



Ministero della Salute



ACCORDO DI COLLABORAZIONE
tra
IL MINISTERO DELLA SALUTE
CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE MALATTIE (CCM)
e
LA REGIONE del VENETO
per la realizzazione del progetto CCM

“Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio”

Premesso quanto segue:

- che con la legge 26 maggio 2004, n.138, è stato istituito presso il Ministero della Salute il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie che opera con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del Ministro della Salute;
- che con decreto ministeriale 11 maggio 2017, registrato alla Corte dei Conti in data 30 maggio 2017 (n. 951), è stato approvato il programma di attività del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie – CCM per l’anno 2017;
- che, ai sensi dell’articolo 12, comma 1, della legge 7 agosto 1990, n. 241, il Ministero, con nota nr. 17431, ha trasmesso in data 07 giugno 2017 alle Regioni e Province autonome, all’Istituto Superiore di Sanità, all’Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, all’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e all’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà, il programma annuale e ha proceduto alla pubblicazione dello stesso sul sito del CCM e sul sito istituzionale, del Ministero, rendendo così pubblico il sopra citato decreto ministeriale contenente i criteri e le modalità per la presentazione e per la successiva valutazione delle proposte progettuali finalizzate alla realizzazione del suddetto programma CCM;
- che il Comitato Scientifico del CCM, nella seduta del 21 luglio 2017, ha proceduto alla valutazione delle suddette proposte progettuali e quindi all’approvazione di una graduatoria dei progetti ammessi al finanziamento;
- che tra i progetti ammessi al finanziamento vi è il progetto proposto dalla Regione Veneto denominato: *“Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio”*;
- che pertanto è possibile procedere, ai sensi dell’articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni ed integrazioni, alla stipula di un accordo di collaborazione con la Regione Veneto, al fine di disciplinare lo svolgimento delle attività di interesse comune finalizzate alla realizzazione del sopra citato progetto;

considerato

che è necessario disciplinare, nel redigendo accordo, gli aspetti generali della collaborazione in parola;



86dbcc4a



tra

il Ministero della salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – codice fiscale 80242290585, con sede in Roma, Viale Giorgio Ribotta, n. 5 nella persona del Direttore Generale, dott. Raniero Guerra, nato a Fabriano (Ancona), il 5 giugno 1953, di seguito “Ministero”

e

la Regione del Veneto- Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria codice fiscale 80007580279 con sede in Venezia, Dorsoduro 3901, nella persona del Direttore della Direzione , dott.ssa Francesca Russo, nata a Maletto (CT) il 04 gennaio 1965, di seguito “Regione”

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Art. 1 – Oggetto dell’accordo

1. Il presente accordo è concluso, ai sensi dell’articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni ed integrazioni, per disciplinare lo svolgimento in collaborazione con la Regione, delle attività di interesse comune finalizzate al raggiungimento degli obiettivi descritti nel progetto esecutivo che costituisce parte integrante del presente accordo (Allegato 1).
2. Durante lo svolgimento delle attività previste nel presente accordo potranno essere apportate, previo accordo scritto tra le parti a firma dei legali rappresentanti, modifiche al progetto, a condizione che le stesse ne migliorino l’impianto complessivo.
3. Qualora la Regione, al fine di realizzare il progetto intenda avvalersi della collaborazione di un soggetto giuridico inizialmente non previsto, è tenuto a presentare al Ministero una richiesta di autorizzazione, nonché di variazione del piano finanziario, nella quale dovranno essere indicate le somme messe a disposizione del soggetto giuridico e le attività che da questo saranno svolte.
4. Resta fermo che le variazioni ai progetti non devono comportare alcuna maggiorazione dell’importo complessivo del finanziamento.
5. Resta inteso che laddove la Regione intenda avvalersi della collaborazione di un soggetto giuridico diverso da una Pubblica Amministrazione, dovrà garantire il rispetto delle procedure previste dalla normativa vigente in materia di appalti di forniture e servizi.

Art. 2 – Efficacia. Durata.

1. Il presente accordo è efficace dalla data di comunicazione del Ministero dell’avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione del presente accordo, da parte degli Organi di Controllo.
2. Le attività progettuali decorrono dal 45° giorno dalla data di comunicazione di cui al comma 1.
3. Nel periodo intercorrente tra l’efficacia dell’accordo e l’inizio delle attività progettuali, la Regione si impegna ad espletare le procedure amministrative con le UU.OO. previste nel progetto.
4. L’accordo ha durata di 24 mesi a decorrere dalla data di inizio attività di cui al comma 2. La Regione si impegna ad assicurare che le attività, oggetto dell’accordo, siano concluse entro il suddetto termine.

Art. 3 - Rapporti tecnici e rendiconti finanziari

1. Al fine di verificare il regolare svolgimento delle attività di cui all’art.1, la Regione, entro e non oltre trenta giorni dalla scadenza di ogni trimestre di attività, ad eccezione dell’ultimo, trasmette al Ministero, un rapporto tecnico sullo stato di avanzamento, utilizzando **esclusivamente** l’apposito modello allegato al presente accordo (allegato 2), corredato di relativo *abstract*, ed un



86dbcc4a



rendiconto finanziario che riporti le somme impegnate e/o le spese sostenute, utilizzando **esclusivamente** l'apposito modello allegato al presente accordo (allegato 3).

2. Entro e non oltre sessanta giorni dalla scadenza dell'accordo, la Regione trasmette al Ministero un rapporto tecnico finale sui risultati raggiunti nel periodo di durata dell'accordo stesso, il relativo *abstract* ed un rendiconto finanziario finale delle spese sostenute, utilizzando il predetto modello riportato in allegato 3 al presente accordo.
3. Il Ministero può richiedere in qualsiasi momento di conoscere lo stato di avanzamento del progetto e la Regione è tenuta a fornire i dati richiesti entro trenta giorni.
4. Le rendicontazioni finanziarie di cui ai precedenti commi dovranno essere redatte nel rispetto delle voci di spesa indicate nel piano finanziario previsto nel progetto allegato.
5. Il piano finanziario relativo al progetto allegato potrà essere modificato una sola volta, previa autorizzazione del Ministero, che valuterà la sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità. La richiesta di variazione dovrà pervenire almeno 90 giorni prima della data di fine validità del presente accordo. La suddetta modifica sarà efficace solo successivamente alla registrazione, da parte degli organi di controllo, del relativo atto aggiuntivo.
6. Nell'ambito di ogni singola unità operativa, è consentito, senza necessità di autorizzazione, uno scostamento non superiore al 20%, sia in aumento che in diminuzione, per ogni singola voce di spesa, rispetto agli importi indicati nel piano finanziario originario o modificato, fermo restando l'invarianza del finanziamento complessivo. Dette variazioni dovranno assicurare comunque che la voce di spesa del personale si mantenga entro il limite del 40% del finanziamento complessivo.
7. Resta inteso che il Ministero rimborserà unicamente le somme effettivamente spese entro il termine di scadenza, che saranno dichiarate utilizzando l'allegato 3, nel rispetto delle indicazioni di cui all'allegato 4 del presente accordo.
8. I rapporti tecnici, gli *abstract* ed i rendiconti finanziari devono essere inviati all'indirizzo di posta certificata della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio I dgprev@postaccert.sanita.it.
9. Il Ministero renderà accessibili detti rapporti tecnici al Comitato Scientifico del CCM per azioni di monitoraggio.
10. È fatto obbligo alla Regione di conservare tutta la documentazione contabile relativa ai progetti e di renderla disponibile a richiesta del Ministero.

Art. 4 – Proprietà e diffusione dei risultati del progetto

1. I risultati del progetto, ivi inclusi i rapporti di cui all'articolo 3, sono di esclusiva proprietà del Ministero. Il diritto di proprietà e/o di utilizzazione e sfruttamento economico dei file sorgente nonché degli elaborati originali prodotti, dei documenti progettuali, della relazione tecnica conclusiva, delle opere dell'ingegno, delle creazioni intellettuali, delle procedure software e dell'altro materiale anche didattico creato, inventato, predisposto o realizzato dalla Regione nell'ambito o in occasione dell'esecuzione del presente accordo, rimarranno di titolarità esclusiva del Ministero. Quest'ultimo potrà quindi disporre senza alcuna restrizione la pubblicazione, la diffusione, l'utilizzo, la vendita, la duplicazione e la cessione anche parziale di dette opere dell'ingegno o materiale, con l'indicazione di quanti ne hanno curato la produzione.
2. È fatto comunque obbligo alla Regione rendere i dati accessibili e/o rapidamente disponibili al Ministero, in ogni momento e dietro specifica richiesta. Detti dati dovranno essere disponibili in formato aggregato e/o disaggregato a seconda delle esigenze manifestate dal Ministero.
3. È fatto obbligo alla Regione richiedere, sia ad accordo vigente che a conclusione dello stesso, la preventiva autorizzazione al Ministero prima della diffusione parziale o totale dei dati relativi al progetto.
4. Senza detta autorizzazione non si potrà in alcun modo diffondere ad enti terzi, nazionali ed internazionali, dati, comunicazioni, reportistica, pubblicazioni, concernenti il progetto, anche in occasioni di convegni e/o corsi di formazione.



86dbcc4a



5. La richiesta di autorizzazione di cui al comma 3 deve essere trasmessa dalla Regione al referente scientifico del Ministero di cui al successivo articolo 5.
6. La pubblicazione autorizzata dei dati di cui al comma 1 dovrà riportare l'indicazione: "Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM".
7. Al fine di garantire la diffusione dell'attività del CCM, il Ministero può procedere, sul sito dedicato, a pubblicare i risultati dei progetti nonché i rendiconti, i relativi *abstract* e i rapporti di cui all'art. 3, commi 1 e 2.
8. È fatto obbligo alla Regione, a conclusione dei progetti, depositare presso il Ministero della Salute i risultati dei progetti, siano essi sotto forma di relazione, banca dati, applicativo informatico o altro prodotto.

Art. 5 - Referenti

1. Il Ministero e la Regione procederanno ad individuare e comunicare, il/i nominativo/i del/i referenti, contestualmente all'avvio delle attività, ed eventuali, successive, sostituzioni.
2. Il/i referente/i, di cui al comma 1, assicura/no il collegamento operativo tra Regione e Ministero
3. Il referente del Ministero assicura il collegamento operativo con la Regione, nonché il monitoraggio e la valutazione dei rapporti di cui all'articolo 3.

Art. 6 - Finanziamento

1. Per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo è concesso alla Regione, un finanziamento complessivo di € 450.000,00 (quattrocentocinquantamila /00).
2. La Regione dichiara che le attività di cui al presente accordo non sono soggette ad I.V.A. ai sensi del D.P.R. n. 633 del 1972 in quanto trattasi di attività rientranti nei propri compiti istituzionali.
3. Il finanziamento è concesso alla Regione al fine di rimborsare le spese sostenute per la realizzazione dei progetti di cui al presente accordo, come risultanti dai rendiconti finanziari di cui all'art. 3.
4. La Regione prende atto ed accetta che il Ministero non assumerà altri oneri oltre l'importo stabilito nel presente articolo.
5. Il finanziamento di cui al comma 1 comprende anche eventuali spese di missione dei referenti scientifici di cui all'articolo 5.
6. La Regione prende atto che il finanziamento previsto per la realizzazione del progetto allegato al presente accordo, pari ad € 450.000,00 (quattrocentocinquantamila /00), si riferisce all'esercizio finanziario 2017 ed andrà in "perenzione amministrativa" in data 31 dicembre 2019 ai sensi dell'art. 36 del R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, e s.m.i..
7. La Regione è a conoscenza ed accetta che le quote del finanziamento erogate a decorrere dal 1° gennaio 2020 saranno oggetto della procedura di riscrittura in bilancio delle relative somme, procedura che sarà avviata dal Ministero su richiesta della Regione a decorrere dal 1° luglio 2020.

Art. 7 – Modalità e termini di erogazione del finanziamento

1. Il finanziamento sarà erogato secondo le seguenti modalità:
 - a) una prima quota, pari al **30%** del finanziamento, pari a € 135.000,00 (centotrentacinquemila/00), dietro formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta, inoltrata dopo la comunicazione ufficiale, di cui all'articolo 2, comma 1.
 - b) una seconda quota, pari al **40%** del finanziamento, pari a € 180.000,00 (centoottantamila/00), dietro presentazione di formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta da parte della Regione che, assicura la verifica delle spese sostenute per lo svolgimento del progetto. Il pagamento sarà disposto solo a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero dei rapporti tecnici e dei rendiconti finanziari di cui all'articolo 3, relativi al primo anno di attività.



86dbcc4a



- c) una terza quota, pari al **30%** del finanziamento, a € 135.000,00 (centotrentacinquemila/00), dietro presentazione della relazione e del rendiconto finali di cui all'articolo 3, unitamente ad una formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta da parte della Regione che, assicura la verifica delle spese sostenute per lo svolgimento del progetto. Il pagamento sarà disposto solo a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero dei rapporti tecnici e dei rendiconti finanziari finali di cui all'articolo 3, relativi al progetto. La Regione si impegna a restituire le somme eventualmente corrisposte in eccesso, secondo modalità e tempi che saranno comunicati per iscritto dal Ministero.
2. Le richieste di pagamento di cui al comma 1 vanno intestate ed inviate a: Ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione Sanitaria: dgprev@postacert.sanita.it.
 3. Ai fini del pagamento il Ministero si riserva la facoltà di richiedere alla Regione copia della documentazione giustificativa delle spese, riportate nei rendiconti finanziari, di cui all'allegato 3.
 4. I pagamenti saranno disposti entro sessanta giorni dal ricevimento delle richieste di cui al comma 1 mediante l'emissione di ordinativi di pagamento sul conto n° 0306697 intestato alla Regione. Il Ministero non risponde di eventuali ritardi nell'erogazione del finanziamento cagionati dai controlli di legge e/o dovuti ad indisponibilità di cassa.

Art. 8 - Sospensione dei pagamenti. Diffida ad adempiere. Risoluzione dell'accordo

1. In caso di valutazione negativa delle relazioni di cui all'articolo 3 o del mancato invio dei dati di cui all'art. 4, comma 2, il Ministero sospende l'erogazione del finanziamento. La sospensione del finanziamento sarà disposta anche per la mancata od irregolare attuazione del presente accordo.
2. In caso di accertamento, in sede di esame delle relazioni di cui all'articolo 3, di grave violazione degli obblighi di cui al presente accordo, per cause imputabili alla Regione che possano pregiudicare la realizzazione dei progetti, il Ministero intima per iscritto alla Regione, a mezzo di posta certificata, di porre fine alla violazione nel termine indicato nell'atto di diffida. Decorso inutilmente detto termine l'accordo si intende risolto di diritto a decorrere dalla data indicata nell'atto di diffida.
3. E' espressamente convenuto che in caso di risoluzione del presente accordo, la Regione ha l'obbligo di provvedere, entro sessanta giorni dal ricevimento della relativa richiesta, alla restituzione delle somme corrisposte sino alla data di risoluzione dell'accordo.

