



*Ministero della Salute*



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

**PROGRAMMA 2021**

# Programma 2021

## 1. INTRODUZIONE

### 1. a) Le attività del CCM

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

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

Come previsto dal citato DM 18 settembre 2008, le attività che il CCM è chiamato a svolgere sono: l'analisi dei rischi per la salute, la verifica con le Regioni dei piani di sorveglianza e di prevenzione attiva, il supporto ai sistemi nazionali di allerta e risposta rapida anche con riferimento al bioterrorismo, il disegno di programmi - anche a carattere di sperimentazione gestionale - di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, la promozione di programmi di valutazione della performance sanitaria, la promozione dell'aggiornamento e della formazione del personale, funzionale all'attuazione del programma annuale di attività, il collegamento con altre realtà istituzionali e con altre realtà analoghe europee e internazionali, la diffusione delle informazioni.

Nell'ambito di tale attività il CCM supporta il Ministero della Salute anche nell'analisi del quadro epidemiologico, nell'identificazione e valutazione dei rischi per la salute umana derivanti da agenti infettivi, da condizioni ambientali e da fattori comportamentali, nell'individuazione delle misure di prevenzione e dei percorsi di continuità assistenziale e d'integrazione socio-sanitaria nonché nella verifica dell'attuazione dei piani nazionali di sorveglianza e di prevenzione. Il CCM, dalla sua nascita a oggi, si è sempre più orientato ad un approccio globale ai temi della prevenzione delle malattie e della tutela della salute, attraverso una strategia mirata a contemperare le esigenze che nascono da un approccio scientifico e, quindi, anche settoriale ai problemi con quelle "di sistema" e, cioè, di sostenibilità istituzionale, organizzativa ed economica.

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

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

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

## **1. b) Enti partner**

Il CCM è stato istituito al fine di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffuse, nonché al bioterrorismo. Il DM 18 settembre 2008, recante la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento del Centro, specifica le attività che il CCM è chiamato a svolgere. Dette attività si traducono in progetti direttamente applicabili e trasferibili sul territorio e che necessitano, pertanto, di un forte coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni, le quali, costituzionalmente, governano il Sistema Sanitario nei propri ambiti territoriali e hanno la necessità di avere piena contezza degli interventi posti in essere sui propri territori, anche al fine di evitare possibili duplicazioni. L'esperienza maturata nei primi anni di attività ha mostrato come per rispondere efficacemente al ruolo di organismo di coordinamento tra il Ministero e le Regioni, individuato dalla norma, sia opportuno creare una stretta sinergia con le Regioni e con gli Enti centrali, in modo tale che il CCM possa effettivamente assicurare su tutto il territorio le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze. A partire dal programma 2009, si è pertanto ritenuto opportuno intensificare il rapporto tra Ministero, Regioni ed Enti centrali, coinvolgendo questi ultimi direttamente in un processo di selezione degli interventi. Ogni soggetto individuato dalla legge istitutiva del CCM può, di fatto, partecipare alla realizzazione dei progetti come unità operativa, nel rispetto della normativa vigente, ma dietro avallo della Regione competente. Ciò ha consentito di ridurre la realizzazione di microprogetti e di attuare delle proposte che vedono il coinvolgimento di più Regioni le quali, attraverso un processo di *networking*, esportano in contesti differenti modelli prototipali *evidence based*, che possono in futuro integrarsi nel Sistema Sanitario Regionale e/o Nazionale. Tale aspetto è molto importante ed è ciò che, di fatto, diversifica il CCM, rendendolo in qualche modo unico nel panorama sanitario, poiché è chiamato ad attuare progetti che non siano di ricerca bensì efficaci modelli di intervento già sperimentati, basati su evidenze scientifiche. Ciò circoscrive e seleziona naturalmente gli Enti che, anche come unità operative, possono partecipare ai progetti e conferma la necessità di individuare, quali Enti partner, quelle strutture sanitarie che hanno la possibilità di “controllare” il territorio e di tradurre in cornici istituzionali gli interventi realizzati, ovvero le Regioni e gli Enti centrali. Gli Enti partner chiamati a presentare proposte di progetto sono dunque: le Regioni e Province autonome, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

## **2. Finalità e impianto del programma 2021 e relativo finanziamento (tabella 1)**

### **Premessa**

Come noto il corrente anno, così come il precedente 2020, sono stati caratterizzati dalla emergenza sanitaria determinata dalla diffusione in tutto il mondo del nuovo virus Sars-Cov-2.

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

21 aprile 2021 e il decreto-legge 22 aprile 2021, n.52, recante “Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19”, ha previsto una ulteriore proroga dello stato di emergenza sul territorio nazionale sino al 31 luglio 2021. Infine, il Decreto-legge del 23 luglio 2021, n. 105 ha previsto una ulteriore proroga dello stato di emergenza sul territorio nazionale sino al 31 dicembre 2021.

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

In coerenza con la finalità del CCM di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffuse, nonché al bioterrorismo, il programma CCM 2020 è stato prevalentemente orientato ad attuare interventi mirati ad affrontare e superare alcune criticità nel sistema Paese emerse nei primi mesi dell'esperienza emergenziale.

Peraltro, anche il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, adottato con Intesa Stato-Regioni il 6 agosto 2020, è stato definito tenendo conto delle nuove esigenze derivanti dalla pandemia da SARS-COV2, che ha rimarcato come uomo, animali e ambiente siano fortemente connessi in una relazione di interdipendenza e ha portato alla luce le già note implicazioni dell'equità sulla salute, dal momento che alcune fasce deboli della popolazione (anziani, malati cronici) sono quelle più esposte al rischio di evoluzione grave della patologia.

