smaltimento degli antibiotici, di ricerca sull'AMR negli ambiti più cogenti, quali per esempio la prevenzione delle

ICA e la formulazione di nuovi strumenti diagnostici e terapeutici, o meno indagati, quali le infezioni fungine e il settore ambientale. Tali azioni saranno finalizzate non solo a quantificare e monitorare la diffusione della malattia/patogeno nel tempo, ma anche all'identificazione dei determinanti e dei fattori di rischio e alla valutazione dell'impatto degli interventi di prevenzione.

**2. Sostegno alla sorveglianza delle malattie trasmissibili, con particolare riguardo all'identificazione precoce (*early warning*) di microrganismi patogeni emergenti, finalizzata ad assicurare una risposta rapida ed efficace da parte delle autorità sanitarie competenti**

Il progetto ha l'obiettivo di condurre un approfondimento metodologico per valutare le possibili strategie di sorveglianza microbiologica per l'identificazione precoce di eventuali malattie infettive emergenti. La sorveglianza potrebbe avvalersi e integrare i sistemi di sorveglianza esistenti o essere indipendente dagli strumenti attualmente disponibili.

Per la definizione di una metodologia per la sorveglianza, dovrebbero essere analizzati e definiti i seguenti elementi:

- la popolazione e/o del setting assistenziale su cui focalizzare l'intervento (assistenza primaria, ospedaliera, terapia intensiva, lungodegenza);
- i quadri sindromici da considerare;
- i microrganismi target o le famiglie di microrganismi;
- i test disponibili;
- le modalità organizzative;
- le modalità per permettere un rapido aggiornamento del sistema in relazione alle allerte internazionali.

Il progetto dovrebbe prevedere una fase di implementazione della sorveglianza e una valutazione dell'efficacia e se possibile della costo-efficacia dell'intervento o degli interventi in relazione alle diverse potenziali popolazioni target/setting assistenziali e ai diversi test utilizzati.

**3. Promozione, sviluppo, attuazione e valutazione di attività educative nel contesto scolastico nazionale in ambito di sessualità, relazioni affettive e prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse (IST)**

Secondo le ultime stime dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel 2020, circa 374 milioni di persone hanno contratto una delle seguenti malattie sessualmente trasmissibili: infezione da papillomavirus umano (HPV) (290 milioni di donne), clamidia (129 milioni), gonorrea (82 milioni), sifilide (7,1 milioni) e tricomoniasi (156 milioni). In Italia circa il 20% delle IST segnalate al sistema di sorveglianza sentinella basato su centri clinici, coordinato dall'ISS, risulta in soggetti di età compresa tra i 15 e i 24 anni di età. Tali infezioni, possono avere, come noto, gravi effetti sulla salute dei soggetti colpiti e in particolare sulla salute riproduttiva. Poiché tra i fattori che concorrono all'aumento di rischio di IST nei giovani e molto giovani vi è l'adozione di comportamenti a rischio e una reticenza ad accedere ai servizi sanitari per questioni inerenti la sfera sessuale, appare necessario promuovere interventi di formazione ed educazione atti ad assicurare una maggiore consapevolezza di comportamenti sani e, l'adozione di stili di vita volti alla salute. Considerato il decorso spesso asintomatico o il quadro clinico aspecifico di molte di queste infezioni, la strategia migliore da adottare è la prevenzione, come ad esempio raccomandare ai giovani (dal 12° anno di età) il vaccino che previene l'infezione da

HPV e che potrebbe ridurre i decessi correlati al cancro del collo dell'utero. Negli ultimi anni si assiste ad un significativo calo delle coperture vaccinali (ciclo completo) per HPV, ulteriormente aumentato nel biennio appena trascorso, anche per effetto delle difficoltà organizzative correlate alla gestione della pandemia. Come suggerito anche dalle strategie degli organismi internazionali si ritiene opportuno, secondo un approccio comprensivo, coerente con le linee guida e i protocolli internazionali di riferimento UNESCO (2018) e OMS (2010; 2022), e in accordo con gli obiettivi previsti dal PNAIDS e dal protocollo d'intesa "Per la tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione" firmato dal Ministero della Salute e Ministero dell'Istruzione, attuare interventi di educazione e formazione nel contesto scolastico finalizzati a prevenire comportamenti a rischio per la trasmissione delle IST, a incentivare la vaccinazione HPV, e contestualmente a favorire un migliore approccio in ambito di sessualità e relazioni affettive tra i giovani.

#### 4. **Definizione di nuovi strumenti per garantire la flessibilità dei servizi sanitari in risposta a emergenze chimiche, biologiche, radiologiche e nucleari (CBRN) con particolare riferimento al rischio da malattie infettive**

La pandemia da Covid-19 ha reso necessaria una riorganizzazione in emergenza dei servizi sanitari per garantire una risposta rapida e adeguata. La riorganizzazione ha interessato tutti i livelli assistenziali (prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera) e gli interventi hanno incluso modifiche strutturali permanenti o transitorie, l'acquisto di dispositivi medici, l'adozione di procedure, il reclutamento di personale aggiuntivo o l'utilizzo di personale in servizio per attività emergenziali diverse da quelle ordinarie, l'adozione di meccanismi di sussidiarietà fra Regioni/PPAA, l'utilizzo di strutture mobili e la definizione di nuovi flussi informativi. È attualmente in corso un potenziamento strutturale del SSN. Nonostante questo, in caso di emergenza causata da malattie infettive emergenti o riemergenti, e da ulteriori emergenze CBRN, i servizi dovranno essere integrati negli ambiti principalmente interessati da tali eventi.