Il presente accordo si compone di 8 articoli, e di 4 allegati, e viene sottoscritto con firma digitale. Letto, approvato e sottoscritto con firma digitale.

MINISTERO DELLA SALUTE	REGIONE del VENETO
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria	Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria
Il Direttore Generale	Il Direttore
Dott. Raniero Guerra*	Dott.ssa Francesca Russo *

* Firma apposta digitalmente.



86cbcc4a





Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2017

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO:

Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio.

ENTE PARTNER: Regione del Veneto

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 6 (area progettuale)

REGIONI COINVOLTE:

numero: 3

elenco:

Nord Veneto

Centro Umbria

Sud Sardegna

DURATA PROGETTO (max 24 mesi):

2 anni

COSTO: 450.000 Euro

COORDINATORI SCIENTIFICI DEL PROGETTO:

Nominativo: Francesca Russo

Struttura di appartenenza: Regione del Veneto – Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

n. tel: 041 279 1352-3 n. fax: 041 279 1355. E-mail: PrevenzioneAlimentareVeterinaria@regione.veneto.it

Nominativo: Maria Cristina Ghiotto

Struttura di appartenenza: Regione del Veneto – Direzione Programmazione Sanitaria – UO Cure Primarie e

LEA n. tel: 041 279 3404-3529 n. fax: 041 279 3430. E-mail: cure.primarie@regione.veneto.it



86dbcc4a



Allegato 1

TITOLO: Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio.

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO*Descrizione ed analisi del problema*

Il progetto nasce dall'analisi dei seguenti aspetti:

- le malattie croniche degenerative non trasmissibili (MCNT) (malattie oncologiche, pneumologiche croniche, cardiovascolari, diabete mellito, malattie mentali e disturbi muscoloscheletrici), responsabili dell'86% dei decessi, del 77% della perdita di anni di vita in buona salute e del 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, sono sempre più diffuse a seguito del progressivo innalzamento dell'età di sopravvivenza della popolazione e in stretta relazione con la diffusione di comportamenti a rischio per la salute, quali: fumo, consumo di bevande alcoliche, scorretta alimentazione e scarsa attività fisica (1);
- si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche (2);
- nuovi e più diffusi bisogni assistenziali legati alla cronicità, alla polipatologia, alla fragilità inducono a ripensare ai modelli assistenziali, finalizzati ad una presa in carico globale, integrata e coordinata ed alla garanzia di continuità dell'assistenza (3);
- la modificazione degli stili di vita a rischio è oramai ampiamente dimostrato in letteratura che contribuisce a: - prevenire o ritardare l'insorgenza di patologie croniche in persone sane; - a migliorare il quadro clinico e dello stato funzionale, a minimizzare la sintomatologia, a prevenire le recidive e le disabilità e a migliorare la qualità della vita nelle persone con MCNT conclamate.

Nello specifico, ad esempio:

- numerose sono le evidenze che hanno dimostrato il ruolo cruciale di un corretto stile di vita al fine di prevenire l'insorgenza dei tumori.

Ne sono risultate delle raccomandazioni che sono state armonizzate con altre inerenti la prevenzione di altre malattie croniche degenerative e sono coerenti con quanto previsto dall' "Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016" (4) nell'ambito strategia "Health 2020" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (5).

Molteplici evidenze scientifiche hanno dimostrato che tali raccomandazioni sono efficaci nella prevenzione primaria dei tumori e in quella delle recidive (7-9); mentre, altre ricerche hanno trovato che la mancanza di aderenza a tali raccomandazioni, sia per la dieta che per lo stile di vita, debba essere considerata un determinante nell'incidenza del cancro (6).

A supporto di quanto sostenuto dalle linee guida internazionali contro il cancro elaborate dall'American Institute for Cancer Research e dal World Cancer Research Fund (AICR/WCRF) vi sono recenti evidenze scientifiche di studi osservazionali che testimoniano come l'aderenza a tali linee guida riduca significativamente il rischio di cancro, sia nei soggetti sani che in quelli già colpiti dalla neoplasia. (6-7,8)

È noto, inoltre, che la presenza di sovrappeso/obesità e/o un'aumentata circonferenza addominale hanno importanza nel definire il rischio di un paziente con cancro del colon di sviluppare ulteriori lesioni neoplastiche, oltre che di mortalità per patologie cardiovascolari (7). Un recente studio condotto in Scozia (studio BeWEL) (9) ha evidenziato d'altra parte come una significativa perdita di peso può essere ottenuta attraverso percorsi personalizzati che possono essere offerti all'interno dei programmi di screening coloretale rivolti a persone in follow up per adenomi che mirino all'incremento dell'attività fisica, al controllo del peso e ad uno stile alimentare corretto, offrendo in tal modo a questa fascia di popolazione la possibilità di ridurre il rischio di andare incontro anche ad altre comorbilità associate a disordini metabolici.

In letteratura è stato inoltre dimostrato che i programmi di educazione ai corretti stili di vita possono risultare più efficaci quando rivolti a specifici gruppi target di popolazione rispetto a quando rivolti alla popolazione generale (10).

- Analoghi risultati provengono dallo studio multicentrico Diabetes Prevention Program (2002) disegnato per verificare se un calo ponderale del 5% ottenuto attraverso modificazioni del regime alimentare e un'aumentata attività fisica, realizzate grazie ad interventi di team multiprofessionali, fosse in grado di prevenire o ritardare la comparsa di diabete di tipo 2 in soggetti sovrappeso e ad



86cbcc4a



alto rischio. A 10 anni si è dimostrato che l'intervento sullo stile di vita ha ridotto del 59% i nuovi casi di diabete, del 34% i casi di scompenso cardiaco e del 22% quelli di cardiopatia ischemica; anche la mortalità risulterebbe ridotta del 22%. I benefici per persona nello stesso arco temporale ammonterebbero a oltre 6 mila dollari risparmiati di cure mediche e oltre 17 mila di benefici economici generali (11).

Inoltre,

- Molti e ben noti sono gli effetti dell'attività fisica sulla salute: gli effetti preventivi nei confronti delle malattie croniche non trasmissibili o MCNT (malattie cardiovascolari, ictus, diabete, obesità, tumori), sia in prevenzione primaria che in prevenzione secondaria (12-13).

È ormai ampiamente documentato che la sedentarietà è responsabile di un aumento significativo di morbilità e mortalità totale e cardiovascolare. Secondo le stime dell'OMS, l'inattività fisica causa annualmente nel mondo 1,9 milioni di morti (14). Inoltre, si stima che globalmente essa sia causa del 10-16% dei casi di cancro della mammella, di cancro del colon e di diabete mellito e del 22% dei casi di cardiopatia ischemica. È stato stimato che l'eliminazione di un fattore di rischio come la sedentarietà può portare ad una riduzione delle malattie cardio vascolari (MCV) del 15-39%, del 33% di stroke, del 22-33% del cancro del colon e del 18% di fratture ossee secondarie ad osteoporosi. La sedentarietà, quindi, si sta imponendo come il fattore di rischio principale del terzo millennio, non solo nei paesi occidentali, ma anche in quelli in via di sviluppo (15).

La ridotta efficienza fisica conseguente alla sedentarietà rappresenta uno dei più importanti fattori predittivi di mortalità nella popolazione generale apparentemente sana (16-17). Infatti, la ridotta tolleranza allo sforzo si associa, sia nella popolazione maschile sia in quella femminile, ad una riduzione della sopravvivenza, per un aumento significativo della mortalità cardiovascolare. I soggetti anziani, in base a questi dati, sembrerebbero quindi destinati inevitabilmente ad essere colpiti in modo pesante dalle MCV: è noto che la efficienza fisica, espressa come ml di massimo consumo d'ossigeno per kg di peso corporeo, si riduce del 7-10% per ogni decade di età. Tuttavia, recenti evidenze dimostrano che alcune settimane di allettamento hanno lo stesso effetto di 30 anni di età sulla tolleranza allo sforzo e che 6 mesi di training sono in grado di far recuperare la riduzione di efficienza fisica legata all'invecchiamento.

Inoltre, è stato recentemente dimostrato che alcune settimane d'inattività fisica sono sufficienti ad alterare in maniera significativa l'attività degli enzimi responsabili dello stress ossidativo e la funzione endoteliale, la quale sembra rappresentare la *conditio sine qua non* nella patogenesi dell'aterosclerosi (18). Infine, è noto che i soggetti sedentari vanno più facilmente incontro ad ansia e depressione, fattori pesantemente implicati nella patogenesi e nella prognosi delle MCV (19).

- Per quanto riguarda il fumo di tabacco è ormai dimostrato che indipendentemente dall'età e dagli anni di fumo, smettere di fumare rappresenta sempre una grande opportunità per migliorare la propria salute ed aumentare l'aspettativa di vita. La ricerca ha ampiamente dimostrato che in assenza di patologie in atto smettere di fumare consente, in un certo lasso di tempo, di tornare ai livelli di rischio dei non fumatori, ad esempio dopo 10-15 anni di astensione dal fumo il rischio di tumore polmonare e di malattie cardiovascolari diventa paragonabile a quello di una persona che non ha mai fumato. Mentre, qualora si fosse già verificato qualche danno fumo-correlato, smettere rallenta o arresta comunque la progressione e il peggioramento della malattia ed evita l'insorgere di altre complicazioni legate al fumo (20).
- Ridurre il consumo alcolico, o smettere di bere, produce benefici sullo stato di salute a qualunque età. Parte dei danni prodotti, in particolare i rischi acuti, sono completamente reversibili. L'eliminazione dell'alcol comporta, infatti, un'inversione completa del pericolo per tutte le patologie correlate. Anche nelle malattie croniche, come la cirrosi epatica, per quanto permanga una quota di rischio a causa dell'esposizione protratta, la riduzione o la cessazione del consumo di alcol sono associate a un rapido miglioramento delle condizioni fisiche e anche a una riduzione abbastanza rapida della mortalità complessiva. I giovani che diminuiscono drasticamente il loro consumo alcolico in prossimità dell'età adulta riducono in maniera significativa il rischio di sviluppare danni alcol-correlati (21).

Date tali premesse, questa proposta progettuale nasce dalla considerazione che è doveroso e necessario garantire e facilitare ai cittadini percorsi globali di presa in carico, adeguati alla classe di rischio individuale ed equi, a supporto della modificazione di stili di vita scorretti al fine di aumentare l'aderenza alle proposte di salute, l'empowerment e più ancora l'engagement e della persona con l'obiettivo ultimo di ridurre il rischio di incorrere in patologie croniche o in recidive e complicanze delle principali MCNT. Tale proposta si sviluppa a fronte di una attuale offerta nel territorio spesso molto ampia di servizi di assistenza, specialistici ospedalieri e territoriali, e di proposte per migliorare la qualità della vita e promuovere corretti stili di vita, ma sono proposte spesso scarsamente integrate e coordinate tra loro. Risulta pertanto utile



86dbcc4a



sperimentare e sviluppare un modello organizzativo integrato e intersettoriale tra le varie agenzie sanitarie non (Distretto, Ospedale, Dipartimento di Prevenzione e degli ambulatori specialistici impegnati nella modificazione dei quattro principali fattori di rischio, istituzioni locali, organizzazioni private e associative, gruppi di auto-aiuto, ecc.) che si prendono cura della persona con fattori di rischio per la salute o con patologie croniche e stili di vita scorretti.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Il progetto, a fronte delle evidenze scientifiche sopra descritte, prevede lo studio, definizione, sperimentazione, realizzazione e valutazione di percorsi integrati intersettoriali tra servizi sanitari e non, per la presa in carico, secondo una stratificazione del rischio, di soggetti con fattori di rischio per le MCNT o con patologie croniche conclamate per la modificazione di stili di vita scorretti.

Soggetto con patologia cronica

Il soggetto, cui viene diagnosticata una patologia cronica, viene preso in carico dall'assistenza primaria e inserito dal Medico di Medicina Generale (MMG) in specifici percorsi assistenziali erogati presso l' "ambulatorio della cronicità" all'interno dei modelli di UCCP (Unità Complesse di Cure primarie – siano esse Medicine di gruppo Integrate, Case della Salute, UTAP, ecc.) in sinergia con altri servizi sanitari del territorio (Distretto, Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Dipendenze, ecc.), istituzioni locali, anche avvalendosi della collaborazione di organizzazioni private e associative (associazioni sportive, palestre della salute, gruppi di auto-aiuto, ecc.), per la modificazione di stili di vita non corretti associati a recidive e complicanze, il miglioramento/mantenimento del quadro clinico, dello stato funzionale e della qualità della vita.

Soggetto sano con fattori di rischio per patologie croniche

Al soggetto che presenta fattori di rischio per MCNT, individuato attraverso programmi di screening di popolazione o dal MMG, viene proposta la partecipazione ad un percorso integrato, multidisciplinare e intersettoriale per la modificazione degli stili di vita associati allo sviluppo di malattie croniche. All'attuazione dello stesso collaborano sinergicamente servizi sanitari e non: Dipartimento di Prevenzione, Distretto, *team* delle UCCP (siano esse Medicine di Gruppo Integrate, Case della Salute, UTAP, ecc.) istituzioni locali e organizzazioni private e associative (associazioni sportive, palestre della salute, gruppi di auto-aiuto, ecc.).

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

La fattibilità è determinata dal grado di sviluppo della rete organizzativa tra servizi sanitari (operatori Dipartimenti di Prevenzione, specialisti ospedalieri e territoriali, MMG, ecc.) e non, istituzioni locali, associazioni operanti nell'ambito della promozione degli stili di vita sani (associazioni sportive, palestre della salute, gruppi di auto-aiuto, ecc.).

Alcune criticità potrebbero essere determinate da:

- non adeguata organizzazione di alcune strutture che devono supportare la proposta integrata e intersettoriale di percorsi di cambiamento degli stili di vita che viene fatta ai soggetti in studio;
- scarso raccordo ed integrazioni tra le attività del Distretto e le attività dei Dipartimenti di Prevenzione;
- difficoltà nel lavorare in team multiprofessionali ed intersettoriali;
- difficoltà nel coordinamento ed integrazione tra soggetti sanitari e non nella definizione di percorsi globali ed integrati;
- monitoraggio e sostegno nel tempo dei cambiamenti di stili di vita assunti dai soggetti inclusi nel progetto;
- riuscire a contrastare efficacemente le disuguaglianze di salute, in particolare di genere, culturali, età e condizione economica.