In considerazione del persistere della situazione emergenziale si ritiene opportuno anche per il corrente anno promuovere interventi mirati a dare risposte e soluzioni concrete finalizzate al superamento dell'emergenza che favoriscano un ritorno alla normalità.

È infatti indubbio che la pandemia, sia in termini di effetti determinati dal virus stesso che da quelli determinati dalle misure adottate per il contenimento della sua diffusione, abbia profondamente cambiato la vita dei cittadini, modificandone radicalmente le proprie abitudini con un impatto importante sulla salute, sia da un punto di vista fisico, ma anche dal punto di vista psicologico e relazionale.

Occorre pertanto avviare sia interventi che, in continuità con il programma 2020, potenzino le attività di sorveglianza e controllo nonché di contenimento della circolazione del virus, sia interventi di prevenzione e promozione della salute a sostegno degli effetti sulla salute correlati al COVID-19.

Per l'attuazione del programma CCM 2021 si conferma la consueta suddivisione in due ambiti operativi: Area Progettuale e Area Azioni Centrali.

Per l'area progettuale si confermano i partner istituzionali del CCM, di cui al precedente punto 1.b), tuttavia alla luce della più volte richiamata emergenza COVID-19 si ritiene opportuno, anche per il corrente anno, utilizzare la procedura del programma 2020, rilevata altamente efficace nel favorire la creazione di network e l'attuazione di interventi comuni sul territorio nazionale.

Si ritiene pertanto di non avviare la consueta procedura di selezione, bensì di facilitare una forte coesione tra tutti gli stakeholder al fine di assicurare, sul fronte emergenziale, l'avvio di esperienze il più condivise possibili e di promuovere l'utilizzo di linguaggi e strumenti comuni nella risposta e nel contrasto all'attuale pandemia.

## AREA PROGETTUALE

Al fine di ottimizzare al meglio le risorse, si ritiene appropriato, per il 2021, prevedere in tale area solo pochi macro-progetti, individuati in coerenza con la *vision* del PNP 2020-2025, per sostenere le azioni che saranno sviluppate attraverso i Piani Regionali della Prevenzione, e volti al superamento del contesto emergenziale.\

### **1. Rafforzamento delle reti per la prevenzione delle malattie prevenibili da vaccino e la promozione delle vaccinazioni a seguito dell'emergenza pandemica COVID-19.**

I vaccini sono tra le tecnologie a maggior valore per il rapporto favorevole tra il loro costo e gli effetti sia diretti sia indiretti delle malattie che permettono di prevenire. In Italia il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2020, prorogato fino a fine 2021, ha garantito una cornice importante per implementare la pratica della prevenzione vaccinale in Italia. Attualmente è in via di definizione il nuovo Piano per gli anni 2022-2025 che avrà il compito di aggiornare l'impianto del precedente Piano sia alla luce delle innovazioni tecnologiche sia dell'esperienza COVID-19.

Proprio l'esperienza COVID-19 ha introdotto importanti novità organizzative attraverso il coinvolgimento di nuovi attori del sistema salute, implementate in modo eterogeneo dalla Regioni, che è necessario censire e analizzare al fine di identificare le buone pratiche da implementare nella pratica corrente non emergenziale a livello nazionale. Inoltre, alla luce di ciò, è necessario rafforzare il coordinamento trasversale tra le regioni e il livello centrale al fine di migliorare la comunicazione inter istituzionale e garantire al cittadino un percorso di presa in carico definito che permetta di promuovere l'adesione consapevole alla vaccinazione in ogni caso.

### **2. Effetti dell'emergenza pandemica COVID-19 sui minori: strategie di prevenzione per il contrasto delle problematiche della salute mentale e delle dipendenze.**

Le caratteristiche della pandemia, quelle delle misure messe in atto per contenerla e la vastità della popolazione interessata, non hanno precedenti negli ultimi 100 anni in Italia e nel mondo occidentale, e rendono difficile prevedere le effettive conseguenze sulla salute mentale e sui comportamenti di dipendenza dei bambini e degli adolescenti, sia nell'immediato che in futuro. In Italia, circa 13 milioni di bambini e adolescenti si sono trovati esposti allo scenario emergenziale SARS-CoV-2 e alle misure che sono state messe in atto per contenerlo, sperimentando cambiamenti sostanziali negli ambienti di vita, nelle routine quotidiane e nelle reti relazionali, educative e sociali che normalmente favoriscono la promozione della salute e la resilienza agli eventi traumatici. Sono circa 7,6 milioni gli alunni italiani che hanno sospeso la frequenza delle lezioni in presenza e le attività educative, sportive, culturali e aggregative di comunità.