È pertanto necessario procedere ad una sistematizzazione delle azioni utili a garantire un rapido ma transitorio incremento della disponibilità di servizi raccogliendo da una parte le esperienze maturate durante la risposta alla pandemia da Sars-Cov-2, descrivendole e valutandole in termini di efficacia e costo-efficacia, e, dall'altra, proponendo delle azioni sistematiche, che possano contribuire in un'ottica prospettica a garantire la flessibilità dei servizi, quali:

- definizione di *core competence* legate a emergenze di natura infettiva e CBRN per tutti i medici e professionisti sanitari da includere nei curricula formativi;
- utilizzo di strutture mobili per potenziare la disponibilità di servizi diagnostici o assistenziali;
- identificazione di modelli organizzativi funzionali ad un rapido scale-up di attività di *contact tracing*;
- definizione di protocolli e modelli per garantire l'assistenza extra-ospedaliera durante un'emergenza.

### **Malattie non trasmissibili**

**5. Promozione di strategie di *population health management* orientate alla prevenzione per il miglioramento degli esiti di salute per le patologie cronic-degenerative con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari**

Le malattie cronic-degenerative rappresentano una sfida impegnativa in quest’ottica, vieppiù dopo l’impatto che la pandemia COVID-19 ha avuto sulla programmazione delle attività di screening e delle prestazioni assistenziali.

Il *Population Health Management* (PHM) è una strategia di *governance* per la promozione della salute e del benessere sociale che, a partire dall’analisi dei dati epidemiologici e di utilizzo dei servizi sanitari in un dato territorio, permette di inquadrare i bisogni attuali di salute e assistenza e di prevedere ciò di cui la medesima popolazione avrà bisogno nel futuro, attuando proattivamente interventi coerenti sia a livello sanitario che sociale. I sistemi sanitari e assistenziali devono iniziare a utilizzare i dati per progettare nuovi modelli di assistenza proattiva e fornire miglioramenti nella salute e nel benessere utilizzando al meglio le risorse allocate anche al fine di garantire la possibilità di investimenti su interventi sanitari e sociali (es. *social prescribing*), modelli organizzativi e/o tecnologie in grado di garantire i migliori esiti clinici.

Il PHM attraverso la trasformazione dei dati provenienti sia da serie storiche sia da flussi correnti (es. consumo di prestazioni e farmaci) in informazioni rilevanti per la sanità pubblica e la programmazione sanitaria, permette di comprendere quali fattori sono alla base della variazione degli esiti di salute nei diversi gruppi di popolazione in modo da porre l’attenzione sull’identificazione precoce del gruppo di soggetti a maggior rischio con l’obiettivo di incrementare il valore dell’intero processo di presa in carico. Con il PHM i servizi sanitari locali sono pertanto chiamati a progettare nuovi modelli proattivi di prevenzione e assistenza dedicati a quei soggetti che, all’interno della comunità, sono caratterizzati da uno specifico bisogno di salute e/o da fattori di rischio comuni. Tali modelli devono essere in grado di migliorare la salute e il benessere oggi e negli anni futuri, garantendo un ottimale utilizzo delle risorse all’interno di un percorso integrato di prevenzione e cura, anche grazie al disinvestimento da prestazioni a basso valore e all’utilizzo di nuove tecnologie.

Tanto premesso per il corrente anno si ritiene opportuno, attraverso l’applicazione di strategie di *Population Health Management* nonché di conoscenze e competenze per una *governance* sanitaria orientata dall’utilizzo e analisi dei dati, la definizione un piano operativo per l’incremento del valore nella presa in carico di problematiche cardiovascolari al fine di pianificare e adattare gli interventi sanitari all’interno di un percorso integrato di prevenzione e cura, garantendo un migliore accesso ai servizi, un migliore engagement della persona e, in definitiva, dei migliori esiti clinici.

**6. Sperimentazione di percorsi preventivi diagnostico-terapeutici dedicati (PPDTA) per una gestione integrata - preventiva e clinico-nutrizionale - delle persone in sovrappeso/obese**

L’impatto dell’obesità e delle sue conseguenze richiede interventi urgenti ed incisivi per contrastarne la diffusione. Molte delle azioni sinora intraprese nelle aree della prevenzione, della diagnosi e della terapia dell’obesità e delle sue complicanze hanno avuto prevalentemente carattere settoriale e frammentario, senza connessione con il disegno strategico generale. “Prevenzione” e “cura” sono state a lungo considerate strategie distinte, appannaggio quasi esclusivo delle autorità sanitarie pubbliche per gli aspetti preventivi e del clinico per i trattamenti.

Questo approccio ha comportato e comporta costi sanitari molto elevati, senza incidere in modo significativo. L'assistenza al paziente obeso è spesso affidata a diversi interventi "interdisciplinari" non sempre coordinati e pianificati tra loro, anche a causa della mancanza di un modello organizzativo unico e di percorsi preventivi diagnostico-terapeutici dedicati (PPDTA) che potrebbero garantire una gestione integrata tra i diversi ambiti di competenza preventiva e clinico-nutrizionale delle persone in sovrappeso/obese. Il progetto mira, pertanto, alla sperimentazione di un PPDTA a livello regionale che affianchi l'attività di sorveglianza e prevenzione alla presa in carico clinica e nutrizionale dei soggetti in sovrappeso e/o obesi nell'ambito di una "Rete assistenziale integrata e multidisciplinare", tenendo conto dei bisogni specifici della popolazione, con particolare riferimento al bambino sovrappeso/obeso, con l'obiettivo di ridurre o evitare eterogeneità e disomogeneità nei contenuti e nella costruzione dei percorsi nonché individuare un percorso integrato e condiviso tra l'area preventiva e quella clinica per un precoce, sinergico e simultaneo inquadramento preventivo e clinico-nutrizionale. L'attuazione del PPDTA dovrà prevedere un programma di valutazione e monitoraggio delle diverse fasi, attraverso la definizione di indicatori di processo/esito, l'integrazione con i sistemi di sorveglianza, nonché interventi di formazione/aggiornamento per tutti i professionisti coinvolti.

