Codice A1409A
D.D. 10 aprile 2017, n. 253
Accordo di collaborazione tra Ministero della Salute, Regione Piemonte e A.O.U. Citta' della Salute e della Scienza di Torino per CCM 2016 "SMART: Strategie innovative per Migliorare le Abitudini di vita e Ridurre l'incidenza di Tumori e di altre malattie croniche non trasmissibili" (CUP J19D16002850001). Affidamento progetto a SC Epidemiologia, Screening e Registro Tumori - CPO, in qualita' di ente attuatore.

Premesso che all'interno del programma di attività del Centro Controllo Malattie (CCM) per l'anno 2016 è stata individuata nell'ambito "Patologie non trasmissibili" la linea progettuale 6 "Prevenzione primaria e secondaria in ambito oncologico (anche in relazione alla diagnosi precoce e la presa in carico di soggetti in età giovanile)".

Considerato che su tale linea la Regione Piemonte di concerto con l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino ha presentato il progetto "SMART: Strategie innovative per Migliorare le Abitudini di vita e Ridurre l'incidenza di Tumori e di altre malattie croniche non trasmissibili"valutato positivamente dai Comitati CCM.

Rilevato che con Decreto Dirigenziale 14/12/2016 è stato approvato l'Accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, la Regione Piemonte – Direzione Sanità e l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, che affida alla stessa Regione Piemonte la realizzazione del Progetto esecutivo "SMART: Strategie innovative per Migliorare le Abitudini di vita e Ridurre l'incidenza di Tumori e di altre malattie croniche non trasmissibili", elaborato in veste di responsabile scientifico dalla Dott.ssa Livia Giordano, dirigente medico del Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, SC Epidemiologia, Screening e Registro Tumori – CPO.

Considerato che tale Accordo, ai sensi dell'art. 15 della Legge 7/8/90, n. 241, disciplina lo svolgimento in collaborazione delle attività di interesse comune tra i contraenti finalizzate al raggiungimento degli obiettivi descritti nel progetto esecutivo che costituisce parte integrante del predetto Accordo di collaborazione.

Dato atto che la Responsabile scientifica del progetto "SMART: Strategie innovative per Migliorare le Abitudini di vita e Ridurre l'incidenza di Tumori e di altre malattie croniche non trasmissibili" Dott.ssa Livia Giordano, è stata individuata quale coordinatrice del progetto stesso e referente scientifico del coordinamento nazionale che comprende quattro Unità Operative così suddivise:

Unità Operativa 1	Responsabile	Compiti
Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte. SC Epidemiologia Screening e Registro Tumori - CPO. A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino	Livia Giordano	- coordinamento del progetto nel suo complesso - coordinamento del progetto a livello locale - progettazione e applicazione del modello di intervento - sviluppo e mantenimento del sito internet e della App - elaborazione e produzione del materiale per l'allestimento dei centri coinvolti - monitoraggio e valutazione del progetto a livello locale e generale

Unità Operativa 2	Referente	Compiti
U.O. Centro Gestionale Screening ASP Palermo	Mario Valenza	- coordinamento del progetto a livello locale - applicazione del modello di intervento - elaborazione e produzione del materiale informativo - raccolta dei dati a livello locale
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) Firenze	Paola Mantellini	- coordinamento del progetto a livello locale - applicazione del modello di intervento - organizzazione e realizzazione della formazione per gli operatori - raccolta dei dati a livello locale
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
Università di Torino Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche	Giuseppe Costa	- identificare gli ambiti del progetto a cui rivolgere l'equity audit - elaborare una griglia specializzata di equity audit per il modello di intervento - progettare un sistema di indicatori di processo e risultato che permetta di monitorare e valutare il modello di intervento in un'ottica di equità e applicazione dello stesso in un contesto specifico - sintesi delle principali raccomandazioni per riorientare il modello di intervento verso l'equità

Rilevato che tale Accordo è stato registrato all'Ufficio Centrale di Bilancio il giorno 24 gennaio 2017, visto n. 570, che il relativo finanziamento di € 439.800,00 è stato autorizzato con decreto dirigenziale n. 13927 del 24/1/2017 e che le attività connesse all'attuazione del progetto hanno inizio dal 45° giorno a far data dalla comunicazione dell'Ufficio 1- Ministero della Salute - prot 0004817 del 9/02/2017, occorre consentire lo svolgimento delle stesse individuando il Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, SC Epidemiologia, Screening e Registro Tumori – CPO – quale Ente Attuatore.

Considerato che il progetto esecutivo definisce l'intero piano finanziario, suddiviso per ciascuna Unità Operativa e che l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino riceverà in forma diretta i pagamenti che saranno disposti dal Ministero della Salute per un finanziamento totale di € 439.800,00 secondo le modalità definite nell'Accordo all'art. 7, e cioè:

- 30% del finanziamento, pari a €. 131.940,00 (centotrentunomila e novecentoquaranta/00) dietro formale richiesta di pagamento;
- 40% del finanziamento, pari a €. 175.920,00 (centosettantacinquemila e novecentoventi/00), dietro presentazione di formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta da parte della Regione che in qualità di Ente responsabile assicura la verifica delle spese sostenute per lo svolgimento del progetto a seguito della positiva valutazione dei rapporti tecnici e dei rendiconti finanziari dovuti dall'Ente attuatore;
- 30% del finanziamento, pari a €. 131.940,00 (centotrentunomila e novecentoquaranta/00), a seguito della valutazione della relazione e della rendicontazione finale.

Tutto ciò considerato, si rende necessario affidare al Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, SC Epidemiologia, Screening e Registro Tumori – CPO, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino in qualità di Ente attuatore la

realizzazione del Progetto CCM 2016 “SMART: Strategie innovative per Migliorare le Abitudini di vita e Ridurre l’incidenza di Tumori e di altre malattie croniche non trasmissibili” (CUP J19D16002850001).

Lo stesso Centro di Riferimento per l’Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, SC Epidemiologia, Screening e Registro Tumori – CPO, provvederà ad ogni adempimento, scientifico ed amministrativo, necessario per il raggiungimento degli obiettivi previsti nell’Accordo di collaborazione (Allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente atto, e provvederà a trasmettere ai competenti Uffici regionali tutta la documentazione necessaria alla valutazione del progetto stesso da parte del Ministero della Salute.