Aree territoriali interessate e trasferibilità degli interventi

Il progetto verrà sviluppato in almeno un'area territoriale per Regione partecipante: Veneto, Umbria e Sardegna.

L'obiettivo è la definizione di modelli organizzativi costruiti ad hoc secondo la peculiarità e le risorse di quella specifica realtà regionale e territoriale, la trasferibilità, quindi, che si andrà a verificare riguarda specificamente il processo di costruzione di un modello di presa in carico globale, multidisciplinare ed intersettoriale.

Ambito istituzionale e programmatico di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti (anche in



86cbcc4a



riferimento a piani e programmi regionali)

Il Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 e i conseguenti Piani Regionali Prevenzione (PRP) al Micro Obiettivo 1 vedono in primo piano il contrasto alle malattie non trasmissibili. Conseguentemente in tale ambito vengono sviluppati Programmi capaci di contrastare le patologie croniche degenerative anche promuovendo corretti stili di vita al fine di diminuire significativamente il rischio di incorrere in tali patologie o in recidive in caso di MCNT conclamate. I PRP si sviluppano secondo alcuni punti cardine tra i quali l'intersectorialità, importante parola chiave per sviluppare condivisione e comune comprensione tra settori diversi sui determinanti della salute e per definire obiettivi e percorsi di intervento e di salute comuni. D'altra parte, gli obiettivi di sviluppare modelli di presa in carico della cronicità affidati ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, così come previsto dal Piano Nazionale della Cronicità, impongono una forte integrazione tra i Distretti che presidiano l'assistenza primaria e l'azione dei Dipartimenti di Prevenzione.

L'intersectorialità e multidisciplinarietà quindi sono caratteristiche fondamentali dei percorsi di presa in carico globale non solo per una migliore gestione clinica, in risposta ai bisogni assistenziali ed una presa in carico continuativa, ma anche per la promozione di sani stili di vita.

Nell'ambito dei Piani Regionali Prevenzione è compito del Dipartimento di Prevenzione sviluppare i Piani/Programmi del PRP in rete, secondo il principio della corresponsabilità, con altri Dipartimenti e strutture sanitarie (Distretto, Dipartimenti Dipendenze, specialisti ospedalieri e territoriali, ecc.) e con partner diversi dalla sanità dato che la maggior 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. Tale struttura organizzativa in rete si traduce in un'opportunità di salute e, operativamente, in un team fondato sulla multidisciplinarietà ed intersectorialità capace di prendersi cura della persona e di accompagnarla, a seconda del livello di rischio di partenza, verso migliori stili di vita.

Bibliografia

- 1) Guadagnare Salute. DPCM 4 maggio 2007 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf
- 2) Piano Nazionale della Cronicità. Ministero della Salute, 2016 <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null>
- 3) DGR. n. 751/2015; L. n. 189/2012).
- 4) Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016. WHO Regional Office for Europe. 2012 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf)
- 5) http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en
- 6) Kirkegaard H, Johnsen NF, Christensen J, Frederiksen K, Overvad K, Tjønneland A., Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. *BMJ*. 2010 Oct 26;341:e5504
- 7) Yamaji Y, Okamoto M, Yoshida H, Kawabe T, Wada R, Mitushima T, et al. The effect of body weight reduction on the incidence of colorectal adenoma. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 2061-7
- 8) Hastert, T.A., Beresford, S.A.A., Sheppard, L. et al. Adherence to the WCRF/AICR cancer prevention recommendations and cancer-specific mortality: results from the Vitamins and Lifestyle (VITAL). *Cancer Causes Control* (2014) 25: 541. doi:10.1007/s10552-014-0358-6.
- 9) Annie S Anderson, Angela M Craige, Stephen Caswell, Shaun Treweek et al. The impact of a bodyweight and physical activity intervention (BeWEL) initiated through a national colorectal cancer screening programme: randomized controlled trial, *BMJ* 2014; 348: G 1823
- 10) Roc L, Hunt P, Bradshaw H, Rayner M: Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population: a review. London: The Cromwell Press; 1997.
- 11) The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): Description of lifestyle intervention. *Diabetes care*. 2002;25(12):2165-2171.
- 12) Alves AJ, Viana JL, Cavalcante SL, Oliveira NL, Duarte JA, Mota J, Oliveira J, Ribeiro F. Physical activity in primary and secondary prevention of cardiovascular disease: Overview updated. *World J Cardiol*. 2016 Oct 26;8(10):575-583.
- 13) Emtner M, Wadell K. Effects of exercise training in patients with chronic obstructive pulmonary disease--a narrative review for FYSS (Swedish Physical Activity Exercise Prescription Book). *Br J Sports Med*. 2016 Mar;50(6):368-71
- 14) World Health Organization. The world health report 2002: reducing risk, promoting healthy life.
- 15) Booth F.W., Gordon S.E., Carlson C.J., et al.: Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *J. Appl. Physiol*. 2000; 88: 774-87.
- 16) Blair S.N., Kohl H.W. 3rd, Barlow C.E., Paffenbarger R.S. Jr, Gibbons L.W., Macera C.A.: Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995 ; 273: 1093-98.
- 17) Manson J.E., Greenland P., La Croix A.Z., Stefanick M.L., Mouton C.P., Oberman A., et al: Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N. Engl. J. Med.* 2002; 347: 716-25.
- 18) Giada F, Biffi A, Agostoni PG, Anedda A, Bettini R, Carlon R, Carù B, D'Andrea L, Delise P, De Francesco A, Fattiroli F, Guglielmi R, Guiducci U, Pelliccia A, Penzo M, Perticone F, Thiene G, Vona M, Zeppilli P. Exercise prescription for the prevention and treatment of cardiovascular diseases: part I. *J Cardiovasc Med* 2008; 9: 1-16.
- 19) Strawbridge W.J., Deleger S., Roberts R.E., Kaplan G.A.: Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am. J. Epidemiol*. 2002; 156: 328-34.
- 20) http://www.smettempo.it/ducs/file/smettere_o_non_smettere/I_benefici_dello_smettere.pdf
- 21) <http://www.guadagnaresalute.it/falco/falcoSalute.asp>



86dbcc4a



Allegato 2
OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO**OBIETTIVO GENERALE:**

Costruire e sperimentare un piano di interventi integrato tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto con particolare riferimento ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, Ospedale, altri Servizi sanitari e risorse presenti sul territorio per la presa in carico di soggetti con patologie croniche o con fattori di rischio per la modificazione degli stili di vita non corretti, in conformità a quanto stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione e dal Piano Nazionale della Cronicità.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Analizzare l'offerta di servizi presenti nel territorio per la modificazione degli stili vita ed eventuali reti organizzative già esistenti ed individuarne i punti di forza e di debolezza.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Definire un piano di interventi specifico, intersettoriale e integrato, per ciascun territorio per la presa in carico della persona con fattori di rischio per MCNT o con patologie croniche, per la modificazione degli stili di vita non corretti.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Sperimentare il piano di interventi definito nel territorio specifico di pertinenza.

OBIETTIVO SPECIFICO 4: Valutare l'impatto del piano di interventi in base all'aderenza dei soggetti ai percorsi individuati per la modificazione degli stili di vita e agli esiti conseguiti; individuare eventuali azioni correttive e valutarne la sostenibilità nel tempo.



86dbcc4a



REFERENTE PROGETTO:		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa I	Referente	Compiti
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria	Dr.ssa Francesca Russo	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento del progetto • Contributo alla definizione del piano di interventi intersettoriale e integrato • Realizzazione della formazione e dei materiali formativi/informativi a supporto del progetto • Mappatura dei servizi esistenti nel territorio di pertinenza • Sperimentazione del piano operativo integrato in almeno un ambito territoriale della Regione in sinergia con i Programmi e/o partner del PRP, con i Distretti, l'Ospedale e le altre risorse del territorio • Valutazione complessiva delle attività, stesura report finale e organizzazione dell'evento finale di restituzione dei risultati a livello nazionale
Unità Operativa ASL Umbria1	Dr.ssa Maria Donata Giaimo	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione al gruppo di coordinamento nazionale del progetto • Mappatura dei servizi esistenti nel territorio di pertinenza • Contributo alla definizione del piano di interventi intersettoriale e integrato di presa in carico globale del cittadino • Sperimentazione del piano nel proprio territorio di pertinenza • Valutazione dell'impatto del modello sperimentato
Unità Operativa ATS Sardegna - ASSL di Cagliari	Dr. Giuseppe Frau	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione al gruppo di coordinamento nazionale del progetto • Mappatura dei servizi esistenti nel territorio di pertinenza • Contributo alla definizione del piano di interventi intersettoriale di presa in carico globale del cittadino • Sperimentazione del piano nel proprio territorio di pertinenza • Valutazione dell'impatto del modello sperimentato



86dbcc4a



Allegato 3

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Costruire e sperimentare un piano di interventi integrato tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto con particolare riferimento ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, Ospedale, altri Servizi sanitari e risorse presenti sul territorio per la presa in carico di soggetti con patologie croniche o con fattori di rischio per la modificazione degli stili di vita non corretti, in conformità a quanto stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione e dal Piano Nazionale della Cronicità.
<i>Risultato/i atteso/i</i>	Sperimentazione e valutazione di un piano di interventi per l'integrazione tra Dipartimento di Prevenzione, Distretti con particolare riferimento ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, Ospedale, altri Servizi sanitari e risorse presenti nel territorio
<i>Indicatore/i di risultato</i>	L'individuazione di un piano di interventi multidisciplinari e intersettoriali
<i>Standard di risultato</i>	Almeno 1 sperimentazione per Regione

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Analizzare l'offerta di servizi presenti nel territorio per la modificazione degli stili vita ed eventuali reti organizzative già esistenti ed individuarne i punti di forza e di debolezza.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Mappatura dell'esistente secondo un modello condiviso
<i>Standard di risultato</i>	Tutte le Regioni/UO partecipanti attuano la mappatura
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione del gruppo nazionale di coordinamento del progetto e di lavoro - Individuazione di un modello condiviso di mappatura dei servizi e reti organizzative esistenti nel territorio - Mappatura dei servizi e reti organizzative esistenti nel territorio identificato per la sperimentazione del modello

OBIETTIVO SPECIFICO 2	Definire un piano di interventi specifico, intersettoriale e integrato, per ciascun territorio per la presa in carico della persona con fattori di rischio per MCNT o con patologie croniche, per la modificazione degli stili di vita non corretti.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Modello operativo specifico per Regione
<i>Standard di risultato</i>	Ogni Regione/UO partecipante definisce un proprio modello operativo che risponde alle caratteristiche organizzative del territorio di riferimento
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tavoli di approfondimento e di co-progettazione a livello nazionale e locale - Formazione formatori delle 3 Regioni partecipanti per una unità di base condivisa pur nel rispetto della specificità di ogni realtà territoriale - Stesura del piano di interventi integrato per Regione/UO partecipante



86dbcc4a



OBIETTIVO SPECIFICO 3	Sperimentare il piano di interventi definito nel territorio specifico di pertinenza.
Indicatore/i di risultato	Completare la sperimentazione
Standard di risultato	Ogni Regione/EO partecipante porta a termine la definizione del piano operativo integrato di presa in carico di soggetti con fattori di rischio per MCNT o con patologie croniche conclamate a supporto della modificazione di scorretti stili di vita correlati all'insorgere di MCNT e di recidive.
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	<ul style="list-style-type: none">- Costituzione della rete territoriale intersettoriale di presa in carico dei soggetti a rischio o con patologie croniche- Stratificazione dei soggetti in base al rischio legato alla diagnosi iniziale e al profilo metabolico e antropometrico, individuazione ed invio ad un percorso adeguato per specifica classe di rischio individuato dalla combinazione di tali profili- Applicazione del modello definito



86dbcc4a



OBIETTIVO SPECIFICO 4	Valutare l'impatto del piano di interventi in base all'aderenza dei soggetti ai percorsi individuati per la modificazione degli stili di vita e agli esiti conseguiti; individuare eventuali azioni correttive e valutarne la sostenibilità nel tempo.
Indicatore/i di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Abitudine al fumo</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 1.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 1.3 % soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che aderiscono al percorso 1.4 % soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2. <u>Scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità</u> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 2.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2.3 % soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che aderiscono al percorso 2.4 % soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 3. <u>Sedentarietà</u> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 3.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 3.3 % soggetti con patologia cronica e sedentarietà che aderiscono al percorso 3.4 % soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 4. <u>Alcol</u> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 4.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 4.3 % soggetti con patologia cronica e consumo di bevande alcoliche che aderiscono al percorso 4.4 % soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento
Standard di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Abitudine al fumo</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. 10% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 1.2 30% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 1.3 10% di soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che aderiscono al percorso 1.4 30% di soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2. <u>Scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità</u> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 20% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 2.2 50% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2.3 20% di soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che aderiscono al percorso



86dbcc4a



	<p>2.4 50% di soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>3. <u>Sedentarietà</u></p> <p>3.1 20% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso</p> <p>3.2 40% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>3.3. 20% di soggetti con patologia cronica e sedentarietà che aderiscono al percorso</p> <p>3.4 50% di soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>4. <u>Alcol</u></p> <p>4.1 10% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso</p> <p>4.2 20% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>4.3 10% di soggetti con patologia cronica e consumo di bevande alcoliche che aderiscono al percorso</p> <p>4.4 20% di soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p>
<p><i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di un piano e delle strategie di valutazione condivise - Applicazione del piano e degli strumenti di valutazione condivisi - Analisi dei dati raccolti e individuazione di eventuali azioni correttive e valutarne la sostenibilità nel tempo. - Report finale - Presentazione degli esiti della sperimentazione sia a livello nazionale che locale



86dbcc4a



CRONOGRAMMA

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Obiettivo specifico 1	Attività 1																							
Obiettivo specifico 2	Attività 2																							
	Attività 3																							
	Attività 1																							
Obiettivo specifico 3	Attività 2																							
	Attività 3																							
	Attività 1																							
Obiettivo specifico 4	Attività 2																							
	Attività 3																							
	Attività 4																							
	Attività 5																							
	Attività 1																							

Rendicontazione



86dbcc4a



denominazione dell'Unità Operativa: Regione del Veneto Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria			
importo totale (€):		€ 280.000,00	
PERSONALE		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
importo (€):	€ 112.000,00	1	Figura a supporto del coordinamento del progetto (medico, psicologo ecc.)
		2	Contratti e/o collaborazioni con personale esperto a supporto delle
			Coordinamento del progetto
			Supporto alle attività del progetto
BENI E SERVIZI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
importo (€):	€ 60.000,00	1	Materiale formativo/informativo
		2	Evento conclusivo
			Studio grafico, stampa e diffusione materiale a supporto del progetto
			Spese per l'organizzazione
MISSIONI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
importo (€):	€ 20.000,00	1	Riunioni di coordinamento e di lavoro
		2	incontri di scambio e confronto di esperienze tra realtà regionali diverse
			Spese sostenute per viaggio, vitto e alloggio
			Spese sostenute per viaggio, vitto e alloggio
INCONTRI / EVENTI FORMATIVI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
importo (€):	€ 80.000,00	1	Incontri di approfondimento
		2	Formazione formatori e operatori coinvolti nelle attività progettuali
			Spese per l'organizzazione, accreditamento e realizzazione (docenti, ECM, ecc.)
			Spese per l'organizzazione, accreditamento e realizzazione (docenti, ECM, ecc.)
SPESE GENERALI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
importo (€):	€ 8.000,00	1	Spese generali
			Gestione generale del progetto (spedizioni, cancelleria, costi indiretti ecc.)



