

I risultati delle attività descritte nel documento si riferiscono al 30 giugno 2007.

A cura di

Giuseppe Salamina

Sonia Mele

Daniele Paramatti

Revisione testi, coordinamento editoriale e realizzazione

Eva Benelli, Paolo Gangemi - Zadigroma srl

Progetto grafico e impaginazione

Bruno Antonini - Zadigroma srl

Stampa

Tipografia Iacobelli srl , Frascati (Roma)

indice

prefazione	p. 3
il Ccm e il Paese	p. 4
il Ccm, un organismo nuovo per la sanità pubblica italiana	p. 7
i progetti del Ccm	p. 13
Sorveglianza, prevenzione e controllo	p. 15
Sostegno al Piano nazionale di prevenzione e a Guadagnare salute	p. 18
Emergenze	p. 22
Comunicazione e documentazione	p. 26
Socio-assistenziale	p. 30
Ambiente	p. 32
i percorsi di formazione promossi dal Ccm	p. 35
sostegno ai programmi di screening da parte del Ccm	p. 41
i primi risultati del Ccm	p. 47
stanziamenti e spese del Ccm	p. 81
Le sigle	p. 88
la rete del Ccm	p. 91
I comitati del Ccm	p. 93
I sottocomitati del Ccm	p. 95
Elenco e indirizzi dei responsabili dei progetti Ccm	p. 101

Sono lieta di presentare il primo rapporto sull'attività del Ccm: tre anni di vita spesi intensamente per adempiere a funzioni e compiti alquanto innovativi nel sistema salute del nostro Paese. L'organismo voluto dal Parlamento con la legge 138, configura un rapporto operativo nuovo tra il Dicastero e le Regioni: di fatto è fisiologicamente inserito nel Ministero, ma strettamente condiviso in tutti i suoi organi con le Regioni. Questi primi tre anni hanno visto il fiorire di numerose attività, tutte orientate alla prevenzione verso principali fattori di rischio per la salute dei cittadini italiani: un impegno consolidato sul Piano nazionale di prevenzione che vede una grande sinergia tra Stato e Regioni.

Fin dall'inizio il Ccm ha sostenuto la necessità di un approccio globale alla salute, un tema di non esclusivo appannaggio del sistema salute, ma necessariamente condiviso con tutta la società: lo slogan "La salute in tutte le politiche", non è solo un annuncio, ma una necessità operativa, se si vuole davvero incidere sulla realtà del Paese. Questa strategia ha visto un'importante realizzazione nel DPCM governativo nel piano "Guadagnare salute" che, insieme agli altri Ministeri e ai tanti stakeholder della salute delinea in maniera chiara il prossimo futuro del Ccm.

Il Ccm si è particolarmente impegnato, in tutte le sue attività, nel contrasto alle diseguità territoriali e, con speciale attenzione, alle diseguità sociali: abbiamo visto con piacere la crescente attività in questo senso delle regioni meridionali nell'attuazione del Piano nazionale di prevenzione. In particolare l'ultimo anno ha visto un crescente impegno del Ccm verso le donne e i bambini, ma anche verso le popolazioni immigrate e le fasce deboli della popolazione.

La conduzione amministrativa del Ccm si è dimostrata efficiente e corretta, come testimoniato dagli organi di controllo dello Stato, e come risulta dalle recenti audizioni da parte della Commissione di inchiesta del Senato sul Servizio sanitario. Il programma di ammodernamento del Servizio sanitario vede quindi il Ccm in una posizione strategica nella conduzione e valutazione sia delle attività di prevenzione, sia in quelle di sostegno al Ssn.

Questo rapporto testimonia, infine, la trasparenza della gestione Ccm: vi sono chiariti i processi e i percorsi decisionali, la scelta delle priorità, le modalità operative, fino ad arrivare alla chiara esposizione dei progetti con i relativi finanziamenti, la piena identificazione dei responsabili e la presentazione dei primi risultati ottenuti.

Una strada in salita, quindi, ma promettente e che non ci esime dalla continua revisione critica del nostro operato e dall'opportuna tendenza di dirigersi, con sempre maggiore efficacia, verso condivise strategie di sanità pubblica.

Livia Turco
Ministro della Salute

il Ccm e il Paese

Che impatto ha avuto finora il Ccm sul sistema salute del Paese ?

Non è facile definire l'impatto del Ccm sul sistema salute nei due anni reali di attività finora trascorsi. Possiamo dire, però, che il Ccm non ha inventato attività esotiche o programmi mai visti prima. Propone invece, coerentemente, un unico approccio: ottimizzare i piani e le azioni prioritarie per la sanità pubblica del Paese, integrandosi con le attività già presenti.

Non si tratta, quindi, di interventi che restano chiusi nei palazzi dell'amministrazione centrale: i 142 accordi stipulati per 74 linee progettuali afferenti a sei aree di attività hanno coinvolto tutte le Regioni e buona parte delle istituzioni della sanità pubblica. Quasi tutte le aziende sanitarie territoriali italiane partecipano oggi a qualche attività del Ccm, così come oltre 500 dei circa 770 ospedali. Un percorso che vede l'adesione di diverse migliaia di operatori sanitari, mentre almeno 5000 medici di medicina generale hanno usufruito di momenti di formazione dedicati.

Anche molte centinaia di medici specialisti contribuiscono alle attività del Ccm, sia con la partecipazione ai numerosi gruppi di lavoro nazionali, sia nel sostegno delle attività regionali.

In che modo il Ccm interagisce con le Regioni ?

La combinazione tra le attività correnti Ccm, la gestione delle emergenze e l'applicazione del Piano nazionale di prevenzione ha fatto crescere uno scambio costante di relazioni tra Regioni e Ccm, sottolineato da un appuntamento mensile: gli incontri con il Coordinamento interregionale per la prevenzione, l'organo individuato per questo ambito di attività.

In tutte le Regioni si è creato un nucleo centrale di interfaccia con il Ccm, che quasi sempre raccoglie l'insieme delle diverse competenze necessarie ad affrontare i numerosi e articolati campi di attività. L'adozione di modalità coordinate di progettazione e di monitoraggio ha sostenuto la crescita della capacità di programmazione e valutazione dei nuclei regionali, a dispetto delle difficoltà legate ai molti impegni e, talvolta, ai limiti di risorse umane.

L'attività di formazione del Ccm ha coinvolto molti colleghi delle Regioni, sia come discenti in corsi di programmazione e di valutazione, sia come organizzatori e docenti dei corsi tematici progettuali.

Qual è il rapporto con le Asl ?

Centocinquanta Asl hanno prestato orecchio alle istanze dei cittadini: il sistema Passi consente a ciascuna di loro di raccogliere, da un campione rappresentativo, informazioni puntuali sui comportamenti della popolazione in tema di salute. Ma contemporaneamente è lo strumento per ascoltare il parere dei cit-



tadini, le loro domande di salute, la percezione delle proprie condizioni. In altre parole, Passi è una forma di ascolto permanente, che offre dati su base mensile.

Ma non basta: nel poliedrico mondo della prevenzione di un'azienda sanitaria territoriale molti operatori partecipano alle attività del Ccm: dalla salute materno-infantile, all'igiene pubblica, dai centri di salute mentale ai Sert, dai servizi di prevenzione oncologica ai Sian.

A livello distrettuale molte azioni si svolgono nello studio del medico di famiglia o nei servizi distrettuali: la valutazione del rischio cardiovascolare è stata applicata a milioni di italiani dai loro medici, molti programmi di prevenzione primaria, ma anche le attività di vigilanza dell'anziano fragile, così come le attività di vaccinazione, fanno parte oggi di reti attive di programmi Ccm.

In che modo il Ccm si confronta con l'ospedale ?

La sicurezza in ospedale è un tema centrale delle attività del Ccm: proprio mentre questo testo va in stampa, diventano disponibili i risultati preliminari raccolti da 500 ospedali relativi all'indagine sul controllo delle infezioni ospedaliere e sulla gestione dell'igiene.

Un quadro non pessimistico, ma che motiva fortemente uno speciale impegno del Ccm. Anche grazie a questo impegno molti ospedali hanno attivato programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere, partecipando, per esempio, alla campagna "cure pulite, cure sicure", promossa dall'Organizzazione mondiale della sanità, che ha coinvolto in Italia oltre 80 ospedali.

E i cittadini si sono accorti dell'esistenza del CCM ?

Come per tutte le nuove realtà, anche al Ccm occorre del tempo per arrivare a farsi conoscere dai più. D'altra parte il Ccm è un network, non un organismo a sé, quindi il cittadino vede il servizio sanitario impegnato nei programmi Ccm, anche se non vede la sigla "Ccm".

Ma l'impatto c'è: decine di migliaia di cittadini partecipano al sistema Passi, alcuni milioni di cittadini sono stati "misurati" con la carta del rischio cardiovascolare, il sistema di allerta per le ondate di calore si è tradotto in interventi fin dentro le case di molti anziani fragili, tante donne, specialmente al Sud, sono state finalmente chiamate agli screening oncologici pubblici, in tante scuole si sono avviate attività di educazione sanitaria sulla prevenzione primaria. È questo il modo in cui il Ccm si fa conoscere.

Donato Greco

Direttore operativo del Ccm

Capo Dipartimento della prevenzione e comunicazione

il Ccm

un organismo nuovo per la sanità pubblica italiana

Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) è un organismo di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza e prevenzione. È stato istituito con la Legge 138 del 26 maggio 2004 e il Decreto del Ministro della Salute dell'1 luglio 2004 ne ha definito l'organizzazione.

La carta d'identità

In questi anni il Ccm ha costruito un profilo identitario che lo colloca come un organismo unico nel panorama della sanità pubblica italiana, caratterizzato da:

- ▶ una **missione esplicita**: più prevenzione nel Paese e nella pratica del Sistema sanitario nazionale, attraverso strategie e interventi la cui efficacia è dimostrata da solidi dati scientifici
- ▶ una **modalità di lavoro** per progetti, con obiettivi, procedure, responsabilità, risorse e tempi di realizzazione definiti
- ▶ la **sistematica promozione del confronto** all'interno dei suoi organi collegiali consultivi, e la cooperazione con i tavoli tecnici delle Regioni
- ▶ un'**appropriata collocazione** nel panorama della sanità pubblica, che consente di connettere l'attività per progetti a quella istituzionale, collegando l'azione del sistema sanitario ai grandi network internazionali.

Il Ccm opera ponendo attenzione alla coesione e all'equità, perché siano assicurate, in tutte le Regioni italiane, per tutti i cittadini, in ogni strato sociale, uguali possibilità di accesso agli interventi di prevenzione.

Il Ccm opera creando ponti tra il mondo della ricerca e le strutture sanitarie e tra le esperienze migliori e le realtà ancora in crescita, attivando partnership istituzionali e collaborazioni professionali: costruisce così la rete della prevenzione in Italia.

In questo modo, il Ccm si propone come un nuovo soggetto della sanità pubblica, adeguato al processo di regionalizzazione innescato dalla riforma del Titolo V della Costituzione.



Gli organi collegiali del Ccm e la sua collocazione

Il Ccm è collocato all'interno del Dipartimento della prevenzione e della comunicazione del Ministero della Salute, presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria, i cui uffici garantiscono il supporto operativo alla realizzazione dei progetti.

Il Direttore operativo del Ccm è Donato Greco. La Direzione operativa del Ccm elabora i programmi annuali, verifica l'attuazione e i risultati dei progetti, supporta i comitati e i sottocomitati.

Il Ccm è - in parte - un organismo collegiale composto da comitati:

- il Comitato strategico, presieduto dal Ministro della Salute, si compone di rappresentanti delle Regioni e dei responsabili delle massime autorità sanitarie centrali. Elabora le linee di indirizzo generali e approva i programmi annuali nonché la costituzione di sottocomitati scientifici
- il Comitato scientifico, costituito da cinque esperti di sanità pubblica nominati dal Ministro della Salute e da cinque esperti nominati dagli Assessori alla sanità delle Regioni, esamina i progetti proposti, ne valuta la qualità dei contenuti e dei metodi scelti, la coerenza con le linee di indirizzo approvate e la congruenza dei piani finanziari proposti. Dove necessario, propone la costituzione di sottocomitati di progetto per la gestione di progetti specifici
- il Comitato tecnico, costituito dai rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome, assicura il raccordo tra il Ccm e le Regioni e il trasferimento operativo dei progetti approvati.

La capacità di programmare

«Potenziare le capacità del Paese di rilevare, prevenire e controllare i principali problemi e le principali minacce per la salute pubblica, nell'ambito del Sistema sanitario governato dalle Regioni»: così il Ccm ha definito la propria missione. Per migliorare i risultati della propria attività e perseguire maggiore efficienza, il Ccm si ispira ad alcuni principi:

- la **cooperazione** con le diverse componenti del Ministero della Salute, l'inter-settorialità e l'interistituzionalità con gli altri Ministeri e con le Regioni
- l'**integrazione sociosanitaria**
- la **sintonia** con il Piano sanitario nazionale, il Patto per la salute con le Regioni e il Programma del Governo sulla salute
- la **coerenza con l'attività già esistente delle Regioni**: non compiti nuovi, ma attività indirizzate nel senso della razionalizzazione, riorganizzazione e riqualificazione di ciò che già viene realizzato, rendendo coerenti le attività del Ccm con i compiti istituzionali delle Regioni e le modalità di governo locale della sanità
- la **valutazione di processo e di risultato**, attraverso l'introduzione di standard di progettazione e indicatori di valutazione, in un rapporto di attiva collaborazione tra Ccm e partner convenzionati, sia nella fase di progettazione sia in quella di monitoraggio della realizzazione di programmi e progetti.

Il Piano nazionale di prevenzione

Il ruolo centrale del Ccm nel panorama della sanità pubblica italiana è stato riconosciuto anche a livello istituzionale con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che gli ha affidato il coordinamento del Piano nazionale di prevenzione (Pnp), che include attività di prevenzione sulle seguenti aree: rischio cardiovascolare; recidive degli incidenti cardiovascolari; complicanze del diabete; obesità; screening oncologici; vaccinazioni; incidenti stradali; infortuni sul lavoro; incidenti domestici. L'Intesa dà mandato al Ccm di fornire alle Regioni assistenza tecnica, valutazione e certificazione dei risultati ottenuti.

Si tratta di un processo innovativo per la sanità pubblica italiana, in quanto viene definita e attuata una metodologia di lavoro per progetti, univoca per tutte le Regioni, allo scopo di mettere in moto una dinamica virtuosa, mirata al raggiungimento di obiettivi di salute uniformi su tutto il territorio nazionale. Una quota del finanziamento corrente alle Regioni viene vincolata allo svolgimento di specifiche attività di prevenzione.

La fase di avvio del Pnp è stata caratterizzata dalla progettazione regionale,

sostanzialmente terminata negli ultimi mesi del 2006. Le Regioni hanno prodotto progetti in ciascuna delle aree previste dal Pnp, secondo formati e linee operative uniformi. La progettazione si è realizzata per fasi successive attraverso un'interazione non burocratica con il Ccm, specificando le attività, i traguardi e la loro importanza relativa, la tempistica al fine di consentire un adeguato monitoraggio dei progetti.

Guadagnare salute

Un altro importante traguardo nella storia recente della sanità pubblica italiana è stato raggiunto con il programma “Guadagnare salute”, approvato dal Governo (Dpcm 4 maggio 2007). “Guadagnare salute” indica strategie intersectoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, e interventi specifici per la lotta al tabagismo e all'abuso di alcol e per la promozione dell'attività fisica e di una sana alimentazione, attraverso la stretta cooperazione di tutte le istituzioni e le organizzazioni della società interessate. La necessità dell'approccio intersectoriale nasce dalla constatazione che la gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio sanitario nazionale. Il Ccm promuove il programma “Guadagnare salute”.

La risposta alle emergenze

Coerentemente con il mandato della Legge 138, il Ccm non è solo prevenzione, ma anche uno strumento di coordinamento nelle attività di risposta alle emergenze, intese come predisposizione di reazioni tempestive sia a eventi “straordinari” (attacchi terroristici, diffusione di nuovi agenti biologici trasmissibili, rilascio accidentale di agenti chimici o infettivi, pandemia influenzale, ecc.), che “ricorrenti” (tossinfezioni alimentari, infezioni correlate all'assistenza ospedaliera, incidenti occorsi durante lo svolgimento della pratica assistenziale, ecc.).

A partire dal Decreto del 15 dicembre 1990, che definisce il sistema informativo delle malattie infettive e relativi flussi comunicativi, esiste nel sistema sanitario una rete di Servizi di sanità pubblica preposti alle indagini epidemiologiche e alla ricerca dei contatti, allo scopo di contenere l'evento epidemico. Grazie all'attività del Ccm è stato possibile avviare il miglioramento delle capacità diagnostiche del sistema, attraverso il rinforzo della rete nazionale dei laboratori di riferimento, adesso presenti in tutte le Regioni italiane. Sono stati condivisi standard di qualità e criteri diagnostici. L'attuale rete di laboratori di riferimento consente un'adeguata sorveglianza della circolazione di virus influenzali, umani e animali, delle infezioni batteriche invasive e delle malattie prevenibili con vaccino. Con il Dm 22 dicembre 2004 si è costituito in seno al Ccm il sottocomitato “Influenza e pandemia influenzale”, composto da rappresentanti di diversi Ministeri (Salute, Affari Esteri, Interni, Difesa), ricercatori dell'Istituto superiore di sanità (Iss) e del Centro interuniversitario di ricerca sull'influenza (Ciri-IV) dell'Università di Genova, rappresentanti dell'Istituto zooprofilattico delle Venezie, delle Regioni, dell'Aifa, del Dipartimento della protezione civile.

Il sottocomitato ha messo a punto il “Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale”, fornisce indicazioni di carattere tecnico per la prevenzione e la risposta alle epidemie influenzali annuali e, in fase pandemica, assumerà il ruolo di Comitato per la pandemia. Si è andata così costituendo una rete efficiente di comunicazione tra le strutture operative interne (Ministero della Salute, Assessorati regionali, Asl) ed esterne al Ssn (Dipartimento della protezione civile, altri Ministeri, Comuni, servizi essenziali, come quelli delle telecomunicazioni ed energetici), con definizione chiara delle rispettive responsabilità e ruoli ad ogni livello di operatività: centrale, regionale e locale.

Nei primi tre anni di attività, il Ccm ha risposto tempestivamente a una lunga serie di allarmi epidemici, veri e presunti, e non solo nel settore delle malattie infettive. Di seguito, alcuni esempi:

Emergenze: breve cronologia

2005	<p>indagini su due casi di colera (Rimini e Messina) in soggetti immigrati e gestione della comunicazione agli organismi internazionali (Oms, Ce, Ecdc)</p> <p>studio caso-controllo sui fattori di rischio per mortalità da ondate di calore</p> <p>indagine su 5 casi di infezione da <i>E. coli</i> 0-157:H7, in bambini con sindrome emolitica uremica in Campania e Calabria, per contaminazione di un prodotto caseario locale</p> <p>epidemia da virus Marburg in Angola: un operatore sanitario deceduto e rimpatrio di otto italiani, contatti del caso deceduto e isolamento presso l'Ospedale Lazzaro Spallanzani di Roma; aggiornamento delle linee guida per la gestione dei casi di febbre emorragica</p>
2005-2006	<p>indagine su cinque casi di epatite B, da probabile trasmissione nosocomiale in Campania</p>
2006	<p>influenza aviaria: indagini sui contatti di animali infetti, produzione di raccomandazioni per sorveglianza e profilassi con antivirali per gli allevatori</p> <p>indagine, in collaborazione con i Dipartimenti di veterinaria, di un focolaio di <i>Trichinella bitrovi</i> in Sardegna</p>
2007	<p>indagine e valutazione del rischio nei contatti di un caso di contaminazione da polonio 210</p> <p>infezioni correlate all'assistenza ospedaliera: indagine conoscitiva per la valutazione delle condizioni igienico-strutturali degli ospedali italiani, a seguito della denuncia partita dal Policlinico Umberto I di Roma</p> <p>indagine su casi nosocomiali di legionella presso il Policlinico Umberto I di Roma</p> <p>ricerca di contatti esposti, durante un viaggio aereo, a un cittadino statunitense portatore di tubercolosi multiresistente.</p>

Attività per progetti e impiego delle risorse finanziarie come leva per la loro realizzazione

Parallelamente al lavoro di predisposizione di risposte adeguate alle emergenze e all'impegno istituzionale di coordinamento del Pnp, in questi tre anni di lavoro l'attività del Ccm si è incentrata nell'attuazione di progetti in collaborazione con Regioni e partner istituzionali diversi in numerosissime aree progettuali. Questa attività ha assorbito i due terzi delle risorse finanziarie del Ccm impegnate fino al 30 giugno 2007: oltre 59,7 milioni di euro su un totale di 90 milioni di euro nel triennio 2004-2006.

In relazione all'impegno crescente che il Ccm ha richiesto alle Regioni per la partecipazione al Piano della prevenzione, alla rete di allerta e reazione alle emergenze e ai molteplici progetti di miglioramento e sviluppo, una quota consistente del budget del Ccm (16 milioni di euro) è stata messa a disposizione

delle Regioni per sostenerle nell'attività di coordinamento sul territorio.

Il finanziamento è ripartito in modo tale da garantire a tutte le 21 Regioni e Province autonome una base di 400.000 euro, mentre la parte restante è ripartita secondo la numerosità della popolazione regionale. Le Regioni ricevono questo finanziamento sulla base di un piano concordato, in cui sono specificate: le funzioni di coordinamento assicurate, le attività di sorveglianza e prevenzione sostenute, le istituzioni e i servizi coinvolti.

Partner e best practices

I progetti rappresentano l'elemento di forte connotazione dell'attività del Ccm e di grande proiezione all'esterno, nella realtà dei Servizi di prevenzione e nelle diverse articolazioni del Servizio sanitario nazionale. Le Regioni sono gli interlocutori privilegiati nella realizzazione dei progetti del Ccm. Ad alcune Regioni e Province autonome che hanno al loro attivo pratiche di eccellenza in campi specifici (per esempio le Regioni Veneto, Emilia Romagna e Piemonte nel contrasto al tabagismo), il Ccm chiede di esercitare un ruolo guida, allo scopo di promuovere il trasferimento di modelli operativi di interventi di prevenzione già sperimentati oppure di condividere esperienze maturate in settori quali la formazione, la sorveglianza, l'organizzazione. Molti degli accordi realizzati con questo spirito sono andati a sostenere la progettazione e l'avvio dei Piani regionali di prevenzione all'interno del Pnp.

D'altra parte gli istituti centrali, come l'Iss e l'Ispe, rappresentano partner naturali del Ccm in virtù della loro consolidata capacità di coordinamento di progetti di prevenzione, come del resto riconosciuto dal Decreto ministeriale di organizzazione del Ccm: l'articolo 5, comma 4, afferma che per realizzare i propri compiti la direzione operativa del Ccm si avvale del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Iss.

Una buona parte dei progetti del Ccm offre sostegno ad attività istituzionali correnti, per esempio i progetti di sorveglianza in settori quali: le malattie infettive, l'ambiente, i tumori, la salute nei luoghi di lavoro, ecc. Altri progetti del Ccm vanno a sostegno delle attività di documentazione e valorizzazione delle fonti informative correnti o di una corretta comunicazione di temi sanitari, sia a un pubblico di addetti ai lavori, sia alla popolazione generale.

Alcuni progetti del Ccm sono invece assolutamente innovativi per il nostro Paese e, per certi versi, sperimentali, per esempio il sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia). Con Passi il Ccm intende realizzare un sistema di sorveglianza nazionale, basato sulla rilevazione continua da parte degli operatori dei Dipartimenti di prevenzione delle Asl, di informazioni su condizioni di salute e comportamenti a rischio (ipertensione, peso corporeo, consumo di alcol, tabacco, ecc.) nella popolazione residente.

Tutti i progetti sono realizzati secondo uno standard di progettazione, prevedono indicatori chiari di valutazione, di processo e di risultato e sono monitorati in base a rendicontazioni trimestrali, finanziarie e di attività.

Da ottobre 2005 al 30 giugno 2007, sono stati stipulati 142 accordi, per 74 linee progettuali, riconducibili a sei aree di attività:

- ↳ Sorveglianza, prevenzione e controllo
- ↳ Sostegno al Piano nazionale di prevenzione e al programma "Guadagnare salute"
- ↳ Emergenze
- ↳ Comunicazione e documentazione
- ↳ Socio-assistenziale
- ↳ Ambiente.



i progetti del Ccm



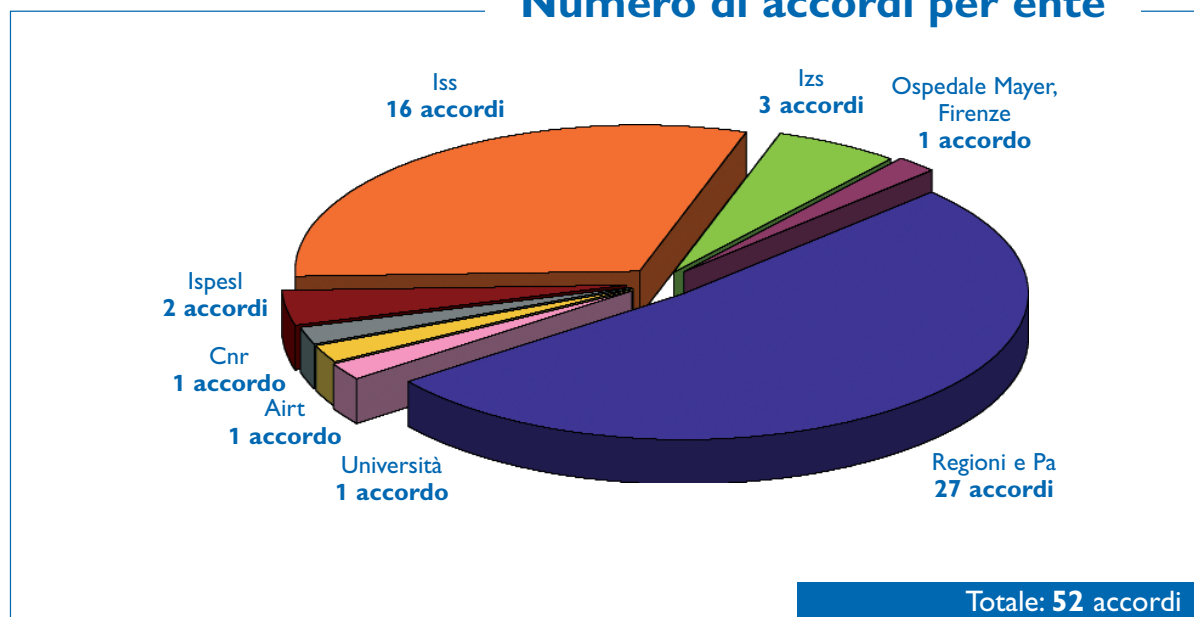
Sorveglianza, prevenzione e controllo

Il Ccm vuole migliorare qualità e quantità delle informazioni disponibili sui problemi di salute in tutti gli ambiti: dai tumori alle malattie infettive, dalla salute nei luoghi di lavoro ai comportamenti a rischio. Monitorarne gli andamenti e valutare l'impatto degli interventi preventivi intrapresi, in modo da supportare meglio le decisioni in sanità pubblica.

Sono stati avviati interventi in varie direzioni:

- estensione e consolidamento di sistemi di sorveglianza esistenti per le malattie infettive: sindrome influenzale, zoonosi, Piano nazionale di eradicazione di morbillo e rosolia congenita, tubercolosi, antibioticoresistenza; sistemi di sorveglianza inseriti in network internazionali, come quello della legionella, enterobatteri, paralisi flaccide, o in altri ambiti, quali la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, attraverso la raccolta standardizzata delle informazioni sulle modalità di accadimento degli infortuni mortali
- implementazione di nuovi sistemi di sorveglianza, come, per esempio, Passi, per una rilevazione continua di informazioni sulle condizioni di salute e i comportamenti a rischio della popolazione delle Asl italiane, gestita in proprio dai Servizi di prevenzione; oppure Micronet, un sistema di sorveglianza di laboratorio, per avere informazioni tempestive sulla circolazione di microrganismi patogeni, o Sind, il nuovo sistema informativo sui tossicodipendenti in carico presso i Sert italiani; o ancora Seme, che raccoglie informazioni sull'incidenza di patologie psichiatriche nella popolazione italiana
- sostegno all'attività dei registri tumori e attivazione se non ancora presenti
- miglioramento della qualità e tempestività dei flussi informativi, come nella revisione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive soggette a notifica obbligatoria, attraverso una piattaforma tecnologica su web.

Numero di accordi per ente



Sorveglianza, prevenzione e controllo

Malattie infettive

obiettivo

sorveglianza di pertosse, morbillo, rosolia, parotite epidemica e varicella in età pediatrica e sostegno al Piano nazionale di eliminazione del morbillo e rosolia congenita

Iss-Dmipi 300.000 €
Iss-Cnesps 300.000 €

Malattie infettive

obiettivo

creazione di un sistema di laboratori sentinella per lo scambio tempestivo di informazioni su isolamenti microbici

Iss-Cnesps 500.000 €

Zoonosi

obiettivo

valutazione e miglioramento del sistema di sorveglianza delle zoonosi

Izs Venezia 155.000 €
Iss-Cnesps 40.000 €
Iss-Dsaa 130.000 €
Izs Lazio e Toscana 240.000 €
Izs Abruzzo e Molise 155.000 €

Tumori

obiettivo

migliorare l'attività dei registri tumori in tutte le Regioni italiane e attivarli dove non ancora presenti

Airt 490.000 €

Infezioni correlate all'assistenza ospedaliera

obiettivo

sviluppare un sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella ed epidemie associate all'assistenza sanitaria e promuovere l'adesione a pratiche assistenziali *evidence based*, attraverso la diffusione di linee guida e la formazione del personale

Asr Emilia Romagna 600.000 €

ottobre
2005

gennaio
2006

febbraio
2006

marzo
2006

Paralisi flaccide

obiettivo

descrizione dell'eziologia e incidenza delle paralisi flaccide, indagini di siero-prevalenza e campionamenti ambientali

Iss-Dmipi 170.000 €
Regioni e Pa 280.000 €
Univ. "La Sapienza" 69.969 €

Anziani e clima

obiettivo

sorveglianza tempestiva della mortalità nelle principali città italiane e uno studio caso-controllo sui fattori di rischio legati alla mortalità durante le ondate di calore

Iss-Cnesps 200.000 €

Malattie infettive

obiettivo

epidemiologia e sorveglianza di laboratorio di legionella, enterobatteri, batteri antibiotico-resistenti, epatiti virali e virus respiratori

Iss-Dmipi 400.000 €
Iss-Cnesps 350.000 €

Salute sul lavoro

obiettivo

costruire un archivio contenente informazioni sugli infortuni sul lavoro e sulle storie lavorative mediante record linkage tra gli archivi Inail e Inps

Piemonte 210.000 €

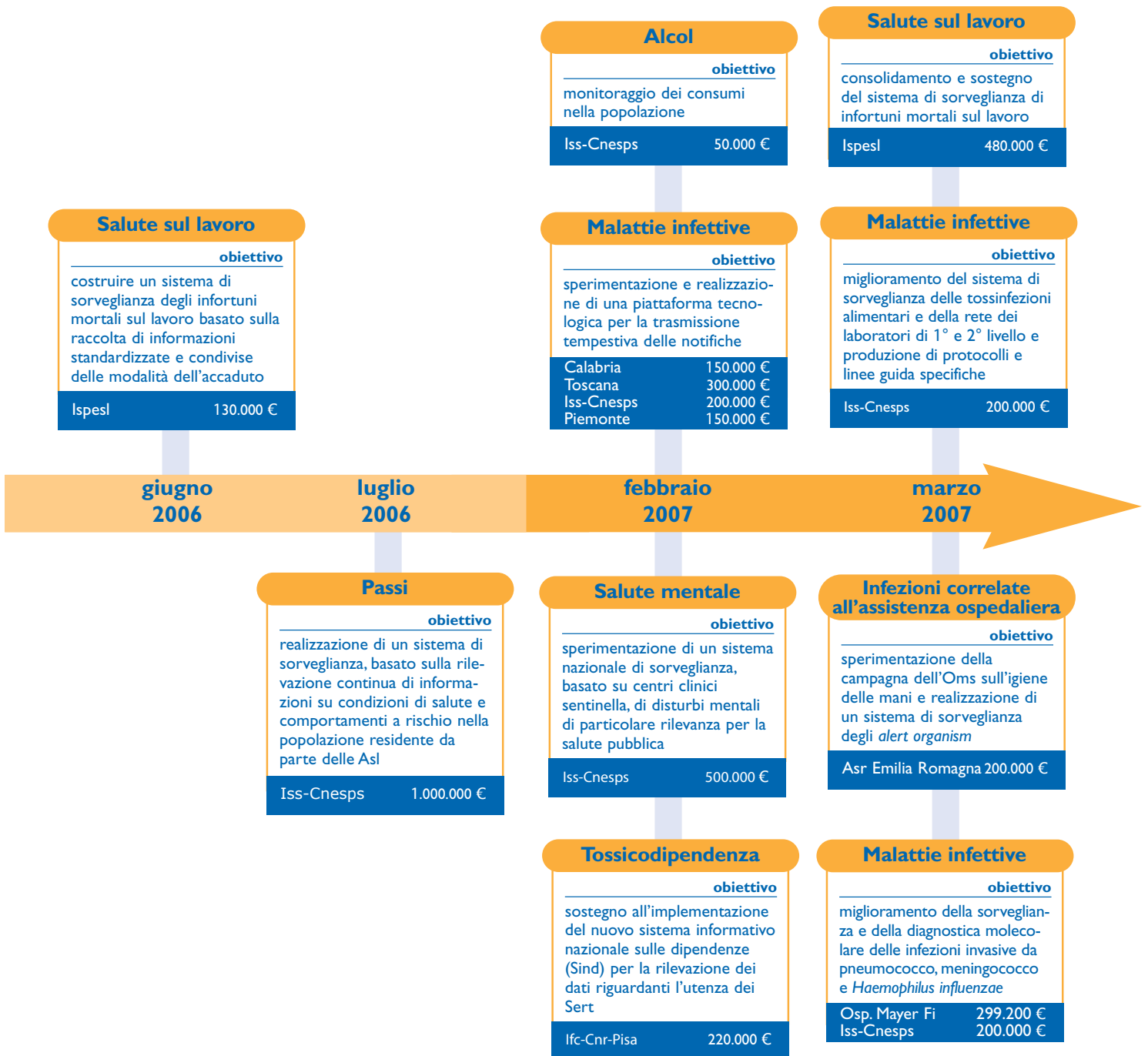
Tubercolosi

obiettivo

epidemiologia e sorveglianza di laboratorio della Tbc e della resistenza ai farmaci antitubercolari

Iss-Dmipi 100.000 €
Asr Emilia Romagna 130.000 €

i progetti del Ccm per mese e anno di avvio



Sostegno al Piano nazionale di prevenzione e a Guadagnare salute

Gran parte delle risorse del Ccm sono state investite in progetti coerenti con le aree di intervento previste dal programma di Governo “Guadagnare salute”. Per esempio, nel settore della lotta al tabagismo, in collaborazione con le Regioni, sono stati programmati interventi:

- ▶ per mantenere nel tempo l’osservanza della cosiddetta “legge sul fumo” (16 gennaio 2003), valutando il rispetto della normativa nei luoghi di lavoro pubblici e privati e coinvolgendo il personale dei Dipartimenti di prevenzione in un ruolo attivo di vigilanza del rispetto del divieto (Veneto)
- ▶ per la realizzazione di un piano di formazione rivolto ai pianificatori, ai decisori (regionali e locali) e agli operatori territoriali del pubblico e del privato sociale e per l’acquisizione di conoscenze e competenze operative, per la programmazione di interventi di lotta al tabagismo (Emilia Romagna).