I decisori, la comunità, la scuola e i genitori devono poter essere consapevoli dei possibili disagi e rischi specifici per la popolazione in età evolutiva nell'evolvere dello scenario emergenziale SARS-CoV-2, per poter predisporre interventi efficaci, tempestivi e rapidamente rimodulabili nell'immediato e a lungo termine, evitare di amplificare le disuguaglianze sociali e rispettare gli impegni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia. Ai fini preventivi, sarà fondamentale mettere in atto interventi generali a supporto della popolazione minore di età e interventi mirati per i soggetti a maggior rischio e/o in condizioni di fragilità, da rimodulare costantemente in base all'evolvere generale e locale della pandemia. La definizione e l'attuazione degli interventi appropriati per la popolazione generale e per quella a maggior rischio e/o in

condizioni di fragilità deve avvenire in una rete collaborativa tra le istituzioni e i professionisti coinvolti in prima linea nella educazione, nell'assistenza e nella cura dei bambini e degli adolescenti, in modo partecipativo con le famiglie e i soggetti stessi. È necessario quindi un ampio coinvolgimento in ambito educativo e scolastico, sociale e con le diverse realtà dell'ambito sanitario, non solo i servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA), ma anche servizi per le dipendenze patologiche e servizi consultoriali. Particolarmente prezioso ad esempio sviluppare o potenziare modalità che rispondano alle esigenze delle famiglie con bambini piccoli e sostenere genitori e caregiver nel loro ruolo, in particolare in contesti vulnerabili; sostenere bambini e ragazzi nello sviluppare strategie emotive e cognitive per fare fronte a questo lungo periodo di incertezza e soprattutto coinvolgere attivamente gli adolescenti, perché possano essere direttamente protagonisti dello sviluppo di nuove modalità che consentano di mantenere in sicurezza le relazioni con i pari indispensabili per la crescita.

### **3. Strumenti per il monitoraggio e la valutazione dell'attuazione dei piani pandemici regionali**

In accordo con gli obiettivi del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023 le Regioni e PPAA dovranno realizzare, approvare e implementare dei piani pandemici regionali per la preparazione e la risposta alle pandemie influenzali in linea con il piano nazionale. Con l'obiettivo di garantire il monitoraggio e la valutazione delle azioni previste dal PanFlu 2021-2023 è stato redatto un piano operativo triennale di monitoraggio, valutazione, e aggiornamento del piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023. Questo prevede che si realizzi un monitoraggio annuale dell'implementazione delle azioni previste dal PanFlu 2021-2023 a livello nazionale e regionale. Lo stesso Piano prevede che il monitoraggio sia strutturato e realizzato da un team di esperti che definirà la metodologia e gli strumenti da adottare per la realizzazione del monitoraggio e della valutazione, eseguirà un monitoraggio annuale dell'implementazione del PanFlu 2021-2023 e consegnerà nei modi e nei tempi definiti al Ministero della Salute i risultati del monitoraggio. Il Team di esperti potrà anche identificare suggerimenti per l'aggiornamento del PanFlu che saranno recepiti dal Ministero della Salute e dalla Rete Preparedness nell'aggiornamento del PanFlu.

Questo progetto supporterà il Team di esperti nel conseguimento degli obiettivi declinati nel piano operativo di monitoraggio tramite la definizione di linee di indirizzo nazionali per la redazione dei piani regionali e la realizzazione di un monitoraggio dell'implementazione delle azioni previste dal PanFlu 2021-2023. Il team di esperti previsto dal PanFlu 2021-2023 e richiamato nel piano operativo di monitoraggio vedrà la partecipazione dei rappresentanti dalle istituzioni che parteciperanno a questo progetto.

Gli outcome del progetto sono rappresentati da linee di indirizzo nazionali per la redazione dei piani regionali e dalla realizzazione di un sistema di monitoraggio dell'implementazione delle azioni previste dal PanFlu 2021-2023.

### **4. Strategie di prevenzione della violenza contro le donne e i minori, attraverso la formazione degli operatori sanitari con particolare riguardo agli effetti del COVID-19**

La violenza contro le donne e i bambini rappresenta una violazione dei diritti umani e costituisce un problema di salute pubblica di proporzioni globali, con ripercussioni sociali ed economiche per i

paesi e le comunità. L'Organizzazione mondiale della sanità ha stimato che nella Regione Europea, una donna su quattro sperimenta violenza da un partner nel proprio ambiente domestico e che un bambino su tre sperimenta forme di violenza interpersonale, da parte di genitori, pari o altri membri della famiglia o figure di riferimento. La pandemia da COVID-19 ha ulteriormente incrementato il rischio di esposizione alla violenza di donne e minori, per effetto del confinamento durante il lockdown e per le accentuate difficoltà per le vittime di rivolgersi ai servizi di supporto. Un'analisi dell'andamento del fenomeno della violenza domestica durante il periodo della pandemia è stata recentemente diffusa dall'ISTAT, sulla base dei dati provenienti dalle chiamate al numero di pubblica utilità 1522, che mostrano come il numero delle chiamate valide del primo trimestre 2021 sia continuato ad aumentare, 7.974 chiamate valide e 4.310 vittime, rispetto al primo trimestre del 2020 (+38,8%). In questa fase di crisi pandemica che porta i sistemi sanitari a fronteggiare una situazione senza precedenti, è imprescindibile continuare a sostenere politiche di prevenzione e protezione che rendano effettivi i diritti sanciti dalle Convenzioni internazionali ratificate dall'Italia (Convenzione di Istanbul, ratificata dall'Italia con legge 27 giugno 2013, n. 77 e Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, ratificata dall'Italia con legge 27 maggio 1991, n. 176).

L'azione di formazione degli operatori costituisce una priorità, secondo quanto previsto dalla Convenzione di Istanbul che impegna gli Stati ad attuare misure utili a garantire una specifica formazione per le figure professionali che si occupano delle vittime e degli autori di atti di violenza di genere e domestica (art. 15). Di conseguenza una delle priorità della Prevenzione è proprio quella di assicurare una formazione professionale corretta, continua e capillare, quale strumento fondamentale di prevenzione della violenza e di effettiva protezione nell'ambito di un sistema di reti multi-agenzia.