86dbcc4a



denominazione dell'Unità Operativa:		ASL UMBRIA 1	
importo totale (€):		€ 100.000,00	
PERSONALE		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
<i>importo (€):</i>	€ 40.000,00	1	Figura a supporto del coordinamento del progetto (medico, psicologo ecc..)
		2	Contratto e/o collaborazione con personale esperto a supporto delle
			Coordinamento del progetto
			Supporto alle attività del progetto
BENI E SERVIZI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
<i>importo (€):</i>	€ 25.000,00	1	Materiale formativo/informativo
		2	Evento conclusivo
			Studio grafico, stampa e diffusione materiale a supporto del progetto
			Spese per l'organizzazione
MISSIONI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
<i>importo (€):</i>	€ 5.000,00	1	Riunioni di coordinamento e di lavoro
		2	incontri di scambio e confronto di esperienze tra realtà regionali diverse
			Spese sostenute per viaggio, vitto e alloggio
			Spese sostenute per viaggio, vitto e alloggio
INCONTRI / EVENTI FORMATIVI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
<i>importo (€):</i>	€ 25.000,00	1	Incontri di approfondimento
		2	Formazione formatori e operatori coinvolti nelle attività progettuali
			Spese per l'organizzazione, accreditamento e realizzazione (docenti, ECM, ecc.)
			Spese per l'organizzazione, accreditamento e realizzazione (docenti, ECM, ecc.)
SPESE GENERALI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
<i>importo (€):</i>	€ 5.000,00	1	Spese generali
			Gestione generale del progetto (spedizioni, cancelleria, costi indiretti ecc.)



86dbcc4a



denominazione dell'Unità Operativa:		ATS Sardegna- ASST di Cagliari	
importo totale (€):		€	70.000,00
PERSONALE			
Importo (€):	€	28.000,00	1 Spese per personale dell'ATS
			Costi per prestazioni aggiuntive o per obiettivi di progetto
BENI E SERVIZI			
Importo (€):	€	30.000,00	1 Spese per esperto esterno
			Contratto a progetto
MISSIONI			
Importo (€):	€	5.000,00	1 Rimborso per partecipazione alle riunioni di progetto
			Spese viaggio, vitto e alloggio
INCONTRI / EVENTI FORMATIVI			
Importo (€):	€	6.000,00	1 Formazione specifica sul progetto
SPESE GENERALI			
Importo (€):	€	1.000,00	1 Spese generali
			Gestione generale del progetto (spedizioni, cancelleria, costi indiretti ecc.)



86dbcc4a



PIANO FINANZIARIO GENERALE

RISORSE		<i>Importo (€)</i>
PERSONALE	€	180.000,00
BENI E SERVIZI	€	115.000,00
MISSIONI	€	30.000,00
INCONTRI / EVENTI FORMATIVI	€	111.000,00
SPESE GENERALI	€	14.000,00
TOTALE (€)	€	450.000,00



86dbcc4a



*Carta intestata dell'Ente*Allegato 2 dell'accordo di collaborazione

Al Ministero della Salute
 Direzione generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio I
dgprev@postacert.sanita.it

PROGRAMMA CCM 2017 – Area Progettuale

INSERIRE IL TITOLO DEL PROGETTO

Relazione periodica: anno trimestre
 indicare anno e trimestre di riferimento (es: anno I trimestre II)

Nota: non annulla l'obbligo della rendicontazione finanziaria da produrre secondo le modalità e la periodicità prevista dall'accordo di collaborazione.

CUP		
Responsabile scientifico		
Responsabile amministrativo		
Data inizio progetto: DD/MM/YYYY	Data fine progetto: DD/MM/YYYY	Data compilazione: DD/MM/YYYY



86cbcc4a



Obiettivo generale:

riportare l'obiettivo generale del progetto

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Stato di avanzamento (max 120 parole):

descrivere brevemente lo stato di avanzamento del progetto in relazione al raggiungimento dell'obiettivo generale, con riferimento all'indicatore riportato nel piano di valutazione.

Illustrare anche eventuali cambiamenti nello stato dell'arte, intervenuti nel periodo di riferimento, che hanno avuto o possono avere influenza sulla realizzazione del progetto

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Costi: €

indicare la somma utilizzata nel trimestre per lo svolgimento delle attività

Note:

1.....
.....
2.....
.....
3.....
.....
n.....
.....



86dbcc4a



(per ogni obiettivo specifico)

<p>Obiettivo specifico n° k:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Attività realizzate (max 120 parole): <i>indicare le attività realizzate nel trimestre, finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Risultati raggiunti: <i>descrivere brevemente i risultati raggiunti nel trimestre, con riferimento agli indicatori riportati nel piano di valutazione del progetto ed allegare gli eventuali prodotti (es: documenti, programmi e atti di convegni, programmi di corsi di formazione, elaborazioni statistiche, etc...)</i></p> <p><u>Indicatore 1:</u></p> <p><u>Risultati</u> (max 120 parole):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Indicatore 2:</u></p> <p><u>Risultati</u> (max 120 parole):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Indicatore n:</u></p> <p><u>Risultati</u> (max 120 parole):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



Unità operative:
indicare le unità operative che hanno svolto le attività e che concorrono al raggiungimento dell'obiettivo specifico

-
-
-

Note (max 120 parole):

.....
.....
.....
.....
.....



Tempistica:

Le attività previste nel trimestre sono state svolte in coerenza con il cronoprogramma?

Si No

In caso di risposta negativa, indicare le motivazioni e l'eventuale impatto sulle attività e sul raggiungimento degli obiettivi (max 120 parole):

.....
.....
.....
.....

Criticità:

Nel trimestre di attività, sono state riscontrate criticità rilevanti?

Si No

In caso di risposta affermativa:

a) descrivere brevemente tali criticità (max 120 parole):

.....
.....
.....
.....

b) illustrare come si intende superarle per garantire il raggiungimento dell'obiettivo (max 120 parole):

.....
.....
.....
.....

Allegati:

Allegare gli eventuali prodotti (es: documenti, programmi e atti di convegni, programmi di corsi di formazione, elaborazioni statistiche, etc...)



Carta intestata dell'Ente Partner

Allegato 3 dell'accordo di collaborazione

Al Ministero della Salute
Direzione generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio I
dgprev@postacert.sanita.it

RENDICONTO SEMESTRALE/FINALE DEL FINANZIAMENTO CONCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "....."

CODICE CUP:.....

Il sottoscritto, nato a il,
domiciliato per la carica presso la sede dell'....., nella sua
qualità di legale rappresentante dell'....., con sede in, Via,
N., codice fiscale n. e partita IVA n., con riferimento all'accordo di
collaborazione concluso in data avente ad oggetto la realizzazione del progetto

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- che nel trimestre, periodo, sono state impegnate e/o spese le seguenti
somme:

ovvero

- che per la realizzazione del progetto sono state sostenute le spese di seguito riportate:



86dbcc4a



DETTAGLIO DELLE SPESE

UNITA' OPERATIVA ... (n. e denominazione)....						
TIPOLOGIA SPESA	VOCE DI SPESA	IMPORTO PERIODO DI RIFERIMENTO	I/S	ESTREMI DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA (1)	BENEFICIARIO	IMPORTO TOTALE PERIODI (2)
Personale						
	TOTALE					
Beni e servizi						
	TOTALE					
Missioni						
	TOTALE					
Convegni						
	TOTALE					
Spese generali						
	TOTALE					
.....						
	TOTALE					
TOTALE COMPLESSIVO						

(1) Nella colonna "Estremi documentazione giustificativa" riportare la tipologia di documento (fattura, contratto, delibera, etc.), il numero e la data.

(2) Nella colonna "Importo totale periodi" riportare le spese impegnate e/o sostenute globalmente in tutti i periodi rendicontati.

NOTE: Nella presente tabella vanno indicate le somme impegnate e/o le spese sostenute nel semestre di riferimento. Le somme impegnate vanno contrassegnate con il simbolo "(I)", mentre le spese sostenute con il simbolo "(S)". La tabella riferita al rendiconto finale dovrà riportare esclusivamente le spese effettivamente sostenute.

La tabella va compilata e sottoscritta, esclusivamente a cura dell'Ente firmatario dell'accordo, e dovrà riguardare tutte le unità operative presenti nel piano finanziario.

Il Ministero si riserva la facoltà di richiedere la documentazione giustificativa delle spese riportate in tabella.

Data,

FIRMA
Il legale rappresentante



86dbcc4a





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Allegato 4 dell'Accordo di collaborazione

Programmazione e rendicontazione finanziaria

Per le voci di spesa, riportate nel piano finanziario si chiarisce che:

Personale

Sotto questa voce è possibile ricomprendere tutte le tipologie di contratto di lavoro a tempo determinato previste dalla normativa vigente (borsa di studio, contratto di consulenza, dottorato di ricerca, co.co.pro...). È altresì possibile destinare dette risorse al personale interno dell'ente, purché corrispondano alla consueta retribuzione applicata e attengano a quei costi di attività che l'ente non avrebbe realizzato se il progetto non fosse stato attuato; tale personale deve essere assegnato all'attuazione del progetto tramite una decisione scritta dell'ente. Resta inteso che, sia in caso di acquisizione di personale esterno che di utilizzo del personale interno, la correttezza delle procedure di reclutamento del personale dovrà essere sempre verificata dall'ente esecutore nel rispetto della normativa vigente.

Si precisa, inoltre, che le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 40% del costo totale del progetto. Nel piano finanziario del progetto, per tale voce dovranno essere specificate le singole figure professionali senza indicare il relativo corrispettivo; l'importo da inserire a tale voce dovrà essere, infatti, solo quello complessivo. In fase di rendicontazione sarà invece necessario specificare per ciascuna figura professionale, la qualifica, il periodo di riferimento del contratto e relativi costi sostenuti e/o impegnati.

Beni e servizi

Sotto questa voce è possibile ricomprendere l'acquisizione di beni, accessori, forniture e servizi strumentali connessi alla realizzazione del progetto.

A titolo esemplificativo possono rientrare in questa voce le spese di:

- acquisto di materiale di consumo
- acquisto di cancelleria
- stampa, legatoria e riproduzione grafica
- traduzioni ed interpretariato
- realizzazione e/o gestione di siti web
- noleggio/acquisto di attrezzature (esclusivamente per la durata del progetto)

Si specifica che l'acquisto di attrezzature è eccezionalmente consentito solo quando il loro utilizzo è direttamente connesso alla realizzazione del progetto e comunque previa valutazione della convenienza economica dell'acquisto in rapporto ad altre forme di acquisizione del bene (es.



86dbcc4a



noleggio, leasing). In ogni caso di acquisto, la diretta correlazione con gli obiettivi del progetto dovrà essere motivata. Il costo integrale di acquisto, comprensivo di IVA, è rimborsabile per singolo bene il cui valore sia inferiore o uguale a € 500, posto che lo stesso sia stato acquistato prima degli ultimi sei mesi della durata del progetto. Ove il bene sia stato acquistato negli ultimi sei mesi o nel caso in cui il valore del bene sia superiore a 500 €, il Ministero rimborserà unicamente la/e quota/e parte di ammortamento relativa/e al periodo di utilizzo del bene all'interno del progetto. Non può comunque assolutamente essere ricompreso sotto questa voce l'acquisto di arredi o di altro materiale di rappresentanza.

Si rammenta, inoltre che la voce "Servizi" è principalmente finalizzata a coprire le spese per l'affidamento di uno specifico servizio ad un soggetto esterno.

Infine sempre relativamente alla voce "Servizi" si precisa che la loro acquisizione deve conferire al progetto un apporto integrativo e/o specialistico a cui l'ente esecutore non può far fronte con risorse proprie.

Missioni

Questa voce si riferisce alle spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) che unicamente il personale dedicato al progetto (ivi compreso il referente scientifico del Ministero della Salute) deve affrontare in corso d'opera. Può altresì essere riferito alle spese di trasferta di personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto – per un tempo limitato – nel progetto.

Rientrano in tale voce anche le eventuali spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) per la partecipazione del solo personale coinvolto nel progetto a workshop ed incontri purché risultino coerenti con le attività del progetto e si evidenzii l'effettiva necessità di partecipazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi proposti.

Incontri/Convegni/Eventi formativi

Tale voce si riferisce all'organizzazione e realizzazione di un incontro/convegno/evento formativo o altro momento di pubblica diffusione/condivisione dei dati svolto direttamente o per il tramite di terzi. Rientrano in tale voce anche gli eventuali costi per l'iscrizione agli eventi formativi/convegni. A titolo di esempio rientrano in tale voce gli eventuali costi per l'affitto della sala, del servizio di interprete, per il servizio di accoglienza, onorari e spese di missione (trasferta, vitto ed alloggio) per docenti esterni al progetto, accreditamento ECM.

Spese generali

Per quanto concerne questa voce, si precisa che la stessa non può incidere in misura superiore al 10% sul finanziamento complessivo. Nel suo ambito sono riconducibili i cosiddetti costi indiretti (posta, telefono, servizio di corriere, collegamenti telematici, ecc..) in misura proporzionale alle attività previste. Si specifica che in sede di verifica della rendicontazione, la quota dei costi indiretti sarà riproporzionata in considerazione delle spese ammissibili rendicontate.