Tutto ciò premesso, attestata la regolarità amministrativa del presente atto

IL DIRIGENTE

Vista la Legge n. 241/90 – art. 15;
Vista la Legge n. 138/04;
Visto il D.M. 3/8/2016;
Vista la L.R. 23/2008;
Vista la nota DGPREV n. 0004817 del 9/2/2017;

determina

- di individuare l’A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino - Centro di Riferimento per l’Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, SC Epidemiologia, Screening e Registro Tumori - CPO, quale ente attuatore per la realizzazione del Progetto CCM 2016 “SMART: Strategie innovative per Migliorare le Abitudini di vita e Ridurre l’incidenza di Tumori e di altre malattie croniche non trasmissibili”;

- di dare incarico l’A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino - Centro di Riferimento per l’Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, SC Epidemiologia, Screening e Registro Tumori - CPO, di provvedere ad ogni adempimento, scientifico ed amministrativo, necessario per il raggiungimento degli obiettivi previsti nell’Accordo di collaborazione (Allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente atto.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al TAR per il Piemonte.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell’articolo 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.R. 22/2010.

La presente determinazione non è soggetta a pubblicazione ai sensi del D.Lvo 33/2013.

Il Dirigente del Settore
Gianfranco Corgiat Loia

Allegato

Allegato 1

Ministero della Salute

REGIONE PIEMONTE

ACCORDO DI COLLABORAZIONE
tra
IL MINISTERO DELLA SALUTE
CENTRO NAZIONALE PER LAPREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE MALATTIE (CCM)
e
LA REGIONE PIEMONTE
e
A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO

per la realizzazione del progetto CCM
"SMART: Strategie innovative per Migliorare le Abitudini di vita e Ridurre l'incidenza di Tumori e di altre malattie croniche non trasmissibili"

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 03 agosto 2016, registrato alla Corte dei Conti in data 13 settembre 2016 (n. 3583), è stato approvato il programma di attività del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie – CCM per l'anno 2016;
- che, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, della legge 7 agosto 1990, n. 241, il Ministero, con nota nr. 26672, ha trasmesso in data 19 settembre 2016 alle Regioni, 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 16 novembre 2016, 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 Piemonte denominato: "*SMART: Strategie innovative per Migliorare le Abitudini di vita e Ridurre l'incidenza di Tumori e di altre malattie croniche non trasmissibili*";
- 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 Piemonte, in qualità di Ente partner, e l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, in qualità di Ente attuatore, 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;

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 Piemonte, codice fiscale 80087670016 con sede in Piazza Castello 165, Torino, nella persona del Dirigente Settore Prevenzione e Veterinaria, dott. Gianfranco Corgiat Loia, nato a San Benigno Canavese (TO) l'11 giugno 1955, di seguito "Regione"

e

l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, S.C. Epidemiologia Screening e Registro Tumori, codice fiscale 10771180014, con sede in Torino, Corso Bramante 88, nella persona della dr.ssa Rosa Alessandra Brusco, nata a Torino il 28 luglio 1963, di seguito "Azienda"

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, in qualità di ente responsabile, e l'Azienda, in qualità di ente attuatore, 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 e l'Azienda si impegnano 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 e l'Azienda si impegnano 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, 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 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 originario 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 a: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio I - Viale Giorgio Ribotta n.5, 00144, Roma, nonché all'indirizzo di posta certificata della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria: 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 e dell'Azienda nell'ambito o in occasione dell'esecuzione del presente accordo, rimarranno di titolarità esclusiva del Ministero. Quest'ultimo potrà quindi disporne 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 obbligo alla Regione di trasferire, mensilmente, al Ministero tutti i dati prodotti nel corso della realizzazione dei progetti.
3. È fatto comunque obbligo alla Regione e all'Azienda di 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.
4. È fatto obbligo alla Regione e all'Azienda 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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*".
8. Al fine di garantire la trasparenza e la diffusione dell'attività del CCM, il Ministero provvederà, 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.
9. 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, la Regione e l'Istituto 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 ed Istituto e con il Ministero
3. Il referente del Ministero assicura il collegamento operativo con la Regione e l'Istituto, 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 all'Azienda, in qualità di ente attuatore, un finanziamento complessivo di € 439.800,00 (quattrocentotrentanovemilaottocento/00).
2. L'Azienda 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 all'Azienda 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 e l'Azienda prendono atto ed accettano 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 e l'Azienda prendono atto che il finanziamento previsto per la realizzazione dei progetti allegati al presente accordo, € 439.800,00 (quattrocentotrentanovemilaottocento/00), si riferisce all'esercizio finanziario 2016 ed andrà in "perenzione amministrativa" in data 31 dicembre 2018 ai sensi dell'art. 36 del R.D. 18 novembre 1923, n. 2440.

7. La Regione e l'Azienda sono a conoscenza ed accettano che le quote del finanziamento erogate a decorrere dal 1° gennaio 2019 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 2019.

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 € 131.940,00 (centotrentunomila e novecentoquaranta/00), dietro formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta, inoltrata dopo la formale comunicazione di cui all'articolo 2, comma 1.
   b) una seconda quota, pari al ***40%*** del finanziamento, pari a € 175.920,00 (centosettantacinquemila e novecentoventi/00), dietro presentazione di formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta da parte della Regione che in qualità di Ente responsabile 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 nonché dell'acquisizione, da parte del Ministero, dei dati di cui all'art. 4, comma 2, relativi al primo anno di attività.
   c) una terza quota, pari al ***30%*** del finanziamento, pari a € 131.940,00 (centotrentunomila e novecentoquaranta/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 in qualità di Ente responsabile 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 nonché dell'acquisizione, da parte del Ministero, dei dati di cui all'art. 4, comma 2, relativi al progetto. La Regione e l'Azienda si impegnano 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 – Ufficio I - Viale Giorgio Ribotta n.5, 00144, Roma, nonché all'indirizzo di posta certificata della 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 di tesoreria n° 0308915, intestato all'Azienda. 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 e all'Azienda 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, l'Azienda 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 PIEMONTE	A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria	Direzione Generale della sanità Settore Prevenzione e Veterinaria	S.C. Epidemiologia Screening e Registro Tumori
Il Direttore Generale	Il Dirigente del Settore	Il Legale Rappresentante
Dott. Raniero Guerra*	Dott. Gianfranco Corgiat Loia *	Dott.ssa Rosa Alessandra Brusco*