Poiché la formazione degli operatori si pone come un vero e proprio strumento di intervento nella lotta alla violenza di genere, è auspicabile che le linee di intervento sin qui realizzate per la formazione degli operatori del SSN nell'ambito dei Pronto Soccorsi siano rivolte anche agli operatori dei servizi socio-sanitari della rete di assistenza sanitaria territoriale (operatori dei Consulenti, delle strutture residenziali, Pediatri, Medici di medicina generale) che rappresentano i nodi cruciali della rete di prevenzione e contrasto della violenza contro le donne e contro i minori.

È infatti attraverso la formazione degli operatori che risulta possibile adottare un monitoraggio costante e attento delle situazioni di rischio per prevenire la violenza di genere e agevolare il riconoscimento della violenza assistita (nel 65% dei casi di violenza domestica a danno delle donne, i figli sono presenti e coinvolti negli episodi di violenza), essendo la violenza assistita un maltrattamento che purtroppo incide profondamente e comporta dei rischi per le relazioni future delle vittime. L'obiettivo prioritario è quello di favorire l'applicazione sistematica di corretti protocolli tecnico-scientifici e comunicativo-relazionali affinché a ciascuna donna venga fornita la medesima opportunità di essere accompagnata in percorsi di fuoriuscita dal circuito della violenza e affinché i minori siano protetti da ogni forma di abuso, oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento.

- 5. Effetti dell'emergenza pandemica COVID-19 sulle malattie croniche non trasmissibili: sviluppo di strategie di contrasto ai fattori di rischio, di interventi di recupero dei ritardi nei programmi di prevenzione (es. screening oncologici) e di precoce identificazione/presa in carico delle patologie croniche.**

Negli ultimi 30 anni si è assistito a livello mondiale a una crescita esponenziale delle malattie croniche e dei fattori di rischio che le scatenano. A ciò si è aggiunta la pandemia da COVID-19, che ha dato luogo ad una *sindemia*, ossia al sovrapporsi di più emergenze di carattere sociale e sanitario. Se da un lato le malattie croniche, come tumori, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, diabete e obesità, hanno reso l'infezione da Sars-Cov-2 particolarmente rischiosa, la gestione della pandemia ha assorbito la maggior parte delle risorse e delle energie dei sistemi sanitari determinando spesso ritardi nella diagnosi, e nell'assistenza alle persone con malattie croniche, nonché notevole difficoltà a portare avanti interventi di promozione della salute e prevenzione, fondamentali per ridurre il carico di tali patologie e contrastare le disuguaglianze di salute. È necessario, pertanto, definire adeguate strategie e adottare interventi per affrontare le conseguenze della pandemia sulle malattie croniche, in particolare sui tumori, e i loro fattori di rischio, secondo un approccio globale e intersettoriale, mirando a una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico, compreso il miglioramento delle cure e la prevenzione delle recidive. Il contrasto ai fattori di rischio comportamentali modificabili, responsabili tra l'altro ogni anno di circa 65.000 decessi oncologici in Italia, resta una priorità per il nostro Paese in linea con il nuovo Piano europeo contro il cancro (*Europe's Beating Cancer Plan*) che mira a rafforzare l'impegno dell'Unione Europea e degli Stati membri, concentrando gli sforzi su aree d'azione chiave: (1) rafforzare il ruolo della prevenzione; (2) investire nella diagnosi precoce (screening); (3) migliorare i processi di diagnosi, presa in carico e cura; (4) investire per migliorare la qualità della vita dei malati di cancro, dei sopravvissuti e delle famiglie.

La pandemia di COVID-19, inoltre, si stima abbia determinato oltre 4 milioni di inviti e 2 milioni e 500mila test di screening in meno nel 2020 rispetto al 2019, che si sono tradotti in ritardi di 5 mesi per lo screening per il tumore del collo dell'utero, di 4 mesi e mezzo per quello della mammella e 5 mesi e mezzo per lo screening coloretale. Tali ritardi si stima possano causare un aumento nei prossimi anni di oltre 3.300 carcinomi mammari, 2.700 lesioni cervicali CIN2+, in quasi 1.300 carcinomi coloretali e oltre 7.400 adenomi avanzati, non "intercettati"<sup>1</sup>.

L'impegno dovrà essere volto alla valutazione di impatto della pandemia sui mancati screening nonché di ricerca di soluzioni organizzative che consentano di rispondere adeguatamente ai bisogni di salute della popolazione (es. patologie cardiovascolari), recuperando i ritardi accumulati e garantendo *outcome* di salute rilevanti in tutte le patologie nelle quali può avere un impatto lo screening come strumento di identificazione e trattamento precoce. Essendo prioritario garantire equità, continuità e omogeneità di accesso agli interventi preventivi e alle prestazioni sanitarie in servizi di alta qualità e alto valore per tutti i cittadini è indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato e in termini di rete coordinata tra le diverse strutture e i servizi presenti nel territorio (dipartimento di prevenzione, distretto, medici di medicina generale, centri specialistici, etc.)

