



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 21/12/2006

=====

ADDI' 21/12/2006 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARAZZO	Pietro	Presidente	MANDARELLI	Alessandra	Assessore
		Vice			
POMPILI	Massimo	Presidente	MICHELANGELO	Mario	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	NIERI	Luigi	"
BATTAGLIA	Augusto	"	RANUCCI	Raffaele	"
BRACHETTI	Regino	"	RODANO	Ciulia	"
CIANI	Fabio	"	TIBALDI	Alessandra	"
COSTA	Silvia	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPI

***** OMISSIS

ASSENTI: MARAZZO - DE ANGELIS - TIBALDI - VALENTINI - ZARATTI

DELIBERAZIONE N. 919

Oggetto:

Istituzione della Struttura di interfaccia regionale con il Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM).
Direttive al Direttore Generale dell'ASL RME.

919 21 DIC. 2006

llg

OGGETTO: Istituzione della struttura di interfaccia regionale con il Centro per la prevenzione e il controllo della malattie (CCM). Direttive al Direttore Generale dell'ASL RME.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

VISTA la legge costituzionale "Modifica alla parte II della Costituzione" pubblicata sulla G.U. del 18 novembre 2005 n.269 che all'art.39 "Modifiche all'art.117 della Costituzione" comma 4, recita:

- Spetta alle regioni la potestà legislativa esclusiva nelle seguenti materie: a) Assistenza e organizzazione sanitaria -

VISTA la L.138 del 26 maggio 2004 che istituisce, presso il Ministero della Salute, il Centro per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) per garantire il coordinamento con le Regioni dei sistemi di sorveglianza su stili di vita e per attivare progetti di prevenzione attiva e di promozione della salute;

VISTA l'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 che ha approvato il Piano di prevenzione 2005 -2007 ed assegna al CCM funzioni di coordinamento e di verifica dei piani regionali di prevenzione;

VISTO il "Documento quadro" approvato dalla Conferenza degli Assessori regionali alla sanità nella seduta del 18.10.2006, recante le linee generali di indirizzo per la realizzazione di un Progetto per il "Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le Regioni e le Province Autonome e il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie", da realizzarsi con apposito finanziamento del Ministero della salute - CCM;

RILEVATO che il CCM opera attraverso la costruzione di reti cooperative finalizzate alla conduzione di progetti per migliorare la sorveglianza epidemiologica, e che la realizzazione delle attività assegnate al CCM comporta la necessità di una interlocuzione sistematica con le Regioni, attraverso una apposita struttura regionale di interfaccia;



919 21 DIC. 2006 *dy*

CONSIDERATO di dover attivare le funzioni del CCM nella Regione Lazio quali funzioni regionali proprie dell'Assessorato alla Sanità inserite nella Direzione Regionale Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale, come definito nel documento allegato "Sostegno alle funzioni di interfaccia tra Regioni e CCM" che forma parte integrante della presente deliberazione;

CONSIDERATO che presso la Direzione regionale TSSSR non vi sono al momento le professionalità e le competenze mediche necessarie per realizzare tali complesse funzioni di sanità pubblica, prevenzione ed epidemiologia;

VISTA la L.R. del 1° settembre 1999 n.16 "Istituzione dell'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio (ASP)";

VALUTATA pertanto la impossibilità di realizzare tali funzioni regionali esclusivamente nell'ambito della Direzione regionale TSSSR considerata l'organizzazione e la struttura della Regione Lazio che prevede che l'Agenzia LazioSanità - ASP assolva alle funzioni di supporto tecnico scientifico dell'Assessorato alla sanità;

VISTA la DGR del 16 maggio 2006 n.290 " Direttive per lo svolgimento delle attività di epidemiologia del SSR" che riconosce, per un periodo di cinque anni, il Dipartimento di Epidemiologia della Azienda USL Roma E, struttura regionale di riferimento per l'attività di epidemiologia, così come definita dall'art. 5 della L.R. 16/99;

VISTA la Determinazione del 26 settembre 2006 D2783 "Riorganizzazione Dipartimento di Epidemiologia ai sensi della D.G.R. 290/16.05.2006 - Modifica ed integrazione Atto Aziendale U.S.L. Roma E. Rideterminazione Pianta Organica Dipartimento Epidemiologia - PRESA ATTO";