*** Firma apposta digitalmente.**

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2016

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO: SMART: **S**trategie innovative per **M**igliorare le **A**bitudini di vita e **R**idurre l'incidenza di **T**umori e di altre malattie croniche non trasmissibili

ENTE PARTNER: Regione Piemonte

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 6

REGIONI COINVOLTE:
Numero: 3
Elenco:
Nord: Piemonte
Centro: Toscana
Sud: Sicilia

DURATA PROGETTO: 24 mesi

COSTO: 439.800,00

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:
Nominativo: Livia Giordano
Struttura di appartenenza: Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, SC Epidemiologia, Screening e Registro Tumori – CPO, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Via Cavour 31, 10123 Torino
N. tel: 011/6333852 N. fax: 011/6333886 E-mail: livia.giordano@cpo.it

Allegato 1

TITOLO: SMART: **S**trategie innovative per **M**igliorare le **A**bitudini di vita e **R**idurre l'incidenza di **T**umori e di altre malattie croniche non trasmissibili

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione ed analisi del problema

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in Italia circa il 92% dei decessi totali è dovuto a malattie croniche non trasmissibili (MCNT). In particolare, quasi il 70% delle cause di morte è attribuibile a due gruppi di malattie: le patologie cerebro-cardiovascolari e i tumori.[1] Secondo le stime dell'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), in Italia in tutte le classi di età ogni anno si verificano circa 185.500 decessi per tutti i tumori e 257.000 decessi per malattie cardiovascolari. Ciò corrisponde a circa 5.368.000 anni di vita persi (in media circa 12 anni per decesso, pari a circa il 70% del totale). Considerando oltre agli anni di vita persi anche gli anni di vita trascorsi con disabilità (*Disability Adjusted LifeYears* –DALYs), in Italia per tutte le età avremmo un carico di circa 6 milioni di DALYs ogni anno, relativi a queste patologie.[2] Infatti, nonostante negli ultimi decenni si sia registrato un aumento progressivo della speranza di vita (84,4 anni per le donne e 79,6 per gli uomini; stima ISTAT 2012), la speranza di vita libera da disabilità, seppure in miglioramento, si attesta su valori molto più contenuti e simili per entrambi i generi (57,3 anni nelle donne e 59,8 anni negli uomini).[3]

Sulla base di tali dati e considerando che la popolazione è destinata a invecchiare, sarebbe importante cercare di ridurne l'occorrenza o ritardarne l'insorgenza. Numerosi studi individuano nella compressione della morbidità un obiettivo prioritario nella programmazione sanitaria a medio e lungo termine. La compressione della morbidità e la conseguente riduzione della disabilità sono un obiettivo raggiungibile se si riesce a ritardare l'età di insorgenza delle malattie croniche, guadagnando anni di vita in buona salute[4,5].

In linea con questo tema, nell'ottobre 2014 l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) ha aggiornato il Codice Europeo Contro il Cancro «raccomandando comportamenti individuali la cui applicazione permetterebbe di prevenire una buona parte dei tumori che ogni anno colpiscono milioni di persone»[6].

I fattori di rischio per le MCNT sono noti. Un gruppo esiguo di questi, combinati fra loro, sono responsabili della maggior parte di tali malattie, indipendentemente dal genere e dalla provenienza geografica dei soggetti.[2] In Italia, nel 2010 il fumo di tabacco da solo è stato responsabile del 17% dei decessi per MCNT, l'alimentazione del 28%, la scarsa attività fisica dell'11%. Gli sforzi per migliorare la salute pubblica, in particolare le misure di prevenzione e di promozione della salute, mirano a ridurre questi costi umani ed economici incoraggiando stili di vita più sani e cercando di migliorare le condizioni ambientali[7].

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Da una recente revisione della letteratura8 è emerso come un percorso personalizzato, che lavori sulle conoscenze e sulla disponibilità al cambiamento di ciascun soggetto, sia più efficace di interventi basati su materiali informativi contenenti raccomandazioni generali su uno stile di vita sano.

La proposta in oggetto parte da questa constatazione e si basa su due modelli teorici: (a) lo screening come "teachable moment" e (b) l'uso della "nudge theory".

(a) Proprio per la scelta di sottoporsi a un esame di prevenzione, le persone sono probabilmente più inclini a considerare il rapporto tra le proprie abitudini ed il loro effetto sulla salute9. Gli screening oncologici possono quindi diventare dei cosiddetti "teachable moment"(TM), ossia momenti di transizione che avvengono naturalmente nel corso della vita, o eventi significativi per la salute, che possono motivare gli individui ad adottare spontaneamente comportamenti volti alla riduzione di fattori di rischio10. Gli interventi che si basano sui TM possono attivare un processo di empowerment individuale e rendere i soggetti attivi nelle proprie scelte in fatto di salute. L'invito allo screening può quindi rappresentare un'opportunità per trasmettere messaggi di educazione sanitaria a persone sane/asintomatiche. Inoltre, la struttura operativa dei programmi organizzati di screening, caratterizzata da contatti personali periodici,

mantenuti per un lungo periodo di tempo (più di 40 anni per lo screening della cervice uterina), che interessano un gran numero di persone, può conferire a questa opportunità un rapporto costo/efficacia particolarmente favorevole.

(b) La "nudge theory (teoria del pungolo/della spinta delicata) è fondata sull'idea che le scelte dei soggetti possano essere "sottilmente guidate" attraverso la configurazione di un ambiente capace di aumentare la probabilità che una determinata opzione venga adottata (ad esempio le "scale pianoforte" che invogliano le persone a non usare ascensori e scale mobili[11,12].)

