



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”* ed in particolare l’articolo 9 che ha confermato, per tre anni, il CCM;

VISTO il decreto del Ministro della salute 4 agosto 2014 con il quale è stata disciplinata 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 11 dicembre 2016, n. 232 di approvazione del Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019;

VISTO il decreto del Ministro dell’economia e delle finanze 27 dicembre 2016, concernente la ripartizione in capitoli delle Unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2017 e per il triennio 2017-2019;

VISTO la direttiva generale per l’attività amministrativa e la gestione, emanata dal Ministro della salute il 24 gennaio 2017, che definisce le linee programmatiche, gli obiettivi strategici ed i risultati attesi dall’azione del Ministero della salute per l’anno 2017, in coerenza con il programma di Governo e nel rispetto delle compatibilità finanziarie;

VISTO il decreto ministeriale 7 febbraio 2017 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 *“Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante”*, dello stato di previsione del Ministero della salute (Tabella n. 14) di cui alla legge 11 dicembre 2016, n. 232;

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, ed 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;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 settembre 2014, registrato dalla Corte dei Conti in data 30 settembre 2014, con il quale è stato conferito al Dr. Raniero Guerra l'incarico di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute;

DATO ATTO che nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute per l'anno 2017 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, nonché per la stipula di apposite 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*", riporta uno stanziamento, di cui alla legge 138/2014, in termini di competenza e cassa, è pari ad € 7.509.242;

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 26 aprile 2017 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 il programma annuale di attività del CCM per l'anno 2017;

DECRETA

Articolo 1

1. È approvato il programma di attività del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie – CCM per l'anno 2017, di cui all'Allegato A al presente decreto, per un importo pari ad € 7.509.242,00, fatte salve eventuali variazioni in aumento o in diminuzione, che graverà sul capitolo 4393 per l'esercizio finanziario 2017.
2. Spetta al Direttore della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, in qualità di Direttore operativo del CCM, dare attuazione al Programma di cui al comma 1, secondo le modalità indicate nel predetto Allegato A 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.

Roma, 11 maggio 2017

f.to Il Ministro
Beatrice Lorenzin



Ministero della Salute



Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

PROGRAMMA 2017

Programma 2017

1. Premessa

Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) nasce con legge 26 maggio 2004, n. 138, come organismo di coordinamento tra le Istituzioni sanitarie centrali e quelle regionali per le attività di sorveglianza e prevenzione oltre che di risposta alle emergenze. Secondo il 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, che deve essere approvato entro il 30 giugno con DM. Sulla base di tale programma, gli Enti partner presentano proposte di applicazione che, laddove approvati dai Comitati del CCM (Scientifico e Strategico), sono ammessi a finanziamento.

Il Decreto del Presidente della Repubblica del 28 marzo 2013, n. 44, recante "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).

2. L'esperienza maturata

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.

3. Enti partner

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, 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 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 ma efficaci modelli di intervento già sperimentati, basati su evidenze scientifiche. Ciò in qualche modo 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).

Al fine di rendere più efficiente la realizzazione dei progetti e di consentire di attuare le proposte in modo più funzionale, evitando possibili ritardi, per i progetti ritenuti finanziabili a seguito dell'iter di valutazione, ove ciò sia possibile, e l'Ente partner concordi, sarà possibile procedere alla sigla di un accordo di collaborazione tra la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, l'Ente partner, e l'Ente attuatore (se diverso dall'Ente partner) individuato quale unità operativa responsabile dell'esecuzione delle attività previste. In questo caso, il Ministero erogherà il finanziamento previsto direttamente all'Ente attuatore, mentre spetterà all'Ente partner assicurare il coordinamento con il Ministero della Salute, garantendo l'invio delle periodiche relazioni scientifiche e finanziarie, delle richieste di pagamento e di eventuali ulteriori comunicazioni ufficiali previste nell'accordo.

4. L'impianto del programma 2017 e finanziamento (tabella 1)

Per il programma 2017 la Direzione operativa propone di confermare la 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 3, 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, la Direzione operativa, per l'anno 2017, propone di individuare limitate linee di intervento che rappresentino una priorità di governo, siano rilevanti per la sanità pubblica (anche in termini di numerosità e proporzione di popolazione potenzialmente beneficiaria) e presentino elementi, procedure e azioni la cui evidenza di efficacia possa far prevedere un impatto misurabile.

Inoltre, si ritiene opportuno definire dette linee di intervento in modo tale che siano coerenti con i Piani nazionali in via di attuazione così da sostenere i soggetti interessati nella loro realizzazione.