Molti progetti del Ccm hanno l’obiettivo di supportare l’azione di Regioni e Pa nell’implementazione degli interventi previsti dal Piano nazionale di prevenzione, fornendo ausilio alle attività di programmazione e di formazione degli operatori sanitari coinvolti. Tra i primi progetti avviati dal Ccm a sostegno del Pnp, figura un complesso accordo con il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell’Istituto superiore di sanità, che coordina le attività di diversi organismi nell’area della prevenzione cardiovascolare:

- ▶ attività di sorveglianza degli eventi cardiovascolari in accordo con l’Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (Amco), l’Università di Napoli e le Regioni Veneto, Friuli Venezia Giulia, Campania e Toscana
- ▶ adozione del programma cuore.exe da parte dei medici di medicina generale (accordo con Snamid-Società scientifica di medicina generale), dei cardiologi (Amco), dei medici trasfuzionisti del Policlinico di Milano e delle associazioni donatori sangue
- ▶ programma nazionale di formazione per i Mmg. Sempre a sostegno della diffusione del calcolo del rischio cardiovascolare sono stati stipulati altri due accordi, con la Società italiana di medicina generale (Simg) e con l’Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

Per il diabete, il Ccm ha avviato una collaborazione con l’Iss-Cnesps, che coordina le attività di formazione e assistenza alle Regioni nella progettazione di interventi di prevenzione delle complicanze del diabete attraverso il modello del *disease management*, come previsto dal Pnp.

A supporto della progettazione nell’area degli interventi di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici e stradali previsti dal Pnp, il Ccm ha programmato una serie di attività di formazione per referenti regionali, allo scopo di realizzare:

- ▶ un sistema di sorveglianza informatizzato, basato sui Pronto soccorso (Ps)
- ▶ interventi strutturati di prevenzione rivolti a genitori, anziani, scuole guida, ecc.
- ▶ sistemi regionali di georeferenziazione

- un'indagine nazionale multicentrica, basata sui Ps
- un piano di aggiornamento per tecnici della prevenzione, coinvolti nella sicurezza delle strutture e degli impianti.

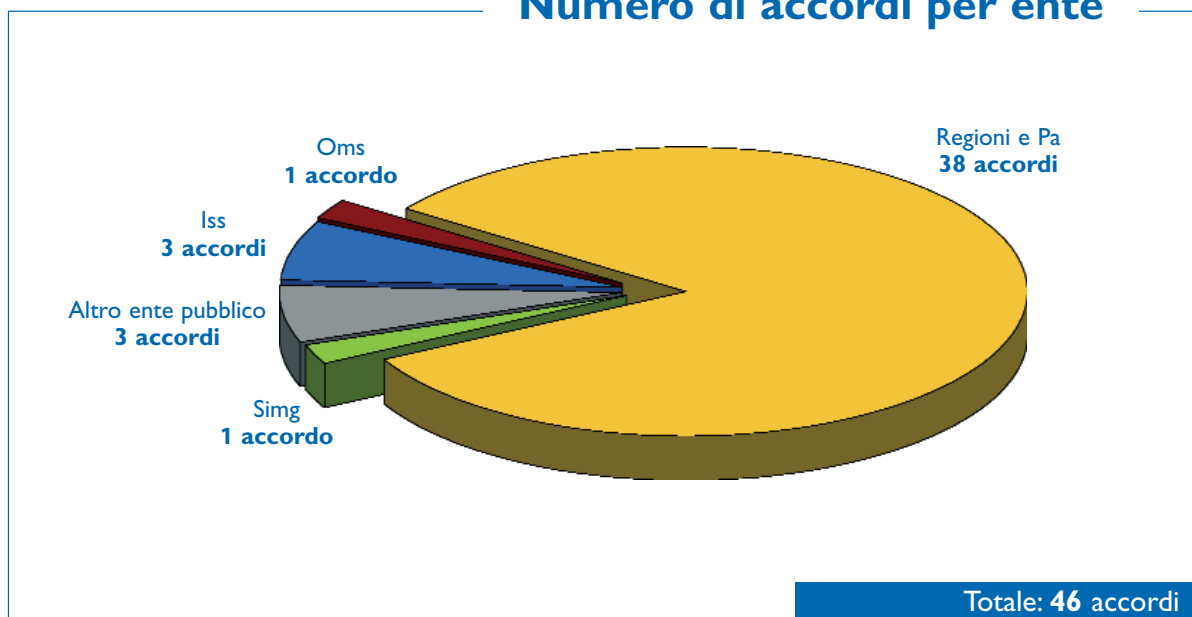
Per la realizzazione di queste attività è in corso una collaborazione con Piemonte, Lazio, Friuli Venezia Giulia e Provincia autonoma di Trento, sia per gli interventi di formazione che per l'assistenza attiva e l'affiancamento alle Regioni nell'implementazione delle attività programmate.

Per venire incontro all'aumentato carico di lavoro di Regioni e Pa nell'implementazione delle attività di sorveglianza e promozione della salute, previste dal Pnp e dai progetti Ccm, nei programmi 2005 e 2006 il Ccm ha previsto un finanziamento di 8 milioni di euro annui (per la ripartizione del finanziamento vedi la [tabella 3](#) a pag. 85), a rinforzo delle risorse organizzative e professionali coinvolte nell'implementazione delle attività coordinate o finanziate dal Ccm, ovvero:

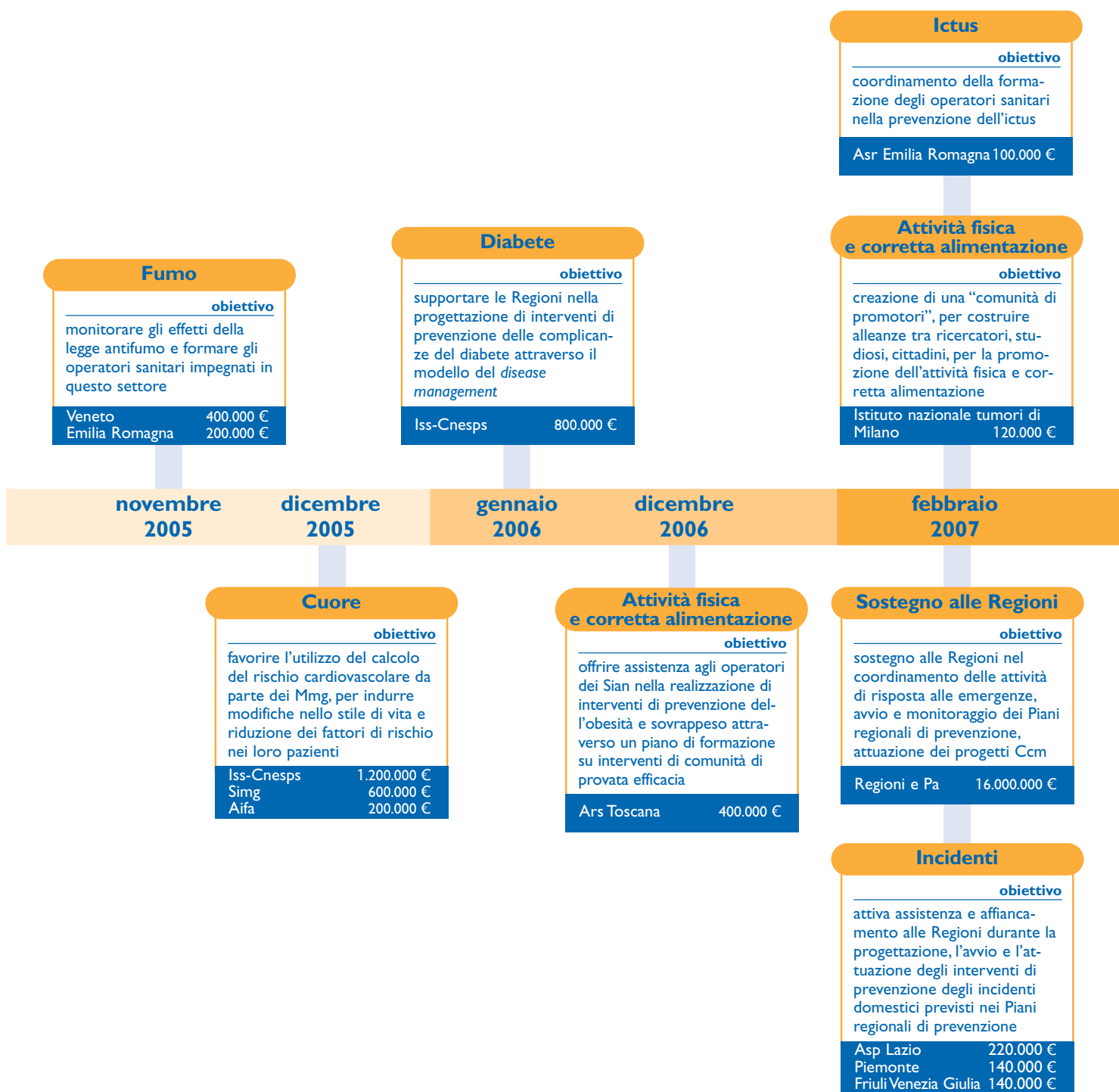
- programmazione, monitoraggio e valutazione dei Piani regionali di prevenzione
- progetti Ccm, per esempio la revisione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive, Passi, il Piano radon, ecc.
- la risposta alle emergenze di salute pubblica, rinforzando, per esempio, la rete territoriale per garantire la tempestiva raccolta e la gestione delle relative informazioni o la predisposizione di risposte graduali, a seconda dei livelli di rischio per la comunità.

Queste attività, definite funzioni di interfaccia tra le Regioni e Pa e il Ccm, sono finanziate seguendo una logica di progettazione che individua obiettivi organizzativi, tempi, indicatori, requisiti e risultati comuni, allo scopo di monitorarne il processo di costruzione e consentire una valutazione dei risultati organizzativi raggiunti. Il sostegno del Ccm si ispira a un criterio di flessibilità e adotta una logica di consolidamento e sviluppo che tiene conto del differente livello organizzativo delle realtà regionali. Mira in alcuni casi a consolidare funzioni in strutture già solide, in altri invece a favorire lo sviluppo a partire da situazioni di particolare debolezza, rappresentate dalla scarsità di risorse umane, precarietà organizzativa, scarso collegamento con le realtà territoriali, ecc.

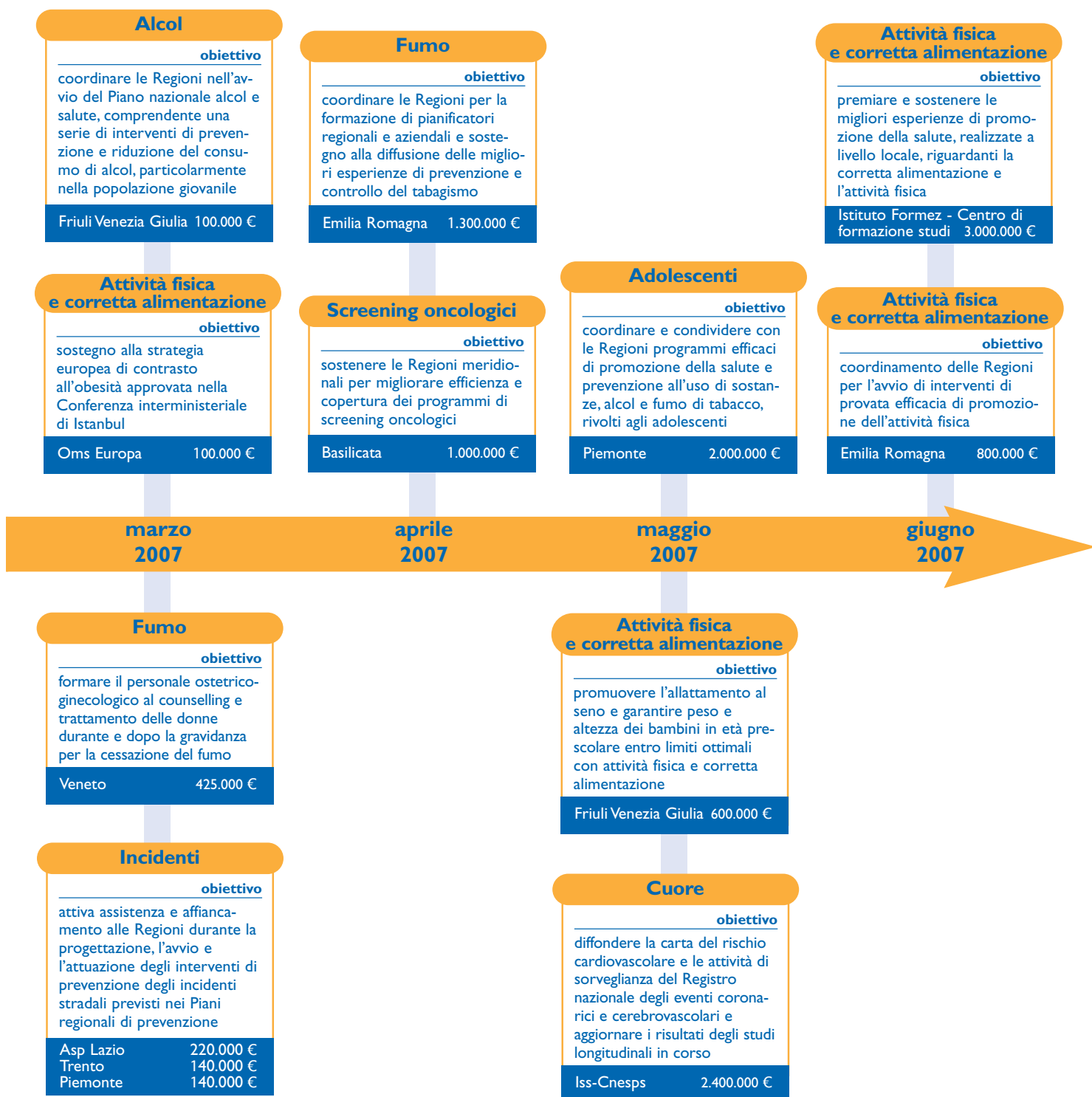
Numero di accordi per ente



Sostegno al Piano nazionale di prevenzione e a Guadagnare salute



i progetti del Ccm per mese e anno di avvio



Emergenze

Il Ccm è impegnato nell'elaborazione dei piani di risposta alle emergenze di salute pubblica, che prevedano azioni chiave, quali per esempio:

- migliorare la sorveglianza epidemiologica, soprattutto nella tempestività
- standardizzare le procedure operative di intervento, predisponendo una gradualità di risposta a seconda dei livelli di rischio per la comunità
- approntare la logistica per la fornitura, lo stoccaggio e la distribuzione di presidi quali dispositivi di protezione individuale, antidoti, vaccini, ecc.
- prevedere il rinforzo dell'*expertise* professionale diagnostica, epidemiologica e organizzativa
- mettere a punto un piano di formazione
- comunicare il rischio reale e percepito ai vari target.

Tutti questi elementi sono presenti nel “Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale”, messo a punto dal sottocomitato influenza del Ccm, composto da rappresentanti di numerosi enti e gruppi di ricerca, interni ed esterni al Ssn. Le attività di sorveglianza, previste dal Piano, sono sostenute da accordi di collaborazione, stipulati tra Ccm, Iss, Istituto zooprofilattico (Izs) delle Venezie e il Centro interuniversitario di ricerca sull'influenza (Ciri-IV) di Genova.

Il Piano rappresenta un modello di lavoro collaborativo, in cui sono presenti soluzioni operative e organizzative e definizione di ruoli e responsabilità. È un modello di lavoro, trasferibile anche ad altri contesti, per l'attuazione di piani di *preparedness* a situazioni emergenziali.

Tra le iniziative intraprese per il miglioramento della capacità di *preparedness*, il Ccm ha avviato una collaborazione con il laboratorio di livello 3 avanzato dell'Ospedale Lazzaro Spallanzani di Roma, grazie alla quale il Paese si è dotato di un efficace strumento di diagnostica e di gestione delle infezioni emergenti e riemergenti quali febbri emorragiche, coronavirus, Tb multiresistente, ecc. Sempre nell'ottica di trovare soluzioni nuove alla capacità di risposta tempestiva alle emergenze, il Ccm ha in questi anni sperimentato la fattibilità e valutato l'efficienza di un sistema di sorveglianza delle sindromi. La sperimentazione è stata condotta in collaborazione con la Regione Lazio, che ha messo a disposizione la sua rete informatizzata dei Pronto soccorso e con la Regione Piemonte in occasione dei Giochi Olimpici invernali di Torino 2006.

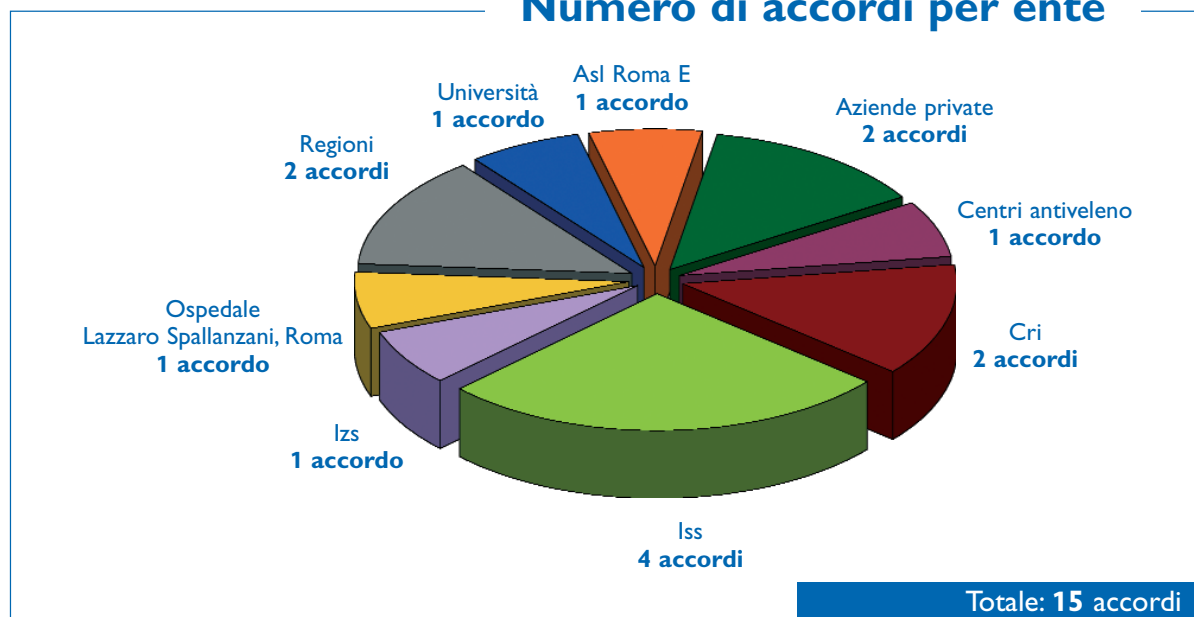
L'emergenza caldo delle ultime stagioni estive ha impegnato il Ccm in una attiva collaborazione con il Dipartimento di prevenzione dell'Asl Roma E, che coordina un piano operativo nazionale per la gestione delle condizioni di emergenza da caldo, basato, ove possibile, sui sistemi di allarme Hhww città-specifici, oppure su indicatori meteorologici per l'identificazione dei giorni ad alto rischio.

Il piano prevede inoltre la costituzione nei maggiori centri urbani di anagrafi dei soggetti suscettibili agli effetti delle ondate di calore (anagrafe delle fragilità), sui quali calibrare gli interventi di prevenzione e l'elaborazione di piani orga-

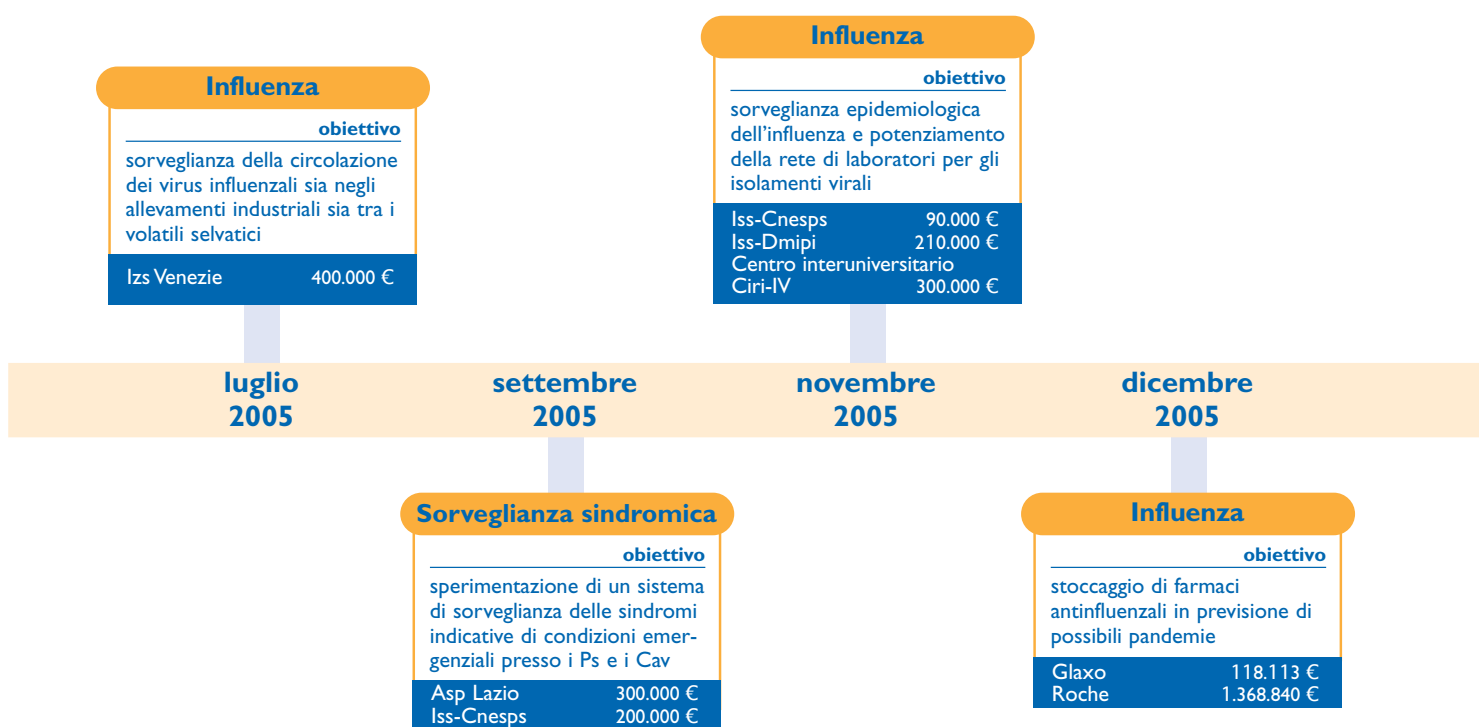
nizzativi di intervento su base locale, differenziati per livello di rischio climatico e per profilo di rischio dell'area considerata, oltre al monitoraggio della mortalità durante il periodo estivo.

La formazione del personale è uno strumento indispensabile per il miglioramento della capacità di risposta alle emergenze. Il Ccm, oltre a numerose iniziative di formazione del personale interno ed esterno al Ministero (vedi il capitolo dedicato), sostiene un programma di formazione dell'Iss specifico per le emergenze. Si tratta di un master universitario di II livello, denominato Profea (Programma di formazione in epidemiologia applicata), frutto di un accordo tra l'Iss e l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata". Della durata di due anni, Profea ha come obiettivo formativo il miglioramento della *performance* degli operatori di Asl e Osservatori epidemiologici a livello regionale e locale, nella raccolta, analisi d'informazioni ed esecuzione di indagini epidemiologiche.

Numero di accordi per ente



Emergenze



i progetti del Ccm per mese e anno di avvio

Malattie infettive

obiettivo

predisposizione di procedure diagnostiche, di assistenza e controllo a soggetti esposti ad agenti eziologici emergenti: virus emorragici, respiratori (Sars-CoV, H5N1), ecc.

Ospedale Lazzaro Spallanzani
400.000 €

Formazione epidemiologica

obiettivo

addestrare gli operatori dei Dipartimenti di prevenzione all'effettuazione di indagini di epidemie ed eventi acuti

Iss-Cnesps 1.500.000 €

Regolamento sanitario internazionale

obiettivo

formazione del personale sanitario transfrontaliero sulle procedure di emergenza del Nuovo regolamento sanitario internazionale

Cri Lazio 400.000 €
Cri Lombardia 249.000 €

gennaio
2006

febbraio
2006

febbraio
2007

Anziani e clima

obiettivo

gestire un sistema di previsione e allerta delle ondate di calore e coordinare azioni e interventi di protezione della salute degli anziani nelle principali città italiane

Asl Roma E 499.680 €

Olimpiadi Torino 2006

obiettivo

utilizzo della sorveglianza sindromica presso Ps, Cav e guardia medica per l'identificazione tempestiva di condizioni emergenziali durante le Olimpiadi invernali Torino 2006

Piemonte 140.000 €
Cav-Lombardia 15.000 €

Comunicazione e documentazione

Allo scopo di costruire una rete di centri di eccellenza per la sanità pubblica italiana, il Ccm ha avviato rapporti di collaborazione per avere consulenza attiva su vari temi:

- ▶ la prevenzione basata sulle prove di efficacia (Ebp). Si tratta di un accordo di collaborazione con l'Agenzia regionale sanitaria (Ars) della Toscana, per diffondere e sostenere la cultura della prevenzione *evidence based*, per stimolare gli operatori sanitari a una riflessione critica sull'efficacia delle attività correntemente effettuate, al fine di eliminare pratiche inutili e orientare le risorse verso interventi di provata efficacia. In questa direzione si è mosso anche il sottocomitato Ebp del Ccm che ha proposto l'eliminazione di una serie di pratiche obsolete, come i certificati di sana e robusta costituzione o i libretti sanitari per alimentaristi. La proposta è all'esame del Senato della Repubblica, sotto forma di un disegno di legge per la semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute
- ▶ le diseguaglianze. Si tratta di un accordo con il Servizio di epidemiologia della Asl 5 del Piemonte per disporre di una consulenza attiva sul tema della disuguaglianza destinata a favorire l'orientamento dei programmi del Ccm verso obiettivi di prevenzione equa. La consulenza si traduce nell'assistenza attiva ai referenti dei progetti, in fase di progettazione e di svolgimento degli stessi, garantendo una sistematica attività di monitoraggio e documentazione sull'equità nella prevenzione e identificando possibili interventi di contrasto (sotto forma di raccomandazioni), mutuati dalle esperienze maturate in altri contesti europei
- ▶ la comunicazione del rischio associato a campi elettromagnetici. Esiste una diffusa preoccupazione nel pubblico per i possibili effetti nocivi per la salute da esposizione a campi elettromagnetici, sia a basse frequenze (elettrodotti, ecc.) che a radiofrequenze (sistemi di telecomunicazione, ecc.). Il Dipartimento di tecnologie e salute (Dts) dell'Iss è stato identificato come consulente del Ccm, per fornire interpretazioni dei dati scientifici disponibili e, in occasione di situazioni di allarme da parte dei cittadini, offrire strumenti di risposta rapida, con effettuazione di misure in loco dei livelli di campo elettromagnetico, valutazioni dosimetriche dei livelli di esposizione e analisi rapide dell'incidenza di patologie. L'attività dell'Iss - Dts si collega con quelle del Progetto internazionale campi elettromagnetici dell'Oms (www.who.int/peh-emf/en/) e con il progetto europeo Emf-net (*Effects of the exposure to electromagnetic fields*: www.jrc.cec.eu.int/emf-net/index.cfm).

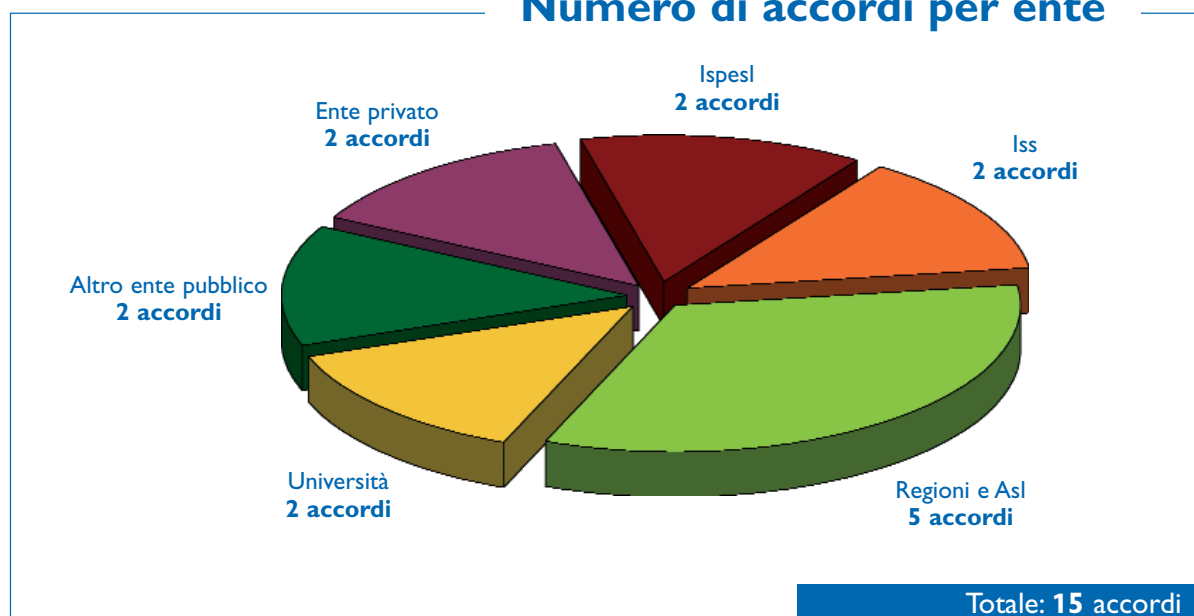
Con il Dipartimento ambiente e connessa prevenzione primaria (Dacpp) dell'Iss è stata avviata la realizzazione di un portale delle acque, per fornire ai cittadini informazioni chiare e in tempo reale sullo stato qualitativo delle acque potabili, di balneazione, minerali e termali, a partire dai flussi informativi esistenti a livello regionale. Il Poligrafico dello Stato ne cura gli aspetti tecnici.