Studi fatti sin dagli anni'80 evidenziano come strumenti basati su questa teoria influenzano positivamente i comportamenti legati alla riduzione dell'uso di tabacco, l'aumento dell'attività fisica[13] e scelte alimentari più sane[11]. Le ricerche in questo ambito sono promettenti, al punto che in paesi come il Regno Unito, gli Stati Uniti ed il Canada, sono stati costituiti gruppi di lavoro a livello governativo per disegnare politiche e interventi in ambito sanitario (oltre che sociale ed economico) basati su questo tipo di teorie.[14,15]

Oltre al sopradescritto framework teorico, il progetto intende avvalersi di strumenti comunicativi innovativi. I rapidi sviluppi tecnologici nel campo della comunicazione hanno portato a un crescente interesse nell'applicazione di queste tecnologie anche nel campo della prevenzione. Strumenti come i social media (Facebook, Twitter, Instagram), le App e i siti web permettono di integrare elementi differenti tra loro, combinando dinamiche di *gaming* – che si stanno ormai sempre più affermando nel campo della promozione della salute[16] – con dispositivi di supporto al cambiamento capaci sia di aumentare il livello di consapevolezza degli individui sia di fornire strumenti concreti di superamento delle difficoltà rilevate nello sviluppare e mantenere stili di vita corretti.

Recenti revisioni sistematiche hanno mostrato che l'uso di internet, telefonia mobile, sensori personali e fitness tracker allo scopo di migliorare i comportamenti relativi a dieta, esercizio fisico, uso di tabacco e alcol, possono essere efficaci nella promozione di stili di vita corretti. È anche emerso che questi programmi sono più efficaci se associati a qualche interazione con gli operatori sanitari.[17,18]

Per le persone con scarsa alfabetizzazione digitale, il counselling offerto da parte di operatori sanitari formati rimane una valida alternativa. Una revisione Cochrane del 2010 ed altre meta-analisi indicano come efficaci i consigli dei medici di medicina generale o il counselling individuale o di gruppo soprattutto per l'uso di tabacco e alcol, rispetto ad altri interventi condotti attraverso i mass media.[19]

Risultati positivi del counselling sono stati evidenziati anche per quel che riguarda il miglioramento nel consumo di frutta e la diminuzione dell'assunzione di grassi saturi, anche a medio termine[20].

L'attenzione all'equità risulta un parametro fondamentale nel definire la qualità dell'assistenza sanitaria, tanto che lo stesso Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) (2014-2018) ha inserito il contrasto alle disuguaglianze quale principio guida e criterio di valutazione. Nonostante esistano consolidate evidenze su come le classi sociali più disagiate adottino con maggiore frequenza steli di vita insalubri e abbiano maggiore difficoltà a modificare i propri comportamenti, gli interventi di promozione della salute spesso non hanno tra gli obiettivi quello di contrastare le disuguaglianze[21]. La recente *Joint Action Europea Equity Action* propone *l'Health Equity Audit* (HEA) quale strumento per includere l'equità tra i criteri di *health impact assessment*[22] e una griglia per promuovere l'uso del *health inequalities audit*[23], intendendo per HEA un'attività di scrutinio del funzionamento di un'iniziativa, soprattutto nel campo dell'organizzazione e del percorso del offerta, al fine di riconoscervi meccanismi di generazione di disuguaglianze di processo e risultato che possono essere monitorati e corretti in caso di malfunzionamento selettivo[24].

Con riferimento al quadro concettuale sopra descritto, saranno implementati i seguenti interventi:

1. sviluppo di un portale web, e di un'applicazione mobile (App) ad esso collegata, attraverso cui mettere a disposizione dell'utenza uno strumento informativo e di supporto al cambiamento dello stile di vita;
2. allestimento dei locali in cui si effettua lo screening attraverso un'adeguata strategia messaggistica basata sulla *nudge theory*;
3. creazione di uno sportello informativo e di counselling sugli stili di vita (Sportello SMART), non alternativo al punto 1.
4. attivazione di numero verde per informazioni sul progetto e assistenza tecnica per l'utilizzo del web e della App.

In ogni regione verranno individuati tre punti di reclutamento, due per lo screening cervicale (uno centrale

e uno periferico) e uno per lo screening mammografico. Questi punti, corrispondenti ai centri di screening, verranno allestiti seguendo il principio della *nudge theory* per promuovere stili di vita salutari e la partecipazione al progetto. Al momento del test di screening, le donne riceveranno informazioni sul progetto dagli stessi operatori dello screening. Materiale informativo specifico sarà comunque distribuito presso i centri. Un numero verde (unico per le tre regioni) sarà a disposizione per offrire informazioni ed assistenza tecnica per l'accesso al portale per tutta la durata del progetto. Laddove possibile, le associazioni di settore verranno coinvolte per sensibilizzare l'utenza e facilitare il reclutamento. Le donne partecipanti ed utilizzatrici del portale web vi accederanno tramite un codice identificativo personale creato automaticamente al primo accesso. Questo codice renderà possibile la tracciabilità del percorso effettuato. Al primo accesso verrà richiesta la compilazione di un breve questionario per identificare il profilo di rischio comportamentale di ciascun utente e la propria disponibilità al cambiamento; sulla base di questo le donne verranno indirizzate verso percorsi personalizzati di miglioramento delle abitudini. All'interno del percorso, l'utente potrà usufruire di diversi strumenti messi a disposizione (es. giochi, fitness-tracker, forum, ecc.) ed al tempo stesso verrà stimolato e motivato a seguire i percorsi attraverso l'invio periodico di comunicazioni (notifiche push, e-mail, sms, messaggi WhatsApp).
Donne non utilizzatrici della rete (o per preferenza personale) potranno rivolgersi allo sportello SMART, attivato in ciascuna regione partecipante, dove compileranno il questionario sul rischio e sulla disponibilità al cambiamento. Per queste donne, in base al profilo di rischio, verrà offerto un percorso di counselling e verrà predisposto del materiale informativo cartaceo. Anche per questo gruppo verranno predisposte azioni di rinforzo e di follow up.
Per entrambi i percorsi (web, sportello SMART), verranno identificate e messe in rete i servizi territoriali (pubblici e non) che offrono interventi e risorse per la promozione di uno stile di vita sano (servizi di dietetica, associazioni ricreative e sportive, manifestazioni ed eventi promossi da enti locali, centri antifumo, ecc.). Gli interventi verranno valutati in base a criteri di coerenza e validità scientifica.