In particolare, con il programma CCM 2017, si intende continuare a dare supporto alle Regioni nell'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, che ha delineato 10 macro obiettivi a elevata valenza strategica, sui quali le Regioni sono state chiamate a pianificare e programmare interventi nei propri territori, puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico. Per il 2017, il programma CCM offre l'opportunità di sviluppare interventi mirati negli ambiti delle patologie trasmissibili e di quelle non-trasmissibili, con particolare riferimento alla medicina di genere.

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/o innovative.

Le **patologie trasmissibili** costituiscono da sempre un importante problema sanitario e sociale e in particolare, in questo ambito, la Direzione Operativa intende dare supporto a temi di grande rilevanza anche internazionale quali quelli dell'antimicrobico resistenza, delle infezioni ospedaliere e delle zoonosi.

- Sebbene l'antimicrobico resistenza sia un fenomeno naturale, negli ultimi anni diverse cause, tra cui un uso eccessivo e inappropriato di farmaci antimicrobici sugli esseri umani e sugli animali, hanno trasformato tale fenomeno in una seria minaccia per la salute pubblica in tutto il mondo, con un notevole aumento dei costi sanitari, prolungati ricoveri in ospedale, fallimenti del trattamento e un numero significativo di morti. A oggi l'antimicrobico resistenza è riconosciuta, pertanto, come uno dei maggiori problemi in grado di minacciare la salute globale e per questo numerosi sono gli sforzi intrapresi a livello mondiale per il contrasto di tale fenomeno, inserito tra l'altro nell'Agenda del *Global Health Security* e tra gli obiettivi prioritari dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Proprio l'OMS, a maggio 2015, ha approvato una risoluzione per affrontare la resistenza ai farmaci antimicrobici attraverso un piano d'azione globale che si propone di migliorare la conoscenza e la comprensione della resistenza agli antimicrobici, rafforzare la sorveglianza e la ricerca, ridurre l'incidenza di infezione, ottimizzare l'uso di farmaci antimicrobici e garantire investimenti sostenibili in tale ambito. La medesima risoluzione ha sollecitato gli Stati Membri a mettere in atto dei piani nazionali di azione, allineati con quello globale, sul quale il Ministero della Salute si è già attivato al fine di sviluppare, rafforzare e uniformare gli interventi in atto nel nostro Paese.
- Il rischio di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale è significativo, sia negli ospedali per acuti sia nelle strutture residenziali per anziani. In Italia la prevalenza di infezioni, nei 49

ospedali selezionati nello studio di prevalenza puntuale coordinato dall'ECDC nel 2011-2012, è stata del 6,3%, con punte del 15% in Terapia Intensiva del 13% nei pazienti con malattia rapidamente fatale. Tale prevalenza è in linea con la media europea, tuttavia, in Italia, molte di queste infezioni sono sostenute da microrganismi multi-resistenti: ciò è probabilmente effetto sia dell'elevata prevalenza di uso di antibiotici, sia della incompleta applicazione di misure efficaci a interrompere la trasmissione di microrganismi. Nei 49 ospedali partecipanti allo studio, il consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani è inferiore a 10 litri per 1.000 giornate di degenza (il livello più bassa in Europa), contro una media europea di 18,7 litri/1.000.

- Nel corso del tempo, lo scenario epidemiologico delle malattie trasmesse da vettori e delle zoonosi (alimentari e non) è profondamente cambiato in tutto il mondo. Sono più di 200 le malattie classificabili come “zoonosi” e circa il 75% delle malattie emergenti e riemergenti in Europa negli ultimi 10 anni è stato trasmesso da animali o da prodotti di origine animale. Sono stati scoperti e sono riapparsi nuovi agenti patogeni (encefalite spongiforme nei paesi europei, infezioni da *E. coli* produttori di verocitotossina, nuovi sierotipi emergenti di *Salmonella*, *West Nile* virus, influenza aviaria). Pertanto, la Commissione Europea (Direttiva 2003/99/CE) ha impegnato gli Stati Membri a introdurre sistemi di sorveglianza più efficaci e coordinati ed ha sottolineato l'importanza di raccogliere dati attendibili sull'incidenza delle zoonosi di origine alimentare e non. Tali dati sono, infatti, spesso distorti dalla sotto-notifica e dalla mancata diagnosi eziologica attribuibile ad uno scarso ricorso ad accertamenti di laboratorio. Inoltre, la trasmissione delle informazioni è, spesso, poco tempestiva e non permette di condurre tutte le indagini necessarie a stabilire la fonte e le modalità di trasmissione. In tale scenario sono da ritenersi prioritari la creazione di sistemi di sorveglianza sindromica delle zoonosi, con integrazione della sorveglianza sindromica nella sanità veterinaria e creazione di sistemi di allerta integrati, e l'implementazione e validazione di un sistema di allerta rapido basato sugli accessi ai PS/DEA.