L'offerta di informazioni chiare sui temi della salute, sia per gli operatori sanitari che per un pubblico più ampio, rappresenta uno dei punti di forza dell'azio-

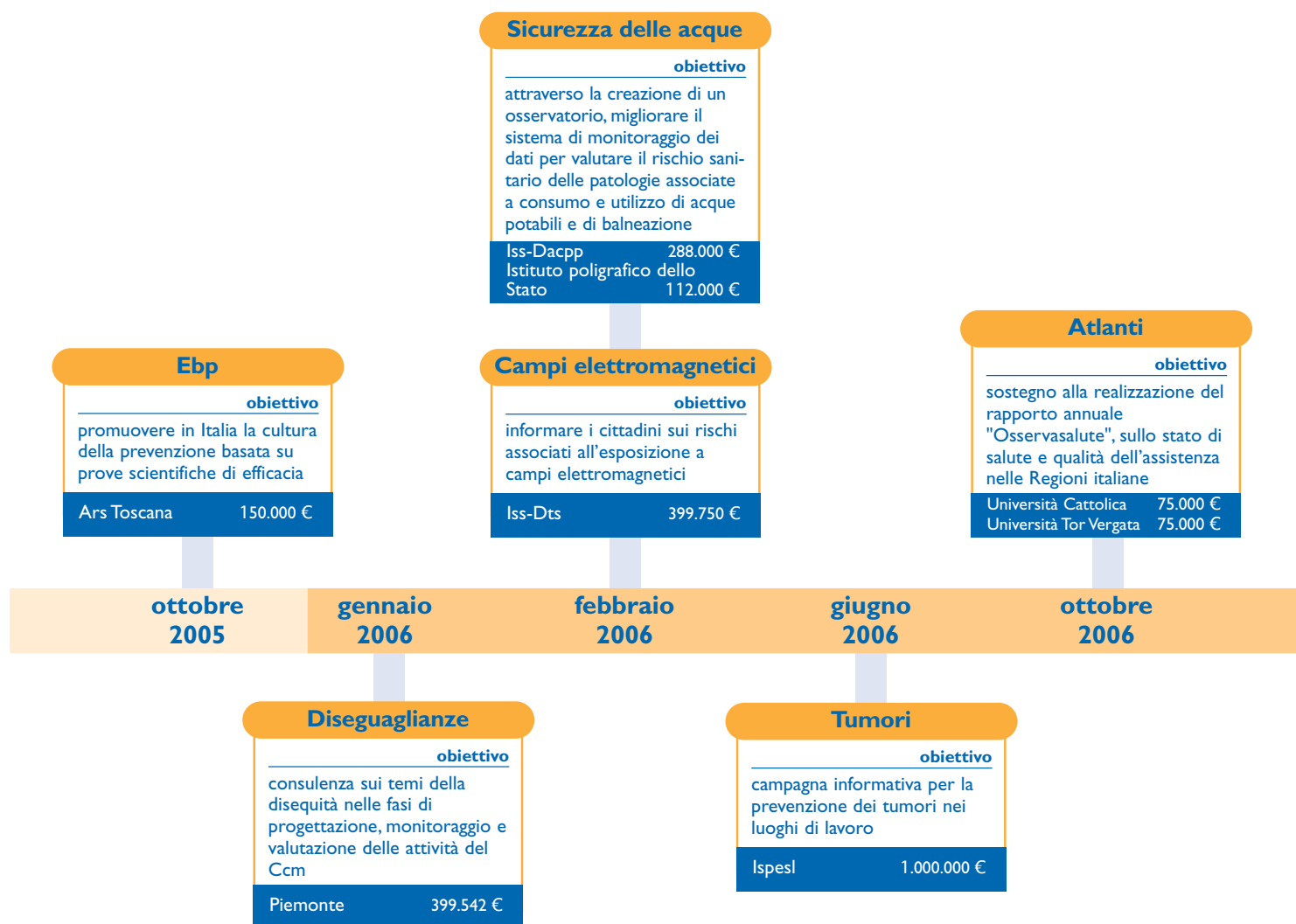
ne del Ccm. In questi anni sono state avviate numerose collaborazioni in tal senso: per la realizzazione di campagne informative sui tumori da lavoro o di contrasto al tabagismo; per l'organizzazione di seminari di promozione della salute mentale; per la diffusione di indicatori e dati epidemiologici, come la pubblicazione annuale dell'atlante sanitario "Osservasalute" o la "Libreria sui vaccini", contenente revisioni Cochrane o altre revisioni sistematiche; per la diffusione di interventi di provata efficacia nella prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro o in ambiente domestico; per facilitare l'accesso all'informazione sui programmi di screening, attraverso la creazione di un sito web dedicato.

È stata recentemente avviata un'efficace collaborazione con 15 centri di documentazione italiani di promozione della salute, coordinati dal Dors (Centro di documentazione dell'Asl 5 del Piemonte), per la realizzazione di una ricognizione rapida degli interventi di prevenzione negli adolescenti, effettuati nei rispettivi territori negli ultimi anni. Gli interventi da documentare riguardano ambiti quali: obesità, attività fisica, salute mentale e sessuale, prevenzione all'uso di sostanze (alcol, tabacco, stupefacenti). Questa collaborazione rappresenta il primo passo verso la creazione di una rete di Centri di documentazione italiani, che operi in collegamento con le attività del Ccm, faciliti lo scambio di esperienze e la crescita professionale al proprio interno, migliori la disponibilità di informazioni e funzioni da raccordo con il territorio e le esperienze locali.

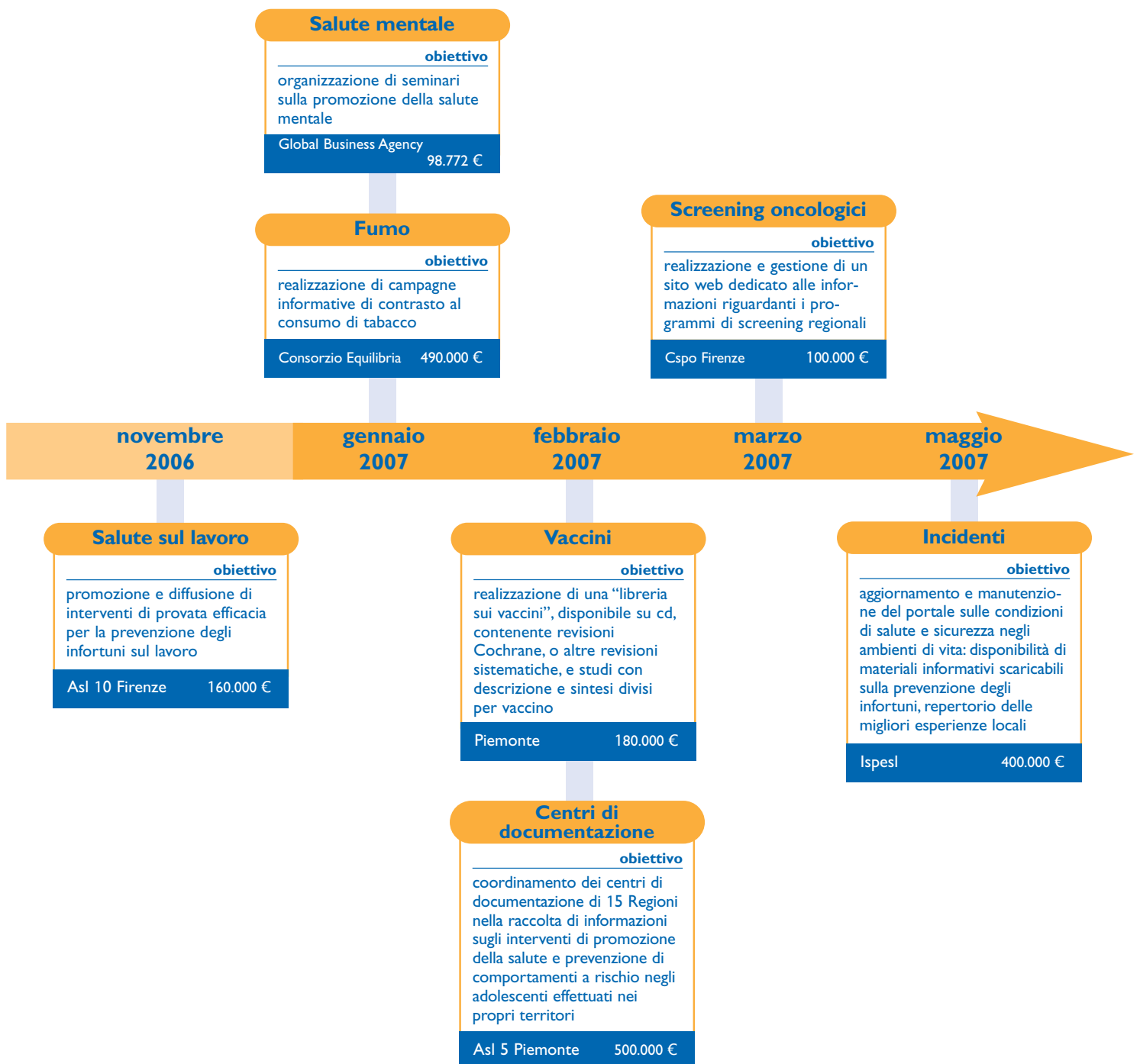
Numero di accordi per ente



Comunicazione e documentazione



i progetti del Ccm per mese e anno di avvio



Socio-assistenziale

Le azioni del Ccm sono coerenti con le strategie sanitarie del Paese, oggi particolarmente indirizzate verso interventi di salute rivolti alle *fasce deboli* della popolazione. Il Ccm ha quindi attivato progetti sui problemi prioritari: dalla salute mentale a quella materno-infantile, dalla disabilità alla promozione della salute negli immigrati.

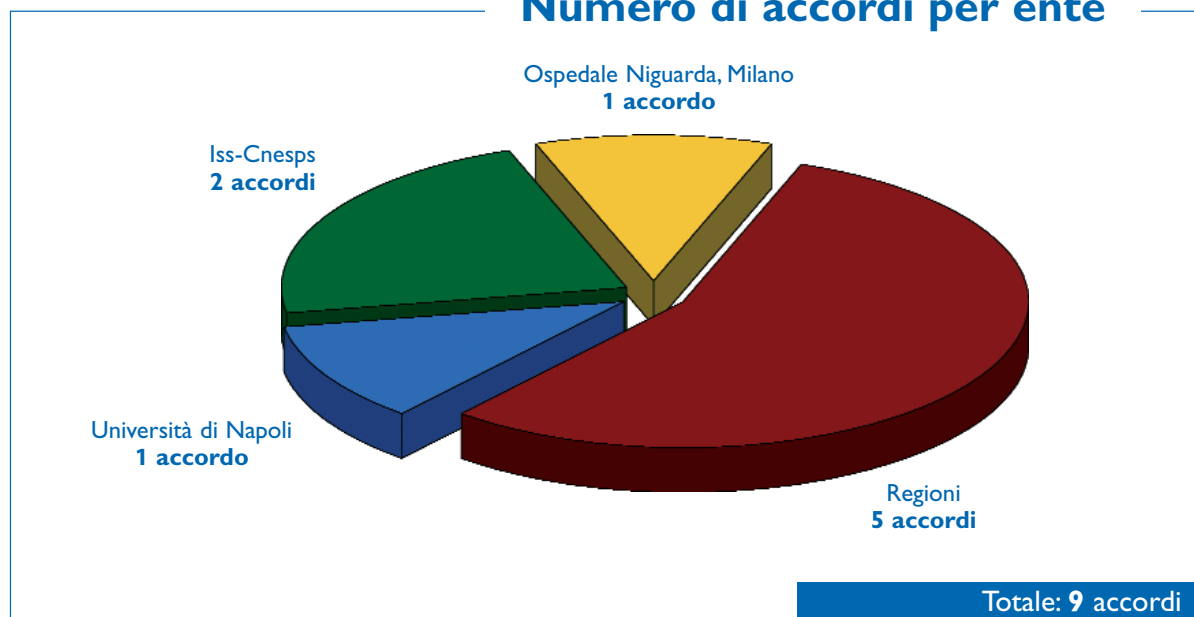
In un'ampia strategia di promozione della salute mentale sono attivi diversi progetti per: studiare l'effetto di interventi psico-educativi in nuclei familiari in cui sia presente un soggetto con depressione maggiore; valutare l'appropriatezza del trattamento e dei percorsi diagnostici nell'adolescenza; attivare modelli organizzativi appropriati per il riconoscimento precoce della psicosi, per migliorare la prognosi e facilitare il reinserimento sociale dei pazienti; sperimentare interventi di miglioramento delle *life skills*, indirizzati ai ragazzi del primo biennio delle scuole secondarie superiori, con la supervisione di insegnanti appositamente formati.

Il Ccm promuove progetti coerenti con il Progetto obiettivo materno infantile (Pomi), con particolare riferimento alla popolazione immigrata, il cui contributo alla natalità è sempre più significativo. I progetti si dedicano a promuovere e valutare la qualità del percorso nascita, contrastando la crescente medicalizzazione, così come indicano l'eccessivo numero di cesarei e di ecografie in gravidanza.

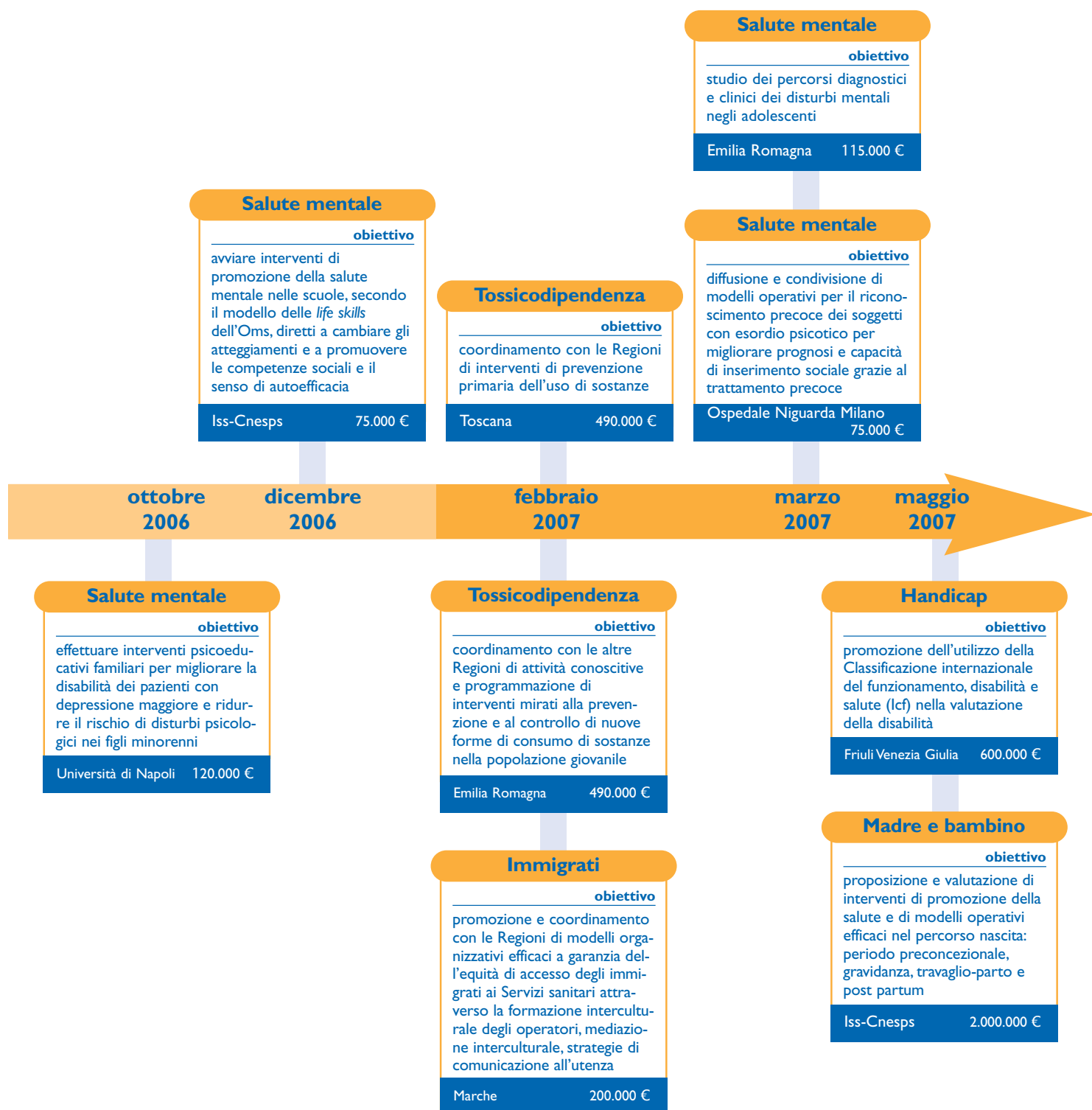
In vista del miglioramento dell'offerta assistenziale, il Ccm promuove l'utilizzo della Classificazione internazionale del funzionamento disabilità e salute (Icf) nella valutazione della disabilità, per favorire una maggiore integrazione dei disabili, nonché la valutazione e la proposizione di modelli operativi appropriati nell'offerta assistenziale alla popolazione immigrata.

Inoltre, nel settore tossicodipendenze, è in corso un progetto per sviluppare strategie di comunità nelle attività di prevenzione delle sostanze in generale, e un progetto specificamente indirizzato alla prevenzione delle nuove droghe.

Numero di accordi per ente



i progetti del Ccm per mese e anno di avvio

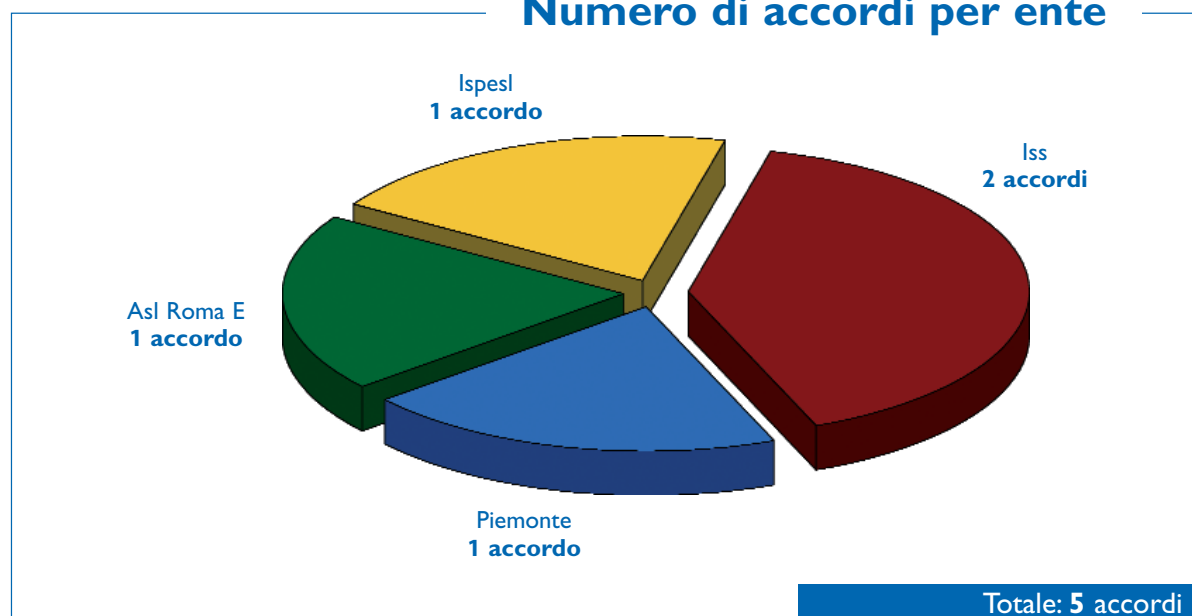


Ambiente

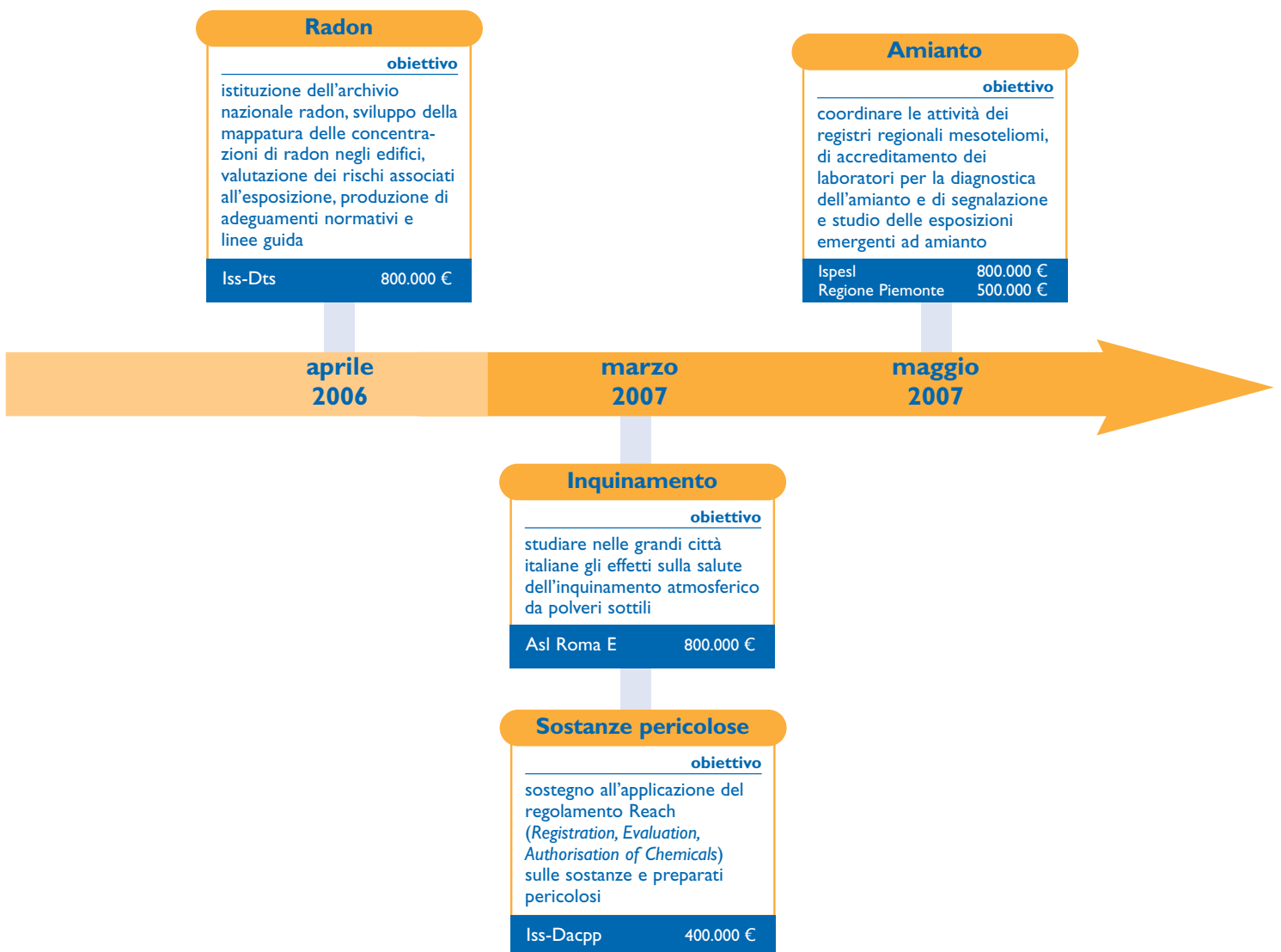
Le evidenze di associazione tra inquinamento ambientale e malattia sono schiacciati e molteplici, rendendo sempre più urgente l'esigenza di interventi di prevenzione. La sanità pubblica è chiamata a valutare i rischi e gli eventuali danni e a darne opportuna comunicazione. È quindi prioritario migliorare la qualità e la disponibilità delle informazioni epidemiologiche per le Regioni e le Asl e la capacità di indagine epidemiologica sui rischi per la salute di origine ambientale.

- ↳ L'inquinamento da polveri sottili rappresenta una delle priorità per i nostri centri urbani. La costruzione di un sistema di sorveglianza sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico nelle grandi città italiane è essenziale per individuare i gruppi di popolazione suscettibili e fornire indicazioni per programmi di prevenzione delle patologie respiratorie e cardiovascolari. Il progetto del Ccm punta a mettere in rete Servizi di prevenzione e di epidemiologia e agenzie regionali di protezione ambientale
- ↳ con la riduzione dell'esposizione al radon è possibile evitare una quota significativa di tumori polmonari. Il Piano nazionale radon prevede la valutazione dettagliata del rischio connesso all'esposizione, l'individuazione delle aree a più elevata concentrazione, l'informazione della popolazione e l'adeguamento della normativa italiana in materia
- ↳ gli studi epidemiologici evidenziano un'augmentata frequenza di diverse patologie correlate all'esposizione all'amianto, come asbestosi, carcinoma polmonare e mesotelioma. Il progetto del Ccm si propone di elaborare elenchi completi di soggetti esposti, di eliminare le incongruenze normative, di accreditare laboratori regionali di riferimento, di approfondire l'analisi dei dati di sorveglianza, di sostenere l'attività dei registri mesoteliomi regionali e di segnalare le esposizioni emergenti.

Numero di accordi per ente



i progetti del Ccm per mese e anno di avvio



**i percorsi di formazione
promossi dal Ccm**

I percorsi di formazione promossi dal Ccm

Tra i suoi compiti istituzionali, il Ccm annovera anche: «...la promozione dell'aggiornamento e formazione, funzionali all'attuazione dei programmi annuali per i quadri nazionali e regionali. Per il raggiungimento dei propri obiettivi formativi, il Ccm può stipulare convenzioni con Iss, Ispels, Irccs, Izs, organi della sanità militare, aziende ospedaliere, Regioni e Pa, Dipartimenti di prevenzione delle Asl, o altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche o private», come recita l'articolo 5 del Decreto del 2004 che ne ha precisato funzioni e organizzazione.

L'interesse per la formazione nasce dalla consapevolezza che una gestione efficace ed efficiente della sanità pubblica possa essere garantita solo mantenendo elevati requisiti di competenza, professionalità e flessibilità, indispensabili per raggiungere risultati concreti nel management sanitario. Di conseguenza, il Ccm ha ritenuto prioritario l'avvio di specifiche attività di formazione esterna, connessa agli obiettivi di salute individuati dal Piano nazionale di prevenzione.

Gli interventi formativi hanno come obiettivo generale il miglioramento della performance degli operatori del Ssn, tramite l'acquisizione di nuove competenze o lo sviluppo di competenze preesistenti. L'offerta formativa si struttura con modalità diverse, a seconda dei destinatari e degli obiettivi specifici. In particolare, sono previsti percorsi di formazione in presenza, seguiti da periodi di tirocinio, in forma di corsi singoli o corsi di perfezionamento con durata da 15 a 24 mesi. Oppure percorsi di formazione cosiddetti "a cascata", in cui i destinatari del corso di primo livello vengono formati da docenti esperti e, dopo aver seguito l'intero percorso formativo (per esempio moduli residenziali, moduli di formazione a distanza Fad, tirocini), vengono automaticamente accreditati come formatori per i livelli successivi del percorso didattico.

I percorsi di formazione sono realizzati con lo scopo di:

- ↳ trasferire conoscenze e competenze specifiche al maggior numero possibile di operatori impegnati in attività di sanità pubblica, per la promozione di pratiche di prevenzione e promozione della salute basate sulle prove di efficacia
- ↳ formare i medici di medicina generale (Mmg) affinché sensibilizzino il maggior numero possibile dei propri assistiti sull'adozione di corretti stili di vita e alla corretta adesione alle attività di prevenzione
- ↳ verificare, laddove possibile, attraverso gli operatori sanitari e i Mmg, l'efficacia finale dei progetti formativi, con l'accertamento del reale grado di raggiungimento degli obiettivi sanitari correlati.

Le attività già realizzate sono:

↳ Piano nazionale di formazione sul rischio cardiovascolare, diretto ai Mmg (progetto Cuore, Cnesps)

Il progetto formativo si basa sul modello di formazione cosiddetto "a cascata", con attività in aula, attività di tirocinio e Fad. Attraverso il percorso di formazione "a cascata" sono stati formati, dal 2005 e fino a maggio del 2007, 189 formatori e 1.314 Mmg. I professionisti che si sono avvalsi del percorso

Fad sono stati complessivamente 7.256, con un incremento tra il 2005 e il 2006 del 47%. Al Piano sono stati assegnati 40 crediti Ecm

↳ **Sezione sperimentale Fad (Ccm-Ecm) su piattaforma Ecce**

È stato ideato e realizzato un primo progetto pilota di Fad, basata su studi di caso (*case study*), reso disponibile sulla piattaforma Ecce dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) e costituito attualmente da 11 studi di caso: 6 sulla prevenzione clinica oncologica e 5 sui fattori di rischio cardiovascolare, da seguire online con il supporto della "Guida ai Servizi clinici di prevenzione", tratta da quella sviluppata dalla *US Preventive Task Force* statunitense e tratta e adattata alla realtà italiana

↳ **Piano di formazione per la sperimentazione del sistema di sorveglianza Passi sui progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (Progetto Passi, Cnesps)**

Il progetto, che si concluderà alla fine del 2008, si propone di aumentare la performance dei Dipartimenti di prevenzione (o di igiene pubblica) e degli Osservatori epidemiologici regionali, cui è affidata la messa in atto dei Piani regionali di prevenzione e la sperimentazione della sorveglianza di popolazione. L'efficacia dei piani di prevenzione e della sorveglianza di popolazione è infatti condizionata dalla competenza che gli operatori del territorio avranno acquisito in questi campi specifici. Attraverso i percorsi di formazione a cascata già in atto, si intende formare 50 referenti e coordinatori regionali, 200 coordinatori di progetto e 1.000 intervistatori. In fase di accreditamento Ecm

↳ **Piano nazionale di formazione sulle tecniche di gestione integrata del diabete (Igea, Cnesps)**

Il piano di formazione si pone i seguenti obiettivi specifici: gestione e assistenza al paziente diabetico, integrata da parte dei Mmg e della rete dei Servizi specialistici di diabetologia e malattie del metabolismo, che preveda l'adozione di linee guida cliniche e organizzative condivise, e la valutazione *in itinere* delle difficoltà applicative, misurata attraverso indicatori predefiniti e condivisi. In fase di accreditamento Ecm

↳ **Piano nazionale pandemia**

Il piano ha l'obiettivo di fornire un aggiornamento sugli eventi pandemici e sulla loro gestione a tutti gli operatori sanitari coinvolti in questo tipo di emergenze, sia a livello nazionale che locale, al fine di migliorare le capacità di risposta pronta e appropriata in tempi brevi. Il percorso formativo è iniziato a giugno 2007 ed è in fase di accreditamento Ecm.

↳ **Formazione interna**

L'organizzazione della formazione interna del personale del Ministero coinvolto in attività Ccm è stata demandata a una unità di formazione, che, dopo un'analisi delle esigenze formative, ha predisposto un percorso di formazione e aggiornamento costruito sulla base delle reali necessità, competenze e professionalità della Direzione della prevenzione e in particolare quelle finalizzate al funzionamento del Ccm, e basato sull'apprendimento e sulla metodologia Pbl (*Problem Based Learning*). Sono stati sviluppati specifici moduli "mirati", dove opportuno accreditati Ecm, svolti tramite l'*expertise* interna oltre che in collaborazione con enti specializzati, sui temi dell'epidemiologia e management, dell'informatica, di amministrazione e legislatura. È stato organizzato anche un corso di lingua inglese.

Obiettivo dei corsi è stato garantire l'aumento delle conoscenze e delle competenze pratiche desiderate e aumentare lo spirito di gruppo, la motivazione e il miglioramento della qualità professionale in maniera efficace.

📌 **Formazione a distanza**

Una piattaforma Fad ad alta capacità (almeno 100.000 operatori del Ssn come primo traguardo) è in avanzato stadio di completamento e trova sito nel portale Ccm del Dicastero. La Fad, forte della sperimentazione già effettuata all'interno del programma Ecce dell'Aifa, rappresenta uno strumento di grandi potenzialità, non soltanto perché capace di diffondere informazioni *evidence based* e buone pratiche, ma anche perché fornisce un'educazione continua indipendente e calata sulla pratica quotidiana, in una prospettiva di appropriatezza della pratica clinica.

La piattaforma opererà sia come back up di attività di formazione formali in corsi Ccm che come diretta erogatrice di corsi di formazione in moduli specializzati, sempre pertinenti a specifiche attività Ccm. Potrà erogare crediti Ecm, con la possibilità di indirizzare contenuti formativi di alto valore scientifico e di provata efficacia, a titolo gratuito, non solo ai Mmg, ma anche a tutti i professionisti della salute pubblica. Tre i punti di particolare interesse di questo tipo di formazione: contenuti *evidence based*; modello di formazione basato sul *case study* (modalità che non elargisce mere informazioni nozionistiche, ma che spinge l'utente a un atteggiamento decisionale cui rispondere durante lo svolgimento dell'esercizio); accessibilità del sistema, che non richiede una tecnologia particolarmente avanzata per l'accesso e gratuità dello stesso

📌 **Piano nazionale di formazione sugli incidenti domestici:**

“Gli incidenti domestici: conoscerli per evitarli”

Il percorso si svolge da settembre 2007 a dicembre 2009. È volto a promuovere la cultura della prevenzione negli operatori del Servizio sanitario nazionale che si rapportano con i genitori nei primi tre anni di vita del bambino. In fase di accreditamento Ecm

📌 **Interventi di prevenzione degli incidenti stradali**

Il progetto si propone di sensibilizzare e formare il primo nucleo di una rete di esperti regionali nell'area della prevenzione degli incidenti stradali. In particolare si concentra sulla progettazione di interventi di prevenzione rivolti a giovani rispetto agli infortuni dovuti al consumo di alcol, farmaci e droghe illegali. Inizio a settembre 2007 e termine a gennaio 2009. È un percorso di formazione “a cascata” ed è stato richiesto l'accreditamento Ecm

📌 **Piano nazionale di formazione per la prevenzione secondaria dell'infarto del miocardio (Società italiana di cardiologia)**

Il percorso è in fase di progettazione da parte di un gruppo di lavoro formato dai membri del sottocomitato Ccm del gruppo “Cuore”, da 2 membri nominati dalla Federazione italiana cardiologia e da 2 membri del Ministero della Salute

📌 **Studio di fattibilità di un Piano nazionale di formazione per la prevenzione secondaria dell'ictus cerebrale**

È in fase di studio da parte di un gruppo di lavoro la fattibilità di un Piano di formazione per la prevenzione secondaria degli accidenti cerebrovascolari, in modo da garantire una maggiore omogeneità attraverso la predisposizione di obiettivi formativi condivisi per il personale sanitario coinvolto nel percorso assistenziale del paziente con ictus cerebrale

📌 **Formazione in “Gestione dei progetti”**

Il percorso è in fase di progettazione. L'obiettivo è diffondere le metodologie di gestione dei progetti (*project management*), attraverso la progettazione e la realizzazione di un percorso formativo sull'argomento, rivolto in particolare agli operatori coinvolti nella realizzazione dei progetti connessi agli obiettivi delineati nel Piano nazionale di prevenzione. Il percorso prevede sia la formazione a distanza, sia quella in aula, ed è volto all'adozione di un approccio standardizzato e procedurale alla gestione dei progetti.