Fattibilità /criticità delle soluzioni degli interventi proposti
I programmi organizzati di screening offrono l'opportunità di sfruttare risorse pre-esistenti sia in ambito organizzativo e strutturale, sia dal punto di vista delle risorse umane disponibili (professionalità e know-how dei servizi), e degli spazi fisici esistenti dove diffondere i messaggi sopra descritti. Tali programmi hanno inoltre la potenzialità di raggiungere un bacino di utenza significativo per gli interventi finalizzati alla promozione di stili di vita sani.
Un possibile elemento di difficoltà legato all'utilizzo di strumenti come App e Internet è dato dalla loro effettiva fruibilità da parte degli utenti. I dati Istat del 2014 mostrano come in Italia i livelli di diffusione e di utilizzo di internet siano non pervasivi: la percentuale di persone tra 16 e 74 anni che usano internet regolarmente è del 56%. Tali dati mostrano però un trend positivo notevole, per tutte le classi di età, per genere e per ripartizione geografica (dal 2007 al 2014 c'è stato un aumento del 20%, dal 37% al 57%). Riteniamo quindi opportuno l'utilizzo delle nuove tecnologie nella promozione della salute, in virtù della loro sostenibilità economica e strutturale e della loro sempre maggiore tendenza alla diffusione. Inoltre il contenimento del costo di questi strumenti che possono essere, una volta sviluppati, utilizzati nelle altre realtà, senza costi aggiuntivi non è da trascurare.
Tenendo conto che una modifica dell'ambiente fisico, per quanto accattivante e poco invasiva, non può essere imposta "dall'alto", senza coinvolgere gli operatori che percepiscono tale ambiente come "proprio", il progetto prevede attività di coinvolgimento e formazione dei professionisti impegnati nello screening.
Si potrebbe osservare che la popolazione che aderisce allo screening è auto-selezionata, in quanto in partenza più sensibile alla prevenzione, va però considerato che i programmi di screening sono interventi di sanità pubblica che hanno un ruolo fondamentale nella riduzione delle disuguaglianze nell'accesso alla salute.[19]

Aree territoriali interessate e trasferibilità degli interventi
Il progetto verrà attivato in tre regioni: Piemonte, Toscana e Sicilia. All'interno delle regioni verranno individuati tre centri di screening (2 centri di screening cervicale - uno centrale e uno periferico - e uno di

screening mammografico) dove verranno applicate le azioni previste dal progetto.
Per quanto riguarda la trasferibilità degli interventi, va considerato che uno dei principali elementi di forza di soluzioni che prevedono lo sviluppo e l'utilizzo di strumenti come App e siti web, è dato dalla loro notevole riproducibilità, dall'immediatezza nell'utilizzo, dal rapporto costo/beneficio atteso e dalla possibilità di monitorare in modo costante l'uso degli stessi. Si tratta inoltre di tecnologie estremamente duttili, capaci di essere aggiornate, integrate e modificate in tempi brevi e con costi contenuti.
Anche gli elementi utilizzati nell'allestimento degli ambienti presentano ampi livelli di trasferibilità.

Ambito istituzionale e programmatorio di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti (anche in riferimento a piani e Programmi regionali)
Gli interventi proposti rientrano negli obiettivi del PNP (2014-2018), in particolare per quanto riguarda il macro obiettivo 2.1 "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili (MCNT)". I Piani regionali di prevenzione fissano obiettivi comuni prioritari, nel solco tracciato dal PNP, che rispondono a bisogni di salute rilevanti, individuati a livello nazionale e regionale. In particolare per Piemonte, Toscana e Sicilia, regioni partner di questo progetto, tra le strategie individuate, pur essendoci interventi di prevenzione sia primaria che secondaria, non sono contemplati interventi che coniugano in modo opportunistico queste due aree della prevenzione.

Bibliografia

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014. Italy. http://www.who.int/nmh/countries/ita_en.pdf?ua=1
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD).Washington 2014. www.healthdata.org/gbd
3. Istituto Nazionale di Statistica, Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro. Bes 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma, Istat, 2014. www.istat.it/it/files/2014/06/Rapporto_Bes_2014.pdf
4. Fries JF. Frailty, heart disease, and stroke: the Compression of Morbidity paradigm. Am J Prev Med 2005;29(5) Suppl 1:164-8.
5. Fries JF et al. Compression of Morbidity 1980-2011: a focused review of paradigms and progress. J Aging Res 2011;2011:261702.
6. International Agency for Research on Cancer. European Code Against Cancer. IARC-WHO 2014.http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/it/
7. Piccinelli C et al. Un laboratorio di prevenzione quale strumento per ridurre le malattie croniche non trasmissibili e la spesa sanitaria. Epidemiol Prev 2015; 39(3): 202-207.
8. Giordano L et al. Esperienze di integrazione tra screening dei tumori e prevenzione primaria: una rassegna. Epidemiol Prev 2015; 39 (5-6): 360-365.
9.Van der Aalst CM et al. Does participation to screening unintentionally influence lifestyle behaviour and thus lifestyle-related morbidity? Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2010; 24(4):465-78
10. Lawson PJ, Flocke SA. Teachable moments for health behaviour change: a concept analysis. Patient Educ Couns. 2009; 76(1):25-30.
11. Arno A, Thomas S. The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis.BMC Public Health (2016);16:676.
12. Thaler RH, Sustein CR Improving decision about health, wealth and happiness. Yale University Press. New Haven & London. 2008. (Book).
13. Marteau TM et al. Judging nudging: can nudging improve population health? BMJ. 2011 Jan 25;342:d228.
14. Applying behavioural insight to health. Cabinet Office 2010. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/60524/403936_BehaviouralInsight_acc.pdf
15. Bohannon J. Social Sciences. Government 'nudges' prove their worth. Science. 2016 May 27;352(6289):1042.
16. Edwards EA et al. Gamification for health promotion: systematic review of behaviour change techniques in smartphone apps. BMJ Open. 2016 Oct ;6(10):e012447.
17. Afshin A et al. Information Technology and Lifestyle: A Systematic Evaluation of Internet and Mobile Interventions for Improving Diet, Physical Activity, Obesity, Tobacco, and Alcohol Use. Journal of the American Heart Association, 2016; 5 (9): e003058
18. Whittaker R et al. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012

issue 11.
19. Jepson RG et al. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews BMC Public Health. 2010; 10: 538.
20. Baumann S et al. The long-term effect of screening and lifestyle counseling on changes in physical activity and diet: the Inter99 Study – a randomized controlled trial. Int J Behav Nutr Phys Act 2015;12:33.
20. Costa G et al. L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. «Collana Fondazione Smith Kline», Milano, Franco Angeli, 2014.
21.http://members.kwitelle.be/HEALTHEQUITY/_images/review_of_enhancing_equity_focus_on_policy_orientated_hia.pdf
22. http://www.equityaction-project.eu/wp-content/uploads/2013/11/Towards-a-health-ineq ualities-audit-process-Final.pdf
23. Hamer L et al. Health equity audit made simple: a briefing for primary care trusts and local strategic partnerships. Working document. London: Health Development Agency and Public Health Observatories, 2003. http://www.erpho.org.uk/Download/Public/ 6773/1/equ ityauditfinal21.1.3.pdf

Allegato 2

OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE: Aumentare la prevalenza di comportamenti salutari nella popolazione aderente ai programmi di screening cervicale (25-64 anni) e mammografico (45-69anni).