Le **patologie non-trasmissibili** secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, causano in Europa l'86% dei decessi e il 77% della perdita di anni di vita in buona salute. Anche in Italia le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte e rappresentano attualmente il principale “carico” per il Sistema Sanitario. L'attuale rilevante peso epidemiologico, sociale ed economico delle malattie croniche, per altro, tenderà ad aumentare nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, con conseguente incremento del numero di soggetti con ridotta autonomia, scarsa inclusione sociale e minore partecipazione alla vita attiva. In coerenza con quanto disposto dal PNP 2014-2018 che ha individuato, tra i suoi macro-obiettivi, quello di “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non-trasmissibili”, si ritiene opportuno proporre linee operative tese alla prevenzione delle malattie croniche legate all'inquinamento atmosferico, all'invecchiamento attivo e in buona salute e all'implementazione di percorsi di presa in carico volti a ridurre il rischio di recidive e complicanze delle principali patologie croniche.

- Le modificazioni ambientali sono uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione. L'inquinamento delle matrici ambientali è un'importante concausa di malattie nei Paesi industrializzati, soprattutto per quel che riguarda le patologie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche. Molti processi patologici, in particolare, trovano una loro eziopatogenesi nell'inquinamento atmosferico. Secondo l'OMS, infatti, l'inquinamento atmosferico è tra le cause

principali dei decessi dovuti a malattie non-trasmissibili (ictus e malattie cardiovascolari, tumori e malattie respiratorie croniche). Ogni anno, nel mondo, 1,7 milioni di bambini al di sotto dei cinque anni e 4,9 milioni di adulti di età compresa tra i 50 e 75 perdono la vita per cause che potrebbero essere evitate grazie ad una migliore gestione dell'ambiente. Investimenti mirati possono aiutare a ridurre a livello globale e in modo significativo il crescente numero di malattie cardiovascolari e respiratorie così come di tumori e, al tempo stesso, a ridurre i costi del sistema sanitario. Il miglioramento della circolazione urbana, una buona pianificazione dell'assetto urbano con riqualificazione di zone degradate, la creazione di spazi verdi e la costruzione di piste pedonali e ciclabili e, in particolare, di percorsi pedonali e ciclabili casa-scuola e/o casa-lavoro sicuri sono misure semplici ma, al tempo stesso, efficaci per ridurre le malattie connesse all'inquinamento atmosferico e per contrastare la sedentarietà, altro determinante di malattie croniche. La diffusione di tali interventi è tuttavia ancora modesta e limitata a sporadiche esperienze.

- Quale investimento fondamentale per la sostenibilità dei sistemi socio-sanitari, l'invecchiamento progressivo della popolazione impone di porre in atto strategie appropriate e innovative per mitigarne gli effetti negativi sul sistema sociale ed economico, oltre che sul piano individuale, tenuto conto anche della necessità di porre particolare attenzione a gruppi sociali particolarmente a rischio di fragilità o di disuguaglianza, secondo una visione etica e di coesione sociale. Accanto alle strategie volte a garantire un invecchiamento attivo e in buona salute (*Active and Healthy Ageing*), secondo un approccio *life course*, sono necessari interventi per favorire la partecipazione sociale e la solidarietà tra le generazioni, soprattutto al fine di sostenere l'anziano fragile nel contesto in cui vive, per ridurre la progressione verso la non autonomia e l'isolamento sociale (che bene si connettono, per esempio, con gli interventi di comunità per la promozione dell'attività fisica). Per poter assicurare il raggiungimento di tali obiettivi, è necessario assicurare servizi di promozione della salute e di prevenzione che rivolgano un'attenzione particolare alla fascia di età sopra i 50 anni, nonché aumentare la capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni di popolazioni in progressivo invecchiamento. Gli anziani, infatti, rimangono una delle categorie più colpite dalla povertà e più esposte a fenomeni di esclusione sociale, isolamento e maltrattamento; la loro qualità di vita resta bassa, le malattie cronico-degenerative e invalidanti sono in crescita e con l'aumentare dell'età aumenta perciò anche il bisogno di sostegno quotidiano. È necessario, pertanto, non solo assicurare l'accesso a servizi di cura e assistenza centrati sulla persona ma anche 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. Una maggiore integrazione tra servizi sociali e sanitari permetterà di avviare percorsi virtuosi di attivazione degli anziani che ne garantiscano l'inclusione sociale (offrendo nuove fonti di identificazione, ruoli e riconoscimento collettivo) e accrescere le risorse di solidarietà, tra le generazioni e nelle comunità locali, al fine di promuoverne la partecipazione alla vita sociale.
- Il PNP 2014-2018 prevede che le Regioni realizzino uno studio di fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per Malattie Croniche Non-Trasmissibili (MCNT) da indirizzare verso un'adeguata presa in carico per l'adozione consapevole di stili di vita corretti o per l'invio ad idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari anche in riferimento alla medicina di genere. Tali condizioni di rischio comprendono sovrappeso/obesità, ipertensione, ipercolesterolemia, intolleranza ai carboidrati, nonché condizioni emergenti come ad es. l'Apnea Ostruttiva nel Sonno (OSAS). Tuttavia, anche i soggetti con diagnosi iniziale di diabete o di altre patologie come la Malattia Renale