**sostegno ai programmi di screening
da parte del Ccm**

Sostegno ai programmi di screening da parte del Ccm

I Ccm ha dato un impulso decisivo allo sviluppo e diffusione dei programmi di screening in Italia, dando corpo alle indicazioni del Consiglio d'Europa, dei due ultimi Piani sanitari nazionali e dell'Intesa Stato-Regioni 23 Marzo 2005, attraverso un'attiva funzione di coordinamento del Piano nazionale di prevenzione (secondo quanto previsto dall'Intesa) e l'avvio di accordi di collaborazione con le Regioni.

Partnership con Regioni e Province autonome

- ▶ Nel marzo 2005 è stato stipulato un accordo di collaborazione con l'Osservatorio nazionale screening per la definizione di una guida alla progettazione regionale, il monitoraggio dello stato di avanzamento dei programmi, la consulenza della gestione informatizzata, la formazione, il miglioramento della qualità e il piano di comunicazione in materia di screening
- ▶ sulla base della "Guida alla presentazione dei progetti regionali", prodotta dal Ccm, le Regioni sono state invitate a presentare i propri progetti per l'estensione ed il miglioramento degli screening.

Finanziamento delle Regioni

- ▶ La presentazione di questi progetti ha consentito da un lato l'erogazione dei primi finanziamenti di cui alla Legge 138/04, art. 2 bis, e dall'altro lato la certificazione del primo degli adempimenti regionali in materia di screening oncologici, secondo quanto previsto dal Piano nazionale della prevenzione
- ▶ questi finanziamenti hanno avuto la specifica destinazione di rafforzare l'infrastruttura regionale a sostegno del miglioramento e consolidamento dei programmi di screening.

Linee guida

- ▶ Gruppi di lavoro per i tre screening sono stati ricostituiti con Dm 18 ottobre 2005 con il compito di predisporre le linee guida sugli screening
- ▶ il 22 dicembre 2005 è stato stipulato un secondo accordo di collaborazione con l'Osservatorio nazionale screening per la produzione, la stampa e la diffusione delle linee guida prodotte dai Gruppi di lavoro.

Comunicazione

- ▶ Il 22 dicembre 2005 è stata anche stipulata una convenzione con il Gruppo Poste Italiane e le Regioni, al fine di migliorare la comunicazione nell'ambito dei programmi organizzati di screening e promuovere la partecipazione della popolazione target alle attività di prevenzione, attraverso messaggi promozionali, inviti e richiami
- ▶ l'11 dicembre 2006 con i fondi del Ccm è stato stipulato con l'Osservatorio

nazionale screening un ulteriore accordo, per la realizzazione e gestione del sito web Ccm - area programmi di screening.

Ricerca applicata ai programmi di screening

- Su indicazione del Gruppo “Prevenzione” della Commissione oncologica nazionale, sono stati individuati e finanziati 10 progetti di ricerca, in materia di screening del cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto
- l’11 dicembre 2006 è stato stipulato un accordo di collaborazione con la Regione Abruzzo, allo scopo di coordinare ulteriori progetti di ricerca, finalizzati a fornire nuovi elementi di conoscenza per l’aumento dell’efficacia e dell’impatto della prevenzione secondaria oncologica a livello regionale, con particolare attenzione alle Regioni meridionali.

Monitoraggio e sorveglianza

- È stato messo a punto un sistema informativo nazionale che permette di rilevare i dati di attività e di risultato dei programmi di screening, e produce una valutazione di processo ed esito precoce, utilizzando un sistema di indicatori e standard internazionalmente riconosciuti
- le attività sono annualmente rilevate mediante una *survey* nazionale condotta per conto del Ministero dall’Osservatorio nazionale screening. Il rapporto conclusivo, edito a stampa, è pubblicato in inglese sui supplementi della rivista *Epidemiologia & Prevenzione (Epidemiol Prev. PubMed - indexed for Medline)* ed è consultabile sul web
- il miglioramento del sistema informativo è affrontato mediante la sperimentazione di un *datawarehouse* nazionale
- la fase di realizzazione dei programmi, dopo la fase della pianificazione regionale, è valutata e monitorata dal Ministero della Salute: il Ccm segue i progressi attuativi del programma e verifica il raggiungimento di quanto previsto dai cronoprogrammi proposti dalle Regioni, coerentemente al mandato dell’Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005
- i traguardi finali da raggiungere entro il 2007 sono i seguenti:
 1. estensione pari al 50% dell’offerta degli screening nelle aree non coperte da alcun programma
 2. estensione pari al 90% dell’offerta degli screening nelle aree in cui sono già attivi programmi di screening
 3. monitoraggio della qualità, tramite indicatori specifici.

Sostegno alle Regioni meridionali

- l’11 dicembre 2006 è stato stipulato un accordo con la Regione Basilicata, attualmente in corso di registrazione, allo scopo di supportare le Regioni dell’Italia meridionale e insulare, che ha l’obiettivo di:
 - rendere i programmi di screening disponibili su tutto il territorio nazionale
 - facilitare l’adesione dei cittadini ai programmi di screening, migliorandone la qualità e migliorando l’integrazione tra offerta di prevenzione di massa (interventi di sanità pubblica) e prevenzione individuale (*case-finding*)
 - migliorare i programmi di screening nelle Regioni meridionali, per risolvere le criticità riscontrate, anche avvalendosi del supporto tecnico dell’Osservatorio nazionale screening.

I siti di riferimento



www.osservatorionazionale screening.it/ons/pubblicazioni/rapporti_ons.htm

i primi risultati del Ccm

I primi risultati del Ccm

Come si vede dai diagrammi cronologici che illustrano i progetti Ccm per mese e anno di inizio attività, su 74 progetti avviati ad oggi, 27 (37%) hanno maturato più di un anno di attività, e per alcuni di questi è possibile dare una prima descrizione dei risultati raggiunti.

Progetti di sorveglianza, prevenzione e controllo

Ottobre 2005

Sorveglianza epidemiologica delle malattie prevenibili da vaccinazioni e rinforzo del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita

La collaborazione con il Reparto malattie infettive del Cnesps-Iss ha consentito un efficiente monitoraggio delle coperture vaccinali per morbillo, rosolia, parotite (Mpr), da cui risulta che la media nazionale dei bambini vaccinati entro i due anni è aumentata progressivamente, raggiungendo l'89% (intervallo per Regione: 58-93%). Nelle Regioni, la vaccinazione Mpr è stata offerta anche ai bambini più grandi, nati tra il 1991 ed il 1997. In questa fascia di età, la copertura vaccinale ha raggiunto l'81%.

Dai dati di sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccino risulta che l'incidenza di morbillo e rosolia si è drasticamente ridotta (<1/100.000). Nel 2006-2007 si sono però verificati 6 focolai di morbillo in gruppi di popolazione non adeguatamente vaccinati, tra cui nomadi Rom/Sinti, che sono stati indagati insieme alle Asl e Regioni di residenza. Le informazioni su questi focolai e le azioni di controllo raccomandate sono state diffuse a livello nazionale ed internazionale.

È stata condotta una indagine nazionale di valutazione delle anagrafi vaccinali, a cui hanno partecipato tutte le Regioni, i cui risultati sono in corso di analisi. Infine, nel 2006 è stato organizzato un workshop nazionale, con la presenza di rappresentanti da tutte le Regioni, Oms e network europei. I risultati del lavoro condotto in questi primi anni di attività sono stati pubblicati in 9 articoli su riviste scientifiche nazionali ed internazionali.

Ottobre 2005

Micronet

Il progetto ha l'obiettivo di creare una rete sentinella di laboratori ospedalieri di microbiologia e viene coordinato da un gruppo di lavoro misto costituito da microbiologi ed epidemiologi. Per gli aspetti epidemiologici:

- **Iss - Cnesps**
Fortunato Paolo D'Ancona, dancona@iss.it
- **Piemonte**
Carlo Di Pietrantonj, dipietranonjcarlo@asl20.piemonte.it
- **Asr Emilia Romagna**
Maria Luisa Moro, MI Moro@Regione.Emilia-Romagna.it

Per informazioni



Marta Ciofi degli Atti

(Iss - Cnesps)
ciofi@iss.it

Loredana Nicoletti

(Iss - Dmipi)
nicoletti@iss.it

Per informazioni



Fortunato Paolo D'Ancona

(Iss - Cnesps)
dancona@iss.it

- **Bari**
Caterina Rizzo, Caterina.Rizzo@iss.it

Per gli aspetti microbiologici:

- **Bergamo**
Antonio Goglio, angoglio@ospedaliriuniti.bergamo.it
- **Firenze**
Pierluigi Nicoletti, nicolettip@ao-careggi.toscana.it
- **Torino,**
Roberto Serra, Rserra@Molinette.Piemonte.it
- **Castelfranco Veneto**
Paolo Spolaore, Spolaore@Ulssasolo.Ven.it

Per gli aspetti informatici:

- **Cineca Bologna**
Luca Demattè, l.dematte@cineca.it

Nel corso del 2006 è stato creato uno standard di interscambio dati tra i laboratori attraverso un tracciato record (*common data set*) e un formato di interscambio dati (Xml) tra i laboratori e un server centrale. Nel 2007 i laboratori hanno cominciato a inviare i dati, con l'obiettivo di arrivare a una trasmissione automatica giornaliera a fine del 2007.

Attualmente i laboratori coinvolti nel progetto sono 16, quasi tutti in Piemonte, altri 15 laboratori stanno aderendo alla rete in altre Regioni.

- **Aso SS. Antonio e Biagio, Alessandria**
Valter Carraccio, vcarraccio@ospedale.al.it
- **Azienda ospedaliera, Alessandria**
Andrea Rocchetti, arocchetti@ospedale.al.it
- **Asl 19, Asti**
Gabriella Monticone, monticone@asl19.asti.it
- **Asl 12, Biella**
Aurelio Malabaila, aurelio.malabaila@asl12.piemonte.it
- **Asl S. Croce, Cuneo**
Claudio Garro, garro.c@scroce.sanitacn.it
- **Asl 16, Mondovì**
Marco Cardone, LaBBatter.mondovi@asl16.sanitacn.it
- **Aso-Magg.della Carità, Novara**
Stefano Andreoni, lbmcrvir@maggioreosp.novara.it
- **Aso Molinette, Torino**
Roberto Serra, rserra@molinette.piemonte.it
- **Aso Oirm-S. Anna, Torino**
Giancarlo De Intinis, deintinis.carlo@tiscali.it
- **Asl 4 Osp.S.G. Bosco, Torino**
Andrea De Bernochi, ospedale.laboratorio@aslto4.it
- **Asl 3 A. di Savoia, Torino**
Barbara Fianchino, barbara.fianchino@libero.it
- **Aso S. Luigi di Orbassano, Torino**
Maria Gabriella Chirillo, m.chirillo@sanluigi.piemonte.it
- **Asl 14, Verbania**
Leonardo Lodolo, labana.om@asl14piemonte.it
- **Asl 11 S. Andrea C, Vercelli**
Gian Carlo Guazzotti, direttore.microbiologia@asl11.piemonte.it
- **Ospedali Riuniti, Bergamo**
Antonio Goglio, agoglio@ospedaliriuniti.bergamo.it

I siti di riferimento 

www.cineca.it/siss/micronet.htm

www.simi.iss.it/micronet.htm

Il sistema è tuttora in fase di sperimentazione. Si sta testando sia la tecnologia di trasmissione che il contenuto dei dati. Un lavoro lungo a causa della gran-

de eterogeneità dei *software* di gestione dei sistemi informativi dei laboratori, che richiedono transcodifiche personalizzate, per aggregare informazioni in un unico formato comune.

Ad oggi sono state trasmesse al server centrale, come esperienza pilota, informazioni riguardanti oltre 93.000 esami microbiologici, una piccola parte di quello che annualmente si pensa di raccogliere.

Sul web sono disponibili informazioni aggiornate sul progetto.

Gennaio 2006

Costruzione di un sistema informativo integrato per la sorveglianza degli infortuni da lavoro

In Italia non è disponibile una fonte informativa in grado di descrivere gli effetti sulla salute del lavoro e delle sue trasformazioni. In più occasioni le istituzioni si sono scontrate con la difficoltà di comprendere e valutare gli effetti attesi sulla salute dei cambiamenti intervenuti e delle relative politiche del lavoro (contratti atipici, mobilità lavorativa, terziarizzazione), dei regimi previdenziali (lavori usuranti), della sicurezza (aumento delle piccole imprese, dell'età media degli occupati, dei lavoratori stranieri). Per dare risposta a queste domande si è costruito un sistema di indagine integrato sulla storia lavorativa dei soggetti e sui loro problemi di salute e di sicurezza.

Un campione pari all'1% dei lavoratori iscritti è stato estratto da tre archivi Inps (dipendenti; autonomi; parasubordinati). La selezione è stata effettuata con campionamento *random* sistematico in base alla data di nascita, ovvero sono stati scelti dagli archivi tutti gli iscritti nati in quattro date predefinite, per ogni anno di calendario. Per ogni soggetto è stata ricostruita la carriera lavorativa dal 1984 al 2003. L'archivio finale, denominato Whip (Work Histories Italian Panel); contiene circa 200.000 episodi lavorativi per ogni anno coperto. La descrizione dettagliata è disponibile in rete.

Dagli archivi Inail sono stati estratti gli infortuni e le malattie professionali accaduti tra il 1994 ed il 2003 a lavoratori nati nelle stesse quattro date (124.474 eventi). Sono stati esclusi dal linkage le franchigie (18,2% degli eventi) e gli eventi riconosciuti negativi (14,5% degli eventi). Sono stati selezionati dal campione Inail solo gli eventi che coinvolgono individui che con maggiore probabilità sono assicurati presso Inps. Per tale motivo sono stati esclusi anche gli eventi accaduti nei settori agricoltura, conto Stato, agroindustria, ferrovie, studenti e detenuti civili impiegati nell'industria. Al termine di queste selezioni il campione normalizzato contiene 60.042 eventi.

Le informazioni sono state collegate tramite linkage su base individuale, utilizzando il codice fiscale criptato secondo procedure Inps. I criteri utilizzati (e i relativi standard attesi) per valutare l'efficienza del linkage sono:

critério	standard atteso
completezza di compilazione del codice fiscale nel campione di infortuni estratti	> 90%
rappresentatività del campione di infortuni estratti (esclusi franchigie e negativi) rispetto alla popolazione generale di infortuni per le principali variabili di interesse	elevata
concordanza tra i due archivi Inps ed Inail su variabili comuni (Regione di residenza, genere, anno di nascita, attività economica)	> 10%
successo al linkage (percentuale di infortuni linkati)	> 90%

Tutti i criteri sono stati rispettati, con l'eccezione dei lavoratori stranieri, che sono sottorappresentati (sia tra i lavoratori sia tra gli eventi) a causa del meccanismo utilizzato per l'estrazione del campione. Spesso questi lavoratori dichiarano di essere nati il primo giorno del mese: in diverse etnie infatti le persone non conoscono il giorno o il mese in cui sono nati. Sono inoltre frequen-

Per informazioni 

Antonella Bena
(Servizio di epidemiologia)
antonella.bena@epi.piemonte.it

I siti di riferimento 

www.laboratoriorevelli.it/whip

ti dichiarazioni non accurate in relazione ai dati identificativi personali a causa delle condizioni di precarietà e di scarsa legalità in cui vivono molti stranieri. Questa sottorappresentazione non distorce le misure di rischio e la validità dei risultati riguardanti i lavoratori stranieri, ma crea problemi nella stabilità delle stime a causa della scarsa numerosità degli osservati.

Il database è rappresentativo della popolazione italiana iscritta all'Inps e permette di analizzare correttamente il rischio infortunistico soprattutto nel comparto manifatturiero e in quello delle costruzioni. È possibile descrivere il rischio infortunistico per caratteristiche sinora non esplorabili a causa dei limiti delle fonti di partenza, quali l'anzianità nell'azienda e nella qualifica, il lavoro precario, l'infortunio come causa o conseguenza della mobilità lavorativa.

I risultati finora conseguiti e le prime analisi effettuate per genere, età e tipologia di contratto sono stati presentati al convegno di primavera dell'Associazione Italiana di epidemiologia "L'integrazione di archivi elettronici per l'epidemiologia e la sanità pubblica: finalità e metodi" che ha avuto luogo il 17-18 maggio 2007 a Roma, presso l'Iss (il materiale presentato è disponibile su EpiCentro).

È stata inoltre proposta una comunicazione orale alla nona *World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion, Safety 2008* che avrà luogo il 15-18 marzo 2008 a Merida, Messico.

Dato l'interesse che queste informazioni hanno anche a livello regionale e di Asl, è in corso l'estensione del campione, selezionandolo a partire da 24 date di nascita predefinite. Utilizzando sistematicamente il primo giorno del mese si risolve anche la sottorappresentazione dei lavoratori stranieri. È in corso di valutazione inoltre la fattibilità di estendere il linkage ai dati di mortalità (fonte Istat) e ai dati riguardanti le dimissioni ospedaliere, in possesso del Ministero della Salute.

I siti di riferimento

www.epicentro.iss.it/focus/aie2006/pdf/A.Bena_P.Crosignani_M.Girauda_R.Leombruni.pdf
www.safety2008mx.info/ing

Per informazioni

Antonio Battisti
(Izs Lazio e Toscana)
abattisti@rm.izs.it

Febbraio 2006 Zoonosi

Il Ccm ha avviato una collaborazione con l'Izs Venezie, l'Izs Lazio e Toscana e l'Izs Abruzzo e Molise con l'obiettivo di favorire l'integrazione delle attività di sorveglianza in ambito veterinario con quelle svolte in ambito medico e integrare il sistema italiano a quello che l'Unione Europea sta costruendo per la sorveglianza, il *reporting*, e per i sistemi di allerta rapida e controllo delle zoonosi. Accordi di collaborazione sono stati stipulati anche col Dipartimento sanità alimentare e animale (Dsaa) e con il Cnesps dell'Iss.

Ad oggi è stata avviata l'attività di valutazione dei sistemi di sorveglianza delle zoonosi, incluse nel DI 191 del 04/04/2006 (recepimento Dir. 99/2003/EU), attraverso l'elaborazione di una scheda sinottica per la raccolta sistematica delle informazioni epidemiologiche.

La compilazione delle schede è stata condotta per gli agenti di zoonosi contenuti nell'allegato IA della Dir. 99/2003 (8 schede) e per le altre malattie a carattere zoonosico a maggiore rilevanza epidemiologica per il nostro Paese, e per il monitoraggio dell'antibiotico resistenza, come per esempio leishmaniosi, encefalopatie spongiformi trasmissibili (Tse). Sono state inoltre prodotte 3 schede per gli agenti dell'allegato IB (anisakiasi, cisticercosi e norovirus).

Sono stati realizzati 4 rapporti di valutazione su:

- sorveglianza delle Tse
- sorveglianza della brucellosi bovina-bufalina
- sorveglianza speciale dei patogeni enterici Enter-Net (*Salmonella*, VTEC, *Campylobacter*)
- sorveglianza della sindrome emolitico-uremica (Seu) pediatrica, associata alle infezioni da *Escherichia coli*

È stata prodotta una documentazione esaustiva sulle prove accreditate (17 schede, una per ogni agente zoonosico) presso gli Izs, specificando che questo

elenco rappresenta soltanto una parte delle prove effettivamente svolte negli Izs. Tutti gli Izs sono laboratori accreditati secondo la norma Uni Cei En Iso/lec e le prove seguono i principi del Sistema qualità ai sensi delle En Iso 17025 e le norme internazionali (per esempio gli *International standards* del manuale Oie).

È stata completata la ricognizione dei circuiti interlaboratorio e *ring trials* per agenti zoonotici cui partecipano gli Izs e l'Iss (17 schede prodotte, con 156 partecipazioni a circuiti interlaboratorio nazionali e internazionali).

È stata prodotta una lista dei laboratori comunitari (Crl) e nazionali (Nrl) di riferimento per gli agenti di zoonosi, dei Centri nazionali di riferimento, Centri di collaborazione Oie, Oms, Fao esistenti nel nostro Paese.

L'Izs Lazio e Toscana, in qualità di Nrl per l'antibioticoresistenza, ha organizzato e analizzato i risultati di 5 circuiti interlaboratorio per i test di sensibilità agli antibiotici, per alcuni agenti zoonotici (*Salmonella*), patogeni animali (streptococchi, stafilococchi, *Pasteurella*) e altri microrganismi (*Escherichia coli*, patogeni ed indicatori della diffusione di resistenze nell'ecosistema intestinale degli animali nelle produzioni primarie zootecniche e negli alimenti di origine animale). Ha inoltre prodotto un applicativo web per la gestione dei dati relativi agli isolati di agenti testati nell'ambito della sorveglianza dell'antibioticoresistenza. L'applicativo prevede la possibilità di associare informazioni anagrafiche sugli isolati, di conoscere le loro caratteristiche qualitative e quantitative di sensibilità e di gestire la reportistica generale e quella di ogni partecipante alla rete che abbia contribuito alla produzione di dati, secondo un sistema di gestione delle utenze. I dettagli sulle funzionalità dell'applicativo, sono riportati nel manuale utente disponibile su internet.

L'Izs Venezia, Nrl per le salmonellosi, ha organizzato un circuito interlaboratorio per l'isolamento di salmonella da campioni fecali, allo scopo di fornire evidenza di riproducibilità e di adeguata sensibilità e specificità del sistema di sorveglianza per le salmonellosi da matrici animali, quale ulteriore evidenza di validità delle procedure adottate per i *baseline studies* sulla prevalenza di salmonellosi in alcune filiere zootecniche previsti dal Reg. 2160/2003 EC, propedeutici per i Piani di controllo a livello comunitario. La realizzazione di questo circuito è stata possibile anche grazie alle evidenze di specificità, sensibilità e accuratezza fornite dal Centro di riferimento comunitario di Bilthoven (Paesi Bassi), e ottenute elaborando i risultati di 4 *ring trial* interlaboratorio (condotti negli anni 2000-2002-2003-2004) a cui hanno partecipato da 16 a 28 laboratori europei.

È stata completata l'attività di rilevamento degli attuali flussi di informazione dei sistemi di allerta, che riguardano principalmente:

- ▶ *la notifica di allerta* ovvero le comunicazioni relative agli alimenti che rappresentano un grave rischio per la salute del consumatore e per i quali è richiesto un intervento immediato
- ▶ *la segnalazione di non conformità*: comunicazione riguardante alimenti che, pur presentando non conformità alle norme vigenti, non rappresentano un grave rischio per il consumatore, e/o non richiedono un intervento immediato.

Per migliorare il raccordo informativo tra Ministero, Iss e Regioni/Asl, relativamente alla segnalazione dei focolai epidemici di origine alimentare, è allo studio una proposta di integrazione della scheda di notifica di IV classe (Dm 15/12/1990), per rendere disponibili con tempestività le informazioni principali riguardanti l'alimento associato al focolaio epidemico.

Al fine di promuovere nell'ambito del Ssn la massima divulgazione e la condivisione delle allerte e notifiche provenienti dalle diverse banche dati (per esempio Saar pubblicati sul web, reti speciali di sorveglianza EnterNet, bollettini Promed, Eurosurveillance) è stata avviata la progettazione di un sistema di segnalazione delle allerte provenienti dalle diverse fonti (limitatamente alle allerte o informazioni pubbliche) attraverso un sito web e un sistema di newsletter da aggiornarsi settimanalmente.

La fase di ricognizione ha previsto la raccolta delle informazioni sulle zoonosi, definite a livello regionale in ambito veterinario, nel Report comunitario zoonosi pubblicato annualmente dall'Efsa ai sensi della Dir. 99/2003 EC e disponi-

I siti di riferimento



www.izslt.it/crab/index.htm

www.izslt.it/crab/crab/welcome.asp

www.izslt.it/crab/crab/manuale/manuale_crab.pdf

www.izsvenezie.it/dnn/Default.aspx?tabid=159

www.efsa.europa.eu/en.html

www.efsa.europa.eu/en/publications/scientific.html

http://lgis2.izs.it:7777/pls/izs_zoo/zoo_gestmenu.zoo_index

bile on line.

Alla fine del mese di marzo 2007 si è discusso e convenuto sulla necessità di armonizzazione i database per gestire le informazioni di origine veterinaria e di origine umana, per l'adempimento dei debiti informativi nei confronti della Comunità Europea (Report Zoonosi Efsa, Ecdc). A tale scopo l'Izs dell'Abruzzo e del Molise, Centro di referenza nazionale per l'epidemiologia e l'informazione veterinaria, con uno specifico gruppo di lavoro accreditato anche presso il Dipartimento di sanità pubblica veterinaria, ha presentato un aggiornamento sullo stato di avanzamento dell'analisi dei requisiti e della struttura dei database per i dati di origine veterinaria (animali e alimenti di origine animale e non).

Per informazioni 

Nancy Binkin
(Iss - Cnesps)
nancy.binkin@iss.it

Febbraio 2006

Anziani e clima

Studio caso-controllo sui fattori di rischio per la mortalità associata alle ondate di calore

Nell'estate 2005, uno studio caso-controllo è stato commissionato dal Ccm all'Iss - Cnesps, per identificare i fattori di rischio associati all'eccesso di mortalità negli anziani italiani durante le ondate di calore. I risultati dello studio sono pubblicati sul sito Epicentro.

Lo studio è stato effettuato a Bari, una delle città che avevano riportato un livello di allarme 3* nel mese di giugno 2005, secondo quanto rilevato dal sistema nazionale di allarme per la prevenzione dell'impatto delle ondate di calore *Heat health watch warning systems* (Hhwws). Obiettivi del caso-controllo erano l'identificazione di:

↳ fattori di rischio personali

- abitudini di vita (uso di condizionatori d'aria, ventilatori, abitudine a tenere le finestre aperte la notte, ecc.)
- livello di autonomia funzionale (capacità di provvedere alle comuni attività della vita quotidiana)
- livello di integrazione sociale (frequentazione di amici, circoli per anziani, attività ricreative)

al fine di diffondere una serie di consigli pratici su comportamenti individuali da evitare o da attuare durante l'ondata di calore e supportare l'utilità di interventi mirati alla creazione di luoghi di socializzazione

↳ fattori di rischio ambientali

(tipo di abitazione, presenza di balconi, residenza all'ultimo piano, ecc.)

al fine di diffondere una serie di consigli pratici su comportamenti da attuare in casa durante l'ondata di calore

↳ fattori di rischio clinici

per definire le patologie maggiormente associate a rischio di morte durante un'ondata di calore ed identificare dei gruppi a rischio su cui indirizzare gli interventi.

È stato condotto uno studio caso-controllo appaiato. I casi sono stati definiti come soggetti di età 65 anni, deceduti a Bari dal primo giorno in cui le morti in eccesso hanno superato di almeno il 25% quelle attese, all'ultimo giorno in cui si sono mantenute al di sopra del 25% delle attese (dal 30 giugno al 4 luglio e dall'1 al 3 agosto 2005) e il cui certificato di morte citava tra le cause: il caldo, patologie cardio-cerebrovascolari, disordini neurocognitivi, disidratazione o febbre/infezione non meglio specificata. Tre controlli per ogni caso sono stati selezionati con metodo casuale tra gli assistiti dello stesso medico curante del caso, appaiati per età, presenti in città durante il periodo di esposizione all'ondata di calore e non ricoverati presso case di cura o case di riposo o ospeda-

I siti di riferimento 

www.epicentro.iss.it
http://www.epicentro.iss.it/focus/caldo/Rap_CCCaldo_Pub.pdf

* Definito come persistenza per almeno due giorni consecutivi di un livello di temperatura apparente associato ad un rischio stimato di mortalità >25% rispetto ai valori di base

lizzati da prima dell'ondata di calore. Le variabili significativamente associate alla mortalità sono state incluse in un modello di regressione logistica condizionale e la frazione attribuibile alla popolazione è stata calcolata per le variabili risultate significative.

Sono stati studiati 20 casi e 60 controlli: 17 casi erano deceduti in casa, 11 (55%) per cause cardiovascolari. L'analisi multivariata ha mostrato che avere un condizionatore d'aria in casa [OR 0,09 (IC95% 0,01-1,00)], autonomia nello svolgimento delle comuni attività della vita quotidiana (*Adl-activities of daily life*) con punteggio ≤ 2 [OR 21,0 (IC95% 1,81-242,47)] ed essere stato ricoverato nell'anno precedente il decesso [OR 18,1 (IC95% 2,04-160,51)] erano i fattori significativamente associati al decesso durante l'ondata di calore. Queste indicazioni sono state utili nella programmazione degli interventi di prevenzione e per l'identificazione di categorie a maggior rischio nei confronti dei quali indirizzare le azioni preventive.

La sorveglianza epidemiologica rapida della mortalità

La mortalità è il più solido degli indicatori epidemiologici ed è particolarmente appropriato per studiare le più gravi conseguenze sulla salute di eventi peculiari, come possono essere i periodi particolarmente caldi o freddi o le epidemie influenzali, con particolare riferimento ai soggetti più fragili: anziani e bambini. In tali circostanze diventa essenziale una valutazione rapida di quanto sta accadendo per predisporre opportune azioni di sanità pubblica. I dati di mortalità, completi ed esaustivi per tutto il territorio nazionale sono rilevati, codificati e diffusi dall'Istat, ma appunto per tali caratteristiche di esaustività richiedono un tempo piuttosto lungo di raccolta e processamento, e vengono resi disponibili con circa 3 anni di ritardo. Si tratta certamente di una solida base di confronto "storico", ma non possono venire incontro ad esigenze di sanità pubblica che richiedono risposte rapide. L'esigenza di una sorveglianza rapida della mortalità a scopo di epidemiologia e sanità pubblica è riconosciuta anche a livello europeo, come testimonia il lavoro di un gruppo di esperti europei, riunitisi a novembre 2006 presso lo *Statens Serum Institut* di Copenaghen dal titolo *Mortality early warning and surveillance*, che si propone di costituire un *Network for developing mortality monitoring in Europe as a public health priority* (per informazioni: Anne Mazick, maz@ssi.dk).

Il Ccm ha stipulato un accordo di collaborazione con l'Ufficio di statistica dell'Iss allo scopo di implementare un sistema di monitoraggio tempestivo della mortalità nel nostro Paese. Da ottobre 2005, l'Ufficio di statistica dell'Iss riceve mensilmente, e per tutto l'anno, informazioni relative ai decessi delle persone di ogni età dalle anagrafi delle 21 città capoluogo di Regione e Provincia autonoma. Le informazioni sono analizzate e pubblicate trimestralmente sul sito Epicentro, vengono calcolati gli eccessi di mortalità registrati rispetto all'atteso. I dati sono utilizzati per analisi ecologiche durante i mesi invernali rispetto alle epidemie influenzali e vanno a integrarsi con i dati prodotti dal sistema di rilevazione che opera nei mesi estivi per il monitoraggio della mortalità associato alle ondate di calore.

Febbraio 2006

Potenziare la rete dei registri tumori in Italia

È stata avviata un'attiva collaborazione con i registri tumori di Campania, Sicilia, Lazio, Sardegna, Puglia. In più occasioni, i rappresentanti dell'Airt hanno incontrato gli amministratori sanitari locali (Asl, Regioni) per un'analisi dei bisogni e per proporre soluzioni adeguate ai problemi rilevati.

Sono stati erogati fondi per 87.500 euro a 14 registri delle Regioni meridionali (la maggior parte dei quali non era ancora accreditata) per stage e formazione, per acquisto di beni, per acquisire personale e consulenze e per la realizzazione di corsi di base.

Per informazioni



Susanna Conti
(Iss - Cnesps)
susanna.conti@iss.it.

I siti di riferimento



www.epicentro.iss.it/problemi/mortalita/SorvMort.asp

Per informazioni



Eugenio Paci
(Airt)
e.paci@csppo.it

È stata realizzata una ricognizione sulla informatizzazione e le procedure di valutazione in uso presso ogni registro, ed è stato predisposto un piano di trasmissione su web dei dati dei registri. È stata costruita una banca dati nazionale con un software *ad hoc* per il controllo dei dati, in corso di distribuzione in via sperimentale a tutti i registri. Sono state pubblicate le monografie “I tumori in Italia - Rapporto 2006” e “I tumori in Italia-Rapporto 2007”, che presentano dati di incidenza e mortalità. È in corso di pubblicazione una monografia sulla sopravvivenza ed è in corso di realizzazione quella sui tumori infantili.

Per informazioni



Maria Luisa Moro

(Asr Emilia Romagna)

MI Moro@Regione.Emilia-Romagna.it

Marzo 2006

Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

L'Agenzia sanitaria regionale (Asr) dell'Emilia Romagna coordina come Regione capofila lo sviluppo di un sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella ed epidemie e la promozione dell'adozione di strumenti comuni tra le Regioni per la sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera, residenziale, domiciliare e ambulatoriale.

Il sottocomitato di progetto (vedi pagina 95) ha il compito di coordinare le attività del progetto e assicurare il raccordo con le Regioni. È stato istituito un coordinamento interregionale, al quale sono stati nominati rappresentanti di tutte le Regioni e Province autonome.

È stato attivato il sistema di sorveglianza delle epidemie ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Emilia Romagna e predisposto un pacchetto formativo per gli operatori. Nei primi mesi di attività sono stati segnalati e indagati 20 epidemie e cluster epidemici in strutture sanitarie e socio-sanitarie. L'incidenza di eventi in ospedale è stata pari a 0,3/10.000 ricoveri, inferiore a quella attesa sulla base di dati della letteratura.