RITENUTO pertanto opportuno avvalersi di tale Dipartimento per le funzioni di epidemiologia e di sanità pubblica da questo esercitata quale supporto alle funzioni della struttura regionale di collegamento con il CCM;

VALUTATA l'opportunità di una collaborazione con l'Agenzia LazioSanità - ASP per quanto attiene ai sistemi informativi sanitari regionali ed eventuali attività di sanità pubblica da questa esercitata;

CONSIDERATA la necessità di attribuire la direzione delle funzioni della struttura di collegamento con il CCM ad un medico dell'area igiene, epidemiologia e sanità pubblica già titolare di struttura complessa in tale area da almeno 5 anni e con un curriculum di comprovata esperienza in tale area cui deve essere attribuito il trattamento economico complessivo, comprensivo della posizione aziendale e di risultato, in godimento presso la struttura di provenienza, ove più favorevole;

CONSIDERATA la possibilità di utilizzare l'istituto del comando e della mobilità interaziendale per specifiche professionalità tecniche ed amministrative della Regione, dell'Agenzia Laziosanità - ASP e di altre ASL, dando mandato al Direttore Regionale TSSSR di modificare, con propria determinazione, la pianta organica del Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL RME;



919 21 DIC. 2006 *du*

ATTESO che il Ministero della Salute ha indicato la data del 31 dicembre 2006 come data entro la quale deve essere indicata la struttura regionale che assolve le funzioni di interfaccia con il CCM;

RITENUTO che, al fine di rispettare i tempi previsti dal Ministero della Salute, per gli adempimenti da parte delle Regioni, la struttura regionale che assolve le funzioni di interfaccia con il CCM, debba essere istituita con una procedura che garantisca la trasparenza, ma che possa essere effettuata in tempi rapidi;

RITENUTO, pertanto, che il Direttore ed il personale della struttura regionale che assolve le funzioni di interfaccia con il CCM debba essere reperito, previa selezione, effettuata congiuntamente dal Direttore della Direzione Regionale TSSSR, dal Direttore sanitario dell'ASL RME, dal Direttore del Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL RME, in base a procedure definite dal Direttore Regionale TSSSR con propria determinazione ed attivate dall'ASL RME;

VISTO il documento del Ministero della salute "Sostegno alle funzioni di interfaccia tra Regioni e CCM" che nella tabella 2 indica l'assegnazione alla Regione scrivente della somma di Euro 542.543,00 che costituisce parte integrante del presente atto;

PRESO ATTO che, ai fini della erogazione del finanziamento, è richiesta la predisposizione di uno specifico Progetto regionale;

ATTESO, altresì, che l'allegato prevede anche la erogazione di una prima quota, pari al 25% di detto finanziamento, contestualmente alla presentazione al Ministero della salute di un apposito Atto di adesione al Progetto;

CONSIDERATA l'opportunità che tali finanziamenti vengano erogati alla ASL RME, vincolati alle attività della Struttura di interfaccia con il CCM, ed attribuiti allo stesso;

VALUTATO che il Direttore Generale dell'ASL RME possa trovare la più opportuna allocazione organizzativa di tale struttura di collegamento in ambito aziendale;

VISTE le DDGRR n. 728 del 4 agosto 2005 e n.1176 del 23 dicembre 2005 che hanno approvato i piani regionali di prevenzione, che rientrano tra le attività coordinate dal CCM;

RITENUTO che la Struttura di interfaccia con il CCM, nell'ambito dell'ASL RME, debba essere costituita utilizzando personale del ruolo della dirigenza sanitaria, tecnica e professionale del servizio sanitario della regione Lazio e di altre Regioni, sulla base di curricula che attestino la specifica competenza in materia;

RITENUTO pertanto che, mediante la stipula di appositi protocolli e previo formale assenso dei diretti interessati, personale dipendente operante nell'ambito del servizio sanitario regionale (nella dizione personale dipendente si intendono ricomprese tutte le fattispecie di rapporto di lavoro, compreso quindi il personale comandato, a contratto, ecc.), possa essere assegnato alla Struttura di interfaccia con il CCM dell'ASL RME;