86dbcc4a





Ministero della Salute



ACCORDO DI COLLABORAZIONE
tra
IL MINISTERO DELLA SALUTE
CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE MALATTIE (CCM)
e
LA REGIONE del VENETO
per la realizzazione del progetto CCM

“Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio”

Premesso quanto segue:

- che con la legge 26 maggio 2004, n.138, è stato istituito presso il Ministero della Salute il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie che opera con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del Ministro della Salute;
- che con decreto ministeriale 11 maggio 2017, registrato alla Corte dei Conti in data 30 maggio 2017 (n. 951), è stato approvato il programma di attività del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie – CCM per l’anno 2017;
- che, ai sensi dell’articolo 12, comma 1, della legge 7 agosto 1990, n. 241, il Ministero, con nota nr. 17431, ha trasmesso in data 07 giugno 2017 alle Regioni e Province autonome, all’Istituto Superiore di Sanità, all’Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, all’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e all’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà, il programma annuale e ha proceduto alla pubblicazione dello stesso sul sito del CCM e sul sito istituzionale, del Ministero, rendendo così pubblico il sopra citato decreto ministeriale contenente i criteri e le modalità per la presentazione e per la successiva valutazione delle proposte progettuali finalizzate alla realizzazione del suddetto programma CCM;
- che il Comitato Scientifico del CCM, nella seduta del 21 luglio 2017, ha proceduto alla valutazione delle suddette proposte progettuali e quindi all’approvazione di una graduatoria dei progetti ammessi al finanziamento;
- che tra i progetti ammessi al finanziamento vi è il progetto proposto dalla Regione Veneto denominato: *“Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio”*;
- che pertanto è possibile procedere, ai sensi dell’articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni ed integrazioni, alla stipula di un accordo di collaborazione con la Regione Veneto, al fine di disciplinare lo svolgimento delle attività di interesse comune finalizzate alla realizzazione del sopra citato progetto;

considerato

che è necessario disciplinare, nel redigendo accordo, gli aspetti generali della collaborazione in parola;



86dbcc4a



tra

il Ministero della salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – codice fiscale 80242290585, con sede in Roma, Viale Giorgio Ribotta, n. 5 nella persona del Direttore Generale, dott. Raniero Guerra, nato a Fabriano (Ancona), il 5 giugno 1953, di seguito “Ministero”

e

la Regione del Veneto- Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria codice fiscale 80007580279 con sede in Venezia, Dorsoduro 3901, nella persona del Direttore della Direzione , dott.ssa Francesca Russo, nata a Maletto (CT) il 04 gennaio 1965, di seguito “Regione”

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Art. 1 – Oggetto dell’accordo

1. Il presente accordo è concluso, ai sensi dell’articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni ed integrazioni, per disciplinare lo svolgimento in collaborazione con la Regione, delle attività di interesse comune finalizzate al raggiungimento degli obiettivi descritti nel progetto esecutivo che costituisce parte integrante del presente accordo (Allegato 1).
2. Durante lo svolgimento delle attività previste nel presente accordo potranno essere apportate, previo accordo scritto tra le parti a firma dei legali rappresentanti, modifiche al progetto, a condizione che le stesse ne migliorino l’impianto complessivo.
3. Qualora la Regione, al fine di realizzare il progetto intenda avvalersi della collaborazione di un soggetto giuridico inizialmente non previsto, è tenuto a presentare al Ministero una richiesta di autorizzazione, nonché di variazione del piano finanziario, nella quale dovranno essere indicate le somme messe a disposizione del soggetto giuridico e le attività che da questo saranno svolte.
4. Resta fermo che le variazioni ai progetti non devono comportare alcuna maggiorazione dell’importo complessivo del finanziamento.
5. Resta inteso che laddove la Regione intenda avvalersi della collaborazione di un soggetto giuridico diverso da una Pubblica Amministrazione, dovrà garantire il rispetto delle procedure previste dalla normativa vigente in materia di appalti di forniture e servizi.

Art. 2 – Efficacia. Durata.

1. Il presente accordo è efficace dalla data di comunicazione del Ministero dell’avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione del presente accordo, da parte degli Organi di Controllo.
2. Le attività progettuali decorrono dal 45° giorno dalla data di comunicazione di cui al comma 1.
3. Nel periodo intercorrente tra l’efficacia dell’accordo e l’inizio delle attività progettuali, la Regione si impegna ad espletare le procedure amministrative con le UU.OO. previste nel progetto.
4. L’accordo ha durata di 24 mesi a decorrere dalla data di inizio attività di cui al comma 2. La Regione si impegna ad assicurare che le attività, oggetto dell’accordo, siano concluse entro il suddetto termine.

Art. 3 - Rapporti tecnici e rendiconti finanziari

1. Al fine di verificare il regolare svolgimento delle attività di cui all’art.1, la Regione, entro e non oltre trenta giorni dalla scadenza di ogni trimestre di attività, ad eccezione dell’ultimo, trasmette al Ministero, un rapporto tecnico sullo stato di avanzamento, utilizzando **esclusivamente** l’apposito modello allegato al presente accordo (allegato 2), corredato di relativo *abstract*, ed un



86dbcc4a



- rendiconto finanziario che riporti le somme impegnate e/o le spese sostenute, utilizzando **esclusivamente** l'apposito modello allegato al presente accordo (allegato 3).
2. Entro e non oltre sessanta giorni dalla scadenza dell'accordo, la Regione trasmette al Ministero un rapporto tecnico finale sui risultati raggiunti nel periodo di durata dell'accordo stesso, il relativo *abstract* ed un rendiconto finanziario finale delle spese sostenute, utilizzando il predetto modello riportato in allegato 3 al presente accordo.
 3. Il Ministero può richiedere in qualsiasi momento di conoscere lo stato di avanzamento del progetto e la Regione è tenuta a fornire i dati richiesti entro trenta giorni.
 4. Le rendicontazioni finanziarie di cui ai precedenti commi dovranno essere redatte nel rispetto delle voci di spesa indicate nel piano finanziario previsto nel progetto allegato.
 5. Il piano finanziario relativo al progetto allegato potrà essere modificato una sola volta, previa autorizzazione del Ministero, che valuterà la sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità. La richiesta di variazione dovrà pervenire almeno 90 giorni prima della data di fine validità del presente accordo. La suddetta modifica sarà efficace solo successivamente alla registrazione, da parte degli organi di controllo, del relativo atto aggiuntivo.
 6. Nell'ambito di ogni singola unità operativa, è consentito, senza necessità di autorizzazione, uno scostamento non superiore al 20%, sia in aumento che in diminuzione, per ogni singola voce di spesa, rispetto agli importi indicati nel piano finanziario originario o modificato, fermo restando l'invarianza del finanziamento complessivo. Dette variazioni dovranno assicurare comunque che la voce di spesa del personale si mantenga entro il limite del 40% del finanziamento complessivo.
 7. Resta inteso che il Ministero rimborserà unicamente le somme effettivamente spese entro il termine di scadenza, che saranno dichiarate utilizzando l'allegato 3, nel rispetto delle indicazioni di cui all'allegato 4 del presente accordo.
 8. I rapporti tecnici, gli *abstract* ed i rendiconti finanziari devono essere inviati all'indirizzo di posta certificata della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio I dgprev@postacert.sanita.it.
 9. Il Ministero renderà accessibili detti rapporti tecnici al Comitato Scientifico del CCM per azioni di monitoraggio.
 10. È fatto obbligo alla Regione di conservare tutta la documentazione contabile relativa ai progetti e di renderla disponibile a richiesta del Ministero.

Art. 4 – Proprietà e diffusione dei risultati del progetto

1. I risultati del progetto, ivi inclusi i rapporti di cui all'articolo 3, sono di esclusiva proprietà del Ministero. Il diritto di proprietà e/o di utilizzazione e sfruttamento economico dei file sorgente nonché degli elaborati originali prodotti, dei documenti progettuali, della relazione tecnica conclusiva, delle opere dell'ingegno, delle creazioni intellettuali, delle procedure software e dell'altro materiale anche didattico creato, inventato, predisposto o realizzato dalla Regione nell'ambito o in occasione dell'esecuzione del presente accordo, rimarranno di titolarità esclusiva del Ministero. Quest'ultimo potrà quindi disporre senza alcuna restrizione la pubblicazione, la diffusione, l'utilizzo, la vendita, la duplicazione e la cessione anche parziale di dette opere dell'ingegno o materiale, con l'indicazione di quanti ne hanno curato la produzione.
2. È fatto comunque obbligo alla Regione rendere i dati accessibili e/o rapidamente disponibili al Ministero, in ogni momento e dietro specifica richiesta. Detti dati dovranno essere disponibili in formato aggregato e/o disaggregato a seconda delle esigenze manifestate dal Ministero.
3. È fatto obbligo alla Regione richiedere, sia ad accordo vigente che a conclusione dello stesso, la preventiva autorizzazione al Ministero prima della diffusione parziale o totale dei dati relativi al progetto.
4. Senza detta autorizzazione non si potrà in alcun modo diffondere ad enti terzi, nazionali ed internazionali, dati, comunicazioni, reportistica, pubblicazioni, concernenti il progetto, anche in occasioni di convegni e/o corsi di formazione.



86dbcc4a



5. La richiesta di autorizzazione di cui al comma 3 deve essere trasmessa dalla Regione al referente scientifico del Ministero di cui al successivo articolo 5.
6. La pubblicazione autorizzata dei dati di cui al comma 1 dovrà riportare l'indicazione: "*Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM*".
7. Al fine di garantire la diffusione dell'attività del CCM, il Ministero può procedere, sul sito dedicato, a pubblicare i risultati dei progetti nonché i rendiconti, i relativi *abstract* e i rapporti di cui all'art. 3, commi 1 e 2.
8. È fatto obbligo alla Regione, a conclusione dei progetti, depositare presso il Ministero della Salute i risultati dei progetti, siano essi sotto forma di relazione, banca dati, applicativo informatico o altro prodotto.

Art. 5 - Referenti

1. Il Ministero e la Regione procederanno ad individuare e comunicare, il/i nominativo/i del/i referenti, contestualmente all'avvio delle attività, ed eventuali, successive, sostituzioni.
2. Il/i referente/i, di cui al comma 1, assicura/no il collegamento operativo tra Regione e Ministero
3. Il referente del Ministero assicura il collegamento operativo con la Regione, nonché il monitoraggio e la valutazione dei rapporti di cui all'articolo 3.

Art. 6 - Finanziamento

1. Per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo è concesso alla Regione, un finanziamento complessivo di € 450.000,00 (quattrocentocinquantamila /00).
2. La Regione dichiara che le attività di cui al presente accordo non sono soggette ad I.V.A. ai sensi del D.P.R. n. 633 del 1972 in quanto trattasi di attività rientranti nei propri compiti istituzionali.
3. Il finanziamento è concesso alla Regione al fine di rimborsare le spese sostenute per la realizzazione dei progetti di cui al presente accordo, come risultanti dai rendiconti finanziari di cui all'art. 3.
4. La Regione prende atto ed accetta che il Ministero non assumerà altri oneri oltre l'importo stabilito nel presente articolo.
5. Il finanziamento di cui al comma 1 comprende anche eventuali spese di missione dei referenti scientifici di cui all'articolo 5.
6. La Regione prende atto che il finanziamento previsto per la realizzazione del progetto allegato al presente accordo, pari ad € 450.000,00 (quattrocentocinquantamila /00), si riferisce all'esercizio finanziario 2017 ed andrà in "perenzione amministrativa" in data 31 dicembre 2019 ai sensi dell'art. 36 del R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, e s.m.i..
7. La Regione è a conoscenza ed accetta che le quote del finanziamento erogate a decorrere dal 1° gennaio 2020 saranno oggetto della procedura di reiscrizione in bilancio delle relative somme, procedura che sarà avviata dal Ministero su richiesta della Regione a decorrere dal 1° luglio 2020.

Art. 7 – Modalità e termini di erogazione del finanziamento

1. Il finanziamento sarà erogato secondo le seguenti modalità:
 - a) una prima quota, pari al **30%** del finanziamento, pari a € 135.000,00 (centotrentacinquemila/00), dietro formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta, inoltrata dopo la comunicazione ufficiale, di cui all'articolo 2, comma 1.
 - b) una seconda quota, pari al **40%** del finanziamento, pari a € 180.000,00 (centoottantamila/00), dietro presentazione di formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta da parte della Regione che, assicura la verifica delle spese sostenute per lo svolgimento del progetto. Il pagamento sarà disposto solo a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero dei rapporti tecnici e dei rendiconti finanziari di cui all'articolo 3, relativi al primo anno di attività.



86dbcc4a



- c) una terza quota, pari al **30%** del finanziamento, a € 135.000,00 (centotrentacinquemila/00), dietro presentazione della relazione e del rendiconto finali di cui all'articolo 3, unitamente ad una formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta da parte della Regione che, assicura la verifica delle spese sostenute per lo svolgimento del progetto. Il pagamento sarà disposto solo a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero dei rapporti tecnici e dei rendiconti finanziari finali di cui all'articolo 3, relativi al progetto. La Regione si impegna a restituire le somme eventualmente corrisposte in eccesso, secondo modalità e tempi che saranno comunicati per iscritto dal Ministero.
2. Le richieste di pagamento di cui al comma 1 vanno intestate ed inviate a: Ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione Sanitaria: dgprev@postacert.sanita.it.
 3. Ai fini del pagamento il Ministero si riserva la facoltà di richiedere alla Regione copia della documentazione giustificativa delle spese, riportate nei rendiconti finanziari, di cui all'allegato 3.
 4. I pagamenti saranno disposti entro sessanta giorni dal ricevimento delle richieste di cui al comma 1 mediante l'emissione di ordinativi di pagamento sul conto n° 0306697 intestato alla Regione. Il Ministero non risponde di eventuali ritardi nell'erogazione del finanziamento cagionati dai controlli di legge e/o dovuti ad indisponibilità di cassa.

Art. 8 - Sospensione dei pagamenti. Diffida ad adempiere. Risoluzione dell'accordo

1. In caso di valutazione negativa delle relazioni di cui all'articolo 3 o del mancato invio dei dati di cui all'art. 4, comma 2, il Ministero sospende l'erogazione del finanziamento. La sospensione del finanziamento sarà disposta anche per la mancata od irregolare attuazione del presente accordo.
2. In caso di accertamento, in sede di esame delle relazioni di cui all'articolo 3, di grave violazione degli obblighi di cui al presente accordo, per cause imputabili alla Regione che possano pregiudicare la realizzazione dei progetti, il Ministero intima per iscritto alla Regione, a mezzo di posta certificata, di porre fine alla violazione nel termine indicato nell'atto di diffida. Decorso inutilmente detto termine l'accordo si intende risolto di diritto a decorrere dalla data indicata nell'atto di diffida.
3. E' espressamente convenuto che in caso di risoluzione del presente accordo, la Regione ha l'obbligo di provvedere, entro sessanta giorni dal ricevimento della relativa richiesta, alla restituzione delle somme corrisposte sino alla data di risoluzione dell'accordo.