## **Azioni di sistema**

### **7. Migranti minori e minori non accompagnati: sorveglianza delle problematiche sanitarie e di accesso ai servizi sanitari.**

La Convenzione dei diritti del fanciullo prevede, al suo art. 2, il diritto all'eguaglianza dei minori, indipendentemente da cittadinanza e condizione di soggiorno, e al suo art. 24, il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione, sforzandosi di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi<sup>1</sup>. Già il documento recante le *"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"* (Accordo Stato Regioni del 20.12.2012, n. atti CSR 255) prevedeva l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dei "minori stranieri presenti sul territorio a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno" con l'attribuzione del Pediatra di Libera Scelta (PLS) o del Medico di Medicina Generale (MMG). Il DPCM 12 gennaio 2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"* confermava all'art. 63 il diritto per tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, indipendentemente dallo status, ad essere iscritti obbligatoriamente al SSN ed usufruire dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani. La legge 7 aprile 2017, n. 47, recante *"Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati (MSNA)"* interviene definitivamente per il riordino della norma, fin dall'arrivo o dal rintraccio/ritrovamento nel territorio nazionale, alla

---

<sup>1</sup> L'Italia con legge 27 maggio 1991, n. 176, ha ratificato e resa esecutiva la Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989.

segnalazione e all'identificazione e l'eventuale accertamento della minore età<sup>2</sup>, fino all'iscrizione al SSN, riguardo al diritto di tutela della salute. Nonostante le indicazioni normative, secondo quanto emerge dall'esperienza riportata dalle Regioni e PA, tale diritto non risulta uniformemente realizzato nella prassi, con la conseguente mancata assegnazione del PLS o il MMG, per ostacoli spesso burocratico-amministrativi che in alcuni casi vengono risolti e in altri dichiarati come insuperabili. Dove tale ostacolo viene superato è possibile riscontrare il mancato riconoscimento dell'esenzione dei minori nella fascia di età 7-18 anni. Inoltre, i due anni di pandemia e l'attuale emergenza Ucraina hanno acuito e riproposto il problema relativo all'accesso dei minori stranieri nel SSN, amplificando la mancata tutela del diritto riconosciuto internazionalmente. Il progetto è volto alla definizione di un quadro di *governance* locale, in rete tra varie regioni per l'analisi del contesto, la raccolta delle criticità e la condivisione delle pratiche e costruzione di un modello organizzativo uniforme, sostenibile e trasferibile.

#### **8. Implementazione della sorveglianza, nelle terapie intensive neonatali e nelle pediatrie di famiglia, della popolazione di neonati in epoca COVID, con particolare riguardo alla riportata aumentata incidenza di nati pretermine, *low birth weight* e con disturbi della sfera neuroevolutiva.**

La pandemia COVID-19 e le misure messe in atto per contenerla potrebbero aver avuto un impatto negativo sul decorso fisiologico della gravidanza, sul neurosviluppo fetale e sulle traiettorie neuroevolutive del neonato. In letteratura è ampiamente documentata l'associazione tra stress ed esiti negativi di gravidanza, tra cui la nascita pretermine e il basso peso neonatale, entrambi fattori di rischio per i disturbi del neurosviluppo. Le informazioni attualmente disponibili nelle popolazioni di gestanti COVID indicano un aumento di 2-3 volte del rischio per malattia grave o ricovero in terapia intensiva per la gestante e del 50% di nascite pretermine. Si aggiungono un aumentato rischio di pre-eclampsia, parto cesareo e basso peso alla nascita. Inoltre, uno studio pubblicato di recente sulla rivista JAMA Pediatrics (2022 Jan 4: e215563) documenta nei neonati in epoca COVID, indipendentemente dall'esposizione all'infezione materna in utero, un ritardo di sviluppo nelle abilità motorie e personali-sociali a 6 mesi rispetto alla coorte di bambini nati in epoca antecedente allo scenario pandemico.

Attualmente non esistono in Italia sistemi di sorveglianza specificatamente dedicate alla valutazione del neurosviluppo nei bilanci di salute pediatrici e nei servizi di follow-up neonatologici. Appare, pertanto, opportuno promuovere la pianificazione e implementazione di un sistema di monitoraggio delle traiettorie del neurosviluppo di neonati in epoca COVID attraverso un protocollo clinico di sorveglianza nella rete pediatrica e delle terapie intensive neonatali specificatamente predisposto per l'identificazione di anomalie comportamentali precoci e l'attivazione di azioni coordinate e strategiche di prevenzione nei primi anni di vita in tutto il territorio nazionale

---

<sup>2</sup> Si registra la non uniformità e spesso difficoltà nell'applicazione del *Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori Stranieri non accompagnati* approvato in Conferenza Stato-Regioni il 09/07/2020, per l'accertamento previsto dalla norma sopra citata.

## AZIONI CENTRALI

L'area "Azioni Centrali", funzionale alla pratica operatività del CCM, comprende ambiti di intervento direttamente gestiti dal Ministero. Per il corrente anno si ritiene opportuno mantenere la suddivisione nei seguenti due ambiti:

- Funzionamento
- Attività

L'area del funzionamento, funzionale alla pratica operatività del CCM, comprende ambiti di intervento direttamente gestiti dal Ministero. In tale area afferiscono le spese di rappresentanza e di missioni per le riunioni istituzionali, e per la partecipazione a Comitati, Gruppi di lavoro, tavoli nazionali e internazionali e per lo svolgimento di audit su attività di interesse del CCM, le spese, per l'organizzazione di incontri/eventi informativi e/o formativi anche a carattere internazionale quali il GHSA e il GHSI, nonché i costi per l'eventuale acquisto di materiale di cancelleria, riviste, libri e apparecchiature informatiche, servizi di traduzione e revisione di progetti. Sempre in tale ambito, vengono garantite la gestione e l'implementazione di piattaforme web e del sito CCM ([www.ccm-network.it](http://www.ccm-network.it)), il servizio "1500" del Ministero della Salute, dedicato alle emergenze sanitarie, e il supporto ai numeri di pubblica utilità dedicati alle dipendenze e gestiti dall'ISS, quali il Telefono Verde contro il tabagismo e il Telefono Verde contro il Gioco d'Azzardo Patologico, nonché il supporto all'adeguamento della Banca dati e del relativo sito web per la pubblicazione delle informazioni sugli ingredienti e le emissioni dei prodotti del tabacco, sugli ingredienti dei prodotti del tabacco di nuova generazione da fumo e non da fumo, dei prodotti da fumo a base di erbe, delle sigarette elettroniche e dei liquidi di ricarica (a norma del Decreto Legislativo n.6 del gennaio 2016).