VALUTATO che al personale della Struttura di interfaccia con il CCM, deve essere attribuito il trattamento economico complessivo, comprensivo della posizione aziendale e del risultato, in godimento presso la struttura di provenienza, ove più favorevole;



919 21 DIC. 2006

LM

RITENUTO che il presente atto non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali;

All'unanimità

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che si intendono integralmente recepite:

Di aderire alle linee generali del Ministero della Salute "Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le Regioni e il CCCM", impegnandosi sin d'ora a conseguire gli obiettivi, secondo le indicazioni stabilite in tale documento che è parte integrante di questo atto, e quelle ulteriori che verranno concordate in corso d'opera tra il Ministero della salute e le Regioni e Province Autonome;

Di istituire la Struttura regionale di interfaccia con il CCM avvalendosi del Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL RM E;

Di impiegare le risorse erogate dal Ministero per attività e/o acquisti realizzati direttamente dalla Amministrazione regionale, ovvero da Aziende USL afferenti al territorio della Regione, o da altro Ente pubblico della rete regionale specificamente previsto dal Progetto;

Di attribuire alla Struttura regionale di interfaccia con il CCM, la realizzazione dei piani regionali di prevenzione approvati dalle DDGRR n. 728 del 4 agosto 2005 e n.1176 del 23 dicembre 2005;

Di dare mandato al Direttore Regionale TSSSR di:

- modificare, con propria determinazione, la pianta organica del Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL RME, come da D.G.R. n.290 del 16.5.2006;
- definire, con propria determinazione le procedure per il reclutamento del Direttore e del personale del CCMR;
- designare quale Referente del Progetto per il Ministero della salute il medico responsabile della Struttura di interfaccia con il CCM, unità operativa complessa, che si avvale del Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL Roma E;

Di dare mandato al Direttore Generale della ASL RME di:

- stipulare la prevista convenzione con il CCM del Ministero della Salute;
- organizzare la Struttura regionale di interfaccia avvalendosi del Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL RM E;
- vincolare alle attività della Struttura di interfaccia regionale i fondi che il Ministero della Salute erogherà per tale scopo;
- definire protocolli per l'assegnazione di personale della dirigenza sanitaria, tecnica e professionale del servizio sanitario della Regione Lazio o di altre Regioni, con specifico incarico a tempo;
- attivare le procedure per il reclutamento del personale da assegnare alla Struttura di interfaccia con il CCM;



919 21 DIC. 2006

ll

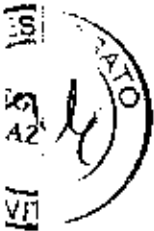
- produrre, su richiesta del Ministero della salute, una idonea rendicontazione sull'utilizzo delle somme relative al finanziamento del progetto
- presentare entro 90 gg. dalla data del presente Atto, un idoneo Progetto esecutivo di realizzazione delle attività regionali, redatto secondo le indicazioni del Ministero della salute;
- stabilire un termine di mesi ventiquattro per il completamento delle attività previste dai progetti regionali, decorrenti dalla data del presente Atto,
- trasmettere al Ministero della salute, ai fini del monitoraggio dell'avanzamento del Progetto, una relazione tecnica semestrale e una finanziaria annuale.



"ccm sostegno.pdf"

IL VICE PRESIDENTE: F.to Massimo POMPLI
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZOPE

29 DIC 2006





Ministero della Salute

Sostegno alle funzioni di interfaccia tra Regioni e CCM

Nell'attuale quadro del Servizio Sanitario Nazionale, caratterizzato dalla regionalizzazione e dal decentramento delle decisioni, le esigenze di coordinamento sono progressivamente aumentate. Queste sono diventate sempre più impellenti date le minacce per la salute pubblica costituite da agenti trasmissibili emergenti, come virus influenzali mutati, o agenti chimici utilizzabili a scopi terroristici che impongono la costruzione di sistemi di allerta e la preparazione di risposte rapide, organizzate e integrate su tutto il territorio nazionale. A queste emergenze si aggiungono i gravi problemi di salute conseguenti a stili di vita non corretti che comportano l'aumento di rischio cardiovascolare e oncologico. Per la gestione di questi rischi è indispensabile affiancare, accanto all'iniziativa regionale, una funzione centrale di promozione, supporto e coordinamento.