Cronica o che hanno già avuto a un primo evento acuto possono trarre beneficio da interventi volti a modificarne gli stili di vita scorretti. È necessario, quindi, prevedere percorsi integrati e facilitati tra ospedale e territorio rivolti sia soggetti ad alto rischio sia a soggetti neo-diagnosticati o con un primo evento. Tali percorsi, sulla base di una modalità comune di stratificazione del rischio, nonché attraverso l'integrazione di professionalità diverse, devono essere finalizzati non solo a una migliore gestione clinica ma anche alla valorizzazione del ruolo della promozione di stili di vita salutari nel mantenimento o miglioramento dello stato di salute.

Nell'ambito delle **azioni di sistema**, infine, il programma CCM 2017 intende sostenere interventi negli ambiti delle patologie correlate all'ambiente di lavoro, della promozione della salute mentale correlata alla povertà e dell'epigenetica in relazione all'inquinamento.

- Le patologie in ambiente lavorativo sono rappresentate sia da malattie professionali emergenti e riemergenti correlate alle mutate condizioni lavorative sia da malattie che possono coinvolgere tanto i lavoratori quanto coloro che tale ambiente frequentano in qualità di “beneficiari di un servizio” (clienti, pazienti, ecc.). Fanno parte di questa categoria patologie trasmissibili (ad es. infezioni in ambito medico e odontoiatrico) e non-trasmissibili (ad es. neoplasie secondarie alla presenza di cancerogeni). I danni per la salute correlati all'ambiente lavorativo sono tra quelli che possono beneficiare di interventi efficaci, esistendo i presupposti per la realizzazione di programmi che abbiano come base la conoscenza quali-quantitativa dei rischi e dei metodi per prevenirli, la conoscenza dei danni, sia epidemiologica sia dei determinanti causali e, infine, avendo la possibilità di realizzare azioni di contrasto ai rischi agendo da un lato sulla promozione della salute, dall'altro sul controllo del rispetto delle norme.
- Le persone che vivono in povertà o in condizioni di esclusione, con riferimento particolare alle popolazioni e comunità marginali, presentano un rischio maggiore di compromettere la salute mentale rispetto a coloro che vivono una situazione economicamente e socialmente stabile. Sono spesso sottoposte a stress in quanto più facilmente vittime o testimoni di violenze e traumi e hanno un rischio più elevato di ammalarsi o di essere malnutriti. Di contro, le persone che soffrono di un disturbo mentale hanno un aumentato rischio di permanere o cadere nella povertà o di esclusione sociale. Ciò a causa di costi sanitari elevati, maggiori difficoltà a mantenere o trovare un lavoro, minore produttività e isolamento e stigma sociale collegato alla patologia. Promuovere la salute mentale di chi vive in condizioni di povertà o esclusione e, per quanto possibile, prevenire tali condizioni in chi già è psicologicamente sofferente rappresentano un'importante sfida per il settore socio-sanitario.
- Numerosi fattori ambientali possono agire su diverse componenti della cellula: sui recettori, sull'assetto epigenetico del DNA o sulla stessa sequenza-base del DNA, modificandola. Il particolato ultrafine, i metalli pesanti, le radiazioni ionizzanti ed altri inquinanti possono provocare, dopo mesi o anni, attraverso un processo complesso e sistemico, la trasformazione delle cellule e dei tessuti interessati. In particolare, i vari inquinanti possono cambiare il micro-ambiente uterino, interferendo sull'assetto epigenetico dei tessuti fetali nei primi mesi dello sviluppo. La prevenzione primaria deve perciò mirare prioritariamente a ridurre l'esposizione delle mamme in gravidanza, del feto e dei bambini agli inquinanti ambientali e atmosferici.