A partire dal 2020 in tale area confluiscono anche le spese per assicurare il servizio di consulenza e gestione paghe degli incarichi co.co.co., di cui il Ministero è stato autorizzato ad avvalersi con specifiche ordinanze di protezione civile per attuare gli interventi urgenti in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Sono, inoltre, assicurate le attività formative e di aggiornamento, anche linguistico, rivolte al personale operante nel Centro, al personale degli uffici periferici (USMAF-SASN) direttamente coinvolto negli interventi volti ad affrontare le emergenze, anche al fine di definire il ruolo della leadership al servizio della sanità transfrontaliera, nonché ai referenti della Scorta Nazionale Antidoti (SNA) anche per la riorganizzazione e gestione della SNAF. Si confermano, altresì, tutte quelle attività indispensabili per assicurare una pronta risposta alle emergenze nonché il sostegno alla rete USMAF/SASN, quale primo punto di risposta alle emergenze sanitarie, anche attraverso il potenziamento delle funzioni di vigilanza sanitaria e controllo nei punti di ingresso nazionali e internazionali, demandate ai suindicati Uffici periferici.

Nell'area delle attività vengono ricondotti interventi 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 e non riconducibili alle linee dell'area progettuale, ma coerenti con esse e in grado di rafforzare gli interventi in esse avviati.

In questa area afferiscono anche i *donor agreement* sottoscritti con l'OMS e finalizzati a sostenere attività di interesse internazionale. In particolare, per il corrente anno si intende garantire il sostegno alla GARD Internazionale, l'Alleanza Globale per il contrasto alle malattie respiratorie e provvedere al contributo,

previsto in attuazione della Convenzione Quadro OMS per il Controllo del Tabacco (*FCTC - Framework Convention on Tobacco Control - 2003*), ratificata in Italia con legge 18.3.2008, n. 75, quale strumento strategico per la lotta al tabagismo

Sempre in tale area appare opportuno dare continuità alle attività di risposta all'emergenza attraverso il supporto al coordinamento e la gestione del flusso di informazioni in situazioni di eventi in grado di generare allerta di sanità pubblica, di interesse del Regolamento Sanitario Internazionale, e il rafforzamento della rete di vigilanza sanitaria al confine del Paese, anche attraverso la predisposizione di protocolli di attivazione in caso di eventi rilevanti per la sanità pubblica.

Sempre in ambito transfrontaliero si intende avviare un intervento per il potenziamento di un sistema di sorveglianza sanitaria integrata (epidemiologica, virologica e molecolare) ed *early warning* per patogeni emergenti e riemergenti di interesse di sanità pubblica a potenziale epidemico/pandemico nell'ambito dei flussi migratori. In particolare, i risultati preliminari del Progetto CCM 2020 "Sorveglianza epidemiologica e controllo del COVID-19 in aree urbane metropolitane e per il contenimento della circolazione del SARS-CoV-2 nella popolazione immigrata in Italia", suggeriscono che l'implementazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica, virologica e molecolare sul SARS-CoV-2 dedicato alla popolazione migrante, basato su un network interistituzionale e su una rete di laboratori attrezzati per le analisi in biologia molecolare, incluso il sequenziamento, possa rappresentare un valido strumento ad integrazione della rete nazionale di sorveglianza COVID-19, per il controllo e contenimento della diffusione del virus pandemico e delle sue varianti.

Nell'ambito dell'area attività, si ritiene necessario rafforzare il sistema di Sorveglianza della Mortalità Giornaliera (SiSMG), attualmente attivo in 34 città, avviato e implementato con il supporto dei precedenti programmi CCM e che nell'attuale emergenza COVID-19 si è dimostrato strumento utile e necessario al fine di indagare la situazione epidemiologica del Paese.

Nell'ambito della sicurezza sul lavoro è intenzione del CCM avviare un progetto pilota per l'implementazione di audit clinici e prima attuazione dell'art. 168 del d.lgs. 101/2020 con particolare riferimento alle pratiche a più alte dosi. L'esposizione a scopo medico costituisce infatti la principale fonte di esposizione alle radiazioni ionizzanti di origine artificiale e l'impiego di apparecchiature efficienti, l'uso di adeguati parametri tecnici, l'impiego delle radiazioni ionizzanti solo quando realmente necessario, così come richiesto dalla vigente normativa in materia di protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti (D.lgs. 101/2020), può ridurre notevolmente il rischio di esposizione associato alla pratica radiologica. La proposta consentirebbe, sulla base degli audit e dei dati raccolti di fornire delle raccomandazioni per miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle prestazioni radiologiche, radioterapeutiche e di medicina nucleare.

Sempre in tema di sicurezza sul lavoro alla luce delle modifiche normative al d.lgs. 81/2008 introdotte dalla legge 215/2021, che impattano su numerosi ambiti di salute e sicurezza, in particolare sulla attività di vigilanza, conferendo all'ispettorato nazionale del Lavoro i medesimi ruoli di vigilanza in capo alle ASL, su indicazione del comitato ex art 5 del d.lgs. 81/2008, presieduto dal Signor Ministro, e così come condiviso in sede di Conferenza Stato Regioni, si ritiene opportuno strutturare un percorso di formazione e di monitoraggio per gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro al fine di individuare delle procedure operative uniformi sul territorio nazionale per le attività di vigilanza. Negli ultimi anni un crescente interesse è stato rivolto alle esperienze territoriali di integrazione sociosanitaria condotte attraverso l'impiego del modello organizzativo-gestionale "Budget di Salute"

(BdS) che rappresenta una delle più avanzate e innovative proposte nel favorire concretamente l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità nel campo della salute mentale in Italia.