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Mappare la distribuzione dei fattori di rischio comportamentali nella popolazione invitata allo screening in ogni area territoriale coinvolta.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Intercettare e mettere in rete le risorse del territorio (pubbliche e del privato sociale) che offrono interventi e risorse per la promozione di uno stile di vita sano (servizi di dietetica, associazioni ricreative e sportive, manifestazioni ed eventi promossi da enti locali, centri antifumo, ecc.) sulla base di interventi/raccomandazioni coerenti e scientificamente rigorosi.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Coinvolgimento e formazione sugli obiettivi del progetto di tutti gli operatori dei programmi di screening (front office, ostetriche, tecnici di radiologia, radiologi e ginecologi), dei Medici di Medicina Generale e degli operatori attivi presso i servizi/associazioni della rete.

OBIETTIVO SPECIFICO 4: Mettere a disposizione della popolazione invitata allo screening delle strategie innovative, personalizzate e di documentata efficacia con l'obiettivo di aumentare i comportamenti salutari.

OBIETTIVO SPECIFICO 5: Valutazione dell'efficacia e del gradimento degli interventi proposti, anche sotto il profilo dell'equità. Stratificazione dei risultati in base ai due percorsi (web e sportello SMART), agli esiti del test di screening ed alle caratteristiche socio-demografiche delle partecipanti.

REFERENTE PROGETTO:

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la	**Dott.ssa Livia Giordano**	- coordinamento del progetto nel suo complesso - coordinamento del progetto a livello locale

Prevenzione Oncologica in Piemonte. SC Epidemiologia Screening e Registro Tumori - CPO. AOU Città della Salute della Scienza di Torino		- progettazione e applicazione del modello di intervento - sviluppo e mantenimento del sito internet e della App - elaborazione e produzione del materiale per l'allestimento dei centri coinvolti - monitoraggio e valutazione del progetto a livello locale e generale
Unità Operativa 2	**Referente**	**Compiti**
U.O. Centro Gestionale Screening ASP Palermo	**Dott. Mario Valenza**	- coordinamento del progetto a livello locale - applicazione del modello di intervento - elaborazione e produzione del materiale informativo - raccolta dei dati a livello locale
Unità Operativa 3	**Referente**	**Compiti**
Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) Firenze	**Dott.ssa Paola Mantellini**	- coordinamento del progetto a livello locale - applicazione del modello di intervento - organizzazione e realizzazione della formazione per gli operatori - raccolta dei dati a livello locale
Unità Operativa 4	**Referente**	**Compiti**
Università di Torino Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche	**Prof. Giuseppe Costa**	- identificare gli ambiti del progetto a cui rivolgere l'equity audit - elaborare una griglia specializzata di equity audit per il modello di intervento - progettare un sistema di indicatori di processo e risultato che permetta di monitorare e valutare il modello di intervento in un'ottica di equità e applicazione dello stesso in un contesto specifico - sintesi delle principali raccomandazioni per riorientare il modello di intervento verso l'equità

Allegato 3

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Aumentare la prevalenza di comportamenti salutari nella popolazione aderente ai programmi di screening cervicale (25-64 anni) e mammografico (45-69 anni).
Risultato/i atteso/i	Miglioramento, in ciascuna area territoriale, degli stili di vita nella popolazione femminile tra i 25 ed i 69 anni partecipanti al progetto.
Indicatore/i di risultato	Il numero di donne che hanno migliorato il proprio stile di vita in seguito all'applicazione di un modello di intervento basato su: - una rete di alleanze tra sanità e territorio; - la promozione dei centri di screening oncologico come *trait d'union* ideali tra prevenzione primaria e secondaria; - l'utilizzo di approcci comunicativi innovativi;

	- la sensibilizzazione e formazione degli operatori;
Standard di risultato	Miglioramento dello stile di vita tra i partecipanti (15%)

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Mappare la distribuzione dei fattori di rischio comportamentali nella popolazione invitata allo screening in ogni area territoriale coinvolta.
Indicatore/i di risultato	- Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening che aderiscono al progetto SMART e per le quali è stato tracciato il profilo di rischio rispetto alle abitudini alimentari, attività fisica e fumo
Standard di risultato	- Profili di rischio ottenuti per il 100% delle donne aderenti
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	- Individuazione della popolazione eleggibile per ogni centro di screening - Creazione di un questionario di rilevazione del profilo di rischio (profilying diretto su web o attraverso operatore sportello SMART) - Raccolta e analisi della distribuzione dei fattori di rischio fra le donne aderenti al progetto, suddivisi per aree territoriali, età e altre variabili socio-demografiche.