## **6. Analisi e strategie di risposta agli effetti a lungo termine dell'infezione da SARS-CoV2 (long COVID-19)**

---

<sup>1</sup> Fonte: Terzo Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening sull'impatto del COVID-19 riguardo all'offerta di prevenzione oncologica nel corso del 2020



La pandemia COVID-19 ha mostrato un impatto molto forte sulla salute della popolazione causato non soltanto dagli effetti acuti dell'infezione da SARS-CoV-2 ma anche dalle manifestazioni cliniche a lungo termine che caratterizzano la condizione definita con il termine di Long-COVID. Questa condizione sembra avere un'alta prevalenza nella popolazione colpita da infezione da SARS-CoV-2 e avere un importante impatto sulla qualità della vita di chi ne è affetto. Per meglio programmare risposte adeguate e identificare i migliori percorsi assistenziali, è opportuno definire le dimensioni del fenomeno Long-COVID, le sue caratteristiche cliniche, e strutturare una rete nazionale che possa essere capace di affrontare questa priorità di sanità pubblica garantendo protocolli diagnostici e di trattamento omogenei e una presa in carico di qualità.

Negli ultimi mesi, sono sorti su tutto il territorio nazionale numerosi centri per l'assistenza alle persone con Long-COVID con caratteristiche eterogenee. Un gruppo di esperti, coordinato dall'ISS, ha recentemente definito linee di indirizzo per la gestione del Long-COVID<sup>2</sup> ed esiste la necessità di definirne numero, caratteristiche e distribuzione sul territorio nazionale con un'attenzione particolare alla condivisione delle buone pratiche e, in particolar modo, di strutturazione di sistemi di sorveglianza che possano utilizzare la qualità della presa in carico attraverso misure di esito e strumenti di valutazione riconosciuti in consensus nazionali e/o internazionali.

## **7 Sorveglianza del Virus Respiratorio Sinciziale in Italia**

Il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) è un virus ubiquitario, che si presenta in epidemie durante la stagione invernale. Il VRS colpisce tutte l'età ed in particolare l'età estreme della vita, dove può presentare quadri clinici particolarmente gravi come la bronchiolite nei piccoli bambini e l'insufficienza respiratoria acuta nei soggetti anziani in particolare con co-morbidità. È un virus con una variabilità elevata che determina una immunità genotipo specifica di breve durata. Non esiste a livello mondiale una specifica sorveglianza epidemiologica per il VRS. Si stima che nel 2015 il VRS abbia causato, nei bambini di età inferiore ai 5 anni, più di 33.000.000 di infezioni delle basse vie respiratorie, 3.500.000 di ricoveri ospedalieri e 200.000 decessi. Inoltre, è stato calcolato che nel Regno Unito il VRS determina negli adulti circa 500.000 visite all'anno per infezione delle vie respiratorie, 20.000 ospedalizzazioni (il 75% negli adulti > 65 anni d'età) e 9.000 decessi (il 93% negli adulti > 65 anni di età). Dalla disponibilità del vaccino antinfluenzale è diventato l'agente eziologico principale di infezione delle vie respiratorie anche negli adulti e, purtroppo, non esiste ancora un vaccino per il VRS. Un vaccino con la proteina F del VRS è in fase 2 di sperimentazione nelle donne in gravidanza e solo recentemente è stata approvata la sperimentazione con un vaccino a mRNA.

Con l'epidemia del COVID-19 l'epidemiologia dei virus respiratori è completamente cambiata. Infatti, il distanziamento, le misure di contenimento e il lockdown hanno ridotto drasticamente le infezioni respiratorie in pediatria. In particolare, il VRS è stato isolato in tutto il mondo solo in casi sporadici. Non è noto, però, quello che succederà con il rallentamento del lockdown, del distanziamento e la riapertura delle scuole. Molti timori si hanno sul VRS perché, con la sua scomparsa negli ultimi due anni è diminuita sicuramente la copertura immunitaria verso questo

---

<sup>2</sup> Fonte: [https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+15\\_2021.pdf/a97f5be0-983b-efaa-2638-3cafc8380296?t=1625124332301](https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+15_2021.pdf/a97f5be0-983b-efaa-2638-3cafc8380296?t=1625124332301)

virus nella popolazione generale e i neonati, che normalmente sono protetti nei primi mesi di vita dagli anticorpi materni, nasceranno privi di una copertura anticorpale verso il VRS e quindi più suscettibili ad un'infezione grave. Al fine di poter mettere in atto una strategia preventiva è necessario attivare una sorveglianza epidemiologica del VRS nel territorio italiano che, anche grazie alla rete Influnet già attiva per la sorveglianza del virus dell'influenza, possa coinvolgere anche pediatri di libera scelta o Centri Ospedalieri con reparti pediatrici per la sorveglianza dei pazienti in età pediatrica.

## AZIONI CENTRALI

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

- Funzionamento
- Attività

L'area del funzionamento, funzionale alla pratica operatività del CCM, comprende ambiti di intervento direttamente gestiti dal Ministero. In tale area afferiscono le spese di rappresentanza e di missioni per le riunioni istituzionali, le spese, per l'organizzazione di incontri/eventi informativi e/o formativi anche a carattere internazionale quali il GHSA e il GHSI, nonché i costi per l'eventuale acquisto di materiale di cancelleria, riviste, libri e apparecchiature informatiche, servizi di traduzione e revisione. Sempre in tale ambito, vengono garantite la gestione e l'implementazione di piattaforme web e del sito CCM ([www.ccm-network.it](http://www.ccm-network.it)), il servizio "1500" del Ministero della Salute, dedicato alle emergenze sanitarie, e il supporto ai numeri di pubblica utilità dedicati alle dipendenze e gestiti dall'ISS, quali il Telefono Verde contro il tabagismo e il Telefono Verde contro il Gioco d'Azzardo Patologico.