Nel difficile contesto post pandemico in cui si è assistito ad un forte incremento ed aggravio delle patologie in materia di salute mentale, si ritiene opportuno supportare un progetto per l'implementazione e diffusione del Budget di Salute quale strumento in grado di mettere al centro dell'intervento la capacità di un territorio di fornire risposte che integrino i bisogni di cura con quelli formativi/lavorativi, abitativi e di habitat e di comunità, di socialità/affettività sperimentando percorsi integrati e personalizzati di inclusione sociale per persone con disturbi psichici severi, di fatto maggiormente discriminate dal mercato del lavoro, da quello immobiliare e dai contesti socioculturali.

Ulteriore intervento previsto nell'ambito attività delle Azioni centrali è la mappatura territoriale delle Associazioni dedicate alla cura dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA). Sulla base delle conoscenze ed esperienze maturate dalla precedente attività che hanno portato alla realizzazione della Mappa delle strutture pubbliche e convenzionate dedicate alla cura dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, e al fine di potenziare il coinvolgimento dei diversi protagonisti, in particolare dei portatori di interesse (pazienti, famigliari, associazioni di settore), risulta fondamentale avere anche una "mappa" e delle Associazioni dedicate ai DNA al fine di garantire ai cittadini affetti da tali patologie, alle loro famiglie ed ai vari operatori sanitari a cui tali soggetti afferiscono migliori livelli di accesso e appropriatezza dell'intervento. Ciò consentirà la prosecuzione, il consolidamento, l'aggiornamento, l'integrazione e la messa a regime di una mappatura formale nazionale, da utilizzare anche ai fini del Fondo per il contrasto dei DNA previsto dalla Legge di Bilancio 234 del 30 dicembre 2021.

Anche per il corrente anno si intende sostenere le azioni del Centro Nazionale Sangue e del Centro Nazionale Trapianti. In particolare si prevede di valutare l'applicazione degli strumenti di Telemedicina nel contesto dei programmi di *Patient Blood Management* (PB) in relazione agli obiettivi del Sistema trasfusionale nazionale, così come stabiliti dalle norme vigenti in materia e in particolare dal decreto del Ministro della salute 2 novembre 2015 (Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti), che, alla luce delle nuove acquisizioni scientifiche e in coerenza con le normative europee, ha introdotto l'impiego delle strategie PBM quale strumento di garanzia del miglioramento della appropriatezza prescrittiva della trasfusione, indirizzando i servizi trasfusionali a promuovere presso i clinici l'uso di tale strategia multidisciplinare e multimodale volta a garantire a tutti i pazienti un approccio personalizzato alla chirurgia elettiva, che potenziando, se necessario, la riserva ematica individuale e riducendo le perdite, mira a eliminare la trasfusione evitabile.

Nell'ambito dei trapianti il trapianto di rene da vivente rappresenta la terapia di elezione nella insufficienza renale cronica terminale. La donazione da vivente è consentita tra consanguinei e non consanguinei e dal 2014 il Consiglio Superiore di Sanità permette la donazione di rene da vivente anche attraverso un donatore samaritano. La donazione samaritana rientra all'interno del programma crossover nazionale e permette di aumentare il numero di trapianti di rene da vivente partendo dal gesto altruistico di un donatore samaritano., appare pertanto opportuno ottimizzare e ampliare il programma crossover nazionale ed internazionale attraverso una rivalutazione dell'algoritmo per gestire la compatibilità immunologica delle coppie, definire meglio le tempistiche dei flussi informativi con i centri trapianto coinvolti e sviluppare nuove collaborazioni con altri paesi al fine di ampliare il pool delle coppie da vivente.

Altra attività ritenuta necessaria è l'implementazione degli interventi atti a migliorare la qualità dei dati sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e l'appropriatezza delle procedure di esecuzione delle IVG, anche ai fini dell'elaborazione della Relazione annuale al Parlamento sull'IVG.

L'emergenza sanitaria ha avuto infatti una inevitabile ricaduta non solo sull'organizzazione dei servizi e sullo svolgimento degli interventi, ma anche sulla raccolta dei dati, che ha subito forti ritardi nella registrazione dei casi. Appare pertanto necessario avviare una proposta di progetto che consenta di migliorare l'attuale raccolta e valutazione dei dati e migliorare la qualità di erogazione dei servizi di IVG anche attraverso il potenziamento di adeguati percorsi formativi e un aggiornamento delle strutture che erogano il servizio di IVG anche farmacologica.

Nell'ambito delle attività delle azioni centrali si intende sostenere il progetto "MaestraNatura", per promuovere azioni rivolte a diversi target di popolazione per la promozione della salute e la prevenzione di malattie trasmissibili e non trasmissibili, favorire iniziative di formazione per il personale della scuola su metodologie didattico-educative a supporto delle campagne di sensibilizzazione sui temi di salute pubblica e promuovere, anche attraverso la collaborazione con le Regioni e le Province, interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti a tutti i cittadini con l'obiettivo di superare *gap* di genere e socioeconomici e culturali che possono manifestarsi con una mancata equità nelle azioni di salvaguardia della salute.