In sintesi, il Programma propone, dunque, le seguenti aree e ambiti:

✓ **Aree del Piano Nazionale di Prevenzione**

1. Patologie trasmissibili

- a. Prevenzione e controllo antimicrobico resistenza
- b. Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera
- c. Malattie trasmesse da vettori e zoonosi

2. Patologie non trasmissibili

- a. Prevenzione e controllo delle malattie croniche non trasmissibili legate all'inquinamento atmosferico
- b. Invecchiamento attivo e promozione della salute, prevenzione e gestione della cronicità e delle comorbidità nelle persone anziane
- c. Implementazione di percorsi integrati e facilitati tra ospedale e territorio per migliorare l'aderenza terapeutica e ridurre il rischio di recidive e complicanze delle principali patologie cronico-degenerative

✓ **Azioni di sistema**

1. Interventi di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili e non-trasmissibili correlate all'ambito lavorativo
2. Promozione della salute mentale correlata alla povertà e all'esclusione
3. Epigenetica, prevenzione preconcezionale e nei primi mille giorni di vita anche in relazione all'inquinamento ambientale e atmosferico

AZIONI CENTRALI

Per le azioni centrali si ritiene opportuno mantenere la suddivisione, come per i 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'area del funzionamento afferiscono le spese di rappresentanza e per le riunioni istituzionali nonché i costi per l'eventuale acquisto di materiale di cancelleria, riviste, libri e apparecchiature informatiche, servizi di revisione e pubblicazione progetti. Sempre in tale ambito vengono garantite la gestione ed implementazione di piattaforme web e del sito CCM (www.ccm-network.it), 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, anche linguistico, rivolti al personale operante nel Centro e al personale degli uffici periferici (USMAF-SASN), direttamente coinvolti negli interventi volti ad affrontare le emergenze.

Inoltre, 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.

Nello specifico, per il corrente anno, si confermano 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 a offese di tipo chimico da atti di terrorismo, e le attività di difesa civile nel settore nucleare, biologico, chimico e radiologico (NBCR), nonché il sostegno alla rete USMAF/SASN.

Al fine di rafforzare il ruolo dell'Italia in ambito internazionale, si conferma il sostegno del CCM alla partecipazione alle *Joint Action* europee anche con riferimento alla medicina di genere.

Tra le attività delle azioni centrali si intende confermare il supporto al Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore e, sempre nel campo degli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute, con particolare riferimento alla promozione della salute in età pediatrica, si propone di realizzare un intervento educativo/informativo nelle scuole d'infanzia e primarie con lo scopo di promuovere la prevenzione dei principali rischi collegati all'ambiente e ai cambiamenti del clima e promuovere comportamenti corretti che favoriscono strategie di mitigazione e adattamento ai cambiamenti climatici.

Sempre nel contesto dei rapporti tra ambiente e salute, secondo l'approccio previsto dal Piano Europeo per l'ambiente e la salute dei bambini del 2004, che sarà riconfermato anche nel corso della sesta Conferenza ministeriale ambiente e salute che si terrà ad Ostrava dal 13 al 15 giugno 2017, è importante attivare strategie e azioni di studio e monitoraggio di fattori di rischio incidenti sulla salute dei bambini e sulla loro natalità. Nel contempo, è necessario promuovere progetti di salute finalizzati a meglio comprendere l'impatto degli ubiquitari e insidiosi fattori di rischio e delle innumerevoli molecole xenobiotiche e delle miscele di composti che penetrano nei cicli vitali e impattano sulla fisiologia degli esseri viventi e dell'uomo. Un'ulteriore strategia dovrebbe fondarsi sul miglioramento della consapevolezza delle famiglie e dei cittadini attraverso azioni efficaci di comunicazione e di educazione alla salute.

Sempre nell'ambito dell'esposizione ai fattori di rischio ambientali, si ritiene opportuno sostenere le iniziative rivolte a ridurre in un periodo particolarmente vulnerabile come quello dei primi 1.000 giorni. In tale periodo, infatti, l'esposizione può comportare risposte adattive potenzialmente in grado di modificare, anche in modo permanente e con effetti intergenerazionali, l'architettura cerebrale e la programmazione endocrino-metabolica del soggetto, favorendo la comparsa di patologie e disturbi in età infantile o adulta. Si propone, pertanto, di realizzare un percorso formativo/informativo finalizzato all'approccio integrato epigenetico e specifico per genere per la prevenzione nei primi 1.000 giorni di vita, che contribuisca efficacemente all'acquisizione, da parte degli operatori del SSN, di conoscenze e competenze tecnico-professionali, nonché di modalità comunicative, volte a promuovere un'efficace prevenzione primaria degli Esiti Avversi della Riproduzione (EAR).

Nell'ambito di una maggiore valorizzazione dei dati, si intende, poi, confermare l'implementazione e la gestione del sistema informativo del portale nazionale sulle acque.