Sono, inoltre, assicurate le attività formative e di aggiornamento, anche linguistico, rivolte al personale operante nel Centro, al personale degli uffici periferici (USMAF-SASN) direttamente coinvolto negli interventi volti ad affrontare le emergenze, nonché ai referenti della Scorta Nazionale Antidoti (SNA) anche per la riorganizzazione e gestione della SNAF. Si confermano, altresì, tutte quelle attività indispensabili per assicurare una pronta risposta alle emergenze nonché il sostegno alla rete USMAF/SASN, quale primo punto di risposta alle emergenze sanitarie, anche attraverso il potenziamento delle funzioni di vigilanza sanitaria e controllo nei punti di ingresso nazionali e internazionali, demandate ai suindicati Uffici periferici. In particolare, appare opportuno dare continuità alle attività di risposta all'emergenza attraverso il supporto al coordinamento e la gestione del flusso di informazioni in situazioni di eventi in grado di generare allerta di sanità pubblica, di interesse del Regolamento Sanitario Internazionale, e il rafforzamento della rete di vigilanza sanitaria al confine del Paese, anche attraverso la predisposizione di protocolli di attivazione in caso di eventi rilevanti per la sanità pubblica.

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

In questa area afferiscono anche i *donor agreement* sottoscritti con l'OMS e finalizzati a sostenere attività di interesse internazionale. In particolare, per il corrente anno si intende garantire il sostegno del CCM al progetto "Public Health Management of Global Migration" (PHMGM), previsto in attuazione alla strategia di cooperazione tra Italia e OMS (CSS – Country Cooperation Strategy 2017-2022) e in accordo alle risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA/RES/70.15 e A72/25) che hanno portato all'adozione del Global Action Plan 2019-2023. Inoltre, si intende confermare il sostegno alla Gard Internazionale, l'Alleanza Globale per il contrasto alle malattie respiratorie e

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

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

Ancora nell'ambito delle azioni correlate al COVID-19 si intende promuovere un progetto con il CNS e CNT collegato anche agli effetti della pandemia sui settori di donazione e finalizzato alla digitalizzazione e gestione in remoto del processo di selezione del donatore volontario di sangue, emocomponenti, cellule staminali emopoietiche. In particolare tramite il progetto verrà progettata e validata una interfaccia informatica accessibile dal web o tramite App su smartphone per chi intende donare sangue per la prima volta e per i donatori periodici, e verrà potenziata l'attività di reclutamento donatori volontari di cellule staminali emopoietiche da remoto con l'invio kit per auto-raccolta del campione biologico salivare a casa già sperimentata con successo nel precedente anno.

Tra le attività previste relativamente all'impatto della Pandemia COVID-19 sugli obiettivi (SDG) dell'Agenda 2030 Healthy and Sustainable Recovery si intende dare continuità al progetto CCM 2019 sulla piattaforma della malnutrizione promuovendo la diffusione dei principi della Dieta Mediterranea anche come strumento di empowerment dei giovani, per la promozione della salute, iniziando dal recupero delle tradizioni, per una corretta nutrizione che possa - come strumento scientificamente validato - porre le basi per la crescita sana e per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità e delle MCNT, fra le quali ipertensione, cardiopatie, diabete e cancro.

Nell'ambito della genomica è interesse del CCM continuare a supportare l'attuazione del "Piano Nazionale per l'innovazione del Sistema Sanitario basata sulle scienze -omiche", supportando in particolare le attività connesse alla realizzazione del progetto "1+ Million Genomes - 1+MG" e al progetto "Beyond 1 Million Genomes -B1MG" che fornisce coordinamento e supporto al 1+MG. Tali iniziative mirano a guidare lo sviluppo di un'infrastruttura Europea per l'accesso federato e transfrontaliero ai dati genomici e sanitari, attraverso la collaborazione tra i 24 Paesi firmatari. Si ritiene, pertanto opportuno sostenere le attività dei coordinatori nazionali degli 11 Working Group che operano a livello europeo, impegnati per il raggiungimento dell'obiettivo di raccogliere almeno un milione di genomi e di rendere disponibili i dati nazionali come parte della rete dei dati europei, assicurando standard infrastrutturali di produzione e conservazione dei dati, adeguate precauzioni etico-legali e garantendo l'informazione ai decisori e ai cittadini.

L'approvazione del piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, rende opportuno prevedere delle azioni finalizzate a rendere più efficiente l'attuazione del Piano stesso. In particolare, si ritiene fondamentale supportare esercizi di simulazione per verifica di strutture e procedure in relazione all'implementazione del piano strategico-operativo nazionale che coinvolgano la rete italiana di *preparedness* pandemica operativa, la rete DISPATCH, gli attori rilevanti operativi in fase di emergenza e comunque tutti gli attori responsabili dei procedimenti indicati dal Piano. Inoltre, tra gli ulteriori obiettivi del piano nell'ambito delle attività di sorveglianza è previsto di "disporre di sistemi di allerta rapida che possano identificare eventi inusuali/inattesi rispetto all'andamento atteso stagionale dell'influenza". A tal fine si ritiene utile disporre di studi, evidenze, e proposte per la realizzazione di sistemi di

allerta rapida per la rilevazione di cluster di ILI o SARI inusuali nell'uomo o negli animali basati su fonti di informazione alternative e aggiuntive rispetto a quelle attualmente utilizzate e descritte nel Piano. Nell'ambito di questo progetto, si realizzerà l'aggiornamento dell'attuale sistema di Epidemic Intelligence Nazionale (Network Italiano di Epidemic Intelligence) al fine di armonizzarlo agli obiettivi descritti dal Piano.