In considerazione anche delle recenti allerte internazionali riguardanti le infezioni da Salmonella e da Campylobacter Salmonella e da Campylobacter si intende potenziare la caratterizzazione genomica effettuata mediante WGS (*whole-genome sequencing*) degli isolati umani di Salmonella spp. e Campylobacter spp. Il WGS consentirà un'analisi della struttura di popolazione sia da un punto di vista genetico che filogenetico, una migliore caratterizzazione di specifici determinanti di virulenza e resistenza al fine di definire migliori correlazioni tra fenotipo e genotipo dei ceppi di Salmonella e Campylobacter, in ambito umano, anche al fine di rispondere prontamente al debito informativo nei confronti dei paesi dell'EU inerente i principali cloni circolanti in Italia e di attuare una gestione più pronta delle misure da intraprendere di fronte al verificarsi di eventuali focolai epidemici.

Ulteriore necessità è quella di supportare il monitoraggio dei vaccini conservati nei depositi della Scorta strategica nazionale antidoti e farmaci (SNAF), verificando la stabilità, la loro corretta conservazione, la scadenza di ciascuna tipologia e valutando la possibilità di procedere ad una loro ricostituzione, mantenendone inalterata l'efficacia.

Infine, tra le attività delle azioni centrali si intende procedere allo sviluppo di un programma nazionale per la comunicazione del rischio in Sanità Pubblica. In seguito alla pandemia da SARS-CoV-2 ed alla recente pubblicazione del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023) - basato sulle indicazioni delle International Health Regulation (2005) e sulle Linee Guida del Programma Pandemic Influenza Preparedness Framework (PIP) dell'Organizzazione mondiale della Sanità - la comunicazione del rischio viene riconosciuta come una delle capacità fondamentali nella gestione ottimale delle emergenze sanitarie. Informazioni accurate fornite tempestivamente consentono infatti alle persone di fare scelte e adottare comportamenti per proteggere se stesse, le loro famiglie e le comunità dai pericoli per la salute. Per tale motivo il progetto dovrà essere orientato a creare dei gruppi a livello locale a cui a fornire adeguata formazione sui temi della comunicazione del rischio in emergenze sanitarie e ambientali, contrasto alla disinformazione e per veicolare informazioni e comportamenti corretti nei specifici ambiti di attività; elaborare analisi e strumenti di misurazione (*social listening*), su media tradizionali e social media, integrando strumenti di analisi e AI con le piattaforme esistenti anche allo scopo di fornire solido supporto ai team di *infodemic management* e *epidemic intelligence*.

## **Finanziamento**

Lo stanziamento complessivo per il 2022 del competente capitolo di bilancio, al netto delle variazioni già intervenute e di quelle da attuare nel corso dell'esercizio finanziario, ammonta a € 7.786.400

Per quanto concerne la ripartizione dei finanziamenti per aree, accogliendo le indicazioni del Comitato strategico, si dispone che circa il 60% del finanziamento venga destinato sull'Area Progettuale (€4.700.000) e il restante 40% sulle Azioni Centrali (€ 3.086.400).

Concluso l'iter di valutazione dei progetti esecutivi dell'area progettuale, esitante in una graduatoria finale, laddove la somma disponibile per l'area progettuale non fosse sufficiente a garantire almeno il 50% del finanziamento richiesto per la realizzazione del primo dei progetti non ammessi al finanziamento, le somme residue disponibili verrebbero assegnate all'area delle Azioni centrali per concorrere all'attuazione delle proposte progettuali indicate in Tabella 1b, con conseguente revisione del budget di una o più proposte, così da garantire l'efficacia e l'economicità dell'azione amministrativa.

Si specifica che nel caso in cui occorressero nel corso dell'esercizio finanziario delle variazioni in aumento e/o in diminuzione sul capitolo di bilancio del CCM, prima della conclusione dell'iter di valutazione delle proposte dell'area progettuale si procederà a distribuire le somme tra area progettuale e area azioni centrali, tenendo conto della suindicata ripartizione percentuale

Qualora dette variazioni avvenissero a conclusione dell'iter di valutazione e le risorse dell'area progettuale risultassero già assegnate e impegnate si procederà:

- in caso di variazioni in aumento, a scorrere la graduatoria, fermo restando che le somme disponibili dovranno essere sufficienti a garantire almeno il 50% dell'importo necessario per la realizzazione del primo dei progetti non ammessi al finanziamento. Diversamente le somme integrate verrebbero assegnate all'area delle Azioni centrali per concorrere all'attuazione delle proposte progettuali indicate in Tabella 1b, con conseguente revisione del budget di una o più proposte, così da garantire l'efficacia e l'economicità dell'azione amministrativa.
- in caso di variazioni in diminuzione, a rimodulare le sole azioni centrali.

Tabella 1a			AREA PROGETTUALE		
AMBITO	LINEA PROGETTUALE	N°			
MALATTIE TRASMISSIBILI	Azioni mirate all'implementazione o al consolidamento degli strumenti di autovalutazione regionale e locale riguardanti la sorveglianza dei patogeni antibiotico-resistenti (ABR) e la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (ICA), in accordo con le azioni previste dal SePNCAR 2022-2025	1			
	Sostegno alla sorveglianza delle malattie trasmissibili, con particolare riguardo all'identificazione precoce ( <i>early warning</i> ) di microrganismi patogeni emergenti, finalizzata ad assicurare una risposta rapida ed efficace da parte delle autorità sanitarie competenti	2			
	Promozione, sviluppo, attuazione e valutazione di attività educative nel contesto scolastico nazionale in ambito di sessualità, relazioni affettive e prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse (IST)	3			
	Definizione di nuovi strumenti per garantire la flessibilità dei servizi sanitari in risposta a emergenze CBRN con particolare riferimento al rischio da malattie infettive	4			
MALATTIE NON TRASMISSIBILI	Promozione di strategie di <i>population health management</i> orientate alla prevenzione per il miglioramento degli esiti di salute per le patologie cronico-degenerative con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari	5			
	Sperimentazione di percorsi preventivi diagnostico-terapeutici dedicati (PPDTA) per una gestione integrata - preventiva e clinico-nutrizionale - delle persone in sovrappeso/obese	6			
AZIONI DI SISTEMA	Migranti minori e minori non accompagnati: sorveglianza delle problematiche sanitarie e di accesso ai servizi sanitari.	7			
	Implementazione della sorveglianza, nelle terapie intensive neonatali e nelle pediatrie di famiglia, della popolazione di neonati in epoca COVID, con particolare riguardo alla riportata aumentata incidenza di nati pretermine, <i>low birth weight</i> e con disturbi della sfera neuroevolutiva.	8			
<b>Totale finanziamento AREA PROGETTUALE</b>		<b>4.700.000</b>			