Per quanto concerne le malattie trasmissibili, si ritiene necessario fornire supporto alla piattaforma Early Alerting and Reporting (EAR), in coerenza con gli impegni assunti dall'Italia nel corso del meeting di Berlino (11-15 aprile 2016) del Global Health Security Action Group (GHSAG) e del Senior Official Meeting di Ottawa del 16-17 giugno 2016, nonché sostenere il funzionamento del NAC (Comitato Centrale per il contenimento della poliomielite) e l'implementazione di una rete di laboratori finalizzata al miglioramento della diagnostica delle malattie trasmissibili e delle cure da infezioni.

Si intende, inoltre, supportare azioni di prevenzione e sorveglianza delle malformazioni congenite attraverso interventi sugli ambienti di vita e di lavoro per ridurre i rischi da fattori emergenti biologici (incluso virus

zika) e non. Sempre nell'ambito della sorveglianza di malattie trasmissibili, in coerenza con le Strategie raccomandate dall'OMS nel Piano Globale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza, appare necessario sostenere l'implementazione e armonizzazione su tutto il territorio della Sorveglianza nazionale delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), secondo gli standard indicati all'ECDC, al fine anche di ottemperare agli obblighi informativi a livello comunitario e internazionale.

In coerenza con quanto previsto dalla Strategia Globale sull'Alcol e dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, è necessario continuare a promuovere il sostegno al progetto SISTIMAL (Sistema di indicatori per il monitoraggio dell'impatto alcol correlato), al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione, pervenire a nuovi indicatori per il monitoraggio della mortalità e delle caratteristiche dell'utenza dei servizi e sviluppare un rapporto tecnico scientifico annuale da inserire nella Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcol correlati, secondo quanto previsto della Legge 125/2001.

Nell'ambito delle malattie non-trasmissibili, si ribadisce la necessità di procedere ad azioni che consentano di dare un valido supporto alle Regioni, attraverso interventi coordinati centralmente, per la realizzazione dei Piani Regionali di Prevenzione, in attuazione del Piano Nazionale di cui all'Intesa del 13 novembre 2014. Tra tali azioni, si intende fornire supporto alle attività di prevenzione e promozione della salute delle malattie dismetaboliche (diabete, obesità, ecc.) in contesti opportunistici, attraverso la realizzazione di interventi che favoriscano e facilitino l'*empowerment* dei cittadini nell'assunzione di comportamenti salutari in tutte le fasi della vita con particolare riferimento alla medicina di genere.

Inoltre, anche ai fini della verifica delle azioni intraprese in Italia per la riduzione dell'introito di sale, si intende dare continuità alle rilevazioni effettuate negli anni scorsi attraverso due progetti CCM, attivando una nuova indagine che quantifichi il consumo medio giornaliero di sodio pro-capite in campioni rappresentativi della popolazione italiana adulta, di età pediatrica e di soggetti ipertesi, attraverso la raccolta delle urine delle 24 ore. Analogamente alle precedenti rilevazioni si procederà, al contempo, alla determinazione dei livelli urinari di potassio e di iodio per stimare da un lato il consumo di frutta e verdura, dall'altro l'assunzione di iodio.

A seguito dell'approvazione decreto legislativo 12 gennaio 2016, n. 6, che recepisce la direttiva 2014/40/UE e prevede che il Ministero della Salute e l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli rendano disponibili al pubblico sui propri siti istituzionali le informazioni sugli ingredienti e le emissioni dei prodotti del tabacco, sugli ingredienti delle sigarette elettroniche e dei liquidi di ricarica, dei prodotti del tabacco di nuova generazione, da fumo e non da fumo, e dei prodotti da fumo a base di erbe, si rende necessario procedere all'adeguamento alle nuove disposizioni della banca dati e del sito web, nonché all'allestimento *ex novo* della sezione dedicata alle sigarette elettroniche e ai contenitori di liquido di ricarica.

Nell'ambito del controllo del tabacco, si ritiene, inoltre, opportuno sostenere l'attuazione della *Framework Convention WHO on Tobacco Control* (FCTC), prevedendo un finanziamento *ad hoc* al fine di assicurare stabilmente il versamento dei contributi previsti per la partecipazione dell'Italia alla FCTC stessa e alle relative *Conference of the Parties* (CoP).

Nell'ambito della medicina e sicurezza sul lavoro, invece, si darà supporto all'implementazione del sistema di sorveglianza longitudinale su infortuni, morbosità e mortalità, secondo la storia lavorativa, – WHIP Salute (Work History Italian Panel), sistema basato sull'integrazione di fonti informative correnti disponibili per un corretto studio del rapporto tra salute e lavoro.

A sostegno dei diversi Piani Nazionali nel campo della prevenzione, inoltre, si ritiene utile proporre la realizzazione di un sistema che valuti il rapporto costi/benefici degli interventi implementati in attuazione degli stessi.