Il presente accordo si compone di 8 articoli, e di 4 allegati, e viene sottoscritto con firma digitale. Letto, approvato e sottoscritto con firma digitale.

MINISTERO DELLA SALUTE	REGIONE del VENETO
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria	Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria
Il Direttore Generale	Il Direttore
Dott. Raniero Guerra*	Dott.ssa Francesca Russo *

* Firma apposta digitalmente.



86dbcc4a





Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2017

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO:

Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio.

ENTE PARTNER: **Regione del Veneto**

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 6 (area progettuale)

REGIONI COINVOLTE:

numero: 3

elenco:

Nord Veneto

Centro Umbria

Sud Sardegna

DURATA PROGETTO (max 24 mesi):

2 anni

COSTO: 450.000 Euro

COORDINATORI SCIENTIFICI DEL PROGETTO:

Nominativo: Francesca Russo

Struttura di appartenenza: Regione del Veneto – Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

n. tel: 041 279 1352-3 n. fax: 041 279 1355. E-mail: PrevenzioneAlimentareVeterinaria@regione.veneto.it

Nominativo: Maria Cristina Ghiotto

Struttura di appartenenza: Regione del Veneto – Direzione Programmazione Sanitaria – UO Cure Primarie e

LEA n. tel: 041 279 3404-3529 n. fax: 041 279 3430. E-mail: cure.primarie@regione.veneto.it



86dbcc4a



Allegato 1

TITOLO: Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio.

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO*Descrizione ed analisi del problema*

Il progetto nasce dall'analisi dei seguenti aspetti:

- le malattie croniche degenerative non trasmissibili (MCNT) (malattie oncologiche, pneumologiche croniche, cardiovascolari, diabete mellito, malattie mentali e disturbi muscoloscheletrici), responsabili dell'86% dei decessi, del 77% della perdita di anni di vita in buona salute e del 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, sono sempre più diffuse a seguito del progressivo innalzamento dell'età di sopravvivenza della popolazione e in stretta relazione con la diffusione di comportamenti a rischio per la salute, quali: fumo, consumo di bevande alcoliche, scorretta alimentazione e scarsa attività fisica (1);
- si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche (2);
- nuovi e più diffusi bisogni assistenziali legati alla cronicità, alla polipatologia, alla fragilità inducono a ripensare ai modelli assistenziali, finalizzati ad una presa in carico globale, integrata e coordinata ed alla garanzia di continuità dell'assistenza (3);
- la modificazione degli stili di vita a rischio è oramai ampiamente dimostrato in letteratura che contribuisce a: - prevenire o ritardare l'insorgenza di patologie croniche in persone sane; - a migliorare il quadro clinico e dello stato funzionale, a minimizzare la sintomatologia, a prevenire le recidive e le disabilità e a migliorare la qualità della vita nelle persone con MCNT conclamate.

Nello specifico, ad esempio:

- numerose sono le evidenze che hanno dimostrato il ruolo cruciale di un corretto stile di vita al fine di prevenire l'insorgenza dei tumori.

Ne sono risultate delle raccomandazioni che sono state armonizzate con altre inerenti la prevenzione di altre malattie cronico degenerative e sono coerenti con quanto previsto dall' "Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016" (4) nell'ambito strategia "Health 2020" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (5).

Molteplici evidenze scientifiche hanno dimostrato che tali raccomandazioni sono efficaci nella prevenzione primaria dei tumori e in quella delle recidive (7-9); mentre, altre ricerche hanno trovato che la mancanza di aderenza a tali raccomandazioni, sia per la dieta che per lo stile di vita, debba essere considerata un determinante nell'incidenza del cancro (6).

A supporto di quanto sostenuto dalle linee guida internazionali contro il cancro elaborate dall'American Institute for Cancer Research e dal World Cancer Research Fund (AICR/WCRF) vi sono recenti evidenze scientifiche di studi osservazionali che testimoniano come l'aderenza a tali linee guida riduca significativamente il rischio di cancro, sia nei soggetti sani che in quelli già colpiti dalla neoplasia. (6-7,8)

È noto, inoltre, che la presenza di sovrappeso/obesità e/o un'aumentata circonferenza addominale hanno importanza nel definire il rischio di un paziente con cancro del colon di sviluppare ulteriori lesioni neoplastiche, oltre che di mortalità per patologie cardiovascolari (7). Un recente studio condotto in Scozia (studio BeWEL) (9) ha evidenziato d'altra parte come una significativa perdita di peso può essere ottenuta attraverso percorsi personalizzati che possono essere offerti all'interno dei programmi di screening coloretale rivolti a persone in follow up per adenomi che mirino all'incremento dell'attività fisica, al controllo del peso e ad uno stile alimentare corretto, offrendo in tal modo a questa fascia di popolazione la possibilità di ridurre il rischio di andare incontro anche ad altre comorbilità associate a disordini metabolici.

In letteratura è stato inoltre dimostrato che i programmi di educazione ai corretti stili di vita possono risultare più efficaci quando rivolti a specifici gruppi target di popolazione rispetto a quando rivolti alla popolazione generale (10).

- Analoghi risultati provengono dallo studio multicentrico Diabetes Prevention Program (2002) disegnato per verificare se un calo ponderale del 5% ottenuto attraverso modificazioni del regime alimentare e un'aumentata attività fisica, realizzate grazie ad interventi di team multiprofessionali, fosse in grado di prevenire o ritardare la comparsa di diabete di tipo 2 in soggetti sovrappeso e ad



86dbcc4a



alto rischio. A 10 anni si è dimostrato che l'intervento sullo stile di vita ha ridotto del 59% i nuovi casi di diabete, del 34% i casi di scompenso cardiaco e del 22% quelli di cardiopatia ischemica; anche la mortalità risulterebbe ridotta del 22%. I benefici per persona nello stesso arco temporale ammonterebbero a oltre 6 mila dollari risparmiati di cure mediche e oltre 17 mila di benefici economici generali (11).

Inoltre,

- Molti e ben noti sono gli effetti dell'attività fisica sulla salute: gli effetti preventivi nei confronti delle malattie croniche non trasmissibili o MCNT (malattie cardiovascolari, ictus, diabete, obesità, tumori), sia in prevenzione primaria che in prevenzione secondaria (12-13).

È ormai ampiamente documentato che la sedentarietà è responsabile di un aumento significativo di morbilità e mortalità totale e cardiovascolare. Secondo le stime dell'OMS, l'inattività fisica causa annualmente nel mondo 1,9 milioni di morti (14). Inoltre, si stima che globalmente essa sia causa del 10-16% dei casi di cancro della mammella, di cancro del colon e di diabete mellito e del 22% dei casi di cardiopatia ischemica. È stato stimato che l'eliminazione di un fattore di rischio come la sedentarietà può portare ad una riduzione delle malattie cardio vascolari (MCV) del 15-39%, del 33% di stroke, del 22-33% del cancro del colon e del 18% di fratture ossee secondarie ad osteoporosi. La sedentarietà, quindi, si sta imponendo come il fattore di rischio principale del terzo millennio, non solo nei paesi occidentali, ma anche in quelli in via di sviluppo (15).

La ridotta efficienza fisica conseguente alla sedentarietà rappresenta uno dei più importanti fattori predittivi di mortalità nella popolazione generale apparentemente sana (16-17). Infatti, la ridotta tolleranza allo sforzo si associa, sia nella popolazione maschile sia in quella femminile, ad una riduzione della sopravvivenza, per un aumento significativo della mortalità cardiovascolare. I soggetti anziani, in base a questi dati, sembrerebbero quindi destinati inevitabilmente ad essere colpiti in modo pesante dalle MCV: è noto che la efficienza fisica, espressa come ml di massimo consumo d'ossigeno per kg di peso corporeo, si riduce del 7-10% per ogni decade di età. Tuttavia, recenti evidenze dimostrano che alcune settimane di allettamento hanno lo stesso effetto di 30 anni di età sulla tolleranza allo sforzo e che 6 mesi di training sono in grado di far recuperare la riduzione di efficienza fisica legata all'invecchiamento.

Inoltre, è stato recentemente dimostrato che alcune settimane d'inattività fisica sono sufficienti ad alterare in maniera significativa l'attività degli enzimi responsabili dello stress ossidativo e la funzione endoteliale, la quale sembra rappresenti la *conditio sine qua* non nella patogenesi dell'aterosclerosi (18). Infine, è noto che i soggetti sedentari vanno più facilmente incontro ad ansia e depressione, fattori pesantemente implicati nella patogenesi e nella prognosi delle MCV (19).

- Per quanto riguarda il fumo di tabacco è oramai dimostrato che indipendentemente dall'età e dagli anni di fumo, smettere di fumare rappresenta sempre una grande opportunità per migliorare la propria salute ed aumentare l'aspettativa di vita. La ricerca ha ampiamente dimostrato che in assenza di patologie in atto smettere di fumare consente, in un certo lasso di tempo, di tornare ai livelli di rischio dei non fumatori, ad esempio dopo 10-15 anni di astensione dal fumo il rischio di tumore polmonare e di malattie cardiovascolari diventa paragonabile a quello di una persona che non ha mai fumato. Mentre, qualora si fosse già verificato qualche danno fumo-correlato, smettere rallenta o arresta comunque la progressione e il peggioramento della malattia ed evita l'insorgere di altre complicazioni legate al fumo (20).
- Ridurre il consumo alcolico, o smettere di bere, produce benefici sullo stato di salute a qualunque età. Parte dei danni prodotti, in particolare i rischi acuti, sono completamente reversibili. L'eliminazione dell'alcol comporta, infatti, un'inversione completa del pericolo per tutte le patologie correlate. Anche nelle malattie croniche, come la cirrosi epatica, per quanto permanga una quota di rischio a causa dell'esposizione protratta, la riduzione o la cessazione del consumo di alcol sono associate a un rapido miglioramento delle condizioni fisiche e anche a una riduzione abbastanza rapida della mortalità complessiva. I giovani che diminuiscono drasticamente il loro consumo alcolico in prossimità dell'età adulta riducono in maniera significativa il rischio di sviluppare danni alcol-correlati (21).

Date tali premesse, questa proposta progettuale nasce dalla considerazione che è doveroso e necessario garantire e facilitare ai cittadini percorsi globali di presa in carico, adeguati alla classe di rischio individuale ed equi, a supporto della modificazione di stili di vita scorretti al fine di aumentare l'aderenza alle proposte di salute, l'empowerment e più ancora l'engagement e della persona con l'obiettivo ultimo di ridurre il rischio di incorrere in patologie croniche o in recidive e complicanze delle principali MCNT. Tale proposta si sviluppa a fronte di una attuale offerta nel territorio spesso molto ampia di servizi di assistenza, specialistici ospedalieri e territoriali, e di proposte per migliorare la qualità della vita e promuovere corretti stili di vita, ma sono proposte spesso scarsamente integrate e coordinate tra loro. Risulta pertanto utile



86dbcc4a



sperimentare e sviluppare un modello organizzativo integrato e intersettoriale tra le varie agenzie sanitarie e non (Distretto, Ospedale, Dipartimento di Prevenzione e degli ambulatori specialistici impegnati nella modificazione dei quattro principali fattori di rischio, istituzioni locali, organizzazioni private e associative, gruppi di auto-aiuto, ecc.) che si prendono cura della persona con fattori di rischio per la salute o con patologie croniche e stili di vita scorretti.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Il progetto, a fronte delle evidenze scientifiche sopra descritte, prevede lo studio, definizione, sperimentazione, realizzazione e valutazione di percorsi integrati intersettoriali tra servizi sanitari e non, per la presa in carico, secondo una stratificazione del rischio, di soggetti con fattori di rischio per le MCNT o con patologie croniche conclamate per la modificazione di stili di vita scorretti.

Soggetto con patologia cronica

Il soggetto, cui viene diagnosticata una patologia cronica, viene preso in carico dall'assistenza primaria e inserito dal Medico di Medicina Generale (MMG) in specifici percorsi assistenziali erogati presso l' "ambulatorio della cronicità" all'interno dei modelli di UCCP (Unità Complesse di Cure primarie – siano esse Medicine di gruppo Integrate, Case della Salute, UTAP, ecc.) in sinergia con altri servizi sanitari del territorio (Distretto, Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Dipendenze, ecc.), istituzioni locali, anche avvalendosi della collaborazione di organizzazioni private e associative (associazioni sportive, palestre della salute, gruppi di auto-aiuto, ecc.), per la modificazione di stili di vita non corretti associati a recidive e complacenze, il miglioramento/mantenimento del quadro clinico, dello stato funzionale e della qualità della vita.

Soggetto sano con fattori di rischio per patologie croniche

Al soggetto che presenta fattori di rischio per MCNT, individuato attraverso programmi di screening di popolazione o dal MMG, viene proposta la partecipazione ad un percorso integrato, multidisciplinare e intersettoriale per la modificazione degli stili di vita associati allo sviluppo di malattie croniche.

All'attuazione dello stesso collaborano sinergicamente servizi sanitari e non: Dipartimento di Prevenzione, Distretto, *team* delle UCCP (siano esse Medicine di Gruppo Integrate, Case della Salute, UTAP, ecc.) istituzioni locali e organizzazioni private e associative (associazioni sportive, palestre della salute, gruppi di auto-aiuto, ecc.).

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

La fattibilità è determinata dal grado di sviluppo della rete organizzativa tra servizi sanitari (operatori Dipartimenti di Prevenzione, specialisti ospedalieri e territoriali, MMG, ecc.) e non, istituzioni locali, associazioni operanti nell'ambito della promozione degli stili di vita sani (associazioni sportive, palestre della salute, gruppi di auto-aiuto, ecc.).

Alcune criticità potrebbero essere determinate da:

- non adeguata organizzazione di alcune strutture che devono supportare la proposta integrata e intersettoriale di percorsi di cambiamento degli stili di vita che viene fatta ai soggetti in studio;
- scarso raccordo ed integrazioni tra le attività del Distretto e le attività dei Dipartimenti di Prevenzione;
- difficoltà nel lavorare in team multiprofessionali ed intersettoriali;
- difficoltà nel coordinamento ed integrazione tra soggetti sanitari e non nella definizione di percorsi globali ed integrati;
- monitoraggio e sostegno nel tempo dei cambiamenti di stili di vita assunti dai soggetti inclusi nel progetto;
- riuscire a contrastare efficacemente le disuguaglianze di salute, in particolare di genere, culturali, età e condizione economica.