Ulteriore necessità è rappresentata dallo studio e dalla condivisione di criteri per la definizione della stima dei DPI, dispositivi medici dei farmaci necessari per la realizzazione di scorte come previsto dal Piano. Il progetto si occuperà di definire le tipologie e i quantitativi di materiali che dovranno essere conservati per fronteggiare i primi quattro mesi di una epidemia influenzale, alla luce delle indicazioni contenute nel Piano e nel documento "*Linee di indirizzo per la predisposizione di scorte strategiche di DPI, dispositivi medici, medicinali e forniture*" oggetto di una informativa alla Conferenza Stato Regioni nella seduta del giorno 4 Agosto 2021. Il progetto avrà anche l'obiettivo di analizzare le migliori soluzioni per lo stoccaggio, la gestione e la distribuzione in caso di emergenza dei materiali conservati e le modalità operative per la distribuzione dei materiali.

Infine si intende promuovere un progetto sulla "*Internet Addiction*" come forma di nuova dipendenza, soprattutto tra i giovani, patologia sicuramente acuitasi nel periodo pandemico, dove le restrizioni sociali imposte per il contenimento del virus, hanno determinato un aumento dell'utilizzo intensivo e ossessivo di internet in tutte le sue forme, dalla navigazione sui social, alla visualizzazione di filmati, al gioco online causando di conseguenza disagi psicofisici.

### **Finanziamento**

Lo stanziamento complessivo per il 2021 del competente capitolo di bilancio, al netto delle variazioni già intervenute e di quelle da attuare nel corso dell'esercizio finanziario, ammonta a €7.847.600.

Per quanto concerne la ripartizione dei finanziamenti per aree, accogliendo le indicazioni del Comitato strategico, si dispone che circa il 61% del finanziamento venga destinato sull'Area Progettuale (€4.750.000) e il restante 39% sulle Azioni Centrali (€3.097.600)

Si specifica che, nel caso in cui occorressero, nel corso dell'esercizio finanziario, delle variazioni in aumento e/o in diminuzione sul capitolo di bilancio del CCM, si procederà a distribuire le somme tra area progettuale e area azioni centrali, tenendo conto delle suindicate ripartizioni

Tabella 1a

<b>AREA PROGETTUALE</b>		
<b>AMBITO</b>	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	<b>N°</b>
INTERVENTI CORRELATI EMERGENZA COVID-19	Rafforzamento delle reti per la prevenzione delle malattie prevenibili da vaccino e la promozione delle vaccinazioni a seguito dell'emergenza pandemica COVID-19	1
	Effetti dell'emergenza pandemica COVID-19 sui minori: strategie di prevenzione per il contrasto delle problematiche della salute mentale e delle dipendenze	2
	Piani pandemici regionali	3
	Strategie di prevenzione della violenza contro le donne e i minori, attraverso la formazione degli operatori sanitari con particolare riguardo agli effetti del COVID-19	4
	Effetti dell'emergenza pandemica COVID-19 sulle malattie croniche non trasmissibili: sviluppo di strategie di contrasto ai fattori di rischio, di interventi di recupero dei ritardi nei programmi di prevenzione (es. screening oncologici) e di precoce identificazione/presa in carico delle patologie croniche.	5
	Analisi e strategie di risposta agli effetti a lungo termine dell'infezione da SARS-CoV2 (long COVID-19)	6
	Sorveglianza del Virus Respiratorio Sinciziale in Italia	7
<b><i>Totale finanziamento AREA PROGETTUALE</i></b>		<b>4.750.000</b>

<b>AREA AZIONI CENTRALI</b>	
<b>AMBITO</b>	<b>VOCI</b>
<b>FUNZIONAMENTO</b>	Spese per: riunioni istituzionali; organizzazione incontri/eventi informativi e/o formativi (accoglienza/ristoro/servizio interpretariato) anche a carattere internazionale quali GHSA e GHSI; missioni di personale interno e di esperti, nazionali ed internazionali, per la partecipazione a Comitati, Gruppi di lavoro, tavoli nazionali e internazionali ed incontri istituzionali su attività di interesse del CCM; acquisto materiale di cancelleria, riviste e libri; acquisto apparecchiature informatiche; implementazione sistemi informativi, gestione piattaforma web e sito CCM; servizio "1500" emergenze sanitarie e numeri verdi di utilità; sistema di allerta rapido; servizio traduzione e stampa materiale informativo; servizi di revisione e pubblicazione progetti, servizi per la gestione amministrativa del personale incaricato nell'ambito dell'emergenza COVID-19, corsi di formazione e aggiornamento; corsi di formazione ed aggiornamento per personale USMAF-SASN e referenti SNA anche per la riorganizzazione e gestione della SNAF. Acquisizione di risorse e competenze per l'assolvimento dei compiti previsti per l'Italia dall'applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale e per le emergenze, di risposta sanitaria ad offese di tipo chimico da atti di terrorismo e le attività di difesa civile nel settore NBCR.
<b>TOTALE FUNZIONAMENTO</b> <span style="float: right;"><b>605.000</b></span>	
<b>ATTIVITÀ</b>	Sostegno a Gard International
	Sostegno a Public Health Management of Global Migration
	Sostegno alla FCTC
	Rafforzamento sistema di Sorveglianza della Mortalità Giornaliera (SiSMG),
	Genomica: supporto ad azioni centrali e Piano genomica
	Effetti della pandemia sui settori di donazione di CSE/sangue/ sangue cordonale
	L'impatto della Pandemia COVID-19 sugli obiettivi (SDG) dell'Agenda 2030 Healthy and Sustainable Recovery
	Internet addiction- Promozione del buon uso della rete in adolescenza, prevenzione delle condotte a rischio online
	Stima della logistica e gestione stoccaggi per attuazione Panflu
	Progetto di simulazione PanFlu
Sistemi di allerta rapida	
<b>TOTALE ATTIVITÀ</b> <span style="float: right;"><b>2.492.600</b></span>	
<b>Totale finanziamento AREA AZIONI CENTRALI</b> <span style="float: right;"><b>3.097.600</b></span>	