Considerato, poi, il ruolo rivestito dai consultori familiari (CF) per la promozione e la prevenzione nell'ambito della salute della donna e dell'età evolutiva e i diversi cambiamenti nei bisogni dell'utenza e nella struttura stessa delle famiglie, intervenuti dalla loro istituzione nel 1975, oltre che la necessità di una rivalorizzazione e potenziamento espressa dal Piano Nazionale Fertilità, dai nuovi LEA e dal IV Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza, appare evidente la necessità di ripensare il ruolo dei consultori, con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi, attraverso un'analisi delle attività attualmente svolte al fine di armonizzarli con i servizi socio-sanitari territoriali. Questo richiede, come passo propedeutico, un aggiornamento della loro mappatura, anche per individuare modelli positivi di funzionamento, così da poter poi rilanciare il ruolo dei CF attraverso la definizione e diffusione di un indirizzo operativo standard e omogeneo su tutto il territorio nazionale più adeguato alle necessità della società attuale.

Inoltre, vista l'approvazione del "Piano d'azione salute per e con le comunità Rom, Sinti e Camminanti" (RSC), che individua tre macro-aree di azione (formazione del personale sanitario e non; conoscenza e accesso ai servizi per RSC; servizi di prevenzione, diagnosi e cura), si ritiene necessario supportarne l'implementazione.

Si intende, infine, dare supporto all'attuazione del DM del 9 novembre 2015 e s.m.i, finalizzato a un corretto utilizzo della cannabis ad uso medico. In particolare si intende supportare l'attività informativa, rivolta in primis ai medici di medicina generale (MMG) e farmacisti, fornendo utili dettagli sulle modalità e le procedure da adottare in tale ambito, relative, tra l'altro, alla prescrizione, alle esigenze terapeutiche, al metodo di somministrazione, alle controindicazioni ed effetti collaterali, alle avvertenze speciali e alle precauzioni di impiego.

Finanziamento

Lo stanziamento complessivo per il 2017 del competente capitolo di bilancio, al netto delle decurtazioni intervenute nel corso dell'esercizio finanziario, ammonta a € 7.509.242.

Per quanto concerne la ripartizione dei finanziamenti per aree, accogliendo le indicazioni del Comitato strategico, si propone di confermare la suddivisione del precedente programma destinando il 50% sull'Area Progettuale (€3.754.621) e il restante 50% sulle Azioni Centrali (€3.754.621).

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, 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, si procederà a distribuire le somme tra area progettuale e area azioni centrali, tenendo conto della ripartizione al 50%.

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;
- in caso di variazioni in diminuzione, a rimodulare le sole azioni centrali.

Tabella 1a

AREA PROGETTUALE			
AMBITO		LINEA PROGETTUALE	ID
AREE DEL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE	PATOLOGIE TRASMISSIBILI	Prevenzione e controllo antimicrobico resistenza	1
		Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera	2
		Malattie trasmesse da vettori e zoonosi	3
	PATOLOGIE NON- TRASMISSIBILI	Prevenzione e controllo delle malattie croniche non-trasmissibili legate all'inquinamento atmosferico	4
		Invecchiamento attivo e promozione della salute, prevenzione e gestione della cronicità e delle comorbidità nelle persone anziane	5
		Implementazione di percorsi integrati e facilitati tra ospedale e territorio per valorizzare il ruolo della promozione di stili di vita salutari, migliorare la gestione clinica delle principali patologie cronico-degenerative e ridurre il rischio di recidive e complicanze	6
AZIONI DI SISTEMA	Interventi di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili e non trasmissibili correlate all'ambito lavorativo	7	
	Promozione della salute mentale correlata alla povertà e all'esclusione	8	
	Epigenetica, prevenzione preconcezionale e nei primi mille giorni di vita anche in relazione all'inquinamento ambientale e atmosferico	9	
<i>Totale finanziamento AREA PROGETTUALE</i>			<i>3.754.621</i>