Tra i protocolli di sorveglianza, è stato messo a punto quello per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e da luglio 2007 è stata avviata la rilevazione dei dati. Tra gli altri protocolli in via di definizione vi sono quello per la sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva, nelle strutture residenziali, quello per gli studi di prevalenza e la sorveglianza a partenza dai laboratori (Regione capofila: Friuli Venezia Giulia).

È in corso una revisione sistematica della letteratura, per la definizione di linee guida sulla prevenzione delle infezioni (Regione capofila: Piemonte).

È stato predisposto un questionario per descrivere lo stato di attuazione dei programmi di sorveglianza e controllo a livello di tutte le Regioni; il questionario conoscitivo è stato inviato dalle Regioni a tutte le Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere e strutture convenzionate ed è mirato a rilevare l'esistenza e attività dei comitati per le infezioni correlate all'assistenza, di programmi dedicati alle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera, su esperienze d'eccellenza e su aspetti di igiene e decoro degli ospedali. Al momento sono stati restituiti 327 questionari da altrettante aziende sanitarie di 15 Regioni o Province autonome (Regione capofila: Emilia Romagna).

È stata lanciata la Campagna “Cure pulite, cure sicure” dell'Organizzazione mondiale della sanità, alla quale hanno dato la loro adesione 15 Regioni con 142 aziende sanitarie (Regione capofila: Emilia Romagna).

A febbraio 2007 è stato tenuto a Napoli un convegno di presentazione del progetto, al quale hanno partecipato 500 operatori sanitari, rappresentanti di 11 società scientifiche ed ordini professionali o collegi.

Marzo 2006

Sostegno a sistemi di sorveglianza per specifici agenti patogeni: legionella, enterobatteri (*E. coli* O57), batteri antibioticoresistenti, virus epatitici, virus respiratori

Sono stati raccolti, analizzati e diffusi i dati di sorveglianza relativi a legionella, patogeni enterici (*Salmonella*, *E. Coli*, ecc.), epatiti virali, e batteri isolati da liquor o sangue di cui è stata saggiata la resistenza ad antibiotici. I risultati sono disponibili sui siti di riferimento:

- **sorveglianza malattie prevenibili da vaccino:**
www.spes.iss.it
- **stato di avanzamento Pnem:**
www.epicentro.iss.it/ben/2007/marzo/1.asp
www.epicentro.iss.it/ben/2006/aprile/2.asp
- **influenza**
www.flu.iss.it/
- **legionella**
www.epicentro.iss.it/problemi/legionellosi/pdf/legio2005.pdf
- **Enternet:**
www.simi.iss.it/Enternet/index.asp
- **antibioticoresistenza:**
www.epicentro.iss.it/ben/2006/giugno/2.asp
- **epatiti virali:**
www.iss.it/seie/

Di seguito alcuni risultati provvisori di attività delle suddette sorveglianze:

- **legionella:**
dal marzo 2006 al marzo 2007 sono stati segnalati e indagati 714 casi
- **patogeni enterici:**
3.580 casi di *Salmonella* segnalati nel 2006
- **antibiotico-resistenza:**
per il 2006, sono stati raccolti dati relativi a 3.723 isolati batterici da liquor e sangue
- **epatiti virali acute:**
nel 2006 sono stati segnalati e indagati 1.037 casi.

Marzo 2006

Sostegno alla sorveglianza delle tubercolosi e della resistenza ai farmaci antitubercolari

La Regione Emilia Romagna coordina con le altre Regioni e con il Dipartimento di malattie infettive, parassitarie e immunomediate (Dmipi) dell'Iss un articolato programma di sorveglianza della tubercolosi. Obiettivo del progetto è:

1. migliorare la sorveglianza epidemiologica della tubercolosi a livello nazionale, integrando la notifica con altre fonti informative, quali i dati di laboratorio e il monitoraggio dell'esito del trattamento (coordinamento Regione Emilia Romagna);
2. rafforzare la sorveglianza della farmacoresistenza, in continuità con il sistema avviato dal Progetto Smira* (coordinamento Iss - Dmipi).

* Migliori GB, Centis R, Fattorini L, Besozzi G, Saltini C, Orefici G, Piersimoni C, Gori A, Cassone A and the Italian Multicentre Study on Resistance to Antituberculosis drugs (Smira) Study Group. Monitoring the quality of laboratories and the prevalence of resistance to antituberculosis drugs: Italy, 1998-2000. *Eur Respir J*. 2003 Jan;21(1):129-34

Per informazioni 

Marta Ciofi degli Atti

epidemiologia
(Iss - Cnesps)
ciofi@iss.it

Maria Luisa Ricci

legionella
(Iss - Dmipi)
marialuisa.ricci@iss.it

Ida Luzzi

enterobatteri
(Iss - Dmipi)
ida.luzzi@iss.it

Annalisa Pantosti

antibioticoresistenza
(Iss - Dmipi)
annalisa.pantosti@iss.it

Per informazioni 

Maria Luisa Moro

(Asr Emilia Romagna)
MI Moro@Regione.Emilia-Romagna.it

Lanfranco Fattorini

(Iss - Dmipi)
lanfranco.fattorini@iss.it

È stato costituito il sottocomitato di progetto (vedi pagina 98) con il compito di coordinare le attività del progetto e assicurare il raccordo con le Regioni.

Sorveglianza epidemiologica

È stato costituito un coordinamento interregionale così composto: Provincia autonoma di Trento, Regioni Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto.

Sono stati confrontati, mediante una indagine conoscitiva iniziale, i sistemi di sorveglianza integrata della tubercolosi (notifiche, laboratori, esito del trattamento) attuati nelle diverse Regioni. Da questa indagine è emerso che su 12 Regioni rispondenti, 8 hanno deliberato la segnalazione dei casi anche dai laboratori (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Veneto), 7 hanno attivato il monitoraggio dell'esito del trattamento (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Veneto), 3 hanno un sistema regionale di sorveglianza della farmacoresistenza (Emilia Romagna, Lombardia, Veneto).

È stato proposto, in accordo con tutte le Regioni partecipanti, un protocollo di sorveglianza che, pur tenendo conto delle differenze tra Regioni, consenta l'integrazione a livello nazionale della notifica con altre fonti informative.

Dal momento che il Ccm ha avviato un progetto sulla sperimentazione di nuove modalità di trasmissione via web dei dati di notifica di tutte le malattie infettive, inclusa la tubercolosi, si è deciso di proporre le modifiche necessarie per assicurare, nell'ambito di questo sistema comune, la sorveglianza della tubercolosi.

È stata avviata una indagine tra tutti i laboratori pubblici e privati accreditati per descrivere la rete diagnostica esistente per la micobatteriologia. Al momento, hanno risposto 384 laboratori di 10 Regioni (Provincia autonoma di Trento, Regioni Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Veneto).

Sorveglianza della farmacoresistenza

Sono stati contattati, per la partecipazione alla sorveglianza, 30 laboratori di micobatteriologia con volumi elevati di attività, cercando, laddove possibile, di avere almeno un laboratorio per Regione, con una distribuzione sufficientemente omogenea a livello nazionale.

È stato avviato il programma di controllo di qualità esterna, basato sull'invio di 20 ceppi di *Mycobacterium tuberculosis* per la determinazione della sensibilità a isoniazide, rifampicina, streptomina ed etambutolo. I ceppi sono derivati da stipiti inviati dal Laboratorio dell'Oms di Anversa.

È stato richiesto l'invio, per il 2006-2007, dei dati epidemiologici sui saggi di farmacoresistenza effettuati e sulle resistenze rilevate e l'invio di tutti i ceppi identificati come resistenti ad uno dei farmaci di prima scelta e del 20% di quelli risultati sensibili: la trasmissione dei dati è in corso.

Luglio 2006

Passi – Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia

Portato avanti dalle Regioni con il coordinamento del Cnesps, Passi è un sistema di sorveglianza che prevede la raccolta continua, durante tutto l'arco dell'anno, di dati sui principali fattori di rischio comportamentali per la salute e sull'adozione di misure di prevenzione da parte della popolazione adulta tra 18 e 69 anni.

Il sistema intende fornire informazioni che possono essere usate dai professionisti della salute che devono progettare, realizzare e valutare interventi in sanità pubblica a livello delle Asl e delle Regioni. Ciascuna Asl che partecipa alla sorveglianza raccoglie almeno 25 interviste ogni mese, in modo da raggiungere una numerosità minima di circa 300 interviste in un anno. 17 Regioni e Province autonome stanno partecipando con tutte le Asl, le altre partecipano, per il momento, con un campionamento regionale o misto.

Gli ambiti indagati rientrano tra quelli considerati prioritari dal Piano sanitario nazionale, dal Piano nazionale della prevenzione e da Guadagnare salute: salute e qualità di vita percepita, attività fisica, fumo, alimentazione, alcol, sicurezza stradale, fattori di rischio cardiovascolare, screening oncologici, vaccinazioni dell'adulto, salute mentale, incidenti domestici, aspetti socio-demografici. Ma è prevista la possibilità di aggiungere periodicamente e localmente, al nucleo fisso di domande, moduli opzionali su temi di interesse nazionale o regionale, secondo criteri e procedure prestabiliti.

Oltre a servire ai professionisti della salute per i loro interventi, Passi è anche uno strumento destinato ad arricchire le competenze dei professionisti e modificare la pratica della prevenzione. Infatti l'Iss - Cnesps ha elaborato e realizzato un percorso di formazione con l'obiettivo di dotare degli strumenti necessari all'avvio del sistema di sorveglianza i responsabili regionali e gli operatori sanitari locali che si occupano della sua gestione e monitoraggio.

Una prima parte della formazione si è svolta in due edizioni di tre giornate presso l'Iss a Roma, e ha coinvolto 72 referenti e coordinatori regionali. Una seconda parte si sta svolgendo in ciascuna Regione e ha coinvolto fino ad ora 175 coordinatori aziendali e 763 intervistatori.

Per offrire la possibilità di sviluppare competenze maggiori ai responsabili di Passi, l'Iss - Cnesps, in collaborazione con l'Università di Roma "Tor Vergata", sta realizzando un Master universitario di II livello su "Sorveglianza epidemiologica e management sanitario", a cui hanno aderito 16 operatori provenienti da 11 Regioni.

In totale, a regime, la formazione per Passi coinvolgerà oltre 1000 operatori dei Dipartimenti di prevenzione.

Inoltre è stato progettato e sviluppato un sistema informativo che garantisce la massima flessibilità e compatibilità con la dotazione informatica esistente nelle Asl.

Infine, è stato elaborato un piano di comunicazione che include diversi strumenti, quali modelli di lettere, locandine, opuscoli, materiale per riunioni e workshop, press kit. La comunicazione rivolta ai cittadini serve a sviluppare la consapevolezza che la partecipazione è indispensabile per il miglioramento delle condizioni di salute proprie e degli altri.

In tale ambito, particolare attenzione è stata data all'interfaccia web che da gennaio 2007 a oggi ha avuto circa 12.000 accessi con un trend in costante aumento: per un progetto iniziato da meno di un anno si tratta di un ottimo risultato. Gli utenti del sito Passi sono operatori coinvolti nel progetto, ma anche altri professionisti della sanità pubblica e cittadini. Dal sito è scaricabile la newsletter mensile *Passi-one*, giunta al suo quinto numero, contenente novità e aggiornamenti, che raggiunge gran parte degli oltre 1000 operatori coinvolti nel sistema, al fine di stimolare la creazione di una rete all'interno del sistema stesso.

Per informazioni 

Sandro Baldissera
(Iss - Cnesps)
sandro.baldissera@iss.it

I siti di riferimento 

www.epicentro.iss.it/passi/

Progetti di sostegno al Piano nazionale di prevenzione e al programma "Guadagnare salute"

Per informazioni



Daniela Galeone
(Ccm - Ministero della Salute)
d.galeone@sanita.it

Novembre 2005

Monitoraggio degli effetti della Legge 3, 16 gennaio 2003

Allo scopo di mantenere nel tempo l'osservanza della Legge 3 del 16 gennaio 2003 e il rispetto della normativa nei luoghi di lavoro pubblici e privati è stata avviata una collaborazione con le Regioni Veneto ed Emilia Romagna per il coordinamento di numerose attività che hanno coinvolto il personale dei Dipartimenti di prevenzione.

Un totale di 13 Asl (in 10 Regioni) ha effettuato rilevazioni presso gli uffici comunali, mentre nelle aziende private la rilevazione del rispetto della normativa sul fumo è stata condotta da 14 Asl (in 11 Regioni). I risultati delle rilevazioni sono in corso di elaborazione e saranno presentati nel corso di un convegno conclusivo del progetto.

Sono state predisposte e sono in corso di pubblicazione due linee guida per l'appropriata applicazione della normativa nelle scuole e nei luoghi di lavoro (aziende produttive).

Anche i risultati di uno studio, realizzato attraverso una convenzione con il Centro per lo studio e la prevenzione oncologica (Csp - Istituto scientifico della Regione Toscana). "Esposizione a fumo passivo prima e dopo l'entrata in vigore della legge antifumo in Italia", si propone di verificare anche strumentalmente l'applicazione della normativa in Italia e confrontarla con la realtà di un Paese (Austria) che non ha ancora una normativa analoga a quella italiana.

Sono state censite le iniziative di prevenzione realizzate dalle aziende sanitarie e dal privato sociale nelle scuole, dalle materne alle superiori, avvalendosi anche della collaborazione dell'Iss-Ossfad. Un gruppo di lavoro ha esaminato i progetti pervenuti da 9 Regioni, selezionandone 54 che rispondevano a criteri di qualità. Sono stati infine selezionati 4 progetti, dimostratisi efficaci e facilmente riproducibili:

- scuola dell'infanzia: "Alla conquista del pass per la città del sole" della Regione Lombardia, aggiornato ed integrato al progetto "Infanzia a colori" della Regione Emilia Romagna
- scuola primaria: "Mr Star Bene e il club dei vincenti" della Regione Lombardia
- scuole secondarie di primo grado: "Lasciateci puliti" della Regione Emilia Romagna
- scuole secondarie di secondo grado: Concorso "Smoke Free Class", al quale partecipano già diverse Regioni.

Per tutti questi progetti sono stati realizzati kit metodologici e didattici e relativi materiali, che saranno disponibili per le Regioni per l'anno scolastico 2007/2008.

Sono stati realizzati corsi residenziali di "formazione per formatori" regionali, attivati in tre edizioni per le Regioni del Nord, Centro e Sud del Paese, per l'acquisizione di conoscenze e competenze operative ai fini della programmazione, attuazione e valutazione di interventi specifici nell'ambito della lotta al tabagismo. I corsi si sono svolti tra settembre e novembre 2006, rispettivamente nelle città di Reggio Emilia, Firenze e Napoli. L'adesione delle Regioni e Province autonome ai tre corsi è stata altissima (19 Regioni) come pure la partecipazione dei pianificatori (96 su un numero previsto di 105). I formatori locali di ciascuna Regione o Provincia autonoma provvederanno a strutturare i programmi regionali e locali di formazione, rivolti ad operatori pubblici e del privato sociale, potendosi avvalere per l'intera durata del progetto della supervisione tecnica del gruppo dei formatori centrali. Parallelamente, è stata predisposta una guida didattica "Strumenti metodologici e operativi per pianificatori regionali", consistente in un volume e Cd-Rom di approfondimento sui temi del contrasto al

I siti di riferimento



www.iss.it/ofad/fumo/index.php?anno=2007&lang=1&tipo=3

www.legatumorireggio.it

tabagismo: normativa, *project management*, valutazione di efficacia, trattamenti farmacologici, patologie correlate, ruolo dei medici di medicina generale, prevenzione rivolta ai giovani e nei luoghi di lavoro.

In supporto alle attività di formazione, è stata attivata una sezione dedicata al progetto all'interno del sito web della lega tumori (Lilt) di Reggio Emilia (che gestisce le attività progettuali in convenzione con la Regione Emilia Romagna).

Infine, sono stati realizzati una serie di seminari di approfondimento su:

- ▶ la rete degli operatori, rivolta a pianificatori dei Centri antifumo e dei referenti per Mmg e altri operatori sanitari (la partecipazione delle Regioni è stata suddivisa in due edizioni: 22-23; 29-30 marzo 2007)
- ▶ progetti di prevenzione e cura del tabagismo in una comunità, rivolto ai coordinatori regionali (2 e 3 aprile 2007)
- ▶ gli interventi di prevenzione, sorveglianza e cura del tabagismo nei luoghi di lavoro (19-20 aprile 2007)
- ▶ interventi di prevenzione rivolti ai giovani, per i pianificatori regionali (24 ,25, 26 maggio 2007).

Dicembre 2005

Epidemiologia e prevenzione delle malattie cardio e cerebrovascolari (Progetto Cuore)

Con il Progetto Cuore, operativo dal 2004, il Ccm persegue l'obiettivo della riduzione del rischio cardiovascolare, attraverso la prevenzione individuale che si effettua quando le persone migliorano il proprio profilo di rischio modificando i comportamenti nocivi oppure trattando efficacemente condizioni come l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia. Per migliorare l'opera di prevenzione, il Progetto Cuore ha costruito la carta del rischio cardiovascolare e ne promuove l'uso e l'applicazione da parte dei medici di medicina generale e altri professionisti della salute, grazie a un apposito piano nazionale di formazione, alla partnership istituzionale definita dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e ad accordi con associazioni professionali, in particolar modo quelle dei medici di medicina generale.

Facilitare la misura del rischio cardiovascolare (cuore.exe)

Un semplice programma informatico che calcola il rischio cardiovascolare ("cuore.exe"), è stato reso disponibile per i medici che possono scaricarlo gratuitamente dal sito del Progetto Cuore oppure lo trovano già incorporato nei principali sistemi informatici che gestiscono lo studio medico. Il programma è stato così diffuso a 11.500 Mmg, e a fine dicembre il programma cuore.exe risultava scaricato da 4312 utenti di tutte le Regioni italiane, distribuiti in questo modo: 3251 medici di medicina generale, 976 specialisti, 58 servizi di prevenzione e 27 Centri trasfusionali. È inoltre disponibile su web una versione di cuore.exe per farmacisti. I dati raccolti attraverso il programma cuore.exe possono essere inviati all'Osservatorio del rischio cardiovascolare presso il Cineca, ai fini di monitoraggio. Gli utilizzatori del programma cuore.exe hanno così l'opportunità di inviare i dati relativi ai propri pazienti, che confluiscono in un sistema di analisi strutturato. A partire dai dati inseriti, l'osservatorio fornisce un database per effettuare ulteriori elaborazioni e restituisce ai Mmg valori aggiornati in termini di medie regionali e nazionali per il confronto con i loro assistiti. Il programma prevede anche il controllo di qualità dei dati inviati.

Il Piano di formazione

È stata realizzata un'attività di formazione in ambito nazionale per favorire un approccio integrato ai fattori di rischio cardiovascolare. La formazione in questo campo è finalizzata a incorporare nella pratica clinica la valutazione del rischio cardiovascolare e gli interventi volti a modificarlo. È stata definita la struttura del Piano nazionale della formazione ed è stato pubblicato un testo dal titolo *Uso e applicazione della carta del rischio cardiovascolare*, composto da

Per informazioni 

Simona Giampaoli
(Iss - Cnesps)
simona.giampaoli@iss.it

I siti di riferimento 

www.cuore.iss.it/

<http://cuore-iss.cineca.it>

due volumi: “Manuale per il medico formatore” e “Manuale per il medico di medicina generale”.

L'opera è stata pubblicata in via esclusiva dalla casa editrice Il pensiero scientifico nel corso dell'inverno 2005-2006 e ha tra gli autori il Ccm e il Ministero della Salute.

L'attività del progetto Cuore del Ccm si è intrecciata con quella del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, che individua tra gli ambiti di intervento la prevenzione della patologia cardiovascolare. Ogni Regione ha individuato l'ambito territoriale di attività (Regione, azienda sanitaria locale, distretto o diversa aggregazione territoriale) e le modalità di coordinamento. Il Piano di formazione si è integrato con il Piano nazionale di prevenzione, e le Regioni hanno programmato a livello locale i corsi di formazione.

Sono stati formati 2.826 Mmg nel periodo gennaio 2006 – gennaio 2007.

Per informazioni



Marina Maggini
(Iss - Cnesps)
marina.maggini@iss.it

Gennaio 2006

Integrazione gestione e assistenza del diabete. Il progetto Igea

Igea fa parte dei progetti del Ccm a sostegno del Pnp. Infatti, il progetto vuole promuovere l'adozione di programmi di disease management per la prevenzione delle complicanze del diabete. Per disease management si intende una strategia di gestione delle malattie croniche, in questo caso del diabete, che prevede alcuni elementi peculiari:

- partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia
- sistemi proattivi per garantire la regolare esecuzione dei controlli periodici da parte del paziente
- attivazione di un sistema di monitoraggio su base informatizzata.

Il progetto viene effettuato in collaborazione con l'Iss - Cnesps che ha offerto la propria assistenza alle Regioni nella progettazione regionale e nel loro avvio, fase che si è conclusa a novembre 2006. I prodotti di Igea sono:

- la revisione e l'aggiornamento delle raccomandazioni per la gestione integrata del paziente diabetico
- la revisione dei requisiti informativi sul paziente necessari per la gestione integrata
- la definizione del piano di formazione
- l'avvio del corso di formazione nazionale residenziale (previsto ad ottobre 2007).

Un sito dedicato al progetto è disponibile su EpiCentro.

I siti di riferimento



www.epicentro.iss.it/igea/

Luglio 2005

Influenza negli animali

Negli ultimi sei anni in Italia si sono manifestate cinque epidemie di influenza aviaria in aree a elevata densità avicola (Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna). L'epidemia verificatasi nel 2002 ha avuto origine dall'introduzione di un ceppo virale da selvatici e lo stesso sottotipo è stato all'origine dell'ultima epidemia del 2004, quasi certamente legata alla persistenza del virus in specie domestiche serbatoio di infezione.

L'Unione Europea, in considerazione della necessità di individuare precocemente la circolazione di stipti influenzali aviari, ha ritenuto opportuno predisporre specifiche attività di sorveglianza. Queste misure hanno la finalità di generare informazioni utili per valutare il rischio di epidemie correlate alla presenza di virus influenzali nella fauna selvatica e nei reservoir domestici e, quindi, del rischio che gli stipti di origine aviare possono costituire per la salute dell'uomo. Il Ccm ha stipulato un accordo con L'Istituto zooprofilattico delle Venezie (Izs-Ve), Centro di riferimento nazionale per l'influenza aviaria, per monitorare in continuo le popolazioni avicole domestiche e selvatiche presenti sul territorio nazionale e attivare misure adeguate per prevenire epidemie da virus ad alta patogenicità (Hpai) nelle popolazioni di volatili domestici, con possibile trasmissione all'uomo.

L'Isz-Ve ha collaborato alla stesura del Piano di sorveglianza nazionale che include nella popolazione da sorvegliare tutte le specie di volatili d'allevamento: pollo, tacchino, faraona, selvaggina, oche ed anatre. I fattori di rischio considerati sono stati: allevamenti free-range, animali allevati all'aperto, allevamenti multi età, allevamenti multispecie, animali a lunga vita produttiva e utilizzazione di acque di superficie. Il Piano di sorveglianza prevede che in ciascuna Regione e Pa venga attuato un campionamento a più stadi che garantisce l'individuazione di almeno un gruppo positivo, se la prevalenza di sieropositività è $\geq 5\%$, con un livello di confidenza del 95% che diventa del 99% per gli allevamenti di tacchini e di oche, di anatre e di riproduttori quaglie. In ogni allevamento sono sottoposti, a prelievo di sangue almeno 5-10 unità (40-50 unità per gli allevamenti di oche, anatre e riproduttori quaglie che dovranno essere sottoposti a un controllo sierologico) selezionate casualmente fra gli animali presenti nelle diverse unità produttive.

Al progetto hanno aderito tutte le Regioni, con la collaborazione di tutti gli Izs, tanto che già nel primo anno di attività sono stati analizzati, su 3.195 allevamenti presenti in tutta Italia, ben 2.393 allevamenti.

La sorveglianza dell'influenza aviaria viene effettuata anche sugli animali selvatici, a cura dell'Istituto nazionale per la fauna selvatica (Infs), che è stato incaricato di effettuare i campionamenti. L'Isz-Ve ha organizzato, in collaborazione con l'Infs e il Cermas (Centro di riferimento nazionale per le malattie degli animali selvatici presso l'Isz di Piemonte-Liguria-Valle d'Aosta) un sistema di gestione dei campioni dei selvatici che consente di avere risultati rapidi.

Risultati campionamento per l'influenza aviaria sottotipo H5, da tutto il territorio nazionale:

ottobre 2005 - ottobre 2006	13.337 campioni
agosto 2006 - giugno 2007	7.658 campioni

Per entrambi i periodi non sono stati trovati campioni positivi.

È stato aggiornato il Piano nazionale di emergenza (Dpr 656/1996) ed il relativo "Manuale operativo in caso di influenza aviaria", risalente al 1999, disponibile sul web. Nella sezione aree tematiche/influenza aviaria del sito, è possibile scaricare le linee guida per la "sorveglianza epidemiologica e la strategia d'intervento per il controllo e l'eradicazione dell'influenza aviaria in Italia".

Per informazioni 

Stefano Marangon
(Izs delle Venezie)
dirsan@izsvenezie.it

I siti di riferimento 

www.izsvenezie.it



Gabriella Guasticchi
(Asp - Lazio)
guasticchi@asplazio.it

Settembre 2005

Sorveglianza sindromica

Il Ccm ha posto nel programma 2004 (Dm 16/12/2004) come obiettivo strategico dell'area progettuale "Bioterrorismo", l'implementazione di un sistema di sorveglianza sindromica basato sui dati relativi all'attività dei Servizi di Pronto soccorso (Ps/Dea).

Con l'obiettivo di trovare soluzioni nuove alla capacità di risposta tempestiva alle emergenze, il Ccm ha in questi anni sperimentato la fattibilità e valutato l'efficienza di un sistema di sorveglianza delle sindromi. I sistemi di sorveglianza sindromica hanno infatti l'obiettivo di evidenziare cluster di malattia "prima" dei tradizionali sistemi di sorveglianza, attraverso il monitoraggio di dati prediagnostici, ad esempio quadri di sintomi e segni da analizzare nel tempo e nello spazio. Nei casi in cui l'intervallo tra la manifestazione dei sintomi/segni e il momento in cui è possibile diagnosticare con certezza la patologia in laboratorio sia consistente, la sorveglianza sindromica può consentire di sfruttare l'individuazione precoce dell'evento, per adottare adeguati interventi di prevenzione, anche nell'ambito di ipotetiche azioni di bioterrorismo e in situazioni di pericolo per la sanità pubblica o per la sicurezza nazionale.

Gli accessi in Pronto soccorso (Ps/Dea) rappresentano un momento di richiesta assistenziale utile per intercettare eventi sentinella, in quanto l'ininterrotta disponibilità del servizio (7 giorni la settimana e 24 ore al giorno) non introduce ritardi dal manifestarsi dei sintomi/segni al momento dell'osservazione. Vista l'esperienza acquisita con il Sies (Sistema informativo dell'emergenza sanitaria) ed il progetto Gipse (Gestione informazioni pronto soccorso emergenza) della Regione Lazio, il Ccm ha individuato nell'Agenzia di sanità pubblica di questa Regione (Asp Lazio) il partner principale per la sperimentazione di un sistema di sorveglianza sindromica basato sugli accessi in Ps. Il programma Gipse, diffuso in tutto il territorio regionale, garantisce infatti l'omogenea raccolta dei dati di attività del Ps e la relativa registrazione in basi dati uniformemente strutturate; inoltre il sistema Gipse on line consente di raccogliere le informazioni a livello centrale senza ritardo nella trasmissione.

Dopo una revisione della letteratura e di analoghe esperienze internazionali di sistemi di questo tipo, un gruppo di lavoro di esperti ha definito il modello di sorveglianza sindromica da attivare nella Regione Lazio. Sono stati definiti 13 quadri sindromici da sottoporre a sorveglianza:

1. sindrome respiratoria con febbre
2. sindrome gastroenterica senza sangue nelle feci
3. diarrea con presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi
4. febbre con rash
5. linfadenite con febbre
6. sindrome neurologica
7. sindrome itterica acuta
8. sindrome emorragica acuta
9. sindrome neurologica periferica
10. lesione cutanea localizzata
11. sepsi o shock non spiegati
12. stato comatoso
13. morte inspiegata.

Per ciascuna di esse, il gruppo di lavoro ha formulato una definizione operativa di caso, basandosi sulle diagnosi codificate e ove possibile sui dati registrati al triage. Sono stati poi individuati i Ps/Dea da includere nella sorveglianza, attualmente 29, dislocati in tutto il Lazio*. Da maggio 2006, il sistema di sorveglianza è a regime; prevede un collegamento telematico permanente, basato sul sistema Gipse (già attivo nel Lazio dal 2003), tra l'Asp Lazio e i Ps/Dea della Regione attraverso la Rete unica della pubblica amministrazione (Rupar). La selezione degli accessi al Ps/Dea corrispondenti alle specifiche sindromi, viene fatta in base alle diagnosi codificate di dimissione, con l'eventuale integrazione

*Ps/Dea che partecipano alla sorveglianza			
1	Acquapendente (Vt)	16	Palestrina (Rm G)
2	Andosilla (Vt)	17	Subiaco (Rm G)
3	Montefiascone (Vt)	18	Tivoli (Rm G)
4	Ronciglione (Vt)	19	Velletri (Rm H)
5	Tarquinia (Vt)	20	G.Battista Grassi (Roma)
6	Belcolle (Viterbo)	21	Aurelia Hospital (Roma)
7	S.Camillo de Lellis (Rieti)	22	Sandro Pertini (Roma)
8	Magliano Sabina (Ri)	23	S.Giovanni Addolorata (Roma)
9	Amatrice (Ri)	24	S.Filippo Neri (Roma)
10	Anzio (Rm H)	25	Pol.Gemelli (Roma)
11	Albano (Rm H)	26	Pol. Umberto I (Roma)
12	Genzano (Rm H)	27	Pol. Tor Vergata (Roma)
13	S.Paolo di Civitavecchia (Rm F)	28	Bambin Gesù (Roma)
14	Frascati (Rm H)	29	S.Camillo Forlanini (Roma)
15	Marino (Rm H)		

dei dati registrati al triage. Il sistema gestisce automaticamente l'interrogazione dei presidi di Ps/Dea senza la necessità da parte degli operatori sanitari di procedere ad un invio dedicato e i dati risultano essere disponibili a livello centrale con un ritardo al massimo di un'ora dalla dimissione. Il set di dati prelevati (*minimum data set*), viene elaborato al fine di costruire una serie di tabelle:

- ↳ tabelle giornaliere, in cui sono riportati gli accessi, divisi per sindrome
- ↳ tabelle di dati storici, in cui per ciascuna sindrome e per ciascun Ps vengono calcolati per ogni settimana i dati storici provenienti dal Sies, la media e la deviazione standard
- ↳ tabelle riassuntive finali in cui mediante un algoritmo viene calcolato il livello d'allerta presso ogni Ps per settimana, confrontando giorno per giorno i dati raccolti con i dati delle tabelle storiche.

Ogni lunedì un gruppo di lavoro dell'Asp Lazio costituito da due epidemiologi, un biostatistico e un'analista, analizzano i dati della settimana precedente, e valutano lo scostamento dall'atteso degli *alert* statistici; per tutti quei casi in cui il sistema ha segnalato l'allerta, viene prodotto un report dettagliato. Ogni qual volta il sistema rivela un allerta, in modo automatico il gruppo di lavoro dell'Asp Lazio riceve un'e-mail contenente il nome della sindrome specifica, il Ps, la settimana, il numero dei casi, la media e la deviazione standard: l'e-mail viene inviata ad un indirizzo prefissato (sindromica@asplazio.it) e in seguito inoltrata ad alcuni indirizzi esterni di soggetti direttamente coinvolti nel progetto.

È attualmente in fase di definizione un protocollo operativo per la gestione degli *alert* e per la comunicazione con i Servizi di prevenzione competenti e relative azioni di risposta.

Vengono mensilmente pubblicati dei *report*, consultabili sul sito dell'Asp Lazio.

I siti di riferimento



www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/sorveglianza_sindromica_new/sorveglianza_sindromica.php



Maria Grazia Pompa
(Ccm - Ministero della Salute)
m.pompa@sanita.it

Stefania Salmaso
(Iss-Cnesps)
salmaso@iss.it

Novembre 2005 Piano nazionale influenza

L'attività di sorveglianza epidemiologica dell'influenza e delle malattie respiratorie acute simil-influenzali è stata avviata con l'obiettivo principale di fornire informazioni agli organi nazionali e internazionali competenti sull'andamento epidemiologico delle infezioni a carico dell'apparato respiratorio. A partire dal 2000, il monitoraggio clinico, epidemiologico e virologico dell'influenza e delle malattie simil-influenzali è diventato istituzionale (Conferenza Stato-Regioni, 28 settembre 2000). Il sistema di sorveglianza, denominato InFluNet, è identico ad analoghi sistemi di sorveglianza presenti in Europa e offre garanzie di continuità e di uniformità della rilevazione. Il Ccm sostiene InFluNet con accordi di collaborazione con il Centro interuniversitario per la ricerca sull'influenza (Ciri) e con il Cnesps e il Dmipi dell'Iss.

Il sistema InFluNet si basa sulla definizione di caso dell'Organizzazione mondiale della sanità, è attualmente attivo in 11 stati dell'Unione Europea e in 7 nazioni non ancora aderenti all'Unione e si propone di costituire una base di dati per valutare in modo comparativo l'incidenza dell'influenza nel corso degli anni.