Aree territoriali interessate e trasferibilità degli interventi

Il progetto verrà sviluppato in almeno un'area territoriale per Regione partecipante: Veneto, Umbria e Sardegna.

L'obiettivo è la definizione di modelli organizzativi costruiti ad hoc secondo la peculiarità e le risorse di quella specifica realtà regionale e territoriale, la trasferibilità, quindi, che si andrà a verificare riguarda specificamente il processo di costruzione di un modello di presa in carico globale, multidisciplinare ed intersettoriale.

Ambito istituzionale e programmatico di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti (anche in



86dbcc4a



riferimento a piani e programmi regionali)

Il Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 e i conseguenti Piani Regionali Prevenzione (PRP) al Macro Obiettivo 1 vedono in primo piano il contrasto alle malattie non trasmissibili. Conseguentemente in tale ambito vengono sviluppati Programmi capaci di contrastare le patologie croniche degenerative anche promuovendo corretti stili di vita al fine di diminuire significativamente il rischio di incorrere in tali patologie o in recidive in caso di MCNT conclamate. I PRP si sviluppano secondo alcuni punti cardine tra i quali l'intersectorialità, importante parola chiave per sviluppare condivisione e comune comprensione tra settori diversi sui determinanti della salute e per definire obiettivi e percorsi di intervento e di salute comuni. D'altra parte, gli obiettivi di sviluppare modelli di presa in carico della cronicità affidati ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, così come previsto dal Piano Nazionale della Cronicità, impongono una forte integrazione tra i Distretti che presidiano l'assistenza primaria e l'azione dei Dipartimenti di Prevenzione.

L'intersectorialità e multidisciplinarietà quindi sono caratteristiche fondamentali dei percorsi di presa in carico globale non solo per una migliore gestione clinica, in risposta ai bisogni assistenziali ed una presa in carico continuativa, ma anche per la promozione di sani stili di vita.

Nell'ambito dei Piani Regionali Prevenzione è compito del Dipartimento di Prevenzione sviluppare i Piani/Programmi del PRP in rete, secondo il principio della corresponsabilità, con altri Dipartimenti e strutture sanitarie (Distretto, Dipartimenti Dipendenze, specialisti ospedalieri e territoriali, ecc.) e con partner diversi dalla sanità dato che la maggior 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. Tale struttura organizzativa in rete si traduce in un'opportunità di salute e, operativamente, in un team fondato sulla multidisciplinarietà ed intersectorialità capace di prendersi cura della persona e di accompagnarla, a seconda del livello di rischio di partenza, verso migliori stili di vita.

Bibliografia

- 1) Guadagnare Salute. DPCM 4 maggio 2007 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf
- 2) Piano Nazionale della Cronicità. Ministero della Salute, 2016 <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null>
- 3) DGR. n. 751/2015; L. n. 189/2012).
- 4) Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016. WHO Regional Office for Europe. 2012 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf)
- 5) http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en
- 6) Kirkegaard H, Johnsen NF, Christensen J, Frederiksen K, Overvad K, Tjønneland A., Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. *BMJ*. 2010 Oct 26;341:c5504
- 7) Yamaji Y, Okamoto M, Yoshida H, Kawabe T, Wada R, Mitushima T, et al. The effect of body weight reduction on the incidence of colorectal adenoma. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 2061-7
- 8) Hastert, T.A., Beresford, S.A.A., Sheppard, L. et al. Adherence to the WCRF/AICR cancer prevention recommendations and cancer-specific mortality: results from the Vitamins and Lifestyle (VITAL). *Cancer Causes Control* (2014) 25: 541. doi:10.1007/s10552-014-0358-6.
- 9) Annie S Anderson, Angela M Craige, Stephen Caswell, Shaun Treweek et al. The impact of a bodyweight and physical activity intervention (BeWEL) initiated through a national colorectal cancer screening programme: randomized controlled trial, *BMJ* 2014; 348: G 1823
- 10) Roe L, Hunt P, Bradshaw H, Rayner M: Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population: a review. London: The Cromwell Press; 1997.
- 11) The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): Description of lifestyle intervention. *Diabetes care*. 2002;25(12):2165-2171.
- 12) Alves AJ, Viana JL, Cavalcante SL, Oliveira NL, Duarte JA, Mota J, Oliveira J, Ribeiro F. Physical activity in primary and secondary prevention of cardiovascular disease: Overview updated. *World J Cardiol*. 2016 Oct 26;8(10):575-583.
- 13) Emtner M, Wadell K. Effects of exercise training in patients with chronic obstructive pulmonary disease--a narrative review for FYSS (Swedish Physical Activity Exercise Prescription Book). *Br J Sports Med*. 2016 Mar;50(6):368-71
- 14) World Health Organization. The world health report 2002: reducing risk, promoting healthy life.
- 15) Booth F.W., Gordon S.E., Carlson C.J., et al.: Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *J. Appl. Physiol*. 2000; 88: 774-87.
- 16) Blair S.N., Kohl H.W. 3rd, Barlow C.E., Paffenbarger R.S. Jr, Gibbons L.W., Macera C.A.: Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995 ; 273: 1093-98.
- 17) Manson J.E., Greenland P., La Croix A.Z., Stefanick M.L., Mouton C.P., Oberman A., et al: Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N. Engl. J. Med*. 2002; 347: 716-25.
- 18) Giada F, Biffi A, Agostoni PG, Anedda A, Bettini R, Carlon R, Carù B, D'Andrea L, Delise P, De Francesco A, Fattiroli F, Guglielmi R, Guiducci U, Pelliccia A, Penco M, Perticone F, Thiene G, Vona M, Zeppilli P. Exercise prescription for the prevention and treatment of cardiovascular diseases: part I. *J Cardiovasc Med* 2008; 9: 1-16.
- 19) Strawbridge W.J., Deleger S., Roberts R.E., Kaplan G.A.: Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am. J. Epidemiol*. 2002; 156: 328-34.
- 20) http://www.smettintempo.it/docs/file/smettere_o_non_smettere/I_benefici_dello_smettere.pdf
- 21) <http://www.guadagnaresalute.it/alcollalcolSalute.asp>



86dbcc4a



Allegato 2
OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO**OBIETTIVO GENERALE:**

Costruire e sperimentare un piano di interventi integrato tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto con particolare riferimento ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, Ospedale, altri Servizi sanitari e risorse presenti sul territorio per la presa in carico di soggetti con patologie croniche o con fattori di rischio per la modificazione degli stili di vita non corretti, in conformità a quanto stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione e dal Piano Nazionale della Cronicità.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Analizzare l'offerta di servizi presenti nel territorio per la modificazione degli stili vita ed eventuali reti organizzative già esistenti ed individuarne i punti di forza e di debolezza.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Definire un piano di interventi specifico, intersettoriale e integrato, per ciascun territorio per la presa in carico della persona con fattori di rischio per MCNT o con patologie croniche, per la modificazione degli stili di vita non corretti.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Sperimentare il piano di interventi definito nel territorio specifico di pertinenza.

OBIETTIVO SPECIFICO 4: Valutare l'impatto del piano di interventi in base all'aderenza dei soggetti ai percorsi individuati per la modificazione degli stili di vita e agli esiti conseguiti; individuare eventuali azioni correttive e valutarne la sostenibilità nel tempo.



86dbcc4a



REFERENTE PROGETTO:		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria	Dr.ssa Francesca Russo	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento del progetto • Contributo alla definizione del piano di interventi intersettoriale e integrato • Realizzazione della formazione e dei materiali formativi/informativi a supporto del progetto • Mappatura dei servizi esistenti nel territorio di pertinenza • Sperimentazione del piano operativo integrato in almeno un ambito territoriale della Regione in sinergia con i Programmi e/o partner del PRP, con i Distretti, l'Ospedale e le altre risorse del territorio • Valutazione complessiva delle attività, stesura report finale e organizzazione dell'evento finale di restituzione dei risultati a livello nazionale
Unità Operativa ASL Umbrial	Referente Dr.ssa Maria Donata Giaimo	Compiti <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione al gruppo di coordinamento nazionale del progetto • Mappatura dei servizi esistenti nel territorio di pertinenza • Contributo alla definizione del piano di interventi intersettoriale e integrato di presa in carico globale del cittadino • Sperimentazione del piano nel proprio territorio di pertinenza • Valutazione dell'impatto del modello sperimentato
Unità Operativa ATS Sardegna - ASSL di Cagliari	Referente Dr. Giuseppe Frau	Compiti <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione al gruppo di coordinamento nazionale del progetto • Mappatura dei servizi esistenti nel territorio di pertinenza • Contributo alla definizione del piano di interventi intersettoriale di presa in carico globale del cittadino • Sperimentazione del piano nel proprio territorio di pertinenza • Valutazione dell'impatto del modello sperimentato



86dbcc4a



Allegato 3

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Costruire e sperimentare un piano di interventi integrato tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto con particolare riferimento ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, Ospedale, altri Servizi sanitari e risorse presenti sul territorio per la presa in carico di soggetti con patologie croniche o con fattori di rischio per la modificazione degli stili di vita non corretti, in conformità a quanto stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione e dal Piano Nazionale della Cronicità.
<i>Risultato/i atteso/i</i>	Sperimentazione e valutazione di un piano di interventi per l'integrazione tra Dipartimento di Prevenzione, Distretti con particolare riferimento ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, Ospedale, altri Servizi sanitari e risorse presenti nel territorio
<i>Indicatore/i di risultato</i>	L'individuazione di un piano di interventi multidisciplinari e intersettoriali
<i>Standard di risultato</i>	Almeno 1 sperimentazione per Regione

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Analizzare l'offerta di servizi presenti nel territorio per la modificazione degli stili vita ed eventuali reti organizzative già esistenti ed individuarne i punti di forza e di debolezza.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Mappatura dell'esistente secondo un modello condiviso
<i>Standard di risultato</i>	Tutte le Regioni/UE partecipanti attuano la mappatura
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione del gruppo nazionale di coordinamento del progetto e di lavoro - Individuazione di un modello condiviso di mappatura dei servizi e reti organizzative esistenti nel territorio - Mappatura dei servizi e reti organizzative esistenti nel territorio identificato per la sperimentazione del modello

OBIETTIVO SPECIFICO 2	Definire un piano di interventi specifico, intersettoriale e integrato, per ciascun territorio per la presa in carico della persona con fattori di rischio per MCNT o con patologie croniche, per la modificazione degli stili di vita non corretti.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Modello operativo specifico per Regione
<i>Standard di risultato</i>	Ogni Regione/UE partecipante definisce un proprio modello operativo che risponde alle caratteristiche organizzative del territorio di riferimento
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tavoli di approfondimento e di co-progettazione a livello nazionale e locale - Formazione formatori delle 3 Regioni partecipanti per una unità di base condivisa pur nel rispetto della specificità di ogni realtà territoriale - Stesura del piano di interventi integrato per Regione/UE partecipante



86dbcc4a



OBIETTIVO SPECIFICO 3	Sperimentare il piano di interventi definito nel territorio specifico di pertinenza.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Completare la sperimentazione
<i>Standard di risultato</i>	Ogni Regione/UE partecipante porta a termine la definizione del piano operativo integrato di presa in carico di soggetti con fattori di rischio per MCNT o con patologie croniche conclamate a supporto della modificazione di scorretti stili di vita correlati all'insorgere di MCNT e di recidive.
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none">- Costituzione della rete territoriale intersettoriale di presa in carico dei soggetti a rischio o con patologie croniche- Stratificazione dei soggetti in base al rischio legato alla diagnosi iniziale e al profilo metabolico e antropometrico, individuazione ed invio ad un percorso adeguato per specifica classe di rischio individuato dalla combinazione di tali profili- Applicazione del modello definito



86dbcc4a



OBIETTIVO SPECIFICO 4	Valutare l'impatto del piano di interventi in base all'aderenza dei soggetti ai percorsi individuati per la modificazione degli stili di vita e agli esiti conseguiti; individuare eventuali azioni correttive e valutarne la sostenibilità nel tempo.
Indicatore/i di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Abitudine al fumo</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 1.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 1.3 % soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che aderiscono al percorso 1.4 % soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2. <u>Scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità</u> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 2.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2.3 % soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che aderiscono al percorso 2.4 % soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 3. <u>Sedentarietà</u> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 3.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 3.3 %soggetti con patologia cronica e sedentarietà che aderiscono al percorso 3.4 % soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 4. <u>Alcol</u> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 4.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 4.3 % soggetti con patologia cronica e consumo di bevande alcoliche che aderiscono al percorso 4.4. % soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento
Standard di risultato	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Abitudine al fumo</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. 10% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 1.2 30% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 1.3 10% di soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che aderiscono al percorso 1.4 30% di soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2. <u>Scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità</u> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 20% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 2.2 50% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2.3 20% di soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che aderiscono al percorso



86dbcc4a



	<p>2.4 50% di soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>3. <u>Sedentarietà</u></p> <p>3.1 20% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso</p> <p>3.2 40% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>3.3. 20% di soggetti con patologia cronica e sedentarietà che aderiscono al percorso</p> <p>3.4 50% di soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>4. <u>Alcol</u></p> <p>4.1 10% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso</p> <p>4.2 20% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>4.3 10% di soggetti con patologia cronica e consumo di bevande alcoliche che aderiscono al percorso</p> <p>4.4 20% di soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p>
<p>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di un piano e delle strategie di valutazione condivise - Applicazione del piano e degli strumenti di valutazione condivisi - Analisi dei dati raccolti e individuazione di eventuali azioni correttive e valutarne la sostenibilità nel tempo. - Report finale - Presentazione degli esiti della sperimentazione sia a livello nazionale che locale



86dbcc4a



CRONOGRAMMA

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Obiettivo specifico 1	Attività 1																							
Obiettivo specifico 2	Attività 2																							
	Attività 3																							
	Attività 1																							
Obiettivo specifico 3	Attività 2																							
	Attività 3																							
	Attività 1																							
Obiettivo specifico 4	Attività 2																							
	Attività 3																							
	Attività 4																							
	Attività 5																							
	Attività 1																							

Rendicontazione



denominazione dell'Unità Operativa: Regione del Veneto Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria			
importo totale (€): € 280.000,00			
PERSONALE		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
<i>importo (€):</i>	€ 112.000,00	1	Fi ura a supporto del coordinamento del pro etto (medico, psicolo o ecc..)
		2	Contratti e/o collaborazioni con personale esperto a supporto delle
			Coordinamento del pro etto
			Supporto alle attivit del pro etto
BENI E SERVIZI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
<i>importo (€):</i>	€ 60.000,00	1	Materiale formativo/informativo
		2	Evento conclusivo
			Studio grafico, stampa e diffusione materiale a supporto del progetto
			Spese per l'organizzazione
MISSIONI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
<i>importo (€):</i>	€ 20.000,00	1	Riunioni di coordinamento e di lavoro
		2	incontri di scambio e confronto di eperienze tra realtà regionali diverse
			Spese sostenute per viaggio, vitto e alloggio
			Spese sostenute per viaggio, vitto e alloggio
INCONTRI / EVENTI FORMATIVI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
<i>importo (€):</i>	€ 80.000,00	1	Incontri di approfondimento
		2	Formazione formatori e operatori coinvolti nelle attività progettuali
			Spese per l'organizzazione, accreditamento e realizzazione (docenti,ECM, ecc.)
			Spese per l'organizzazione, accreditamento e realizzazione (docenti,ECM, ecc.)
SPESE GENERALI		DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA
<i>importo (€):</i>	€ 8.000,00	1	Spese generali
			Gestione generale del progetto (spedizioni, cancelleria, costi indiretti ecc.)