Tabella 1b

AREA AZIONI CENTRALI	
AMBITO	VOCI
FUNZIONAMENTO	Spese per: riunioni istituzionali; organizzazione incontri/eventi informativi e/o formativi, acquisto materiale di cancelleria, riviste e libri; acquisto apparecchiature informatiche; implementazione sistemi informativi, gestione piattaforma web e sito CCM; servizio "1500" emergenze sanitarie e numeri verdi di utilità; sistema di allerta rapido; servizio traduzione e stampa materiale informativo; servizio di revisione e pubblicazione progetti
TOTALE FUNZIONAMENTO 150.000	
PERSONALE	Spese per: missioni; , ivi comprese quelle per la partecipazione a Comitati, Gruppi di lavoro, tavoli nazionali e internazionali e per lo svolgimento di audit su attività di interesse del CCM; rimborso spese personale comandato; corsi di formazione e aggiornamento per personale USMAF-SASN; corsi di formazione e aggiornamento e formazione linguistica per il personale interno, finalizzata a favorire la partecipazione istituzionale in ambito UE e OMS
TOTALE PERSONALE 800.000	
ATTIVITÀ¹	Acquisizione di risorse per affrontare le emergenze, comprese l'implementazione, il mantenimento e la gestione del deposito nazionale antidoti per la risposta sanitaria a offese di tipo chimico da atti di terrorismo e le attività di difesa civile nel settore NBCR;
	Sostegno alla rete USMAF/SASN, nonché informazione istituzionale espressamente destinata a promuovere e sostenere le attività del CCM, quali: pubblicazioni, incontri ed eventi formativi, seminari, etc.
	Partecipazioni a Joint Action europee
	Sistema di sorveglianza per la prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore
	Promozione della salute in età pediatrica. Cambiamenti climatici, stili di vita e salute dei bambini.
	Implementazione e gestione del sistema informativo del portale acque
	L'impatto dell'inquinamento delle matrici ambientali e delle catene alimentari, della tecnologia informatica e della telefonia mobile sui bambini: strategie trasversali di prevenzione sanitaria
	Implementazione di un percorso formativo/informativo finalizzato ad un approccio integrato epigenetico per la prevenzione nei primi 1000 giorni di vita
	Supporto alla piattaforma EAR
	Medicina di precisione: implementazione di una rete di laboratori finalizzata al miglioramento della diagnostica delle malattie trasmissibili e delle cure da infezioni
	Sorveglianza nazionale delle ICA
	Prevenzione e sorveglianza delle malformazioni congenite: interventi sugli ambienti di vita e di lavoro per ridurre i rischi da fattori emergenti biologici (incluso virus zika) e non
	Progetto SISTIMAL - Sistema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto alcol correlato
	Supporto alle attività di prevenzione e promozione della salute delle malattie a base metabolica in contesti opportunistici
	Valutazione del consumo medio giornaliero di sodio, potassio e iodio pro-capite in campioni rappresentativi della popolazione italiana
	Adeguamento della banca dati e del sito web per la pubblicazione degli ingredienti e delle emissioni dei prodotti del tabacco, degli ingredienti delle sigarette elettroniche e dei liquidi di ricarica, dei prodotti del tabacco di nuova generazione da fumo e non da fumo, dei prodotti da fumo a base di erbe.
	Supporto all'implementazione della FCTC
	Supporto al Sistema di sorveglianza medicina e sicurezza sul lavoro del lavoro - WHIP Salute
	La valutazione costo beneficio degli interventi di prevenzione in applicazione dei Piani Nazionali
	Analisi delle attività della rete dei consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi
Interventi per l'attuazione del Piano d'azione salute per e con le comunità Rom, Sinti e Camminanti (RSC)	
Supporto all'attuazione del DM del 9 novembre 2015 e s.m.i, finalizzato ad un corretto utilizzo della cannabis ad uso medico	
TOTALE ATTIVITÀ 2.804.621	
Totale finanziamento AREA AZIONI CENTRALI 3.754.621	
TOTALE 7.509.242	

1-Attività da realizzarsi con gli Enti centrali, così come indicati nel paragrafo 4-Azioni centrali

5. 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 nove 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 30 giorni dalla data di pubblicazione del programma 2017 sul sito CCM e/o sul sito istituzionale del Ministero;
- 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, Basilicata, 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.

6. Criteri di ammissibilità/valutazione delle proposte

Valutazione di ammissibilità

Nell'ambito della programmazione 2017 verranno prese in considerazione esclusivamente le proposte che:

1. siano state redatte utilizzando il format di progettazione 2017, trasmesso agli Enti partner , unitamente al programma;
2. non si configurino come progetti di ricerca;
3. non si configurino come progetti CCM in corso;
4. siano coerenti con la mission del CCM e con il programma 2017;
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 450.000 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 2017	SI	I criteri sono vincolanti. Il progetto esecutivo per essere sottoposto alla valutazione deve rispondere a tutti e 6 i criteri
Progetti di ricerca	NO	
Progetti CCM in corso	NO	
Coerenza con la Mission del CCM e con il programma CCM 2016	SI	
Coinvolgimento tre Regioni	SI	
Abbiano un finanziamento non superiore a 450.000 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

criteri di valutazione dei progetti esecutivi	punteggio
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
PUNTEGGIO FINALE	<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 2017, 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.

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).