<b>FINANZIAMENTO PROGRAMMA CCM 2021</b>	
<b>AREA PROGETTUALE</b>	<b>4.750.000,00</b>
<b>AREA AZIONI CENTRALI</b>	<b>3.097.600,00</b>
<b>TOTALE PROGRAMMA CCM 2021</b>	<b>7.847.600,00</b>

## 5. Sviluppo progettuale

Come rappresentato, anche per il corrente anno si rende necessaria una revisione della procedura di sottomissione dei macro-progetti. Per ciascuna delle macro-progettualità la Direzione Operativa, in accordo con i Comitati, identifica l'Ente capofila e le risorse per ciascun progetto. La Direzione, acquisita la disponibilità degli enti capofila identificati, chiede ai medesimi, con nota formale, di redigere e inviare una proposta progettuale redatta secondo il format CCM sulla base del budget assegnato. In ognuno dei macro-progetti di cui alla Tabella 1.a dovranno essere coinvolti un minimo di tre unità operative, garantendo il più possibile una rappresentatività dell'intero territorio nazionale.

L'ente capofila dovrà assicurare, per le materie oggetto del macro-progetto, il coinvolgimento delle Regioni individuate e degli Istituti centrali definendo, in accordo con i medesimi, compiti, ruoli e finanziamenti.

A conclusione di questa fase propositiva, il Comitato Scientifico del CCM esamina ed effettua un'analisi delle proposte pervenute sulla base dei criteri indicati nella sezione "valutazione delle proposte", proponendo eventuali possibili modifiche che possano migliorare l'impianto del progetto.

L'Ente capofila apporta, entro dieci giorni, le eventuali modifiche richieste.

La Direzione informa il Comitato Strategico, anche via posta elettronica, circa lo sviluppo finale dell'iter di attuazione del programma

## 6. Valutazione delle proposte

I progetti redatti dovranno rispettare alcuni punti cardini della programmazione CCM, in particolare

1. si debbono configurare come progetti di sanità pubblica;
2. debbono essere coerenti con la *mission* del CCM e con il programma 2021;
3. debbono essere rappresentativi dell'intero territorio nazionale.

L'analisi dei progetti esecutivi pervenuti sarà espletata in coerenza con i criteri già utilizzati nelle precedenti programmazioni, sebbene il fine della valutazione non sarà quello di definire una graduatoria ma di individuare eventuali elementi migliorativi da suggerire all'Ente capofila.

<b>Criteri di valutazione dei progetti esecutivi</b>
Soluzioni proposte sulla base di evidenze scientifiche
Influenza della proposta in termini di trasferibilità nella pratica del SSN e di utilizzazione concreta dei risultati
Struttura, chiarezza e adeguatezza dell'approccio proposto per raggiungere i risultati attesi
Coerenza tra le attività indicate nel cronoprogramma e gli obiettivi proposti
Appropriatezza del piano finanziario
Coinvolgimento di più partner e altri soggetti, con riferimento anche alla chiarezza dei loro ruoli e responsabilità



## **Criteri di valutazione dei progetti esecutivi**

Distribuzione delle risorse di bilancio e delle responsabilità tra le unità operative

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

### **7. Accordi di collaborazione**

Per ciascun progetto la Direzione operativa procederà a richiedere agli Enti partner capofila le necessarie informazioni volte al perfezionamento degli Accordi di collaborazione che daranno attuazione al programma CCM 2021. Si rammenta che gli Accordi di collaborazione sono sottoscritti ai sensi dell'art.15 della legge n. 241/1990, per disciplinare lo svolgimento di attività di interesse comune, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi descritti nel progetto esecutivo, che costituisce parte integrante dell'accordo. Al fine di assicurare il corretto svolgimento delle attività, ogni Ente partner è tenuto a trasmettere periodicamente, utilizzando appositi modelli di rendicontazione, un rapporto tecnico e finanziario sullo stato di avanzamento, la cui positiva valutazione consentirà l'erogazione delle quote di finanziamento. Come richiamato dagli organi di controllo e in linea con la giurisprudenza attuale, l'Accordo dovrà essere rivolto a realizzare un interesse pubblico comune e dovrà essere coerente con le finalità istituzionali degli Enti coinvolti. Non potendo, pertanto, questi Accordi configurarsi in nessun modo come contratti a prestazioni sinallagmatiche, il finanziamento è concesso al solo fine di rimborsare le spese sostenute per la realizzazione del progetto, come risultanti dai rendiconti finanziari che semestralmente gli Enti partner saranno tenuti a inviare.

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