Tabella 1b			AREA AZIONI CENTRALI	
AMBITO	VOCI	EURO		
<b>FUNZIONAMENTO</b>	<p>Spese per: riunioni istituzionali; organizzazione incontri/eventi informativi e/o formativi (accoglienza/ristoro/servizio interpretariato) anche a carattere internazionale quali GHSA e GHSI; missioni di personale interno e di esperti, nazionali ed internazionali, per la partecipazione a Comitati, Gruppi di lavoro, tavoli nazionali e internazionali ed incontri istituzionali su attività di interesse del CCM; acquisto materiale di cancelleria, riviste e libri; acquisto apparecchiature informatiche; implementazione sistemi informativi, gestione piattaforma web, ivi inclusa la banca dati tabacco, e sito CCM; servizio “1500” emergenze sanitarie e numeri verdi di utilità; sistema di allerta rapido; servizio traduzione e stampa materiale informativo; servizi di revisione e pubblicazione progetti, servizi per la gestione amministrativa del personale incaricato nell'ambito dell'emergenza COVID-19 , corsi di formazione e aggiornamento; corsi di formazione ed aggiornamento per personale USMAF-SASN e referenti SNA anche per la riorganizzazione e gestione della SNAF. Acquisizione di risorse e competenze per l'assolvimento dei compiti previsti per l'Italia dall'applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale e per le emergenze, di risposta sanitaria ad offese di tipo chimico da atti di terrorismo e le attività di difesa civile nel settore NBCR.</p>			
<b>TOTALE FUNZIONAMENTO</b>		<b>676.400</b>		
<b>ATTIVITÀ</b>	Sostegno a GARD International	10.000		
	Sostegno alla FCTC	190.000		
	Reparto Sanità Pubblica - Assolvimento dei compiti previsti per l'Italia dall'applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale	110.000		
	Sorveglianza malattie infettive con focus sui nuovi virus emergenti nella popolazione migrante in arrivo in Sicilia attraverso la rotta mediterranee	160.000		
	Rafforzamento sistema di Sorveglianza della Mortalità Giornaliera (SiSMG)	110.000		
	Ottimizzazione dell'esposizione medica a radiazioni ionizzanti. Progetto pilota per l'implementazione di audit clinici in ottemperanza all'art. 168 del d.lgs. 101/2020 con particolare riferimento alle pratiche a più alte dosi	130.000		
	Percorso di formazione e monitoraggio sulla sicurezza dei lavoratori in attuazione dell'art.5 D.lgs.81/2008	300.000		
	Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA): la mappatura territoriale delle Associazioni dedicate alla cura	100.000		
	Sperimentazione del “budget di salute” quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con particolare riferimento alle malattie mentali e alle dipendenze	400.000		
	Applicazione degli strumenti di Telemedicina nel contesto dei programmi di PBM in relazione agli obiettivi del Sistema trasfusionale nazionale	110.000		
	Supporto al potenziamento del programma crossover nazionale ed internazionale	110.000		
	Analisi genomica degli isolati di Salmonella e Campylobacter spp. in ambito umano	130.000		
	Supporto al progetto “Maestra Natura”	130.000		

Tabella 1b			AREA AZIONI CENTRALI	
AMBITO	VOCI		EURO	
<b>ATTIVITÀ</b>	Implementazione degli interventi atti a migliorare la qualità dei dati sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e l'appropriatezza delle procedure di esecuzione delle IVG		100.000	
	Valutazione della validità dei vaccini della SNA		170.000	
	Comunicazione del rischio in emergenza		150.000	
<b>TOTALE ATTIVITÀ</b>				
<b>2.410.000</b>				
<b>Totale finanziamento AREA AZIONI CENTRALI</b>				
<b>3.086.400</b>				

FINANZIAMENTO PROGRAMMA CCM 2022	
AREA PROGETTUALE	<b>4.700.000,00</b>
AREA AZIONI CENTRALI	<b>3.086.400,00</b>
<b>TOTALE PROGRAMMA CCM 2022</b>	<b>7.786.400,00</b>

### 3. Sviluppo progettuale

Per l'ambito "Area progettuale":

- ciascun Ente partner (Regioni e Province autonome, ISS, INAIL, INMP, e AGENAS) raccoglie, vaglia e trasmette al Direttore Operativo del CCM un massimo di due proposte di progetto, nell'ambito delle otto linee d'intervento identificate in tabella 1a, senza alcuna limitazione alla scelta della/e linea/e progettuale;
- dette proposte devono essere inoltrate sulla base della tempistica indicata con specifica nota che sarà inviata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria ai predetti Enti **e comunque entro e non oltre 45 giorni dalla data della nota stessa**
- le proposte, sotto forma di progetti esecutivi, redatte secondo uno specifico formato standard, devono prevedere 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.

A tal proposito si specifica che, per la suddivisione geografica dell'Italia, si deve tener 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, Sicilia, Sardegna.
- il Comitato scientifico del CCM esamina ed effettua una valutazione dei progetti esecutivi pervenuti sulla base dei criteri di valutazione indicati nella sezione "Criteri di ammissibilità/valutazione delle proposte";
  - la Direzione informa il Comitato strategico, anche via posta elettronica, circa le risultanze della valutazione del Comitato scientifico.