Con l'accordo Stato-Regioni del 6 Aprile 2004, si è data particolare attenzione ad alcuni obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, e per la prima volta si è introdotto il concetto di prevenzione attiva della patologia cardiovascolare, delle complicanze del diabete, dei tumori mediante screening oncologici e delle malattie infettive attraverso le vaccinazioni.


E' in questo contesto che, con la Legge 138 del 26 maggio 2004, è nato il *Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM)*, per garantire il coordinamento con le Regioni dei sistemi di sorveglianza, di allerta e risposta rapida ad eventi acuti e per sviluppare sistemi di sorveglianza su stili di vita, assieme a progetti di promozione della salute. Il CCM non è una nuova struttura di salute pubblica, ma un organismo di coordinamento che opera attraverso la costruzione di reti cooperative finalizzate alla conduzione di progetti per migliorare la sorveglianza e l'*intelligence*. A questo scopo la copertura finanziaria del CCM è assicurata dai fondi del Bilancio dello Stato (art. 2, legge 138/04), che costituiscono quindi risorse aggiuntive rispetto a quelle che il Fondo Sanitario Nazionale mette a disposizione delle Regioni per garantire l'operatività del Servizio Sanitario Nazionale. Il finanziamento sia dei progetti che del funzionamento del CCM è pari a 32.650.000 euro per il 2004, 25.450.000 euro per il 2005 e 31.900.000 euro a decorrere dal 2006.

Col programma 2004 (DM 16 dicembre 2004), sono stati definiti i seguenti ambiti progettuali: malattie infettive e diffuse, bioterrorismo, incidenti, ambiente e clima, promozione della salute, vaccini e vaccinazioni. Per ogni ambito sono previsti più progetti, per un totale di 32. Tutti i progetti seguono un percorso di formulazione, secondo uno specifico standard della Direzione Operativa, e di successiva approvazione da parte dei Comitati del CCM. Si giunge in tal modo alla stipula delle convenzioni con i diversi partner e all'avvio del processo di monitoraggio, dopo le verifiche previste per legge da parte degli Organi Contabili di Controllo (Ufficio Centrale del Bilancio, Corte dei Conti). Ad oggi, sono stati avviati 20 progetti, con relativi piani di valutazione e convenzioni e altri 5 stanno per essere avviati (vedi tabella 1).

Nell'attività promossa dal CCM si configurano vari filoni riconducibili a tre tipologie fondamentali:



presente allegato e composto da pag. 7

- 
1. la capacità di risposta tempestiva e qualificata a emergenze di Salute Pubblica; la conduzione di programmi di prevenzione attiva nell'ambito della:
 2. sorveglianza e prevenzione attiva nel campo degli stili di vita e malattie croniche
 3. sorveglianza e prevenzione in campo oncologico

All'interno di queste tre tipologie, il CCM sostiene e coordina programmi nazionali di dimostrata efficacia, progetti innovativi e centri di eccellenza. L'azione del CCM tende a favorire la creazione di sinergie tra le diverse iniziative regionali, attraverso l'identificazione delle migliori esperienze, purché riproducibili, in modo da favorire la condivisione di obiettivi e strumenti tra le varie realtà regionali.

Con i progetti CCM, le Regioni sono chiamate a:

- partecipare a sorveglianze nazionali, già richieste per compiti istituzionali;
- fornire la propria disponibilità a partecipare a interventi prototipali;
- esportare le proprie competenze e i propri modelli operativi, valorizzando in questo modo le esperienze maturate nelle singole regioni;
- predisporre sistemi di risposta adeguata ad eventi acuti in collaborazione con gli interlocutori competenti.