OBIETTIVO SPECIFICO 2	Intercettare e mettere in rete le risorse del territorio (pubbliche e del privato sociale) che offrono interventi e risorse per la promozione di uno stile di vita sano (servizi di dietetica, associazioni ricreative e sportive, manifestazioni ed eventi promossi da enti locali, centri antifumo, ecc.) sulla base di interventi/raccomandazioni coerenti e scientificamente rigorosi.
Indicatore/i di risultato	- Predisposizione dell'elenco delle strutture territoriali per ogni area coinvolta e numero di collaborazioni stabilite per la loro partecipazione al progetto
Standard di risultato	Collaborazione attiva e coerente con gli scopi del progetto con >65% delle strutture individuate.
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	- Individuazione tramite ricerca attiva e tramite l'utilizzo di diversi canali e tecniche (es. snow ball tecnique, network analysis, interviste, ecc.) delle risorse territoriali disponibili - Organizzazione di incontri con i responsabili dei servizi individuati per presentare il progetto, condividere i protocolli ed individuare le possibili sinergie - Sistematizzazione delle informazioni raccolte, per il sito, l'app e per i materiali cartacei da distribuire

OBIETTIVO SPECIFICO 3	Coinvolgimento e formazione sugli obiettivi del progetto di tutti gli operatori dei programmi di screening (front office, ostetriche, tecnici di radiologia, radiologi e ginecologi) ed informazione ai Medici di Medicina Generale e agli operatori attivi presso i servizi/associazioni della rete.
Indicatore/i di risultato	Formazione di tutti gli operatori dello screening attivi nei centri coinvolti nel progetto sugli obiettivi del progetto e sulle sue modalità organizzative. Informazione a tutti i MMG e agli operatori attivi presso i servizi/associazioni

	della rete sugli obiettivi del progetto e sulle sue modalità organizzative.
Standard di risultato	Formazione del >90% degli operatori di screening coinvolti nel progetto Informazione inviata a > 70% dei MMG e degli altri operatori attivi presso i servizi/associazioni individuate dalla rete (vedi obiettivo 2)
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	- Preparazione e validazione del materiale per la sensibilizzazione e la formazione degli operatori da coinvolgere - Organizzazione e realizzazione degli incontri di sensibilizzazione e formazione - Valutazione dell'efficacia degli interventi di sensibilizzazione e formazione

OBIETTIVO SPECIFICO 4	Mettere a disposizione della popolazione invitata allo screening delle strategie innovative, personalizzate e di documentata efficacia con l'obiettivo di aumentare i comportamenti salutari.
Indicatore/i di risultato	1. Allestimento dei locali di screening individuati secondo le raccomandazione della nudge theory. 2. Creazione e messa on line del sito e dell'App SMART, attivazione del numero verde e dello sportello di counselling, stesura dei protocolli e formazione degli operatori. 3. Utilizzo da parte delle donne dei due strumenti proposti.
Standard di risultato	1. Tutti i locali dello screening individuati per il progetto sono stati allestiti con il materiale prodotto dal progetto 2. Sito, App SMART, sportello di counselling e numero verde attive e funzionanti (e relativa formazione degli operatori). 3. Almeno il 60% delle donne che partecipano allo screening partecipano al progetto SMART.
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	1. Restyling dei locali di screening (mammografico e cervicale) in cui verrà proposto il progetto attraverso una comunicazione visiva basata sulla "nudge theory". A Firenze, Palermo e Torino verranno scelti due centri di screening per il tumore del collo del'utero (uno in centro ed uno in periferia)e uno per la mammografia. 2.1 Creazione di un sito del progetto (portale web) e della relativa App, attraverso i quali le persone possono ottenere una valutazione del proprio stile di vita (fumo, attività fisica ed alimentazione) ed accedere a percorsi di miglioramento, e mantenimento, personalizzati delle proprie abitudini. Questi supporti al cambiamento e alla decisione si articoleranno in percorsi multipli ed interattivi (es. giochi, fitness-tracker, notifiche push, forum, ecc.) e nell'utilizzo di messaggistica (sms e whatsapp) per rinforzare le raccomandazioni (vedere flow chart). 2.2 Informazione ed assistenza per l'utilizzo del sito Web e relativa App tramite numero verde. 2.3 Creazione di percorsi di counselling (telefonico e face-to-face) offerto da operatori formati, e successivo indirizzamento a percorsi personalizzati di miglioramento dello stile di vita presso i servizi territoriali della rete. Questo percorso potrà servire di sostegno agli utilizzatori degli strumenti multimediali ma soprattutto a quelli che non utilizzano/non vogliono utilizzare questi strumenti. 3. Reclutamento delle donne che si presentano per effettuare il test di

	screening attraverso gli operatori e attraverso il materiale informativo a disposizione e relativo follow-up

OBIETTIVO SPECIFICO 5	Valutazione dell'efficacia e del gradimento degli interventi proposti, anche sotto il profilo dell'equità. Stratificazione dei risultati in base ai due percorsi (web e sportello SMART), agli esiti del test di screening ed alle caratteristiche socio-demografiche delle partecipanti.
Indicatore/i di risultato	- Rivalutazione degli stili di vita comportamentali dopo l'intervento: • % di donne che camminano almeno mezz'ora al giorno • % di donne che praticano almeno un'ora di sport (alla settimana) • % di donne che bevono bevande gassate e zuccherate • % di donne che consumano pesce almeno due volte a settimana • % di donne che consumano almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno • % di donne con una diminuzione del BMI • % di fumatrici - Disponibilità delle informazioni sull'accesso e gradimento ad entrambe le tipologie di intervento. Disponibilità dei risultati di efficacia degli interventi e di informazioni socio demografiche e di *compliance* allo screening delle donne partecipanti. - Realizzazione del ciclo di *Health Equity Audit* applicato al modello di intervento
Standard di risultato	- Miglioramento degli indicatori (5%) -Informazioni sul gradimento disponibili per almeno il 70% delle utilizzatrici della modalità Web e del 50% delle utilizzatrici dello sportello SMART. Disponibilità di informazioni socio-demografiche e di compliance allo screening disponibili per >90% dei soggetti. - Applicazione di almeno un modello di Health Equity Audit
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	- Preparazione degli strumenti di monitoraggio. - Valutazione dell'efficacia (pre e post intervento) e del gradimento del progetto. - Stesura di report intermedi e finale.