86dbcc4a



denominazione dell'Unità Operativa:			ASL UMBRIA 1		
importo totale (€): €			100.000,00		
PERSONALE			DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA	
<i>importo (€):</i>	€	40.000,00	1	Figura a supporto del coordinamento del progetto (medico, psicologo ecc..)	Coordinamento del progetto
			2	Contratto e/o collaborazione con personale esperto a supporto delle	Supporto alle attività del progetto
BENI E SERVIZI			DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA	
<i>importo (€):</i>	€	25.000,00	1	Materiale formativo/informativo	Studio grafico, stampa e diffusione materiale a supporto del progetto
			2	Evento conclusivo	Spese per l'organizzazione
MISSIONI			DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA	
<i>importo (€):</i>	€	5.000,00	1	Riunioni di coordinamento e di lavoro	Spese sostenute per viaggio, vitto e alloggio
			2	incontri di scambio e confronto di esperienze tra realtà regionali diverse	Spese sostenute per viaggio, vitto e alloggio
INCONTRI / EVENTI FORMATIVI			DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA	
<i>importo (€):</i>	€	25.000,00	1	Incontri di approfondimento	Spese per l'organizzazione, accreditamento e realizzazione (docenti, ECM, ecc.)
			2	Formazione formatori e operatori coinvolti nelle attività progettuali	Spese per l'organizzazione, accreditamento e realizzazione (docenti, ECM, ecc.)
SPESE GENERALI			DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA	
<i>importo (€):</i>	€	5.000,00	1	Spese generali	Gestione generale del progetto (spedizioni, cancelleria, costi indiretti ecc.)



86dbcc4a



denominazione dell'Unità Operativa:			ATS Sardegna- ASSL di Cagliari		
importo totale (€): €			70.000,00		
PERSONALE			DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA	
importo (€):	€	28.000,00	1	Spese per personale dell'ATS	Costi per prestazioni aggiuntive o per obiettivi di progetto
BENI E SERVIZI			DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA	
importo (€):	€	30.000,00	1	Spese per esperto esterno	Contratto a progetto
MISSIONI			DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA	
importo (€):	€	5.000,00	1	Rimborsi per partecipazione alle riunioni di progetto	Spese viaggio, vitto e alloggio
INCONTRI / EVENTI FORMATIVI			DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA	
importo (€):	€	6.000,00	1	Formazione specifica sul progetto	
SPESE GENERALI			DESCRIZIONE	RAZIONALE DELLA SPESA	
importo (€):	€	1.000,00	1	Spese generali	Gestione generale del progetto (spedizioni, cancelleria, costi indiretti ecc.)



86dbcc4a



PIANO FINANZIARIO GENERALE

RISORSE		<i>importo (€)</i>
PERSONALE	€	180.000,00
BENI E SERVIZI	€	115.000,00
MISSIONI	€	30.000,00
INCONTRI / EVENTI FORMATIVI	€	111.000,00
SPESE GENERALI	€	14.000,00
TOTALE (€)	€	450.000,00



86dbcc4a



*Carta intestata dell'Ente***Allegato 2 dell'accordo di collaborazione**

Al Ministero della Salute
Direzione generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio I
dgprev@postacert.sanita.it

PROGRAMMA CCM 2017 – Area Progettuale***INSERIRE IL TITOLO DEL PROGETTO***

Relazione periodica: anno trimestre
indicare anno e trimestre di riferimento (es: anno I trimestre II)

Nota: non annulla l'obbligo della rendicontazione finanziaria da produrre secondo le modalità e la periodicità prevista dall'accordo di collaborazione.

CUP		
Responsabile scientifico		
Responsabile amministrativo		
Data inizio progetto: DD/MM/YYYY	Data fine progetto: DD/MM/YYYY	Data compilazione: DD/MM/YYYY



86dbcc4a



Obiettivo generale:

riportare l'obiettivo generale del progetto

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Stato di avanzamento (max 120 parole):

descrivere brevemente lo stato di avanzamento del progetto in relazione al raggiungimento dell'obiettivo generale, con riferimento all'indicatore riportato nel piano di valutazione.

Illustrare anche eventuali cambiamenti nello stato dell'arte, intervenuti nel periodo di riferimento, che hanno avuto o possono avere influenza sulla realizzazione del progetto

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Costi: €

indicare la somma utilizzata nel trimestre per lo svolgimento delle attività

Note:

- 1.....
.....
- 2.....
.....
- 3.....
.....
- n.....
.....



(per ogni obiettivo specifico)

<p>Obiettivo specifico n° k:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Attività realizzate (max 120 parole): <i>indicare le attività realizzate nel trimestre, finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Risultati raggiunti: <i>descrivere brevemente i risultati raggiunti nel trimestre, con riferimento agli <u>indicatori</u> riportati nel piano di valutazione del progetto ed allegare gli eventuali prodotti (es: documenti, programmi e atti di convegni, programmi di corsi di formazione, elaborazioni statistiche, etc...)</i></p> <p><u>Indicatore 1:</u></p> <p>.....</p> <p><u>Risultati</u> (max 120 parole):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Indicatore 2:</u></p> <p>.....</p> <p><u>Risultati</u> (max 120 parole):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Indicatore n:</u></p> <p>.....</p> <p><u>Risultati</u> (max 120 parole):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



Unità operative:
indicare le unità operative che hanno svolto le attività e che concorrono al raggiungimento dell'obiettivo specifico

-
-
-

Note (max 120 parole):

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Tempistica:

Le attività previste nel trimestre sono state svolte in coerenza con il cronoprogramma?

Si No

In caso di risposta negativa, indicare le motivazioni e l'eventuale impatto sulle attività e sul raggiungimento degli obiettivi (max 120 parole):

.....
.....
.....
.....
.....

Criticità:

Nel trimestre di attività, sono state riscontrate criticità rilevanti?

Si No

In caso di risposta affermativa:

a) descrivere brevemente tali criticità (max 120 parole):

.....
.....
.....
.....
.....

b) illustrare come si intende superarle per garantire il raggiungimento dell'obiettivo (max 120 parole):

.....
.....
.....
.....
.....

Allegati:

Allegare gli eventuali prodotti (es: documenti, programmi e atti di convegni, programmi di corsi di formazione, elaborazioni statistiche, etc...)



Carta intestata dell'Ente Partner

Allegato 3 dell'accordo di collaborazione

Al Ministero della Salute
Direzione generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio I
dgprev@postacert.sanita.it

RENDICONTO SEMESTRALE/FINALE DEL FINANZIAMENTO CONCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "....."

CODICE CUP:.....

Il sottoscritto, nato a il,
domiciliato per la carica presso la sede dell'....., nella sua
qualità di legale rappresentante dell'....., con sede in, Via,
N., codice fiscale n. e partita IVA n., con riferimento all'accordo di
collaborazione concluso in data avente ad oggetto la realizzazione del progetto

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- che nel trimestre, periodo, sono state impegnate e/o spese le seguenti
somme:

ovvero

- che per la realizzazione del progetto sono state sostenute le spese di seguito riportate:



86dbcc4a



DETTAGLIO DELLE SPESE

UNITA' OPERATIVA ...(n. e denominazione)...						
TIPOLOGIA SPESA	VOCE DI SPESA	IMPORTO PERIODO DI RIFERIMENTO	I/S	ESTREMI DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA (1)	BENEFICIARIO	IMPORTO TOTALE PERIODI (2)
Personale						
	TOTALE					
Beni e servizi						
	TOTALE					
Missioni						
	TOTALE					
Convegni						
	TOTALE					
Spese generali						
	TOTALE					
.....						
	TOTALE					
TOTALE COMPLESSIVO						

(1) Nella colonna "Estremi documentazione giustificativa" riportare la tipologia di documento (fattura, contratto, delibera, etc.), il numero e la data.

(2) Nella colonna "Importo totale periodi" riportare le spese impegnate e/o sostenute globalmente in tutti i periodi rendicontati.

NOTE: Nella presente tabella vanno indicate le somme impegnate e/o le spese sostenute nel semestre di riferimento. Le somme impegnate vanno contrassegnate con il simbolo "(I)", mentre le spese sostenute con il simbolo "(S)". La tabella riferita al rendiconto finale dovrà riportare esclusivamente le spese effettivamente sostenute.

La tabella va compilata e sottoscritta, esclusivamente a cura dell'Ente firmatario dell'accordo, e dovrà riguardare tutte le unità operative presenti nel piano finanziario.

Il Ministero si riserva la facoltà di richiedere la documentazione giustificativa delle spese riportate in tabella.

Data,

FIRMA
Il legale rappresentante



86dbcc4a





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Allegato 4 dell'Accordo di collaborazione

Programmazione e rendicontazione finanziaria

Per le voci di spesa, riportate nel piano finanziario si chiarisce che:

Personale

Sotto questa voce è possibile ricomprendere tutte le tipologie di contratto di lavoro a tempo determinato previste dalla normativa vigente (borsa di studio, contratto di consulenza, dottorato di ricerca, co.co.pro...). È altresì possibile destinare dette risorse al personale interno dell'ente, purché corrispondano alla consueta retribuzione applicata e attengano a quei costi di attività che l'ente non avrebbe realizzato se il progetto non fosse stato attuato; tale personale deve essere assegnato all'attuazione del progetto tramite una decisione scritta dell'ente. Resta inteso che, sia in caso di acquisizione di personale esterno che di utilizzo del personale interno, la correttezza delle procedure di reclutamento del personale dovrà essere sempre verificata dall'ente esecutore nel rispetto della normativa vigente.

Si precisa, inoltre, che le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 40% del costo totale del progetto. Nel piano finanziario del progetto, per tale voce dovranno essere specificate le singole figure professionali senza indicare il relativo corrispettivo; l'importo da inserire a tale voce dovrà essere, infatti, solo quello complessivo. In fase di rendicontazione sarà invece necessario specificare per ciascuna figura professionale, la qualifica, il periodo di riferimento del contratto e relativi costi sostenuti e/o impegnati.

Beni e servizi

Sotto questa voce è possibile ricomprendere l'acquisizione di beni, accessori, forniture e servizi strumentali connessi alla realizzazione del progetto.

A titolo esemplificativo possono rientrare in questa voce le spese di:

- acquisto di materiale di consumo
- acquisto di cancelleria
- stampa, legatoria e riproduzione grafica
- traduzioni ed interpretariato
- realizzazione e/o gestione di siti web
- noleggio/acquisto di attrezzature (esclusivamente per la durata del progetto)

Si specifica che l'acquisto di attrezzature è eccezionalmente consentito solo quando il loro utilizzo è direttamente connesso alla realizzazione del progetto e comunque previa valutazione della convenienza economica dell'acquisto in rapporto ad altre forme di acquisizione del bene (es.



86dbcc4a



noleggio, leasing). In ogni caso di acquisto, la diretta correlazione con gli obiettivi del progetto dovrà essere motivata. Il costo integrale di acquisto, comprensivo di IVA, è rimborsabile per singolo bene il cui valore sia inferiore o uguale a € 500, posto che lo stesso sia stato acquistato prima degli ultimi sei mesi della durata del progetto. Ove il bene sia stato acquistato negli ultimi sei mesi o nel caso in cui il valore del bene sia superiore a 500 €, il Ministero rimborserà unicamente la/e quota/e parte di ammortamento relativa/e al periodo di utilizzo del bene all'interno del progetto. Non può comunque assolutamente essere ricompreso sotto questa voce l'acquisto di arredi o di altro materiale di rappresentanza.

Si rammenta, inoltre che la voce "Servizi" è principalmente finalizzata a coprire le spese per l'affidamento di uno specifico servizio ad un soggetto esterno.

Infine sempre relativamente alla voce "Servizi" si precisa che la loro acquisizione deve conferire al progetto un apporto integrativo e/o specialistico a cui l'ente esecutore non può far fronte con risorse proprie.

Missioni

Questa voce si riferisce alle spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) che unicamente il personale dedicato al progetto (ivi compreso il referente scientifico del Ministero della Salute) deve affrontare in corso d'opera. Può altresì essere riferito alle spese di trasferta di personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto – per un tempo limitato – nel progetto.

Rientrano in tale voce anche le eventuali spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) per la partecipazione del solo personale coinvolto nel progetto a workshop ed incontri purché risultino coerenti con le attività del progetto e si evidenzii l'effettiva necessità di partecipazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi proposti.

Incontri/Convegni/Eventi formativi

Tale voce si riferisce all'organizzazione e realizzazione di un incontro/convegno/evento formativo o altro momento di pubblica diffusione/condivisione dei dati svolto direttamente o per il tramite di terzi. Rientrano in tale voce anche gli eventuali costi per l'iscrizione agli eventi formativi/convegni. A titolo di esempio rientrano in tale voce gli eventuali costi per l'affitto della sala, del servizio di interprete, per il servizio di accoglienza, onorari e spese di missione (trasferta, vitto ed alloggio) per docenti esterni al progetto, accreditamento ECM.

Spese generali

Per quanto concerne questa voce, si precisa che la stessa non può incidere in misura superiore al 10% sul finanziamento complessivo. Nel suo ambito sono riconducibili i cosiddetti costi indiretti (posta, telefono, servizio di corriere, collegamenti telematici, ecc..) in misura proporzionale alle attività previste. Si specifica che in sede di verifica della rendicontazione, la quota dei costi indiretti sarà riproporzionata in considerazione delle spese ammissibili rendicontate.



86dbcc4a