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è stato varato il Piano Nazionale della Prevenzione per il triennio 2005-2007, i cui ambiti (la prevenzione della patologia cardiovascolare, inclusa quella delle complicanze del diabete e dell'obesità, gli screening oncologici, le vaccinazioni e la prevenzione degli incidenti) coincidono con una parte del programma 2004 del CCM. Con questa intesa le Regioni si sono impegnate a perseguire obiettivi specifici di prevenzione, il cui raggiungimento consente di accedere al conguaglio del 5% del fondo sanitario, messo a disposizione per ciascuna regione. Per la prima volta le Regioni, attraverso l'elaborazione di specifici Piani Regionali di Prevenzione, come previsto dall'Intesa, sono state chiamate a programmare e documentare gli impegni assunti in materia di prevenzione. L'intesa assegna al CCM funzioni di coordinamento e di verifica dei Piani Regionali di Prevenzione, affidandogli i seguenti compiti:

- definizione di linee operative per la stesura dei Piani Regionali;
- assistenza tecnica alle Regioni;
- definizione dei cronoprogrammi di attività dei Piani;
- certificazione dell'attuazione dei Piani.

L'Intesa delinea pertanto un percorso di condivisione tra CCM e Regioni nell'attuazione dei Piani Regionali di Prevenzione, in una logica di sviluppo dei Piani stessi.

In conclusione, attraverso i Piani di Prevenzione e i progetti del CCM, le Regioni sono fortemente impegnate sia nella realizzazione di attività di sorveglianza e di promozione della salute che nella predisposizione di soluzioni organizzative per affrontare emergenze di salute pubblica. Per questo, nel programma 2005, recentemente approvato dal Comitato Strategico del CCM, oltre al finanziamento di alcune linee progettuali nuove o in continuità con quelle del 2004, è stata inserita la previsione di un finanziamento di 8 milioni di euro a sostegno delle funzioni di interfaccia tra Regioni e CCM. Tale finanziamento costituirà un elemento strutturale e continuativo delle future previsioni di spesa del CCM.

Le funzioni di interfaccia riguardano essenzialmente:

1. la capacità di risposta alle emergenze di Salute Pubblica;
2. la programmazione, il monitoraggio e la valutazione dei Piani Regionali di Prevenzione e dei progetti del CCM.

In Regione, chi svilupperà tali funzioni di interfaccia dovrà:

- avere competenze istituzionali e professionali di Sanità Pubblica;
- essere inserito nella rete funzionale della prevenzione;
- essere in stretta connessione operativa con le strutture aziendali di prevenzione.

Fino ad ora il raccordo tra il CCM e le Regioni è stato rappresentato unicamente dal Comitato Tecnico che include esperti epidemiologi regionali (art. 4, comma 1 del DM 1 luglio 2004). Tuttavia, questa soluzione si è rivelata nel complesso poco adeguata, perché i membri del Comitato Tecnico di nomina regionale da un lato spesso non riescono a sostenere il carico di lavoro richiesto dalla partecipazione alle attività pianificate dal CCM e dall'altro non sempre sono pienamente inseriti nell'apparato istituzionale della Regione di appartenenza. Sarebbe pertanto auspicabile che i rappresentanti regionali del Comitato Tecnico siano in stretta integrazione con le funzioni di interfaccia. Queste dovrebbero essere formalizzate con apposito mandato istituzionale, ad esempio mediante delibera regionale, in cui siano definite sia le funzioni che le destinazioni dei fondi assegnati dal CCM.

E' compito del referente regionale :

- programmare le azioni nell'ambito dei singoli Piani in modo condiviso e partecipato con i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, tenendo conto della programmazione regionale complessiva da un lato e degli obiettivi individuati nel PSN e nel Piano della Prevenzione Attiva
- articolare le suddette azioni in specifici cronoprogrammi, condivisi con le ASL
- garantire il rispetto degli stessi, attraverso un costante monitoraggio delle diverse azioni, favorendo al massimo il superamento delle criticità che via via dovessero insorgere
- valutare il raggiungimento dei diversi obiettivi specifici individuati in seno ai singoli progetti del Piano
- produrre le specifiche rendicontazioni al CCM secondo i tempi concordati

Qualora il referente regionale per il CCM coincida con il referente in seno al Coordinamento interregionale della prevenzione spetterà al referente a costui anche la definizione delle modalità di attribuzione dei fondi.