	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	Individuazione della popolazione eleggibile per ogni centro di screening																								
	Creazione di un questionario di rilevazione del profilo di rischio																								
	Mappatura della distribuzione dei fattori di rischio																								
Obiettivo specifico 2	Individuazione delle risorse territoriali disponibili																								
	Organizzazione di incontri con i responsabili dei servizi individuati																								
	Sistematizzazione delle informazioni raccolte, per il sito, l'App e per i materiali informativi																								
Obiettivo specifico 3	Preparazione e validazione del materiale per la sensibilizzazione e la formazione degli operatori																								
	Organizzazione e realizzazione degli incontri di sensibilizzazione e formazione																								
	Valutazione dell'efficacia degli interventi erogati																								
Obiettivo specifico 4	Preparazione del materiale ed allestimento dei locali di screening																								
	Creazione di un sito del progetto (portale web) e della relativa App																								
	Attivazione e fruibilità di un numero verde																								
	Creazione di percorsi di counselling																								
	Reclutamento delle donne																								
	Messa in atto degli interventi previsti dal progetto																								
Obiettivo specifico 5	Preparazione degli strumenti di monitoraggio e valutazione																								
	Realizzazione di un HEA																								
	Valutazione efficacia e del gradimento																								
	Stesura di report (intermedi e finali)																								
Rendicontazione																									

Allegato 4

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale - project manager - attività di counselling	- 1 contratto full time x 24 mesi per contributo al coordinamento delle diverse attività del progetto e delle specifiche azioni a livello locale - 1 contratto part time x 15 mesi per gestione dello sportello SMART e del numero verde	68.000
Beni e servizi - Sito WEB - App - Materiale per l'allestimento dei centri - Sportello SMART	- sviluppo e manutenzione del sito web SMART - sviluppo e manutenzione della App SMART - progettazione e produzione dei materiali da utilizzare nell'allestimento dei centri di screening - Materiale da utilizzare nella gestione dello sportello SMART	128.000
Missioni incontri di coordinamento del progetto	copertura delle spese logistiche (viaggio, vitto e alloggio) relative agli incontri di coordinamento generale con le tre unità operative	10.000
Incontri/Eventi formativi eventi di formazione e sensibilizzazione	spese di organizzazione logistica degli eventi formativi e di sensibilizzazione	10.000
Spese generali	numero verde e costi indiretti del progetto	20.000

Unità Operativa 2		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale - project manager - attività di counselling - formatori	-1 contratto part time x 24 mesi per coordinamento del progetto a livello locale -1 contratto part time x15 mesi gestione dello sportello di counselling e formazione operatori	43.000
Beni e servizi - materiale formazione - Sportello SMART	- sviluppo grafico e stampa dei materiali informativi cartacei -Materiale da utilizzare nella gestione dello sportello SMART	28.000
Missioni attività di formazione	copertura delle spese logistiche (viaggio, vitto e alloggio) per le attività di formazione degli operatori in tutte e tre le unità operative	10.000
Incontri/Eventi formativi formazione operatori	spese di organizzazione logistica degli eventi formativi	10.000
Spese generali	costi indiretti del progetto	7.500

Unità Operativa 3		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale - project manager - attività di counselling	-1 contratto part time x 24 mesi per il coordinamento del progetto a livello locale -1 contratto part time x12 mesi gestione dello sportello di counselling	39.000
Beni e servizi - Sportello SMART	- attività di diffusione del progetto e suoi risultati - Materiale da utilizzare nella gestione dello sportello SMART	18.000
Missioni		3.000
Incontri/Eventi formativi formazione operatori	spese di organizzazione logistica degli eventi formativi	10.000
Spese generali	costi indiretti del progetto	6.000

Unità Operativa 4		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale Collaboratore al progetto	-1 contratto part time x 18 mesi per la gestione delle attività di *health equity audit*	25.000
Beni e servizi		
Missioni	Incontri del personale coinvolto per pianificazione attività e verifica	2.000
Incontri/Eventi formativi		
Spese generali	costi indiretti del progetto	2.300

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
Personale	175.000
Beni e servizi	174.000
Missioni	25.000
Incontri ed eventi formativi	30.000
Spese generali	35.800
Totale	**439.800**

Carta intestata dell'Ente

Allegato 2 dell'accordo di collaborazione

Al Ministero della Salute
Direzione generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio I
Via Giorgio Ribotta, n. 5
00144 ROMA

PROGRAMMA CCM 2016 – 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

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)

Obiettivo specifico n° k:

.....
.....

Attività realizzate (max 120 parole):
indicare le attività realizzate nel trimestre, finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo

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

Risultati raggiunti:
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...)

Indicatore 1: .....
.....
Risultati (max 120 parole): .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Indicatore 2: .....
.....
Risultati (max 120 parole): .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Indicatore n: .....
.....
Risultati (max 120 parole): .....
.....
.....
.....
.....
.....

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
Via Giorgio Ribotta, n. 5
00144 ROMA

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 ..... Semestre, 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:

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

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. L'importo da inserire a tale voce dovrà essere, quello complessivo. Si precisa,.

Si precisa, inoltre, che le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 40% del costo totale del progetto e che 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.

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
- organizzazione di corsi, incontri, eventi formativi ecc..
- realizzazione e/o gestione di siti web
- noleggio 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. noleggio, leasing). In ogni caso di acquisto, la diretta correlazione con gli obiettivi del progetto dovrà essere dettagliatamente motivata. Rimane inteso che il Ministero rimborserà unicamente le quote relative all'ammortamento delle attrezzature, limitatamente alla durata dell'accordo e dietro presentazione della relativa documentazione di spesa.
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, generalmente, ad un soggetto esterno, pertanto si esclude l'affidamento diretto a persona fisica.
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 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 per la partecipazione del solo personale coinvolto nel progetto a workshop ed incontri purché risultino coerenti con le attività del progetto e si evidenzi l'effettiva necessità di partecipazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi proposti.
Non possono assolutamente essere ricomprese in questa voce le spese per la realizzazione di un incontro/evento formativo o altro momento di pubblica diffusione/condivisione dei dati.

Incontri/eventi formativi
Tale voce è da considerarsi solo ed esclusivamente nel caso in cui l'ente esecutore intenda organizzare e realizzare un incontro/evento formativo o altro momento di pubblica diffusione/condivisione dei dati, senza affidare il servizio a terzi (in tal caso la voce di spesa "incontri/eventi formativi" andrà ricompresa in Beni e Servizi). A titolo di esempio rientrano in tale voce gli eventuali costi per l'affitto della sala, per il servizio di interprete, per il servizio di accoglienza, onorari e spese di missione (trasferta, vitto ed alloggio) per docenti esterni al progetto,ecc

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 per la realizzazione del progetto.
Si precisa che anche per le spese generali in fase di rendicontazione sarà necessario specificare la natura dei costi e che esse verranno rimborsate in maniera proporzionale rispetto all'ammontare previsto nel piano finanziario originale o modificato.