Obiettivi di InFluNet sono la:

- descrizione in termini di spazio, tempo e persona dei casi di sindrome influenzale osservati da un campione di medici sentinella del Servizio sanitario nazionale
- stima della settimana di inizio, durata e intensità dell'epidemia influenzale
- stima dei tassi di incidenza per settimana nella stagione influenzale
- stima dei tassi di incidenza per le fasce di età 0-4, 5-14, 15-64, 65 e oltre
- stima della frequenza di soggetti vaccinati tra i casi di sindrome influenzale di età pari o superiore a 65 anni
- valutazione della presenza di gradienti geografici di diffusione, da utilizzare in modelli per la previsione di un'eventuale pandemia.

La sorveglianza sentinella dell'influenza viene svolta attraverso la collaborazione degli Assessorati regionali alla sanità, dell'Iss e del Centro interuniversitario, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, dei laboratori universitari di riferimento e viene coordinata dal Ccm e dal Ministero della Salute.

Il sistema di sorveglianza è articolato in una sorveglianza epidemiologica e in una sorveglianza virologica. Le Regioni gestiscono localmente il sistema, o direttamente o avvalendosi di enti e organizzazioni da loro prescelti. Il Ccm, in collaborazione con i due centri di riferimento (Iss e Ciri), ha messo a punto un protocollo di attività standardizzato. I casi di sindrome influenzale vengono rilevati da una rete di medici sentinella (medici di medicina generale o pediatri di libera scelta) dislocati su tutto il territorio, con popolazioni di assistiti rappresentative di tutto il territorio nazionale. Il sistema si articola in due reti integrate: una coordinata dall'Iss, l'altra dal Ciri:

- i medici e i pediatri sentinella della Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Molise, Piemonte, Sardegna, Valle d'Aosta, Veneto, Provincia autonoma di Trento e Provincia autonoma di Bolzano inviano settimanalmente i dati relativi ai casi di influenza osservati tra i loro assistiti all'Iss
- i medici e i pediatri dell'Abruzzo, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, li inviano al Ciri.

La sorveglianza virologica è organizzata dal Dipartimento malattie infettive, parassitarie ed immunomediate (Mipi), reparto malattie virali e vaccini inattivati dell'Iss, nel suo ruolo di Centro nazionale influenza (Nic). Il Nic è coadiuvato da una rete di laboratori periferici elencati nella pagina a fianco:

Laboratori di 1° livello della rete per la sorveglianza virologica dell'influenza

- Istituto di virologia, Università di Milano, Ciri-IV
Fabrizio Pregliasco
- Dipartimento di scienze di medicina pubblica, Università di Trieste, Ciri-IV
Cesare Campello
- Dipartimento di istologia, microbiologia e biotecnologie mediche,
Università di Padova
Giorgio Palù
- Dipartimento di fisiopatologia, medicina sperimentale e sanità pubblica,
Università di Siena
Emanuele Montomoli
- Dipartimento di igiene e microbiologia, sezione igiene,
Università di Palermo, Ciri-IV
Francesco Vitale
- Dipartimento di scienze e tecnologie biologiche ed ambientali,
Università di Lecce, Ciri-IV
Giovanni Gabutti
- Asl Centro Sud, Lab. di microbiologia e virologia, Bolzano
Patrizia Rossi
- Dipartimento di sanità pubblica, Università di Parma
Maria Luisa Tanzi
- Dipartimento di igiene e sanità pubblica, Laboratorio di virologia,
Università di Firenze
Alberta Azzi
- Dipartimento igiene e sanità pubblica, Università di Perugia
Anna Maria Iorio
- Istituto di microbiologia, Università Cattolica "S. Cuore", Roma
Anna Rossi
- Dipartimento di scienze mediche preventive, Università di Napoli
Gabriella Ribera
- Dipartimento di scienze biomediche, Università di Sassari
Antonina Dolei.

Laboratori di 2° livello della rete per la sorveglianza virologica dell'influenza

- Centro nazionale per l'influenza, Dipartimento di malattie infettive, parassitarie e immunomediate, Istituto superiore di sanità
Isabella Donatelli
- Ciri-IV, Dipartimento di scienze della salute, Università di Genova
Pietro Crovari.

La sorveglianza virologica si avvale, in alcune Regioni ancora sprovviste di laboratori di riferimento, del contributo di un numero ristretto di medici sentinella, partecipanti anche alla sorveglianza epidemiologica. In questo caso, i campioni clinici prelevati dai casi osservati (utilizzando kit diagnostici forniti e inviati dall'Iss) vengono analizzati direttamente presso il Nic. I dati relativi alla sorveglianza virologica, dopo validazione, analisi ed elaborazione, vengono trasmessi settimanalmente dal Nic all'Oms di Ginevra, nonché ai Paesi facenti parte del network europeo Eurogrog.

Sia i dati relativi alla sorveglianza epidemiologica che quelli relativi alla sorveglianza virologica vengono trasmessi settimanalmente dall'Istituto superiore di sanità al Ccm, dove è costituito il nodo centrale del sistema. I dati vengono poi caricati sul sito del Ministero della Salute.

È possibile consultare on line i dati relativi alla sorveglianza epidemiologica della sindrome influenzale (Ili, Influenza-Like Illness) per la stagione 2006-2007, aggiornati settimanalmente dalla rete dei medici sentinella che aderiscono al progetto InFluNet, e i dati della sorveglianza virologica.

Per informazioni 

Isabella Donatelli
(Iss - Dmipi)
i.donatelli@iss.it

Pietro Crovari
(Ciri-IV - Università di Genova)
crovani@unige.it

I siti di riferimento 

www.ministerosalute.it/promozione/malattie/epidemiologica.jsp
www.ministerosalute.it/promozione/malattie/virologica.jsp



Giuseppe Ippolito
(Istituto L. Spallanzani)
ippolito@inmi.it

Gennaio 2006

Piano di sostegno diagnostico-assistenziale ed epidemiologico alle emergenze biologiche sul territorio italiano (Piseb)

L'Istituto nazionale per le malattie infettive Irccs "Lazzaro Spallanzani" è storicamente riconosciuto come un centro clinico di eccellenza per la ricerca e l'isolamento dei pazienti con malattie altamente contagiose.

Il Ccm ha avviato una collaborazione con l'Istituto Spallanzani per la predisposizione di un piano operativo per l'attivazione, in condizioni di emergenza, dell'unità di laboratorio, per la reperibilità del personale addetto, per la messa a punto della logistica e la predisposizione di procedure e l'allestimento di reattivi specifici per una serie di agenti infettivi.

Ad oggi l'Istituto ha allestito procedure diagnostiche e di isolamento clinico per:

- virus delle febbri emorragiche (filovirus, CCHF, arenavirus del nuovo e vecchio mondo, virus dengue, virus della febbre gialla)
- orthopoxvirus (virus del vaiolo, virus monkeypox, ecc.)
- flavivirus responsabili di encefaliti (virus West Nile, virus TBE, virus JEV)
- virus respiratori ad alta patogenicità (SARS-CoV, influenza H5N1, ecc.)

Ha predisposto protocolli diagnostici che prevedono due test, uno di screening e uno di conferma, per agenti virali di classe 4 di seguito riportati in tabella:

metodi molecolari per la diagnosi degli agenti virali di classe 4		
virus	gene target	metodo
Crimea Congo Hemorrhagic Fever	Np	Rt-Pcr real time
Ebola virus Zaire/Sudan	Gp	Rt-Pcr real time
Marburg virus	Gp	Rt-Pcr real time
Ebola/Marburg virus	L	Rt-Pcr real time
Clade B Arenavirus	Np	Rt-Pcr classica
Guanarito virus	Np	Rt-Pcr real time
Junin virus	Np	Rt-Pcr real time
Old World arenavirus	Gpc	Rt-Pcr classica
Old World arenavirus	L	Rt-Pcr classica
Orthopoxvirus	rpo 18	Pcr real time
Variola-specific	Ha	Pcr real time

Ha revisionato le procedure diagnostiche per l'infezione da chikungunya e relativo algoritmo; prodotto linee guida per gestione del rischio nelle attività connesse alla manipolazione di materiali biologici contenenti agenti virali emergenti ed applicazione dello stesso ai seguenti agenti virali: virus dengue, virus chikungunya, cowpoxvirus.

Nel 2006 sono stati identificati 5 casi di infezioni acute da dengue. Per quanto riguarda l'infezione da virus chikungunya, pur avendo testato i campioni di 13 pazienti clinicamente compatibili, non sono stati accertati casi di infezione acuta. Comunque è stata rilevata la presenza di IgG specifiche in due pazienti.

Per quanto riguarda le febbri emorragiche, è stato prodotto un protocollo che definisce l'iter diagnostico e clinico; sono stati inoltre definiti i quadri sindromici significativi ed è stato stabilito un algoritmo decisionale, allo scopo di delineare un percorso integrato di sorveglianza, gestione clinica e di isolamento.

Grazie al progetto sono stati potenziati i collegamenti con i laboratori di riferimento internazionali, per la consulenza e il supporto esterno:

- con il network Euronet P4 è stata avviata l'acquisizione di reattivi per la messa a punto di metodi sierologici per la diagnosi di infezione da agenti di classe 4, attualmente non disponibili nel nostro Paese
- con il progetto europeo Rivigene (*Risk virus genome database*) che raccoglie

dati molecolari sui ceppi virali dei virus emergenti, presenti nei laboratori europei, per la ricerca nel campo della diagnostica e della terapia.

Durante il periodo invernale il personale dell'Istituto coinvolto nel progetto ha offerto turni di reperibilità per fronteggiare eventuali emergenze.

Gennaio 2006

Formazione per l'investigazione epidemiologica di campo e per fornire assistenza agli Oer e Dipartimenti di prevenzione e Asl

La formazione del personale è uno strumento indispensabile per il miglioramento della capacità di risposta alle emergenze. Il Ccm, oltre a numerose iniziative di formazione rivolte al personale interno ed esterno al ministero, sostiene una serie di programmi di formazione in collaborazione con l'Iss - Cnesps. L'accordo di collaborazione, di durata triennale (2006-2008), si prefigge di aumentare le conoscenze e competenze in epidemiologia applicata degli operatori del Ssn, con particolare riferimento al monitoraggio dei piani di prevenzione e alla messa a regime della sorveglianza di popolazione.

L'Iss - Cnesps sta realizzando:

1. Master Profea (Programma di formazione in epidemiologia applicata), con l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata", della durata di due anni, per un totale di 1.500 ore di studio, di cui 900 di tirocinio pratico. Quattro coorti, composte nel complesso da 32 professionisti, sono state diplomate. Due coorti, per complessivi 18 professionisti, stanno completando il Master. Rappresentano 17 Regioni e Province autonome. La formazione, alla fine dei 2 anni, produrrà un effetto diretto in quanto i professionisti saranno in grado di realizzare indagini epidemiologiche, processi di prioritizzazione, pianificazione e valutazione di interventi di salute, e un effetto indiretto, in quanto promuoveranno la migliore performance e competenza delle loro Asl
2. Master universitario di II livello sulla sorveglianza epidemiologica e il management sanitario, per migliorare le competenze degli operatori del Ssn nel monitoraggio dei piani di prevenzione e nella messa a regime della sorveglianza di popolazione. Attraverso una formazione a cascata, si stanno formando (durata 18 mesi) 40 operatori sanitari regionali che estenderanno la formazione a oltre 1.000 operatori delle aziende sanitarie locali con materiali e metodi standardizzati sulla sorveglianza di popolazione (Passi)
3. percorso partecipativo per lo sviluppo di competenze di management (Certificato Iss per il management di sistemi di sorveglianza) per lo sviluppo di competenze nella gestione di sistemi di sorveglianza di popolazione: formazione dei collaboratori, comunicazione efficace dei risultati, interazione con i gruppi di interesse, monitoraggio di progetto. Il percorso è strutturato in 4 moduli in forma di workshop, per un totale di tre/quattro giornate all'anno, durante 24 mesi
4. per un pubblico di operatori sanitari molto più vasto il progetto cura il sito Epicentro (5.173 visite al giorno, compresi i giorni festivi), portale di epidemiologia del Cnesps, che offre un'informazione aggiornata settimanalmente su temi e strumenti di interesse per il progresso della salute pubblica nel Paese, ma anche di scambio e confronto di materiali informativi o di progetto sulle attività svolte localmente.

Per informazioni 

Nancy Binkin
(Iss - Cnesps)
nancy.binkin@iss.it

**Vittorio Demicheli**

(Regione Piemonte)

vittorio.demicheli@regione.piemonte.it**Febbraio 2006****Olimpiadi Torino 2006**

Dal 10 febbraio al 19 marzo 2006 si sono svolti a Torino i Giochi Olimpici e paralimpici invernali. Data la notevole affluenza di persone prevista, la Regione Piemonte, in collaborazione con il Ccm, l'Iss, i Centri antiveleni (Cav) della Lombardia (Milano, Pavia, Bergamo), ha attuato un sistema di sorveglianza integrato, per individuare eventi potenzialmente pericolosi per la salute pubblica, e attivare se necessario risposte rapide e appropriate. Sono stati utilizzati i seguenti canali informativi, che trasmettevano i rispettivi dati a cadenza giornaliera:

- notifiche obbligatorie di malattie infettive
- sorveglianza di infezioni batteriche invasive basata sui dati di laboratorio
- sorveglianza sentinella delle sindromi simil-influenzali
- sorveglianza sindromica: è stato identificato un elenco di 13 sindromi, che sono state segnalate da tre diverse fonti:
 1. siti di assistenza sanitaria gestiti dal Toroc (il sistema sanitario *ad hoc* predisposto dal Comitato olimpico)
 2. Servizi di Pronto soccorso (Ps) dei 7 ospedali più vicini ai punti in cui si svolgevano le gare
 3. il servizio di guardia medica (Gm)
- sorveglianza dell'esposizione a sostanze pericolose basata sui Cav della Lombardia. I tre Cav hanno trasmesso quotidianamente tutti i dati sulle richieste di consulenza provenienti dal Piemonte.

I dati sono stati analizzati su base giornaliera. La frequenza di ogni evento e il relativo IC 90% sono stati confrontati con la relativa media mobile osservata nei 7 giorni precedenti. In base ai risultati di questo confronto veniva assegnato automaticamente un diverso codice di colore. Le allerte statistiche sono state quindi verificate con indagini di campo. I risultati venivano pubblicati quotidianamente su sito web dedicato.

Durante i Giochi non sono stati evidenziati incrementi nel numero di visite presso i Ps e la Gm, né nel numero di consulenze richieste ai Cav. Le indagini di campo attivate dalle allerte statistiche hanno portato all'identificazione di due focolai di epatite A, due di tossinfezione alimentare, 3 casi di legionellosi, di cui due di origine comunitaria ed uno nosocomiale, e 7 episodi di esposizione multipla a monossido di carbonio, con 19 persone coinvolte. Sono stati inoltre rilevati 9 casi di infezioni invasive da *Streptococcus pneumoniae*.

La sorveglianza attuata durante le Olimpiadi invernali del 2006 ha mostrato la fattibilità di un sistema integrato basato sulla trasmissione giornaliera di dati e l'identificazione di allerte statistiche generate dall'analisi dei dati. Questo sistema è risultato efficace nell'evidenziare rapidamente eventi sanitari attribuibili sia ad agenti trasmissibili che ad esposizione a sostanze pericolose.

Hanno contribuito alla sorveglianza:

- **Regione Piemonte, Torino**
Vittorio Demicheli
- **Servizio di epidemiologia malattie infettive (Seremi), Asl 20 - Alessandria**
Roberto Raso, Donatella Tiberti, Antonella Barale, Lorenza Ferrara, Daniela Lombardi, Silvana Malaspina, Carlo di Pietrantonj
- **Regione Lombardia**
Luigi Macchi, Antonio Fanuzzi, Annamaria Rosa
- **Centro antiveleni, Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano**
Franca Davanzo
- **Centro antiveleni, Ospedali Riuniti, Bergamo**
Maria Luisa Farina
- **Servizio di tossicologia, Centro antiveleni e Centro nazionale di informazione tossicologica, Irccs Fondazione Maugeri, Università degli studi, Pavia**
Carlo Locatelli

I siti di riferimento

www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16966785

<http://www.epicentro.iss.it/focus/olimpiadi/olimpiadi.asp>

- **Ccm Ministero della Salute**
Giuseppe Salamina, Luisa Sodano
- **Istituto superiore di sanità**
Fortunato Paolo D'Ancona, Antonino Bella, Laura Settini, Marta Ciofi degli Atti

Febbraio 2006

Anziani e clima

Il Ccm, in collaborazione con il Dipartimento di epidemiologia dell'Asl Roma E del Lazio, ha predisposto un piano operativo nazionale per la gestione delle condizioni di emergenza da caldo basato, ove possibile, sul sistema nazionale di allarme per la prevenzione dell'impatto delle ondate di calore, cosiddetto Hhwms (*Heat health watch warning systems*), oppure su indicatori meteorologici per l'identificazione dei giorni ad alto rischio e sull'identificazione della popolazione a rischio (anagrafe della suscettibilità).

Risultati raggiunti:

- attualmente, 17 città dispongono di un sistema operativo. Dal 2 maggio al 15 settembre, tutti i giorni della settimana, esclusa la domenica, vengono elaborati i dati relativi alle città e i bollettini di allarme sono trasmessi alle unità operative. È stata completata la raccolta di informazioni sul centro di riferimento locale, responsabile dell'attivazione del flusso informativo, con l'invio del bollettino agli utenti locali e definizione della rete locale. È stato effettuato, attraverso l'invio di questionari, il censimento della rete dei Servizi e delle attività di prevenzione in ognuna delle città partecipanti
- dodici città hanno disponibile, già dall'estate 2006, una propria anagrafe della fragilità. In altre città, come Campobasso e Catania, sono in corso di definizione le procedure per identificare la popolazione anziana fragile. A Genova a partire dal 2004 è in costruzione un archivio basato sulle segnalazioni da parte dei Mmg di soggetti in condizione di fragilità per le condizioni sociali o per la presenza di particolari patologie o perché non autosufficienti. A Bologna, Brescia e Venezia, sia il Comune che la Asl hanno realizzato parallelamente una propria anagrafe della fragilità; resta ancora da valutare la fattibilità di un'integrazione tra i due archivi. Nella maggior parte dei casi l'ambito territoriale cui si riferisce l'anagrafe è quello comunale, con alcune eccezioni (Regione Valle d'Aosta, Asl di Bologna, Asl di Brescia, Provincia di Torino, Regione Friuli Venezia Giulia). In tutte le città l'anagrafe della fragilità è stata realizzata con obiettivo di identificare la popolazione a maggior rischio durante i periodi di ondata di calore, escludendo i soggetti già in carico ai Servizi di assistenza territoriale. Fanno tuttavia eccezione il Comune di Venezia, la cui anagrafe della fragilità include tutti i pazienti già in carico ai Servizi sociali comunali, e la Regione Friuli Venezia Giulia, dove, a livello regionale, è predisposto un archivio dei soggetti a rischio, rappresentati dai soggetti in carico ai Servizi socio-sanitari, dai pazienti segnalati dai Mmg o dai Servizi territoriali
- per quanto riguarda le attività di prevenzione per gli effetti del caldo sulla salute, è disponibile un piano di prevenzione per gli effetti del caldo sulla salute, a livello comunale, nelle città di Bologna, Brescia, Catania, Firenze, Genova, Milano, Perugia, Reggio Calabria, Torino, Venezia e Verona e, a livello regionale, nelle città di Ancona, Aosta, Roma e Trieste. Sono stati inoltre identificati i responsabili dei piani di prevenzione ed i referenti del coordinamento degli interventi sociali e sanitari di prevenzione degli effetti del caldo sulla salute.

Per informazioni 

Paola Michelozzi
(Asl Roma E - Lazio)
michelozzi@asplazio.it

I siti di riferimento 

www.ministerosalute.it/emergenzaCaldo/paginaInternaMenuEmergenzaCaldo.jsp?id=403&menu=azioni

Per informazioni



Paolo D'Argenio
(Ccm - Ministero della Salute)
p.dargenio@sanita.it

Ottobre 2005

Evidence based prevention (Ebp)

Il progetto di Ebp intende arricchire la prevenzione di tutti gli interventi per cui, in studi basati su metodologie scientifiche, è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia e al contempo intende eliminare progressivamente tutte quelle pratiche di prevenzione per cui è stata dimostrata l'inutilità o l'inefficacia. Poiché alcune delle pratiche inefficaci sono ancora obbligatorie per legge, tra gli obiettivi vi è anche l'adeguamento della normativa alle attuali conoscenze scientifiche.

Il disegno di legge sulla semplificazione degli atti amministrativi connessi alla tutela della salute

Il progetto si avvale di un comitato scientifico che include esperti della sanità pubblica che hanno, in primo luogo, risposto al quesito del Ministro della Salute riguardante l'individuazione delle misure prive di base razionale, nell'ambito degli atti amministrativi connessi alla tutela della salute, come il certificato di sana e robusta costituzione, il libretto sanitario per alimentaristi ecc.

Sono state individuate 35 misure, giudicate obsolete, che le Asl devono erogare per legge. Di queste misure è stata proposta l'eliminazione in un disegno di legge presentato, a nome del Governo, dal Ministro della Salute al Parlamento. Sta per concludersi la discussione di tale provvedimento presso il Senato. Se sarà approvata, questa legge libererà molte energie attualmente impegnate in pratiche inutili e ridurrà la variabilità attualmente esistente tra le normative regionali, rendendo i cittadini italiani un po' più liberi e più uguali.

Gli studi sull'efficacia della prevenzione oggi in Italia

In collaborazione con l'Agenzia regionale della Toscana e di alcuni Dipartimenti di prevenzione, il progetto realizza:

- studi collaborativi sull'efficacia e i costi degli interventi di prevenzione attuali
- diffusione di documentazione sulla prevenzione che funziona
- incontri, seminari e workshop periodici
- corsi di formazione per operatori della prevenzione.

Ad oggi sono stati prodotti studi di valutazione su alcune attività concernenti la medicina sportiva e alcuni interventi vaccinali.

Dossier Fidippide: valutazione di efficacia del programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportiva agonistica e il periodico controllo sanitario di giovani al di sotto dei 35 anni

Sono circa 1.200.000 i giovani di età fino a 18 anni che svolgono gare sportive ufficiali almeno una volta all'anno in Italia. Per questa fascia di atleti, gli accertamenti di screening pre-partecipazione sono a totale carico del Ssn, essendo inseriti nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), pari ad un impegno economico valutabile in circa 74 milioni di euro all'anno. Si tratta quindi di un problema rilevante, che merita un'attenta valutazione per quanto riguarda il suo bilancio in termini di efficacia e benefici attesi per la salute pubblica. Un dato interessante che emerge dai bilanci regionali delle attività riguarda l'esito dei ricorsi contro il giudizio di primo grado di non idoneità: solo il 35% dei casi viene confermato in secondo grado, una cifra che consente di stimare una percentuale di "falsi positivi" intorno al 65%.

Il dossier Fidippide, oltre alle prove di efficacia previste dal Programma di

sanità pubblica (visita medica, screening cardiologico, screening di funzionalità respiratoria, screening di funzionalità muscoloscheletrica), affronta anche aspetti più “qualitativi”: i determinanti che sono alla base della sua adozione, le attività intraprese negli altri Paesi europei, le opinioni dei soggetti interessati. Viene anche tracciato un bilancio dei costi e dei risultati dell’effettiva applicazione del Programma in Italia.

In base alla valutazione effettuata, sono state proposte le seguenti raccomandazioni:

- **visita medica:** può essere mantenuta, anche se ne va accentuato il valore di consiglio e orientamento nella scelta della pratica sportiva più adatta, con l’obiettivo di aumentare la soddisfazione e quindi la probabilità di proseguire il più a lungo possibile lo svolgimento dell’attività fisica (è dimostrato che l’attività fisica è efficace nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e di numerose altre patologie)
- **screening per l’apparato cardiovascolare:** l’attività in corso di svolgimento da circa trent’anni può essere mantenuta, sostenendo gli sforzi in atto in alcune aree del Paese per una sua valutazione di efficacia su base osservazionale; nelle aree in cui non sono in corso studi di efficacia retrospettiva, può essere offerta a condizione che sia garantito un adeguato controllo della qualità della prestazione resa. Ogni offerta di attività al di fuori di queste condizioni non è giustificata
- **screening per l’apparato respiratorio:** se ne raccomanda l’abolizione perché è inutile ai fini descritti nel dossier
- **screening per l’apparato muscoloscheletrico:** se ne raccomanda l’abolizione, perché è inutile ai fini descritti nel dossier; per alcuni particolari sport a impegno estremo per l’apparato muscoloscheletrico, si può invece mantenere questo screening in forma sperimentale, garantendone la valutazione su basi osservazionali (in analogia con quanto avviene per lo screening cardiovascolare), al fine di valutarne l’utilità nella prevenzione di complicanze invalidanti legate a condizioni malformative congenite.

Non è stato possibile esprimere valutazioni sulla necessità di una ripetizione periodica e sull’eventuale frequenza ottimale che gli screening (dei quali si suggerisce il mantenimento) debbono avere. Su questo punto dovrà intervenire un documento di consenso tra gli esperti che tenga conto del bilanciamento tra i costi e i possibili, ma non dimostrati, benefici.

Valutazione economica di un programma per la vaccinazione contro la varicella nei bambini e negli adolescenti suscettibili

Si tratta di una valutazione basata su studi di simulazione matematica, dati epidemiologici, econometrici e clinici che proiettano nel futuro costi e benefici del programma considerato. Sono stati anche presi in esame i primi risultati di tipo epidemiologico provenienti dalle aree geografiche dove è stata adottata una politica di vaccinazione universale dei bambini contro la varicella. In sintesi, il materiale raccolto mette in luce che:

- il vaccino è efficace nel contenere la diffusione della malattia e le sue complicazioni
- i costi relativi a ricoveri per complicazioni, decessi (sia pur rari), trattamenti farmacologici della malattia diminuiscono visibilmente nei Paesi che hanno adottato la vaccinazione universale
- le assenze dal lavoro collegate alle cure parentali dedicate ai bambini colpiti dalla varicella mostrano un notevole guadagno nel medio-lungo periodo a vantaggio della “società” in senso lato
- dal punto di vista del sistema sanitario, i costi superano i risparmi in termini economici
- per i genitori, in genere la vaccinazione contro la varicella occupa uno dei

posti più bassi in assoluto tra le vaccinazioni

- ▶ nessuno studio ha considerato l'efficacia relativa del programma di vaccinazione contro la varicella rispetto all'impatto, in termini di salute guadagnata, di altri programmi sanitari adottabili di uguale onerosità.

Rimane aperto il quesito sull'impatto del programma di vaccinazione sulla diffusione e gravità dell'herpes zoster. I dati a disposizione non consentono di escludere una facilitazione nella diffusione di questa malattia, come conseguenza dell'adozione del programma vaccinale contro la varicella.

Introduzione universale della vaccinazione contro le patologie causate da *Streptococcus pneumoniae* nei bambini e negli adulti: prove di efficacia

Per informazioni



Alberto Baldasseroni

Sezione aggregata di epidemiologia,
Asl 10 di Firenze
alberto.baldasseroni@asf.toscana.it

Il Gruppo per l'*evidence based prevention* dell'Agenzia regionale di Sanità Toscana ha prodotto un dossier per valutare le prove di efficacia nel Programma di sanità pubblica dedicato all'introduzione universale della vaccinazione contro le patologie causate da *Streptococcus pneumoniae* nei bambini e negli adulti.

Gli elementi principali del dossier sono

- ▶ le basi storiche ed epidemiologiche che hanno dato origine al programma
- ▶ un'approfondita analisi della letteratura scientifica pertinente. L'aspetto dell'efficacia vaccinale è stato considerato con particolare attenzione alle revisioni di letteratura
- ▶ la raccolta di materiali documentativi su quanto avviene a livello internazionale, europeo e nazionale per quanto riguarda la vaccinazione contro lo pneumococco.
- ▶ un sintetico bilancio dei risultati del Programma di sanità pubblica
- ▶ il punto di vista dei soggetti interessati (stakeholder)
- ▶ le opinioni documentate sulla base del precedente materiale di un gruppo di esperti sulla consistenza delle prove di efficacia del programma sanitario considerato.

Sulla base di tutto ciò sono state elaborate le seguenti raccomandazioni:

Bambini fino a 2 anni di età

È consigliata l'introduzione della vaccinazione universale antipneumococcica nei bambini fino a 2 anni di età, poiché il vaccino sperimentato risulta efficace nella prevenzione delle malattie pneumococciche invasive e delle polmoniti. L'adozione di un Programma di sanità pubblica in questo senso dovrà tuttavia tenere conto di un'adeguata analisi costi-benefici, soprattutto mettendo a confronto il guadagno relativo di salute tra questo ed altri programmi possibili. Nel caso si decida l'adozione di un tale programma, deve essere garantito un sistema di sorveglianza epidemiologica post vaccinale adeguato.

Anziani sopra i 65 anni di età

Non è possibile formulare al momento un parere condiviso sull'opportunità di introdurre il Programma di sanità pubblica per la vaccinazione universale antipneumococcica negli anziani sopra i 65 anni.

Gennaio 2006

Diseguaglianze

Per informazioni 

Carlo Mamo
(Asl 5 Grugliasco - Piemonte)
carlo.mamo@epi.piemonte.it

Le differenze nell'accesso alla prevenzione primaria e secondaria e alle cure (prevenzione terziaria) legate a fattori economici o socio-culturali costituiscono importanti meccanismi di accentuazione delle diseguaglianze sociali di salute. Il Ccm ha siglato un accordo di collaborazione triennale (2006-2008) con il Servizio regionale di epidemiologia dell'Asl 5 del Piemonte, per indirizzare i piani di prevenzione verso obiettivi di equità, attraverso:

- monitoraggio dei progetti del Ccm, per orientarli verso obiettivi di prevenzione equa
- revisione dei metodi di monitoraggio dell'equità nella prevenzione
- elaborazione di un repertorio di interventi efficaci e di buone pratiche per il contrasto delle diseguaglianze
- promozione di programmi locali di intervento-ricerca che completino tale repertorio.

Formazione e sensibilizzazione

È stato realizzato:

- un pacchetto di formazione (documenti, diapositive) sulle diseguaglianze nel diabete nei corsi di formazione del progetto Igea (Iss - Cnesps) per operatori e medici di medicina generale
- materiale di formazione (documenti, diapositive) sulle diseguaglianze nel rischio cardiovascolare nei manuali (a cura dell'Iss - Cnesps) sull'uso e applicazione della carta del rischio per operatori e medici di medicina generale.

Interventi a convegni

- **“Diseguaglianze sociali nel diabete”**
convegno “Prevenire le complicanze del diabete: dalla ricerca di base all'assistenza” Iss. Roma 17/11/2006
- **“Le diseguaglianze sociali negli incidenti domestici e stradali”**
corso di formazione sulla prevenzione degli incidenti domestici e stradali per operatori coinvolti nei Piani regionali di prevenzione. L'Aquila 16 aprile 2007
- **“Lo studio delle diseguaglianze sociali negli incidenti stradali: appunti metodologici”**
convegno “Gli incidenti stradali come problema di sanità pubblica: spunti epidemiologici e nuovi obiettivi conoscitivi”. Torino 23 aprile 2007.

Monitoraggio diseguaglianze nella prevenzione

Una serie di documenti metodologici, che illustrano i criteri di scelta e di costruzione degli indicatori per il contrasto alle diseguaglianze sono stati predisposti per i gruppi di lavoro responsabili dei progetti su: obesità infantile, diabete, rischio cardiovascolare.

È stata realizzata un'analisi delle differenze sociali nell'assistenza dei pazienti diabetici attraverso i dati dello studio Quadri.

Identificazione e valorizzazione variabili di livello sociale in:

- indagini Istat su condizioni di salute e ricorso ai servizi (anni 2000 e 2005)
- questionario studio Passi (Iss - Cnesps)
- percorso diagnostico-terapeutico dello screening mammografico a Torino: studio longitudinale
- indice di deprivazione per dati dei registri tumori: in fase di implementazione.

Ricerca e classificazione della documentazione scientifica

Sono stati selezionati 240 articoli sugli argomenti indicati dal programma e 11 revisioni come indicato nella tabella:

argomento Ccm	database esplorati	n° articoli pertinenti reperiti	n° review pertinenti
screening	medline, embase, cihnal, cochrane, clinical evidence	37	4
vaccinazioni	medline	19	1
incidenti sul lavoro (immigrati nell'edilizia)	medline, ricerca libera su google	3	2
incidenti sul lavoro	medline	1	0
incidenti stradali	medline, embase	11	1
incidenti domestici	medline, embase	9	0
rischio cardiovascolare	medline, embase, cochrane, Dare, Acp	12	0
fumo	medline, embase	44	0
alcol	medline, embase	8	0
attività fisica	medline, embase	27	0
alimentazione	medline, embase	17	1
ipertensione	medline, embase	8	0
re-infarto	medline, embase	7	0
obesità	medline, embase	23	2
diabete	medline, embase, cihnal	14	0
totale		240	11

Per informazioni



Enzo Funari
(Iss - Dacpp)
enzo.funari@iss.it

Febbraio 2006

Sicurezza delle acque

Con il Dipartimento ambiente e connessa prevenzione primaria (Dacpp) dell'Iss è stata avviata la realizzazione di un portale delle acque, per fornire ai cittadini informazioni chiare e in tempo reale sullo stato qualitativo delle acque potabili, di balneazione, minerali e termali, a partire dai flussi informativi esistenti a livello regionale. Il Poligrafico dello Stato ne cura gli aspetti tecnici.

È stata condotta un'attività di ricognizione dei laboratori che producono dati riguardanti la qualità delle acque di balneazione e potabili, attraverso un questionario recapitato a tutte le Regioni. Ad oggi hanno risposto soltanto 9 Regioni.