### 4. Criteri di ammissibilità/valutazione delle proposte

#### Valutazione di ammissibilità

Nell'ambito della programmazione 2022 verranno prese in considerazione esclusivamente le proposte che:

1. siano state redatte utilizzando il format di progettazione 2022, trasmesso agli Enti partner, unitamente al programma;
2. non si configurino come progetti di ricerca di base e non applicata;
3. non si configurino come progetti CCM in corso;
4. siano coerenti con la *mission* del CCM e con il programma 2022;
5. vedano la partecipazione di almeno tre Regioni (una del Nord, una del Centro ed una del Sud);
6. richiedano un finanziamento non superiore a 500.000 euro.

Saranno, dunque, ammessi alla valutazione solo quei progetti esecutivi che soddisfanno tutti i criteri sintetizzati in tabella 2.

Tabella 2

Criteri di ammissibilità		
Utilizzo format di progettazione 2022	SI	I criteri sono vincolanti. Il progetto esecutivo, per essere sottoposto alla valutazione, deve rispondere a tutti e 6 i criteri
Progetti di ricerca di base e non applicata	NO	
Progetti CCM in corso	NO	
Coerenza con la Mission del CCM e con il programma CCM 2022	SI	
Coinvolgimento tre Regioni	SI	
Abbiano un finanziamento non superiore a 500.000 euro	SI	

I progetti esecutivi presentati dagli Enti proponenti, ritenuti ammissibili sulla base dei criteri riportati in tabella 2, saranno valutati sulla base dei criteri indicati nella tabella 3.

Tabella 3

<b>critéri di valutazione dei progetti esecutivi</b>	<b>punteggio</b>
Soluzioni proposte sulla base di evidenze scientifiche	da 1 a 10
Influenza della proposta in termini di trasferibilità nella pratica del SSN e di utilizzazione concreta dei risultati	da 1 a 10
Contenuti innovativi e originalità del progetto	da 1 a 10
Struttura, chiarezza, e adeguatezza dell'approccio proposto per raggiungere i risultati attesi	da 1 a 10
Coerenza tra le attività indicate nel cronoprogramma e gli obiettivi proposti	da 1 a 10
Appropriatezza del piano finanziario	da 1 a 5
Coinvolgimento di più partner e altri soggetti, con riferimento anche alla chiarezza dei loro ruoli e responsabilità	da 1 a 5
Distribuzione delle risorse di bilancio e delle responsabilità tra le unità operative	da 1 a 5
Correlazione con Piani e Programmi regionali	da 1 a 5
<b><i>PUNTEGGIO FINALE</i></b>	<i>Somma</i> <i>* Punteggio minimo = 9, Punteggio massimo = 70</i>

Nel caso di proposte che diano continuità ad attività già promosse e concluse da pregressi programmi CCM, ai fini della valutazione si terrà conto anche dei risultati ottenuti.

Sulla base di detti criteri, viene assegnato a ciascun progetto esecutivo ritenuto ammissibile un voto finale, espresso collegialmente, così da stilare una graduatoria finale. Tenuto conto degli importi dei singoli progetti e della disponibilità economica dell'area progettuale del programma CCM 2022, verranno identificati i progetti finanziabili. Si rappresenta che, per eventuali variazioni di bilancio, in aumento e/o in diminuzione, disposte sul capitolo di bilancio del CCM dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, per il corrente esercizio finanziario, si rispetterà la graduatoria finale, secondo quanto indicato alla sezione Finanziamento del presente Programma.

Ai fini della presentazione dei progetti esecutivi, si rappresenta che, qualora sia previsto il coinvolgimento di soggetti privati quali unità operative, come richiamato dalla sentenza della Corte di Giustizia Europea n.159 del 19/12/2012, è necessario garantire il rispetto delle normative comunitarie in materia di appalti pubblici (Decreto Legislativo 18 aprile 2016 n.50 e s.m.i.).

## **5. Accordi di collaborazione**

Per ciascun progetto la Direzione operativa procederà a richiedere agli Enti partner capofila le necessarie informazioni volte al perfezionamento degli Accordi di collaborazione che daranno attuazione al programma CCM 2022. Si rammenta che gli Accordi di collaborazione sono sottoscritti ai sensi dell'art.15 della legge n. 241/1990, per disciplinare lo svolgimento di attività di interesse comune, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi descritti nel progetto esecutivo, che costituisce parte integrante dell'accordo. Al fine di assicurare il corretto svolgimento delle attività, ogni Ente partner è tenuto a trasmettere periodicamente, utilizzando appositi modelli di rendicontazione, un rapporto tecnico e finanziario sullo stato di avanzamento, la cui positiva valutazione consentirà l'erogazione delle quote di finanziamento. Come richiamato dagli organi di controllo e in linea con la giurisprudenza attuale, l'Accordo dovrà essere rivolto a realizzare un interesse pubblico comune e dovrà essere coerente con le finalità istituzionali degli Enti coinvolti. Non potendo, pertanto, questi Accordi configurarsi in nessun modo come contratti a prestazioni sinallagmatiche, il finanziamento è concesso al solo fine di rimborsare le spese sostenute per la realizzazione del progetto, come risultanti dai rendiconti finanziari che semestralmente gli Enti partner saranno tenuti a inviare.

Si precisa, infine, che l'impegno giuridico del finanziamento totale verrà assunto a valere sul corrente esercizio finanziario. Tuttavia, secondo quanto previsto dai recenti aggiornamenti in materia di contabilità e finanza pubblica con i quali è stata avviata la modifica delle procedure di impegno di spesa ai fini del potenziamento della funzione del bilancio di cassa e introdotto il concetto di impegno pluriennale a esigibilità – IPE, gli impegni di spesa dovranno essere imputati contabilmente sugli stanziamenti di competenza e cassa dell'anno o degli anni in cui l'obbligazione diviene esigibile (ovvero viene a scadenza).