1. Allegato 1 - Programma CCM 2005: sostegno alle funzioni di interfaccia tra Regioni e CCM

Linee guida per redazione del documento da allegare alla convenzione con il CCM per l'utilizzo dei fondi aggiuntivi CCM

1. descrizione del contesto regionale;

in via preliminare, occorre dare una descrizione dell'assetto esistente a livello regionale in termini di risorse organizzative e professionali disponibili per garantire, in raccordo con il CCM, l'aggiornamento, la revisione e la valutazione di:

- piani per le emergenze di Salute Pubblica, finalizzati non solo alle emergenze "straordinarie", ad esempio attacchi terroristici, diffusione di nuovi agenti biologici trasmissibili, ecc.; ma anche a quelle "ordinarie", ad esempio tossinfezioni alimentari, rilascio accidentale di agenti chimici, ecc.;
- Piani Regionali di Prevenzione, ai sensi dell'intesa del 23 marzo 2005;
- progetti del CCM

A partire dall'analisi degli assetti esistenti e considerando le caratteristiche sopra riportate, dovrà essere indicata la/le struttura/e regionale/i presso cui verranno attivate le funzioni di interfaccia con il CCM, mediante delibera regionale.

2. definizione delle funzioni di interfaccia tra Regioni e CCM;

2.1 *Capacità di risposta alle emergenze di Salute Pubblica*

Le emergenze di Salute Pubblica vanno intese come eventi correlabili alla diffusione naturale, accidentale o intenzionale di agenti biologici, chimici o fisici, che possono costituire un pericolo per la comunità.

Per assicurare una risposta qualificata alle emergenze di Salute Pubblica, è necessario che le Regioni garantiscano un'adeguata operatività locale, in stretto coordinamento tra di loro e con il CCM, sviluppando la capacità di:

- 1) raccogliere tempestivamente informazioni relative alle possibili emergenze di Salute Pubblica;
- 2) analizzare e interpretare gli andamenti nel tempo e nello spazio dei dati raccolti;
- 3) gestire le informazioni raccolte, organizzando risorse professionali in grado di effettuare attività di *intelligence*, costituita da rapide valutazioni del rischio per la comunità, svolte anche mediante indagini di campo e appropriate indagini diagnostiche;
- 4) predisporre una gradualità di risposta a seconda dei livelli di rischio per la comunità, prevedendone almeno quattro: attenzione, allerta, allarme, emergenza;
- 5) approntare la logistica per la fornitura, lo stoccaggio e la distribuzione di presidi quali: dispositivi di protezione individuale, vaccini e farmaci, ecc.;
- 6) approntare una struttura di allerta che agisca in H24/7, con adeguato supporto informatico e telematico;
- 7) prevedere il rinforzo dell'*expertise* professionale: diagnostica (formazione, dotazioni strumentali, ecc.); epidemiologica (formazione in epidemiologia di campo); organizzativa (gestione della crisi);
- 8) comunicare il rischio reale e percepito a vari target.

2.2 *Programmazione, monitoraggio e valutazione dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP) e dei progetti del CCM*

Nello spirito dell'intesa del 23 marzo 2005, è compito del CCM garantire equità nel raggiungimento degli obiettivi di salute, al fine di promuovere il

riallineamento tra le Regioni in materia di prevenzione attiva. Pertanto, per quanto riguarda i PRP, la funzione di interfaccia tra CCM e Regione deve realizzarsi attraverso:

- 1) la partecipazione attiva all'elaborazione del PRP, in un processo di condivisione degli obiettivi, tarato sulle attività già avviate e sulle risorse locali (organizzative, professionali e strumentali);
- 2) la definizione di un piano di monitoraggio e valutazione dei PRP, attraverso la chiara definizione di indicatori di processo e di risultato, in una logica di sviluppo e condivisione, ai fini della certificazione da parte del CCM (art. 4, lettera e, dell'Intesa);

In questo caso, la funzione di supporto, per ciò che riguarda la realizzazione dei vari progetti del CCM, potrà essere di vario grado, a secondo della tipologia del progetto. La funzione può essere di:

- 1) supporto generico: nel caso di progetti innovativi (ad esempio MICRONET - sorveglianza microbiologica basata sui laboratori di analisi, Piano Nazionale Radon, rinforzo Registri Tumori, ecc.); per questi, laddove non esistano esperienze precedenti o attività già avviate, potrebbe essere sufficiente garantire un coordinamento minimo, ad esempio:
 - identificazione di partner adeguati (referenti tecnici presso gli Assessorati, Servizi Sanitari o Laboratori disponibili all'interno dell'ASL, ecc.);
 - attenzione al monitoraggio dei progetti nella loro attuazione;
 - valorizzazione e/o pubblicazione dei risultati del progetto all'interno della Regione;
- 2) coinvolgimento attivo in progetti del CCM che sono di sostegno ad attività istituzionali, come nel caso dei progetti di sorveglianza (ad esempio zoonosi, malattie prevenibili da vaccino, revisione del sistema di notifica delle malattie infettive, ecc.).

3. definizione della modalità di spesa e delle destinazioni dei fondi aggiuntivi del CCM; L'intervento a sostegno delle funzioni di interfaccia tra Regioni e CCM si avvale di uno specifico finanziamento proveniente dal fondo annuale CCM. Questo sostegno è negoziato e personalizzato ed è vincolato a programmi condivisi.

Il sostegno del CCM si ispira a un criterio di flessibilità ed adotta una logica di consolidamento e sviluppo che tiene conto del differente livello organizzativo delle realtà regionali. Esso mira, in alcuni casi, a consolidare funzioni in strutture già solide, in altri invece a favorire lo sviluppo di situazioni di particolare debolezza, rappresentate dalla scarsità di risorse umane, da precarietà organizzativa, scarso collegamento con le realtà territoriali, ecc. Anche le modalità di realizzazione del rapporto di convenzione possono diversificarsi a secondo delle indicazioni suggerite dalla Regione.

Il fondo economico per il sostegno sarà ripartito nel seguente modo:

- una quota fissa di 200.000 euro a ciascuna Regione o Provincia autonoma (per un totale di 4.200.000 euro)
- una quota variabile in base alla popolazione residente (per un totale di 3.800.000 euro). Vedi tabella 2.

Il finanziamento sarà erogato con rateazione scaglionata nel tempo (50% all'inizio, 40% dopo 6 mesi e il restante 10% al 12° mese), vincolandolo alla rendicontazione periodica, relativa alla realizzazione delle funzioni previste. Deve essere perciò concordato con il CCM un piano di attività per la realizzazione di tali funzioni, in cui

siano riportati obiettivi e indicatori di processo e risultato, allo scopo di monitorarne il processo di costruzione e consentire una valutazione dei risultati raggiunti in itinere e finale.

Tabella 2

Ipotesi di riparto finanziamento per lo sviluppo della funzione di raccordo tra CCM e Regioni				
	Popolazione	fisso	riparto del residuo per quota capitaria	totale
Valle d'Aosta	122.868	200.000	7.986	207.986
Molise	321.953	200.000	20.927	220.927
Bolzano	477.067	200.000	31.009	231.009
Trento	497.546	200.000	32.340	232.340
Basilicata	596.546	200.000	38.775	238.775
Umbria	858.938	200.000	55.830	255.830
Friuli V.G.	1.204.718	200.000	78.306	278.306
Abruzzo	1.299.272	200.000	84.451	284.451
Marche	1.518.780	200.000	98.719	298.719
Liguria	1.592.309	200.000	103.499	303.499
Sardegna	1.650.052	200.000	107.252	307.252
Calabria	2.009.268	200.000	130.601	330.601
Toscana	3.598.269	200.000	233.884	433.884
Puglia	4.068.167	200.000	264.427	464.427
Emilia Romagna	4.151.369	200.000	269.835	469.835
Piemonte	4.330.172	200.000	281.457	481.457
Veneto	4.699.950	200.000	305.492	505.492
Sicilia	5.013.081	200.000	325.846	525.846
Lazio	5.269.972	200.000	342.543	542.543
Campania	5.788.986	200.000	376.279	576.279
Lombardia	9.393.092	200.000	610.542	810.542
totale	58.462.375	4.200.000	3.800.000	8.000.000