È in corso di elaborazione un documento guida per i laboratori che vorranno operare in un sistema di qualità dei dati; le linee guida saranno presentate e discusse nel corso di un workshop, che si terrà il prossimo autunno.

Sono in corso di elaborazione linee guida per la sorveglianza, la valutazione e la gestione del rischio sanitario (in parte anticipate in una recentissima pubblicazione dell'Istituto superiore di sanità disponibile online). Le linee guida saranno presentate e discusse nel corso di un workshop, che si terrà il prossimo autunno.

Sono state elaborate linee guida specifiche per la sorveglianza dei problemi di salute connessi alla fioritura di *Ostreopsis ovata*.

I siti di riferimento



www.iss.it/aqua

Febbraio 2006

Comunicazione sui rischi associati all'esposizione ai campi elettromagnetici (Camelet)

Esiste una diffusa preoccupazione nel pubblico per i possibili effetti nocivi per la salute da esposizione a campi elettromagnetici, sia a basse frequenze (elettronici, ecc.) che a radiofrequenze (sistemi di telecomunicazione, ecc.).

Il Dipartimento di tecnologie e salute (Dts) dell'Iss è stato identificato come consulente del Ccm, per fornire interpretazioni dei dati scientifici disponibili e, in occasione di situazioni di allarme da parte dei cittadini, offrire strumenti di risposta rapida, con effettuazione di misure in loco dei livelli di campo elettromagnetico, valutazioni dosimetriche dei livelli di esposizione e analisi rapide dell'incidenza di patologie; l'attività dell'Iss - Dts si collega con:

- il Progetto internazionale campi elettromagnetici dell'Oms
- il progetto europeo Emf-Net (*Effects of the exposure to electromagnetic fields*).

È stata avviata la raccolta di documentazione scientifica e la traduzione di documenti internazionali. Sono iniziate le attività di progettazione del sito web; un sito tematico sui campi elettromagnetici sarà inoltre ospitato presso il server dell'Iss.

È stato organizzato un convegno nazionale per un confronto con le istituzioni nazionali e locali coinvolte nella tematica; il convegno si è svolto a Roma, presso l'Istituto superiore di sanità, il 16 marzo 2007.

Febbraio 2007

Centri di documentazione

Attività di ricognizione dei progetti ed interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti nelle Regioni italiane

Il progetto è cominciato a febbraio 2007 ed ha una durata di 12 mesi. Il Centro regionale di documentazione per la promozione della salute (Dors) dell'Asl 5 del Piemonte coordina l'attività di altri 14 centri di documentazione in altrettante Regioni (vedi tabella). Il lavoro fino ad ora realizzato è reperibile online ed è articolato nelle seguenti sezioni:

➤ Banca dati progetti e interventi

derivata dalla banca dati progetti "Pro.Sa." attivata da Dors, consente ai centri partecipanti di inserire in remoto progetti, attraverso una scheda concordata e di avere un quadro della situazione generale del monitoraggio, diviso per Regione; attualmente sono state caricate le schede di 98 progetti

➤ Materiali di approfondimento

raccoglie e rende accessibili documenti prodotti nelle Regioni sui temi di interesse (ricerche, analisi di contesto). Questa sezione del sito può essere aggiornata dai centri regionali, che possono inserire i documenti prodotti nella loro Regione o materiali di interesse nazionale

➤ Forum

raccoglie i messaggi del gruppo di lavoro in relazione allo svolgimento del progetto

➤ Contatti

indirizzario completo dei Centri coinvolti, con indicazione dei responsabili e dei documentalisti di riferimento per il progetto

➤ Strumenti operativi

contiene griglie utilizzabili durante la ricerca, indicazioni per la compilazione delle schede-progetti, fac-simile di lettere di presentazione e altri materiali tecnici prodotti da Dors o dai diversi centri.

Per informazioni



Paolo Vecchia
(Iss - Dts)
paolo.vecchia@iss.it

I siti di riferimento



www.who.int/peh-emf/en/

www.jrc.cec.eu.int/emf-net/index.cfm

www.iss.it/tesa/event/cont.php?id=150&lang=1&tipo=8

Per informazioni



Elena Coffano
(Dors - Asl 5 - Piemonte)
elena.coffano@dors.it

I siti di riferimento



www.dors.it/prado

Centri aderenti alla ricognizione per Regione:

Regione	centro di riferimento	responsabile	indirizzo
Abruzzo	Agenzia sanitaria regionale	Francesco di Stanislao	Via Attilio Monti, 9 65127 Pescara
Calabria	Regione Calabria - Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie - Servizio pianificazione, ricerca, innovazione ed epidemiologia	Caterina Azzarito	Via E. Buccarelli, 30 88100 Catanzaro
Campania	Azienda sanitaria locale Napoli 1	Pio Russo Krauss	Centro direzionale isola F9 Palazzo Esedra 80143 Napoli
Emilia Romagna	Azienda Usl Reggio Emilia - Programma aziendale salute mentale e dipendenze patologiche; in collegamento con: Lega italiana per la lotta contro i tumori - sezione provinciale di Reggio Emilia	Umberto Nizzoli	Sert via Amendola, 2 Padiglione Tanzi 42100 Reggio Emilia
Friuli Venezia Giulia	Comune di Udine - Dipartimento politiche sociali educative e culturali - Ufficio città sane; in collegamento con: Azienda per i servizi sanitari n.4 Medio Friuli	Gianna Zamaro Cecilia Savonitto	Viale Duodo, 77 33100 Udine Via Pozzuolo, 330 33100 Udine
Lazio	Università di Roma "La Sapienza" - Dipartimento di scienze di sanità pubblica G. Sanarelli	Gianfranco Tarsitani	P.le A. Moro, 5 00185 Roma
Lombardia	Cendes (Centro di documentazione in educazione sanitaria e promozione della salute Asl di Pavia)	Liliana Coppola	Istituto di Igiene Viale Forlanini, 2 27100 Pavia
Marche	Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani	Claudio Bocchini	Via Giannelli, 36 60125 Ancona
Piemonte	Dors (Centro regionale di documentazione per la promozione della salute) Asl 5	Elena Coffano	Via Sabaudia, 164 10095 Grugliasco (To)
Puglia	Asl di Foggia - Dipartimento di prevenzione - Unità operativa di prevenzione e formazione	Titti de Nucci	Via Castelnuovo 71016 San Severo (Fg)
Sardegna	Università di Cagliari - Dipartimento di sanità pubblica	Paolo Contu	Via Porcell, 4 09124 Cagliari
Sicilia	Cefpas (Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario)	Rosa Giuseppa Frazzica	Via Mulè, 1 93100 Caltanissetta
Toscana	Cesda (Centro studi ricerca e documentazione su dipendenze e Aids); in collegamento con: Cedeas (Centro di documentazione per l'educazione alla salute)	Mariella Orsi Francesca Ciruolo	Via San Salvi, 12 50135 Firenze
Umbria	Università di Perugia - Csesi (Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario); in collegamento con: Sedes (Agenzia per la promozione e l'educazione alla salute)	Giancarlo Pocetta	Via del Giochetto, 6 06126 Perugia
Veneto	Crrps (Centro regionale di riferimento per la promozione della salute)	Massimo Mirandola	Via Marconi, 27F 37122 Verona

stanziamenti e spese del Ccm

Stanziamenti ricevuti e spese sostenute dal Ccm

anni 2004, 2005 e 2006

I finanziamenti del Ccm non provengono dal Fondo sanitario, ma sono un nuovo capitolo del bilancio dello Stato, definito dalla Legge 138/2004, che ha attribuito 32.650.000 per il 2004, 25.450.000 per il 2005 e 31.900.000 per il 2006. Queste somme sono state gestite dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria, nel capitolo 4393.

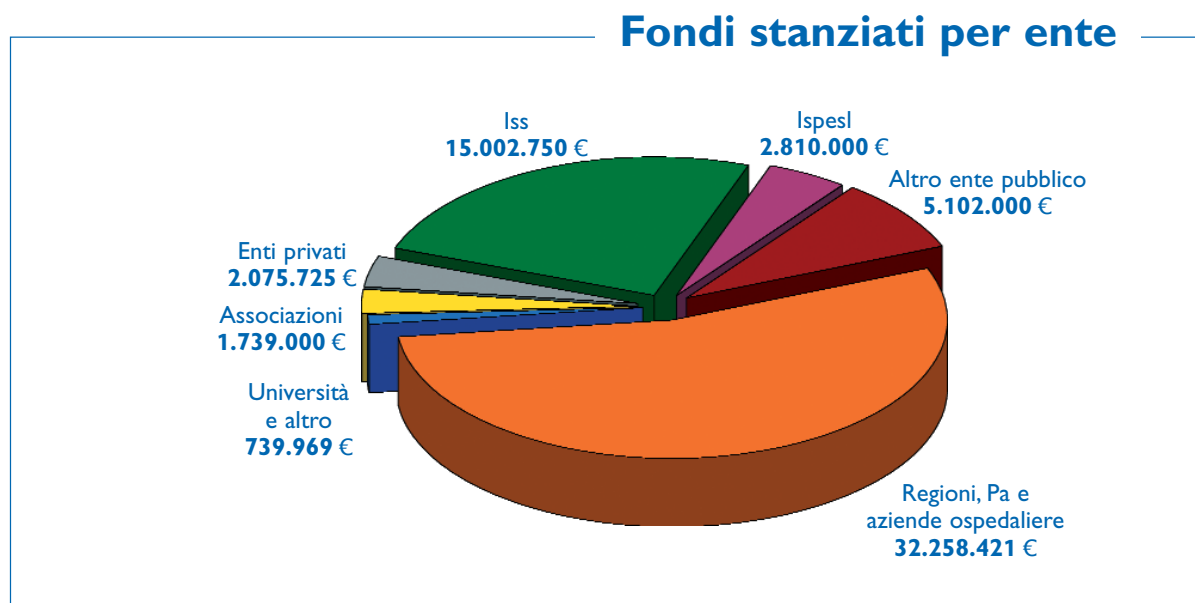
I fondi sono stati distribuiti in tre diverse tipologie: attività progettuali, sostegno alle attività regionali e azioni centrali (tabella 1).

L'attività progettuale del Ccm si è realizzata attraverso convenzioni con enti collaboranti, prevalentemente rappresentati da istituzioni centrali e Regioni, come si osserva nel grafico in questa pagina.

Al 30 giugno 2007, sono state stipulate 142 convenzioni, corrispondenti a 74 attività progettuali diverse, per un totale di oltre 59,7 milioni di euro impegnati (tabella 2), così suddivisi:

- ▶ oltre 40,5 milioni di euro direttamente dal fondo "progetti", su un totale di 47 milioni previsti
- ▶ 16 milioni dal fondo "sostegno alle Regioni"
- ▶ oltre 3,2 milioni di euro a partire dal fondo "azioni centrali".

Oltre al finanziamento di attività progettuali (essenzialmente attività di comunicazione e di documentazione), le attività finanziate col fondo "azioni centrali" hanno riguardato soprattutto spese per il personale, per il funzionamento, per



la formazione, ovvero quel complesso di attività dirette all'operatività del Ccm.

Un finanziamento a sostegno delle Regioni è stato previsto a partire dal programma 2005, con uno stanziamento annuo di 8 milioni di euro, per contribuire al rinforzo delle risorse organizzative e professionali delle Regioni e sostenerle nell'implementazione delle attività coordinate o finanziate dal Ccm. Il fondo è stato ripartito, prevedendo una quota fissa di 200.000 euro a ciascuna Regione e Pa (per un totale di 4.200.000 euro) e una quota variabile, stabilita in base alla popolazione residente (per un totale di 3.800.000 euro) (vedi [tabella 3](#)).

Nella [tabella 4](#) sono riportati i finanziamenti erogati a ogni singolo partner del Ccm per l'avvio dei progetti con il relativo numero di convenzioni stipulate fino al 30 giugno 2007.

La gestione delle risorse del Ccm è stata regolata secondo le vigenti modalità della Pubblica amministrazione.

Tabella 1
Finanziamenti Ccm previsti dai programmi 2004-2005-2006,
divisi per tipologia di finanziamento, e relativi Decreti ministeriali (Dm) di approvazione

fondo	anno finanziario			totale
	2004 ⁽¹⁾	2005 ⁽²⁾	2006 ⁽³⁾	
“progetti”	€ 24.950.000	€ 7.235.000	€ 14.900.000	€ 47.085.000
“sostegno alle Regioni”	—	€ 8.000.000	€ 8.000.000	€ 16.000.000
“azioni centrali”	€ 7.700.000	€ 10.215.000	€ 9.000.000	€ 26.915.000
totale	€ 32.650.000	€ 25.450.000	€ 31.900.000	€ 90.000.000

1 Dm 16 dicembre 2004

2 Dm 24 novembre 2005

3 Dm 18 ottobre 2006

Tabella 2
Fondi stanziati per progetti Ccm, divisi per anno finanziario e tipologia di finanziamento,
di cui 59.727.866 euro impegnati su progetti avviati al 30 giugno 2007

euro impegnati per:	anno finanziario			totale
	2004	2005	2006	
(1) progetti avviati con fondi stanziati nel fondo "progetti"	€ 22.794.894	€ 2.838.772	€ 14.879.200	€ 40.512.866
(2) progetti non ancora avviati su fondi stanziati nel fondo "progetti"	€ 2.004.770	€ 4.396.228	€ 20.800	€ 6.421.798
(3) consulenze pagate col fondo "progetti"	€ 150.336	--	--	€ 150.336
totale fondi stanziati per progetti Ccm	€ 24.950.000	€ 7.235.000	€ 14.900.000	€ 47.085.000
(4) "sostegno alle Regioni"	--	€ 8.000.000	€ 8.000.000	€ 16.000.000
(5) progetti avviati e finanziati col fondo "azioni centrali"	€ 2.215.000	€ 100.000	€ 900.000	€ 3.215.000
totale euro impegnati su progetti Ccm avviati (1, 4, 5)	€ 25.009.894	€ 10.938.772	€ 23.779.200	€ 59.727.866

Tabella 3

Fondi stanziati per “sostegno alle funzioni di interfaccia tra Ccm e Regioni”, divisi per anno finanziario e Regione, e criteri di ripartizione per l'attribuzione della relativa quota, in ordine crescente

Regione	criteri di riparto per l'attribuzione del finanziamento per il sostegno alle Regioni				anno finanziario			totale
	popolazione residente	quota fissa	riparto del residuo per quota capitaria	riparto finale	2004	2005	2006	
Valle d'Aosta	122.868	€ 200.000	€ 7.986	€ 207.986	--	€ 207.986	€ 207.986	€ 415.972
Molise	321.953	€ 200.000	€ 20.927	€ 220.927	--	€ 220.927	€ 220.927	€ 441.854
Bolzano	477.067	€ 200.000	€ 31.009	€ 231.009	--	€ 231.009	€ 231.009	€ 462.018
Trento	497.546	€ 200.000	€ 32.340	€ 232.340	--	€ 232.340	€ 232.340	€ 464.680
Basilicata	596.546	€ 200.000	€ 38.775	€ 238.775	--	€ 238.775	€ 238.775	€ 477.550
Umbria	858.938	€ 200.000	€ 55.830	€ 255.830	--	€ 255.830	€ 255.830	€ 511.660
Friuli V.G.	1.204.718	€ 200.000	€ 78.306	€ 278.306	--	€ 278.306	€ 278.306	€ 556.612
Abruzzo	1.299.272	€ 200.000	€ 84.451	€ 284.451	--	€ 284.451	€ 284.451	€ 568.902
Marche	1.518.780	€ 200.000	€ 98.719	€ 298.719	--	€ 298.719	€ 298.719	€ 597.438
Liguria	1.592.309	€ 200.000	€ 103.499	€ 303.499	--	€ 303.499	€ 303.499	€ 606.998
Sardegna	1.650.052	€ 200.000	€ 107.252	€ 307.252	--	€ 307.252	€ 307.252	€ 614.504
Calabria	2.009.268	€ 200.000	€ 130.601	€ 330.601	--	€ 330.601	€ 330.601	€ 661.202
Toscana	3.598.269	€ 200.000	€ 233.884	€ 433.884	--	€ 433.884	€ 433.884	€ 867.768
Puglia	4.068.167	€ 200.000	€ 264.427	€ 464.427	--	€ 464.427	€ 464.427	€ 928.854
Emilia Romagna	4.151.369	€ 200.000	€ 269.835	€ 469.835	--	€ 469.835	€ 469.835	€ 939.670
Piemonte	4.330.172	€ 200.000	€ 281.457	€ 481.457	--	€ 481.457	€ 481.457	€ 962.914
Veneto	4.699.950	€ 200.000	€ 305.492	€ 505.492	--	€ 505.492	€ 505.492	€ 1.010.984
Sicilia	5.013.081	€ 200.000	€ 325.846	€ 525.846	--	€ 525.846	€ 525.846	€ 1.051.692
Lazio	5.269.972	€ 200.000	€ 342.543	€ 542.543	--	€ 542.543	€ 542.543	€ 1.085.086
Campania	5.788.986	€ 200.000	€ 376.279	€ 576.279	--	€ 576.279	€ 576.279	€ 1.152.558
Lombardia	9.393.092	€ 200.000	€ 610.542	€ 810.542	--	€ 810.542	€ 810.542	€ 1.621.084
totale	58.462.375	€ 4.200.000	€ 3.800.000	€ 8.000.000	--	€ 8.000.000	€ 8.000.000	€ 16.000.000

Tabella 4
Finanziamenti Ccm 2004-2005-2006
erogati ad ogni singolo partner e relativo numero di accordi stipulati

ente	partner	euro	%	n° accordi
Istituto superiore di sanità	Iss - Cnesps	11.805.000	19,8	19
	Iss - Dacpp	688.000	1,2	2
	Iss - Dmipi	1.180.000	2,0	5
	Iss - Dsaa	130.000	0,2	1
	Iss - Dts	1.199.750	2,0	2
	totale Iss	15.002.750	25,1	29
Ispesl	totale Ispesl	2.810.000	4,7	5
altro ente pubblico	Aifa	200.000	0,3	1
	Cspo Firenze	100.000	0,2	1
	Formez	3.000.000	5,0	1
	Ifc - Cnr	220.000	0,4	1
	Istituto nazionale tumori	120.000	0,2	1
	Izs Abruzzo e Molise	155.000	0,3	1
	Izs Lazio e Toscana	240.000	0,4	1
	Izs Venezie	555.000	0,9	2
	Poligrafico dello Stato	112.000	0,2	1
	Irccs L. Spallanzani	400.000	0,7	1
	totale altro ente pubblico	5.102.000	8,5	11
Università e altro	Ciri-IV	300.000	0,5	1
	Oms	100.000	0,2	1
	Università "La Sapienza", Roma	69.969	0,1	1
	Università Cattolica, di Roma	75.000	0,1	1
	Seconda Università di Napoli	120.000	0,2	1
	Università di Roma Tor Vergata	75.000	0,1	1
	totale università e altro	739.969	1,2	6
associazioni	Airt	490.000	0,8	1
	Croce Rossa	649.000	1,1	2
	Simg	600.000	1,0	1
	totale associazioni	1.739.000	2,9	4
enti privati	Equilibria	490.000	0,8	1
	Glaxo	118.113	0,2	1
	Global business agency	98.772	0,2	1
	Roche	1.368.840	2,3	1
	totale enti privati	2.075.725	3,5	4



Tabella 4

Finanziamenti Ccm 2004-2005-2006

erogati ad ogni singolo partner e relativo numero di accordi stipulati



ente	partner	euro	%	n° accordi	
Regioni e Pa, Asl e aziende ospedaliere	Abruzzo	576.903	1,0	2	
	Basilicata	1.483.550	2,5	3	
	Bolzano	468.018	0,8	2	
	Calabria	819.201	1,4	3	
	Campania	1.167.557	2,0	2	
	Emilia Romagna	4.069.670	6,8	8	
	Friuli Venezia Giulia	2.002.611	3,4	6	
	Lazio	1.135.087	1,9	2	
	Liguria	618.997	1,0	2	
	Lombardia	1.666.084	2,8	3	
	Marche	807.439	1,4	3	
	Molise	447.853	0,7	2	
	Piemonte	4.832.456	8,1	11	
	Puglia	953.854	1,6	2	
	Sardegna	628.504	1,1	2	
	Sicilia	1.070.691	1,8	2	
	Toscana	1.665.768	2,8	4	
	Trento	610.680	1,0	3	
	Umbria	517.660	0,9	2	
	Valle d'Aosta	415.973	0,7	1	
	Veneto	1.845.985	3,1	4	
	Ars Toscana	550.000	0,9	2	
	Asl 5 Piemonte	500.000	0,8	1	
	Asl Roma E	1.299.680	2,2	2	
	Asp Lazio	740.000	1,2	3	
	Asr Emilia Romagna	830.000	1,4	3	
	Asl 10 Firenze	160.000	0,3	1	
	azienda ospedaliera Meyer, Firenze	299.200	0,5	1	
	azienda ospedaliera Niguarda, Milano	75.000	0,1	1	
		totale Regioni, Pa, Asl e aziende ospedaliere	32.258.421	54,0	83
	totale complessivo		59.727.865	100	142

Le sigle

Aifa	Agenzia italiana del farmaco
Airt	Associazione italiana registri tumori
Amco	Associazione nazionale dei medici cardiologi ospedalieri
Ars Toscana	Agenzia regionale di sanità della Toscana
Asl	Azienda sanitaria locale
Asp Lazio	Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio
Asr Emilia Romagna	Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna
Cav	Centri anti veleni
Ccm	Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie
Cefpas	Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario, Caltanissetta
Cendes	Centro di documentazione in educazione sanitaria e promozione della salute, Pavia
Cermas	Centro di referenza nazionale per le malattie degli animali selvatici
Cesda	Centro studi ricerca e documentazione su dipendenze e Aids, Firenze
Ciri-IV	Centro interuniversitario di ricerca sull'influenza dell'Università di Genova
Cnr	Consiglio nazionale delle ricerche
Cri	Croce Rossa italiana
Crrps	Centro regionale di riferimento per la promozione della salute, Regione Veneto
Csesi	Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario, Perugia
Cspo	Centro per lo studio e la prevenzione oncologica
Dea	Dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione
Dm	Decreto ministeriale
Dors	Centro di documentazione per la promozione della salute di Grugliasco (To)
Dpcm	Decreto del presidente del Consiglio dei ministri
Dpr	Decreto del Presidente della Repubblica
Ebp	Evidence based prevention
Ecdc	European Centre for Disease Prevention and Control.
Efsa	Autorità europea per la sicurezza alimentare
Fad	Formazione a distanza
Fao	Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura
Gipse	Progetto della Regione Lazio: Gestione informazioni pronto soccorso emergenza
Hhww	Heat Health Watch Warning Systems:sistema nazionale di allarme per la prevenzione dell'impatto delle ondate di calore
Hpai	Influenza aviaria ad alta patogenicità
Icf	Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità
Igea	Progetto Ccm: Integrazione, gestione e assistenza per la malattia diabetica
Inail	Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro
Infs	Istituto nazionale per la fauna selvatica
Inps	Istituto nazionale previdenza sociale
Irccs	Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
Ispesl	Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro
Iss	Istituto superiore di sanità
Iss-Cnesps	Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità
Iss-Dacpp	Dipartimento ambiente e connessa prevenzione primaria dell'Istituto superiore di sanità

Iss-Dmipi	Dipartimento di malattie infettive, parassitarie e immuno mediate dell'Istituto superiore di sanità
Iss-Dsaa	Dipartimento di sanità alimentare e animale dell'Istituto superiore di sanità
Iss-Dts	Dipartimento di tecnologie e salute dell'Istituto superiore di sanità
Iss-Ossfad	Osservatorio fumo, alcol e droga dell'Istituto superiore di sanità
Istat	Istituto nazionale di statistica
Izs	Istituto zooprofilattico
Laboratori crl	Laboratori di referenza comunitari
Laboratori nrl	Laboratori di referenza nazionali
Lea	Livelli essenziali di assistenza
Micronet	Progetto Ccm: Sistema di allerta su isolamenti microbici
Mmg	Medici di medicina generale
Nic	Centro nazionale influenza
Oer	Osservatorio epidemiologico regionale
Oie	Organizzazione per la Sanità animale
Oms	Organizzazione mondiale di sanità
Pa	Provincia autonoma
Passi	Progetto Ccm: Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia
Pbl	Problem Based Learning
Pnem	Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita
Pnp	Piano nazionale della prevenzione
Pomi	Progetto Ccm: Progetto obiettivo materno infantile
Profea	Programma di formazione in epidemiologia applicata
Ps	Pronto soccorso
Rupar	Rete unitaria della pubblica amministrazione regionale
Sedes	Agenzia per la promozione e l'educazione alla salute, Perugia
Seme	Progetto Ccm: Sorveglianza epidemiologica integrata in salute mentale
Sert	Servizi per le tossicodipendenze
Servizi Gm	Servizi di Guardia medica
Seu	Sindrome emolitico-uremica
Sian	Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione
Sies	Sistema informativo dell'emergenza sanitaria
Simg	Società italiana di medicina generale
Sind	Sistema informativo nazionale dipendenze
Smira	Progetto coordinato dall'Iss: Studio multicentrico italiano resistenze antitubercolari
Snamid	Società scientifica di medicina generale
Ssn	Servizio sanitario nazionale
Tbc	Tubercolosi
Tse	Encefalopatie spongiformi trasmissibili
Vtec	Verocitotossina

la rete del Ccm

I comitati del Ccm

Il Dm del 1 luglio 2004 ha istituito come strumenti di governo del Ccm un Comitato strategico, un Comitato scientifico e un Comitato tecnico, le cui date di costituzione sono le seguenti:

Comitato Strategico	Dm	20/10/2004
Comitato scientifico	Dm	14/10/2004
Comitato tecnico	Dm	14/10/2004

Nel corso dei tre anni di attività del Ccm alcuni membri sono state sostituiti. Di seguito diamo la composizione dei comitati al 30 giugno 2007.

Comitato strategico - Ccm

Ezio	BELTRAME	Regione Friuli Venezia Giulia
Guido	BERTOLASO	Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri
Amedeo	BIANCO	Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri
Franco	CUCCURULLO	Consiglio superiore di sanità, Ministero della Salute
Michele	DONVITO	Direzione generale della sanità militare, Ministero della Difesa
Enrico	GARACI	Istituto superiore di sanità
Donato	GRECO	Dipartimento della prevenzione e comunicazione, Ministero della Salute
Antonio	MOCCALDI	Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro
Enrico	ROSSI	Regione Toscana
Livia	TURCO	Ministero della Salute
Mario	VALPREDÀ	Regione Piemonte

Comitato scientifico permanente - Ccm

Giacomino	BRANCATI	Regione Calabria
Pietro	CROVARI	Università degli studi di Genova
Paolo	D'ARGENIO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Lidia	DI MINCO	Direzione generale del sistema informativo, Ministero della Salute
Antonio	FERRO	Regione Veneto
Claudio	MAFFEI	Regione Marche
Stefano	MARANGON	Istituto zooprofilattico delle Venezie
Augusto	PANÀ	Dipartimento di sanità pubblica della Facoltà di medicina e chirurgia, Università "Tor Vergata" di Roma
Salvatore	PANICO	Policlinico universitario "Federico II" di Napoli
Stefania	SALMASO	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Francesco	TARONI	Regione Emilia Romagna, Agenzia sanitaria regionale

Comitato tecnico - Ccm

Antonio	BATTISTI	Istituto zooprofilattico sperimentale del Lazio e Toscana
Nancy	BINKIN	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Paolo	BRUZZI	Istituto nazionale per la ricerca sul cancro, Regione Liguria
Eva	BUIATTI	Regione Toscana, Agenzia regionale di sanità
Vittorio	DEMICHELI	Regione Piemonte
Fabio	FILIPPETTI	Regione Marche
Onorato	FRONGIA	Regione Sardegna
Cinzia	GERMINARIO	Università degli studi di Bari
Donato	GRECO	Dipartimento della prevenzione e comunicazione, Ministero della Salute
Gabriella	GUASTICCHI	Agenzia di sanità pubblica, Regione Lazio
Peter	KREIDL	Provincia autonoma di Bolzano
Salvatore	LOPRESTI	Regione Calabria
Pierluigi	MACINI	Regione Emilia Romagna
Giuseppe	MONTAGANO	Regione Basilicata
Mario Stefano	PERAGALLO	Centro studi e ricerche di sanità e veterinaria dell'Esercito Italiano, Ministero della Difesa
Franca	PIERDOMENICO	Regione Abruzzo
Silvano	PIFFER	Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento
Renato	PIZZUTI	Regione Campania
Maria Grazia	POMPA	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Nicola	RICCI	Regione Molise
Gualtiero	RICCIARDI	Istituto di igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Carlo	SAITTO	Regione Friuli Venezia Giulia
Salvatore	SCONDOTTO	Regione Sicilia
Paolo	SPOLAORE	Regione Veneto
Fabrizio	STRACCI	Regione Umbria
Luigi	SUDANO	Ausl Aosta, Regione Valle d'Aosta
Carlo	ZOCCHETTI	Regione Lombardia

I sottocomitati del Ccm

Sottocomitato alcol - Ccm

Aniello Mauro Mauro Alfredo	BASELICE CECCANTI CIBIN D'ARI	Ausl 3 di Salerno Policlinico di Roma "Umberto I" Dipartimento per le dipendenze della Ausl 13 di Dolo (Ve) Direzione generale della comunicazione e relazioni istituzionali, Ministero della Salute
Fabrizio Giuseppe Bastiana Valentino Luigino Francesco Giuseppe Emanuele	FAGGIANO MARANZANO PALA PATUSSI PELLEGRINI PIANI SALAMINA SCAFATO	Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro" Associazione Onlus Aliseo, Gruppo Abele, Torino Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute Università degli studi di Firenze, Azienda ospedaliera Careggi Servizio alcologia, Distretto sanitario Vallagarina Dipartimento dipendenze, azienda socio-sanitaria 4 Medio Friuli Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute Cnesps, Istituto superiore di sanità

Sottocomitato campi elettromagnetici - Ccm

Daniele Stefano	ANDREUCCETTI BIONDINI	Istituto di fisica applicata del Consiglio nazionale delle ricerche Regione Toscana, Direzione generale del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà
Sofia Giovanni Paola Carmela Paolo Paolo	CANDELORO D'AMORE GIRDINIO MARINO ROSSI VECCHIA	Facoltà di medicina e chirurgia, Università degli studi di Roma "La Sapienza" Arpa Piemonte Facoltà di ingegneria, Università degli studi di Genova Enea Ispesl Dts, Istituto superiore di sanità

Sottocomitato complicanze del diabete - Ccm

Angelo Sandro	AVOGARO BALDISSERA	Università di Padova Istituto superiore di sanità
--------------------------	-------------------------------	--

Nancy	BINKIN	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Marco	COMASCHI	Polo ospedaliero Genova Ponente, Osp. La Colletta
Paolo	D'ARGENIO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Roberto	D'ELIA	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Marina	MAGGINI	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Massimo	MASSI BENEDETTI	Università di Perugia
Gerardo	MEDEA	Simg
Mario	PARZIALE	Ospedale Maggiore di Milano
Paola	PISANTI	Direzione generale della programmazione sanitaria, Ministero della Salute
Guido	POZZA	Istituto scientifico universitario San Raffaele di Milano
Roberto	RASCHETTI	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Giorgio	SESTI	Università di Catanzaro

Sottocomitato Ebp - Ccm

Alberto	BALDASSERONI	Asl 10 di Firenze
Eva	BUIATTI	Regione Toscana, Agenzia regionale di sanità
Vittorio	CARRERI	Regione Lombardia
Paolo	D'ARGENIO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Fabrizio	FAGGIANO	Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"
Giorgio	FERIGO	Azienda sanitaria locale n. 3 dell'Alto Friuli
Domenico	LAGRAVINESE	Azienda sanitaria locale Bari 3
Luigi	MACCHI	Regione Lombardia
Luigi	SALIZZATO	Dipartimento di sanità pubblica, Asl di Cesena
Francesco Saverio	VIOLANTE	Azienda ospedaliera universitaria di Bologna
Massimo	VALSECCHI	Unità locale socio-sanitaria n. 20 di Verona

Sottocomitato incidenti domestici - Ccm

Marina	BONFANTI	Regione Lombardia
Rosa	D'AMBROSIO	Asl 1 di Torino
Maurizio	DI GIORGIO	Dipartimento della prevenzione, Ministero della Salute
Patrizio	ERBA	Ispesl
Michele	GANGEMI	Associazione culturale pediatri
Tomassina	MANCUSO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Giancarlo	MARANO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Gianfranco	ORTOLANI	Inail
Valentino	PATUSSI	Dipartimento di prevenzione Ass 1 "Triestina"
Alessio	PITIDIS	Iss
Daniela	PRIMICERIO	Direzione generale per l'armonizzazione del mercato e la tutela dei consumatori del Ministero delle Attività produttive
Letizia	SANPAOLO	Iss

Sottocomitato incidenti stradali - Ccm

Raffaella	AMATO	Istat
Nicoletta	BERTOZZI	Dipartimento di prevenzione, Ausl Cesena, Regione Emilia Romagna
AlbaRosa	BIANCHI	Ispesl
Michele	CANDREVA	Direzione generale tutela delle condizioni di lavoro del Ministero del Welfare
Piero	CARAMELLI	Ministero degli Interni
Andrea	COSTANZO	Società italiana di traumatologia

Simona	DEL VECCHIO	Comlas
Sara	FARCHI	Asp Lazio
Francesco	FORESTA	Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti
Marco	GIUSTINI	Iss
Giuseppina	LECCE	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Giancarlo	MARANO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Silvano	PIFFER	Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento

Sottocomitato infezioni correlate all'assistenza ospedaliera - Ccm

Paolo	CANTARO	Azienda ospedaliera "Vittorio Emanuele" di Catania
Antonio	CASSONE	Dmipi, Istituto superiore di sanità
Valter	GIOVANNINI	Referente del Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione
Donato	GRECO	Dipartimento della prevenzione e comunicazione, Ministero della Salute
Giancarlo	ICARDI	Azienda ospedaliera universitaria San Martino di Genova
Giuseppe	IPPOLITO	Irccs Lazzaro Spallanzani
Alessandro	MAIDA	Università di Sassari
Lorena	MARTINI	Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia
Maria Luisa	MORO	Regione Emilia Romagna, Agenzia sanitaria regionale
Filippo	PALUMBO	Direzione generale della programmazione sanitaria
Maria Grazia	POMPA	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Stefania	SALMASO	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Egidio	SESTI	Azienda sanitaria locale Roma B
Alessio	TERZI	Cittadinanza attiva
Paola	TOMAO	Ispesl

Sottocomitato influenza e pandemia - Ccm

Emanuela	BALOCCHINI	Direzione generale diritto alla salute e politiche della solidarietà della Regione Toscana
Olivia	CALLIPARI	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Maurizio	CANFORA	Ministero degli Affari Esteri
Maria	CORONGIU	Federazione italiana medici di medicina generale - Fimmg
Pietro	CROVARI	Università degli studi di Genova
Raffaele	D'AMELIO	Direzione generale sanità militare, Università "La Sapienza", Il Facoltà medicina e chirurgia
Isabella	DONATELLI	Dipartimento malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità
Giovanni	FERRARI	Ministero degli Interni
Antonio	FERRO	Regione Veneto
Donato	GRECO	Dipartimento della prevenzione e comunicazione, Ministero della Salute
Caterina	GUALANO	Aifa
Alfredo	GUARINO	Dipartimento di pediatria dell'Università degli studi di Napoli "Federico II"
Liliana	LA SALA	Dipartimento della protezione civile
Pierluigi	MACINI	Regione Emilia Romagna
Stefano	MARANGON	Istituto zooprofilattico delle Venezie
Mario Stefano	PERAGALLO	Ministero della Difesa
Stefania	SALMASO	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Ugo Stefano	SANTUCCI	Direzione generale sanità veterinaria e alimenti, Ministero della Salute
Aurelio	SESSA	Simg
Giovanni	VITALI ROSATI	Federazione italiana medici pediatri, sezione di Firenze

Sottocomitato infortuni lavorativi - Ccm

Alberto	BALDASSERONI	Asl 10 di Firenze
Alessandra	BENA	Servizio regionale epidemiologia, Asl 5 Regione Piemonte
Claudio	CALABRESI	Inail Liguria
Fulvio	LONGO	Servizio prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro, Asl Bari 5 - Puglia
Giancarlo	MARANO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Sergio	PERTICAROLI	Ispesl
Gianni	SARETTO	Regione Lombardia
Stefano	SIGNORINI	Ispesl
Giuliano	TAGLIAVENTO	Regione Marche

Sottocomitato obesità - Ccm

Rolando Alessio	BOLOGNINO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Eva	BUIATTI	Regione Toscana, Agenzia regionale di sanità
Giulia	CAIRELLA	Società italiana di igiene medicina preventiva e sanità pubblica
Margherita	CAROLI	Azienda Usl di Brindisi, Servizio di igiene degli alimenti e nutrizione
Adriano	CATTANEO	Irccs Burlo Garofolo
Paolo	D'ARGENIO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Roberto	D'ELIA	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Daniela	GALEONE	Dipartimento della prevenzione, Ministero della Salute
Andrea	GHISELLI	Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione
Emilia	GUBERTI	Azienda Usl di Bologna, Servizio di igiene degli alimenti e nutrizione
Lucia	GUIDARELLI	Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti, Ministero della Salute
Mauro	PALAZZI	Asl Cesena, Servizio epidemiologia e comunicazione Dipartimento di sanità pubblica
Francesca	RACIOPPI	European Centre for Environment and Health, Who
Giuseppe	SAGGESE	Università degli studi di Pisa
Alessandro	SARTORIO	Istituto auxologico italiano
Pierluigi	TUCCI	Federazione italiana medici pediatri

Sottocomitato Passi - Ccm

Sandro	BALDISSERA	Istituto superiore di sanità
Giuseppe	COSTA	Servizio di epidemiologia, Asl 5 Torino
Paolo	D'ARGENIO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Pierluigi	MACINI	Regione Emilia Romagna
Renato	PIZZUTI	Regione Campania
Linda Laura	SABBADINI	Istat
Stefania	SALMASO	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Stefania	VASSELLI	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute

Sottocomitato radon - Ccm

Paola	ANGELINI	Regione Emilia Romagna
Anna	ANVERSA	Regione Lombardia
Francesco	BOCHICCHIO	Dts, Istituto superiore di sanità
Silvia	BUCCI	Arpa Toscana
Lucia	DENARO	Facoltà di medicina e chirurgia, Università di Messina

Francesco	FORASTIERE	Dipartimento epidemiologia, Asl Roma E
Giovanna	FRISON	Regione Veneto
Mauro	MAGNONI	Arpa Piemonte
Giancarlo	MARANO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Marco	MASI	Regione Toscana
Giancarlo	TORRI	Apat
Rosabianca	TREVISI	Ispesl

Sottocomitato rischio cardiovascolare - Ccm

Antonio	ADDIS	Aifa
Ovidio	BRIGNOLI	Simg
Paolo	D'ARGENIO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Giuseppe	DI PASQUALE	Ospedale Maggiore di Bologna, Anmco
Simona	GIAMPAOLI	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Daniele	GIOVANARDI	Reparto di medicina d'urgenza, Policlinico di Modena
Licia	IACOVIELLO	Università Cattolica del Sacro Cuore
Giovanna	LAURENDI	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Salvatore	PANICO	Policlinico universitario "Federico II" di Napoli
Antonio	REBUZZI	Policlinico Gemelli di Roma
Paolo	SPOLAORE	Regione Veneto
Luigi	TAVAZZI	Dipartimento di cardiologia, Policlinico San Matteo di Pavia
Diego	VANNUZZO	Ass 4 Medio Friuli

Sottocomitato sorveglianza sindromica - Ccm

Antonino	BELLA	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Marta	CIOFI DEGLI ATTI	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Franca	D'AVANZO	Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano
Lidia	DI MINCO	Direzione generale del sistema informativo, Ministero della Salute
Gabriella	GUASTICCHI	Agenzia di sanità pubblica, Regione Lazio
Liliana	LA SALA	Dipartimento della protezione civile
Luigi	MACCHI	Regione Lombardia
Paolo	NIUTTA	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Silvio	PORCÙ	I Divisione della Direzione generale della sanità militare, Ministero della Difesa
Francesco Rocco	PUGLIESE	Presidio ospedaliero centrale, Asl Viterbo
Roberto	RASO	Asl 20 Alessandria
Pasquale	SALCUNI	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Stefania	SALMASO	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Paolo	SPOLAORE	Regione Veneto
Franca	TOMASSI	Regione Liguria

Sottocomitati approvati ma ancora da costituire

Sottocomitato salute mentale - Ccm

Raffaele	BARONE	Asl 3 Catania
Marco	D'ALEMA	Consulente del Ministro della Salute
Teresa	DI FIANDRA	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Guido	DITTA	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Luigi	FERRANNINI	Dsm Azienda Usl Genova 3
Andrea	GADDINI	Agenzia sanità pubblica, Regione Lazio
Fedele	MAURANO	Asl Napoli 1
Pierluigi	MOROSINI	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Franco	NARDOCCI	Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
Mirella	RUGGERI	Società italiana di epidemiologia psichiatrica
Stefania	SALMASO	Cnesps, Istituto superiore di sanità
Sergio	SCHIAFFINO	Regione Liguria
Carlo Vittorio	VALENTI	Dipartimento salute mentale, Asl Savonese

Sottocomitato Tbc - Ccm

Giorgio	BESOZZI	Complesso di tisiologia dell'Ospedale Morelli di Sondalo
Roberto	CARLONI	Dipartimento salute e servizi sociali della Regione Liguria
Stefania	D'AMATO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
Enrico	GIRARDI	Irccs "Lazzaro Spallanzani"
Antonio	MANGIACAVALLO	Federazione italiana contro le malattie polmonari sociali e la tubercolosi
Giovanni Battista	MIGLIORI	Centro di collaborazione Oms della Fondazione Maugeri di Tradate
Maria Luisa	MORO	Regione Emilia Romagna, Agenzia sanitaria regionale
Gabriella	OREFICI	Dmipi, Istituto superiore di sanità
Augusto	PANÀ	Dipartimento di sanità pubblica della Facoltà di medicina e chirurgia, Università "Tor Vergata" di Roma
Anna	PAVAN	Regione Lombardia
Elvira	RIZZUTO	Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute

Elenco e indirizzi dei responsabili dei progetti Ccm

adolescenti

adolescenza - monitoraggio comportamenti, metodiche di prevenzione

referente Ccm: **Giuseppe Salamina** g.salamina@sanita.it

referente esterno: **Renata Magliola** renata.magliola@regione.piemonte.it

accordo con Piemonte

alcol

Guadagnare salute - avvio al Piano nazionale alcol

referente Ccm: **Bastiana Pala** b.pala@sanita.it

referente esterno: **Francesco Piani** francesco.piani@ass4.sanita.fvg.it

accordo con Friuli Venezia Giulia

monitoraggio dell'impatto dell'uso e abuso di alcol

referente Ccm: **Bastiana Pala** b.pala@sanita.it

referente esterno: **Emanuele Scafato** scafato@iss.it

accordo con Iss - Cnesps

amianto

coordinamento delle attività dei registri regionali mesoteliomi per la riduzione dell'esposizione all'amianto

referente Ccm: **Mariano Alessi** m.alessi@sanita.it

referenti esterni:

Ispesl **Antonella Campopiano** antonella.campopiano@ispesl.it

Piemonte **Renata Magliola** renata.magliola@regione.piemonte.it

accordo con Ispesl e Piemonte

anziani e clima

Sistema di previsione e allerta e coordinamento interventi di protezione degli anziani

referente Ccm: **Annamaria De Martino** a.demartino@sanita.it

referente esterno: **Carlo Perucci** dir@asplazio.it

accordo con Asl Roma E

anziani e clima



attivazione di un sistema di rilevazione rapida della mortalità e messa a punto di un modello di studio dei fattori di rischio della mortalità associata alle ondate di calore

referente Ccm: **Giuseppe Salamina** g.salamina@sanita.it

referenti esterni:

Iss - Cnesps **Susanna Conti** susanna.conti@iss.it
Iss - Cnesps **Nancy Binkin** nancy.binkin@iss.it

accordo con Iss - Cnesps

atlanti



realizzazione del rapporto annuale "Osservasalute"

referente Ccm: **Giovanni Nicoletti** g.nicoletti@sanita.it

referenti esterni:

Univ. Cattolica **Gualtiero Ricciardi** wricciardi@rm.unicatt.it
Univ. "Tor Vergata" **Augusto Panà** pana@uniroma2.it

accordo con Università Cattolica di Roma e Università "Tor Vergata"

attività fisica e corretta alimentazione



buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica in età prescolare: promozione e sorveglianza

referente Ccm: **Letizia Zanetti** l.zanetti@sanita.it

referente esterno: **Adriano Cattaneo** cattaneo@burlo.trieste.it

accordo con Friuli Venezia Giulia

creazione di una "comunità di promotori" per la promozione dell'attività fisica e corretta alimentazione

referente Ccm: **Paolo D'Argenio** p.dargenio@sanita.it

referente esterno: **Andrea Micheli** micheli@istitutotumori.mi.it

accordo con Int

sostegno alla strategia europea di contrasto all'obesità

referente Ccm: **Paolo D'Argenio** p.dargenio@sanita.it

accordo con Oms

sostegno alle migliori esperienze locali riguardanti l'attività fisica e la corretta alimentazione

referente Ccm: **Daniela Galeone** d.galeone@sanita.it

referente esterno: **Silvia Boni** sboni@formez.it

accordo con Formez

piano di formazione rivolto agli operatori dei Sian, per la realizzazione di interventi di prevenzione dell'obesità

referente Ccm: **Roberto D'Elia** r.delia@sanita.it

referente esterno: **Eva Buiatti** eva.buiatti@arsanita.toscana.it

accordo con Ars Toscana

attività fisica e corretta alimentazione

coordinamento delle Regioni per l'avvio di interventi di provata efficacia di promozione dell'attività fisica

referente Ccm: **Letizia Zanetti** l.zanetti@sanita.it
referente esterno: **Pierluigi Macini** pmacini@regione.emilia-romagna.it
accordo con Emilia Romagna

campi elettromagnetici

campagna di comunicazione sui campi elettromagnetici

referente Ccm: **Paolo Rossi** pao.rossi@sanita.it
referente esterno: **Paolo Vecchia** paolo.vecchia@iss.infn.it
accordo con Iss - Dts

centri di documentazione

ricognizione interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti nelle Regioni italiane

referente Ccm: **Giuseppe Salamina** g.salamina@sanita.it
referente esterno: **Elena Coffano** elena.coffano@dors.it
accordo con Asl 5 - Piemonte

cuore

favorire utilizzo del calcolo del rischio cardiovascolare tra i Mmg e sperimentare modelli operativi per la riduzione dei fattori di rischio nei pazienti

referente Ccm: **Giovanna Laurendi** g.laurendi@sanita.it
referenti esterni:
Aifa **Antonio Addis** a.addis@aifa.gov.it
Simg **Ovidio Brignoli** docbri@tin.it
Iss - Cnesps **Simona Giampaoli** Simona.giampaoli@iss.it
accordo con Aifa, Simg, Iss - Cnesps

sorveglianza eventi cardiovascolari

referente Ccm: **Giovanna Laurendi** g.laurendi@sanita.it
referente esterno: **Luigi Palmieri** luigi.palmieri@iss.it
accordo con Iss - Cnesps

diabete

diabete - integrazione, gestione e assistenza (Igea)

referente Ccm: **Roberto D'Elia** r.delia@sanita.it
referente esterno: **Marina Maggini** mmaggini@iss.it
accordo con Iss - Cnesps

diseguaglianze

consulenza sui temi della diseguità nelle fasi di progettazione, monitoraggio e valutazione delle attività del Ccm

referente Ccm: **Giuseppe Salamina** g.salamina@sanita.it
referente esterno: **Carlo Mamo** carlo.mamo@epi.piemonte.it
accordo con Piemonte

Ebp

sostegno alle iniziative di semplificazione delle pratiche sanitarie alla luce della prevenzione basata sulle prove di efficacia (Ebp)

referente Ccm: **Paolo D'Argenio** p.dargenio@sanita.it
referente esterno: **Eva Buiatti** eva.buiatti@arsanita.toscana.it

accordo con Ars Toscana

formazione epidemiologica

formazione rivolta agli operatori dei Dipartimenti di prevenzione per l'effettuazione di indagini di epidemie ed eventi acuti

referente Ccm: **Paolo D'Argenio** p.dargenio@sanita.it
referente esterno: **Nancy Binkin** nancy.binkin@iss.it

accordo con Iss - Cnesps

fumo

monitoraggio e attuazione della Legge 3/2003, e formazione degli operatori sanitari impegnati in questo settore

referente Ccm: **Daniela Galeone** d.galeone@sanita.it
referenti esterni:
Emilia Romagna - **Maurizio Laezza** tabagismo@regione.emilia-romagna.it
Veneto - **Antonio Ferro** antonio.ferro@regione.veneto.it

accordo con Veneto, Emilia Romagna

realizzazione di campagne informative di contrasto al consumo di tabacco

referente Ccm: **Daniela Galeone** d.galeone@sanita.it
referente esterno: **Giovanna Sommella** g_sommella@tin.it

accordo con Equilibria

handicap

messa a punto di protocolli di valutazione della disabilità basati sul modello biopsicosociale e la struttura descrittiva della classificazione internazionale del funzionamento disabilità e salute

referente Ccm: **Guido Ditta** gv.ditta@sanita.it
referente esterno: **Carlo Francescutti** carlo.francescutti@sanita.fvg.it

accordo con Friuli Venezia Giulia

ictus

progettare e valutare la fattibilità di un piano di formazione per la prevenzione secondaria degli incidenti cerebrovascolari

referente Ccm: **Giovanna Laurendi** g.laurendi@sanita.it
referente esterno: **Salvatore Ferro** sFerro@regione.emilia-romagna.it

accordo con Asr Emilia Romagna

immigrati

promozione della salute della popolazione immigrata in Italia

referente Ccm: **Anna Di Nicola** a.dinicola@sanita.it
referente esterno: **Patrizia Carletti** diseguaglianze@regione.marche.it

accordo con Marche

incidenti

aggiornamento e manutenzione del portale sulle condizioni di salute e sicurezza negli ambienti di vita

referente Ccm: **Tommasina Mancuso** t.mancuso@sanita.it
referente esterno: **Patrizio Erba** patrizio.erba@ispesl.it

accordo con Ispesl

incidenti



incidenti domestici: aggiornamento del personale e assistenza all'avvio dei piani regionali

referente Ccm: **Giuseppe Salamina** g.salamina@sanita.it

referenti esterni:

Piemonte	Rosa D'Ambrosio	episan@asl1.to.it
Friuli V G	Valentino Patussi	valentino.patussi@ass1.sanita.fvg.it
Asp Lazio	Sara Farchi	farchi@asplazio.it

accordo con Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Asp Lazio

incidenti stradali: aggiornamento del personale e assistenza all'avvio dei piani regionali

referente Ccm: **Giuseppe Salamina** g.salamina@sanita.it

referenti esterni:

Trento	Silvano Piffer	Silvano.Piffer@apss.tn.it
Asp Lazio	Sara Farchi	farchi@asplazio.it
Piemonte	Laura Marinaro	lmarinaro@asl18.it

accordo con Trento, Asp Lazio e Piemonte

infezioni correlate all'assistenza ospedaliera



sviluppo di un sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella ed epidemie associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria (inf-oss)

referente Ccm: **Pasquale Salcuni** p.salcuni@sanita.it

referente esterno: **Maria Luisa Moro** MIIMoro@Regione.Emilia-Romagna.it

accordo con Asr Emilia Romagna

sperimentazione della campagna dell'Oms e realizzazione di un sistema di sorveglianza degli alert organism

referente Ccm: **Pasquale Salcuni** p.salcuni@sanita.it

referente esterno: **Maria Luisa Moro** MIIMoro@Regione.Emilia-Romagna.it

accordo con Asr Emilia Romagna

influenza



acquisto antivirali

referente Ccm: **Maria Grazia Pompa** m.pompa@sanita.it

accordo con Glaxo, Roche

sorveglianza epidemiologica dell'influenza e potenziamento della rete di laboratori per gli isolamenti virali per il potenziamento della rete e la sorveglianza epidemiologica

referente Ccm: **Olivia Callipari** ol.callipari@sanita.it

referenti esterni:

Ciri-IV	Pietro Crovari	crovvari@unige.it
Iss - Dmipi	Isabella Donatelli	donatelli@iss.it
Iss - Cneps	Stefania Salmaso	salmaso@iss.it

accordo con Iss - Cnesps (sorveglianza epidemiologica),
Iss - Dmipi (potenziamento della rete)
Ciri-IV (potenziamento rete e sorveglianza epidemiologica)

sorveglianza dell'influenza negli animali

referente Ccm: **Olivia Callipari** ol.callipari@sanita.it

referente esterno: **Stefano Marangon** dirsan@izsvenezie.it

accordo con Izs Venezia

inquinamento

studio degli effetti dell'inquinamento atmosferico da polvere sottili sulla salute

referente Ccm: **Emma Teresa Quaresima** et.quaresima@sanita.it

referente esterno: **Francesco Forastiere** forastiere@asplazio.it

accordo con Asl Roma E

madre e bambino

percorso nascita promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi

referente Ccm: **Giovanni Battista Ascone** gb.ascone@sanita.it

referente esterno: **Michele Grandolfo** michele.grandolfo@iss.it

accordo con Iss - Cnesps

malattie infettive

piano di sostegno diagnostico-assistenziale ed epidemiologico alle emergenze biologiche sul territorio italiano (Piseb)

referente Ccm: **Pasquale Salcuni** p.salcuni@sanita.it

referente esterno: **Giuseppe Ippolito** ippolito@inmi.it

accordo con Spallanzani

sistema di allerta su isolamenti microbionici - Micronet

referente Ccm: **Stefania D'Amato** st.damato@sanita.it

referente esterno: **Fortunato D'Ancona** dancona@iss.it

accordo con Iss - Cnesps

sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazioni in età pediatrica e sostegno al Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita

referente Ccm: **Stefania Iannazzo** s.iannazzo@sanita.it

referenti esterni:

Iss - Dmipi **Loredana Nicoletti** nicoletti@iss.it
Iss - Cnesps **Marta Ciofi degli Atti** ciofi@iss.it

accordo con Iss - Dmipi (sorveglianza di laboratorio)
Iss - Cnesps (sorveglianza epidemiologica)

epidemiologia e sorveglianza di laboratorio di legionella, enterobatteri, batteri antibiotico-resistenti, epatiti virali e virus respiratori

referente Ccm: **Olivia Callipari** ol.callipari@sanita.it

referenti esterni:

Iss - Dmipi **Antonio Cassone** cassone@iss.it
Iss - Cnesps **Marta Ciofi degli Atti** ciofi@iss.it

accordo con Iss - Dmipi (sorveglianza di laboratorio)
Iss - Cnesps (sorveglianza epidemiologica)

sperimentazione e realizzazione di una piattaforma tecnologica per la trasmissione tempestiva delle notifiche

referente Ccm: **Stefania D'Amato** st.damato@sanita.it

referenti esterni:

Piemonte **Roberto Raso** rasoroberto@asl20.piemonte.it
Calabria **Rubens Curia** rubenscuria@yahoo.it
Toscana **Emanuela Balocchini** emanuela.balocchini@regione.toscana.it
Iss - Cnesps **Marta Ciofi degli Atti** ciofi@iss.it

accordo con Piemonte, Calabria, Toscana e Iss - Cnesps

malattie infettive



miglioramento della sorveglianza e della diagnostica molecolare delle infezioni invasive da pneumococco, meningococco e haemophilus influenza

referente Ccm: **Stefania Iannazzo** s.iannazzo@sanita.it

referenti esterni:

Istituto Mayer **Chiara Azzari** chiara.azzari@unifi.it
Iss - Cnesps **Marta Ciofi degli Atti** ciofi@iss.it

accordo con Istituto Meyer (diagnostica molecolare),
Iss-Cnesps (sorveglianza)

sorveglianza tossinfezioni alimentari

referente Ccm: **Pasquale Salcuni** p.salcuni@sanita.it

referente esterno: **Marta Ciofi degli Atti** ciofi@iss.it

accordo con Iss - Cnesps

Olimpiadi Torino



sperimentazione della sorveglianza sindromica presso i Ps, Cav e guardia medica per l'identificazione tempestiva di condizioni emergenziali durante le Olimpiadi invernali di Torino-2006

referente Ccm: **Giuseppe Salamina** g.salamina@sanita.it

referenti esterni:

Lombardia **Luigi Macchi** luigi_macchi@regione.lombardia.it
Piemonte **Vittorio Demicheli** vittorio.demicheli@regione.piemonte.it

accordo con Lombardia, Piemonte

paralisi flaccide



sorveglianza della paralisi flaccida acuta, descrizione dell'eziologia e incidenza, indagini di siero prevalenza e campionamenti ambientali

referente Ccm: **Elvira Rizzuto** e.rizzuto@sanita.it
Olivia Callipari ol.callipari@sanita.it

referenti esterni:

"La Sapienza"	Anna Maria Patti	anna.patti@uniroma1.it
Iss - Dmipi	Lucia Fiore	fiore@iss.it
Abruzzo	Antonietta Salvi	---
Basilicata	Carlo De Stefano	icof03@iconaproject.it
Bolzano	Josef Simeoni	josef.simeoni@asbz.it
Calabria	Pierdomenico Mammi	pierdomenico.mammi@virgilio.it
Campania	Maria Triassi	triassi@unina.it
Emilia Romagna	Maria Luisa Tanzi	marialuisa.tanzi@unipr.it
Friuli V G	Silvio Brusaferrò	s.brusaferrò@med.uniud.it
Lazio	Anna Maria Patti	anna.patti@uniroma1.it
Liguria	Paolo Castiglia	paolo.castiglia@uniss.it
Lombardia	Maria Barbi	maria.barbi@unimi.it
Marche	Marcello D'Errico	dermico@unipm.it
Molise	Guido Maria Grasso	grasso@hpsrv.unimol.it
Piemonte	Carla Maria Zotti	carla.zotti@unito.it
Puglia	Cinzia Germinario	c.germinario@igiene.uniba.it
Sardegna	Pietro Crovari	crovvari@unige.it
Sicilia	Serenella Arista	arista@unipa.it
Toscana	Nicola Commodo	---
Trento	Valter Carraro	carraro.v@mail.apss.tn.it
Umbria	Anna Iorio	anna@unipg.it
Veneto	Antonio Ferro	antonio.ferro@regione.veneto.it

accordo con Regioni, Università di Roma "La Sapienza", Iss - Dmipi

Passi

sperimentazione, da parte delle Asl, di un sistema di sorveglianza basato sulla rilevazione continua di informazioni sulla salute della popolazione

referente Ccm: **Stefania Vasselli** s.vasselli@sanita.it

referente esterno: **Stefania Salmaso** salmaso@iss.it

accordo con Iss - Cnesps

radon

avvio del Piano nazionale radon per la riduzione del rischio di tumore polmonare in Italia

referente Ccm: **Paolo Rossi** pao.rossi@sanita.it

referente esterno: **Francesco Bochicchio** francesco.bochicchio@iss.it

accordo con Iss - Dts

regolamento sanitario internazionale

formazione del personale sanitario transfrontaliero sulle procedure di emergenza del Nuovo regolamento sanitario internazionale

referente Ccm: **Virgilio Costanzo** v.costanzo@sanita.it

referenti esterni:

Croce Rossa Lombardia - **Maurizio Bossi** direzionesanitaria@crimilano.org
Croce Rossa Lazio - **Ulrico Angeloni** ulrico.angeloni@cri.it

accordo con Croce Rossa Lombardia e Croce Rossa Lazio

salute mentale

attivazione di interventi psicoeducativi a favore dei soggetti colpiti da depressione maggiore e dei rispettivi familiari

referente Ccm: **Teresa Di Fiandra** t.difiandra@sanita.it

referente esterno: **Lorenza Magliano** lorenza.magliano@unina2.it

accordo con Università di Napoli

diagnosi precoce delle psicosi

referente Ccm: **Giovanna Romano** gi.romano@sanita.it

referente esterno: **Angelo Cocchi** angelo.cocchi@ospedaleniguarda.it

accordo con Niguarda

il disturbo mentale in adolescenza, la comparsa del bisogno, i percorsi del disturbo

referente Ccm: **Teresa Di Fiandra** t.difiandra@sanita.it

referente esterno: **Angelo Fioritti** franconardocci@libero.it

accordo con Emilia Romagna

intervento di promozione della salute mentale nelle scuole

referente Ccm: **Giuliana Moriconi** g.moriconi@sanita.it

referente esterno: **Pierluigi Morosini** morosini@iss.it

accordo con Iss - Cnesps



salute mentale

organizzazione di “seminari per la promozione della salute mentale”

referente Ccm: **Guido Ditta** gv.ditta@sanita.it

accordo con Global Business Agency

sperimentazione di un sistema nazionale di sorveglianza di disturbi mentali di particolare rilevanza per la salute pubblica

referente Ccm: **Teresa Di Fiandra** t.difiandra@sanita.it

referente esterno: **Pierluigi Morosini** morosini@iss.it

accordo con Iss



salute sul lavoro

consolidamento e sostegno del sistema di sorveglianza degli infortuni mortali sul lavoro

referente Ccm: **Maurizio Di Giorgio** m.digiorgio@sanita.it

referente esterno: **Sergio Perticaroli** sergio.perticaroli@ispesl.it

accordo con Ispesl

infortuni mortali sul lavoro - costruzione di un sistema di sorveglianza

referente Ccm: **Giancarlo Marano** g.marano@sanita.it

referente esterno: **Giuseppe Campo** giuseppe.campo@ispesl.it

accordo con Ispesl

promozione e diffusione di interventi di provata efficacia per la prevenzione degli infortuni sul lavoro

referente Ccm: **Giancarlo Marano** g.marano@sanita.it

referente esterno: **Alberto Baldasseroni** alberto.baldasseroni@asf.toscana.it

accordo con Asl 10 Firenze

realizzazione di un sistema informativo integrato per la sorveglianza degli infortuni da lavoro

referente Ccm: **Giancarlo Marano** g.marano@sanita.it

referente esterno: **Antonella Bena** antonella.bena@epi.piemonte.it

accordo con Piemonte



screening oncologici

attività di supporto alle Regioni meridionali e isole per migliorare la disponibilità dei programmi di screening e facilitare l'adesione dei cittadini

referente Ccm: **Antonio Federici** a.federici@sanita.it

referente esterno: **Giuseppe Montagano** gimontag@regione.basilicata.it

accordo con Basilicata

progettazione, realizzazione e gestione del sito web Ccm-area programmi di screening

referente Ccm: **Antonio Federici** a.federici@sanita.it

referente esterno: **Marco Zappa** m.zappa@cspo.it

accordo con Cspo Firenze

sicurezza delle acque

creazione di un osservatorio per il miglioramento del sistema di monitoraggio dei dati per valutare i rischi sanitari delle patologie associate a consumo e utilizzo di acque

referente Ccm: **Liana Gramaccioni** l.gramaccioni@sanita.it

referente esterno: **Enzo Funari** funari@iss.it

accordo con Iss - Dacpp e Poligrafico

sorveglianza sindromica

sperimentazione di un sistema di sorveglianza delle sindromi indicative di condizioni emergenziali presso i Ps e i Cav

referente Ccm: **Loredana Vellucci** l.vellucci@sanita.it

referenti esterni:
Iss - Cneps **Laura Settimi** settimi@iss.it
Asp Lazio **Gabriella Guasticchi** guasticchi@asplazio.it

accordo con Iss - Cneps e Asp Lazio

sostanze pericolose

recepimento del regolamento Reach

referente Ccm: **Pietro Pistolese** p.pistolese@sanita.it

referente esterno: **Roberto Binetti** roberto.binetti@iss.it

accordo con Iss - Dacpp

sostegno alle Regioni

sostegno alle Regioni nel coordinamento delle attività di risposta alle emergenze, avvio e monitoraggio dei piani di prevenzione e attuazione dei progetti del Ccm

referente Ccm: **Giovanni Nicoletti** g.nicoletti@sanita.it

accordo con Regioni

tossicodipendenze

nuovi comportamenti di consumo: prevenzione e riduzione rischi

referente Ccm: **Pietro Canuzzi** p.canuzzi@sanita.it

referente esterno: **Mila Ferri** miferri@regione.emilia-romagna.it

accordo con Emilia Romagna

supporto tecnico allo sviluppo dei sistemi regionali per le dipendenze nel quadro del nuovo Sistema informativo nazionale sulle dipendenze (Sind)

referente Ccm: **Teresa Di Fiandra** t.difiandra@sanita.it

referente esterno: **Fabio Mariani** marifa@ifc.cnr.it

accordo con Ifc - Cnr

utilizzo della strategia di prevenzione di comunità nel settore delle sostanze d'abuso

referente Ccm: **Teresa Di Fiandra** t.difiandra@sanita.it

referente esterno: **Arcangelo Alfano** arcangelo.alfano@regione.toscana.it

accordo con Toscana

tubercolosi



epidemiologia e sorveglianza di laboratorio della tubercolosi e delle resistenze ai farmaci antitubercolari

referente Ccm: **Stefania D'Amato** st.damato@sanita.it

referenti esterni:

Iss - Dmipi **Antonio Cassone** cassone@iss.it
Asr Emilia Romagna **Maria Luisa Moro** MI Moro@Regione.Emilia-Romagna.it

accordo con Iss - Dmipi (sorveglianza di laboratorio)
e Asr Emilia Romagna (sorveglianza epidemiologica)

tumori



campagna informativa di prevenzione dei tumori nei luoghi di lavoro

referente Ccm: **Donato Greco** d.greco@sanita.it

referente esterno: **Umberto Sacerdote** umberto.sacerdote@ispesl.it

accordo con Ispesl

rinforzo dei registri tumori

referente Ccm: **Lorenzo Spizzichino** l.spizzichino@sanita.it

referente esterno: **Eugenio Paci** e.paci@cspo.it

accordo con Airt

vaccini



realizzazione di una cochrane vaccine library

referente Ccm: **Giuseppe Salamina** g.salamina@sanita.it

referente esterno: **Carlo Pietrantoni** dipietrantonjcarlo@asl20.piemonte.it

accordo con Piemonte

zoonosi



sorveglianza delle zoonosi in ambito veterinario e integrazione con le attività esistenti in ambito medico

referente Ccm: **Pasquale Salcuni** p.salcuni@sanita.it

referenti esterni:

Iss - Cnesps **Marta Ciofi degli Atti** ciofi@iss.it
Iss - Dsaa **Alfredo Caprioli** a.caprio@iss.it
Izs Venezia **Antonia Ricci** aricci@izsvenezie.it
Izs Abruzzo e Molise **Daniela Morelli** d.morelli@izs.it
Izs Lazio e Toscana **Antonio Battisti** abattisti@rm.izs.it

accordo con Iss - Cnesps, Iss - Dsaa, Izs Venezia, Izs Abruzzo e Molise, Izs Lazio e Toscana

Finito di stampare nel mese di ottobre 2007
presso la tipografia Iacobelli srl - Pavona (Roma)

