



ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 1/20



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA SANITA' PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

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 (CCM) che opera in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto superiore di sanità, con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), con gli istituti zooprofilattici sperimentali, con le università, con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi della sanità militare;
- che il CCM opera con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del Ministro della salute;
- che con decreto ministeriale 1 marzo 2013, registrato alla Corte dei Conti in data 23 aprile 2013 (reg.5, fgl 33), è stato approvato il programma di attività del CCM per l'anno 2013, condiviso con le Regioni e province autonome, con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), con l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) e con l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS);
- che, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, della legge 7 agosto 1990, n. 241, il Ministero, con nota nr. 13430, trasmessa alle Regioni all'ISS, all'INAIL e all'AGENAS in data 11 giugno 2013 e pubblicata sul sito del CCM, ha formalmente reso 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 programma CCM;
- che all'interno dell'area progettuale del programma di attività del CCM è stato individuato un ambito operativo inerente l'area "Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale di Prevenzione e di Guadagnare Salute";
- che in tale ambito è stato proposto ed approvato dai Comitati CCM un progetto dal titolo "Implementazione di un modello organizzativo integrato per la gestione del paziente con demenza: dalla prevenzione alla cura con presa in carico", presentato dalla Regione Veneto;
- 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;
- che il comma 2 bis del medesimo art. 15 prevede l'obbligo della sottoscrizione con firma digitale degli accordi di collaborazione tra amministrazioni pubbliche;

CONSIDERATO

che è necessario disciplinare gli aspetti operativi e finanziari della predetta collaborazione;



TRA

Il Ministero della salute – Dipartimento della Sanità Pubblica e dell’Innovazione – Direzione Generale della Prevenzione – codice fiscale 80242290585, con sede in Roma, via Giorgio Ribotta n. 5, nella persona del Direttore Generale, dott. Giuseppe Ruocco, nato a Minori (Sa) l’11 settembre 1957, di seguito “Ministero”

E

La Regione Veneto- Direzione Regionale Prevenzione, codice fiscale 80007580279, con sede in Venezia, Dorsoduro, n.3901 rappresentata legalmente dal dirigente Regionale, Dott.ssa Giovanna Frison, nata a Roma il 05 marzo 1951, 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 non previsto nel progetto, è tenuta 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. Resta inteso che nel caso in cui detto soggetto sia privato, dovranno essere garantite le procedure previste dalla normativa vigente in materia di appalti di forniture e servizi.
4. Resta fermo che le variazioni al progetto non devono comportare alcuna maggiorazione dell’importo complessivo del finanziamento.

Art. 2 – Efficacia. Durata. Proroga

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.
5. E’ facoltà del Ministero concedere eccezionalmente una proroga della durata del progetto non superiore ai 6 mesi. La formale richiesta, nella quale devono essere esplicitate valide ed eccezionali ragioni di necessità, dovrà essere presentata dalla Regione, a firma del rappresentante legale, almeno trenta giorni prima della data di scadenza dell’accordo. L’eventuale concessione della proroga non costituisce, comunque, motivo di maggiorazione del finanziamento.



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 semestre di attività, trasmette al Ministero un rapporto tecnico sullo stato di avanzamento del progetto, 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 2).
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 per la realizzazione del progetto, utilizzando il predetto modello riportato in allegato 2 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 di cui all'allegato 1.
5. Il piano finanziario relativo al progetto, di cui all'allegato 1, 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. È consentito, senza necessità di autorizzazione, uno scostamento dell'importo dal piano finanziario originario o modificato, non superiore al 20% di ogni singola voce di spesa, fermo restando l'invarianza del finanziamento complessivo.
7. Resta inteso che il Ministero rimborserà unicamente le somme effettivamente spese documentate, entro il termine di scadenza, e che saranno dichiarate utilizzando l'allegato 2, nel rispetto delle indicazioni di cui all'allegato 3 del presente accordo.
8. I rapporti tecnici, gli abstract ed i rendiconti finanziari devono essere inviati a: Ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione - Ufficio I - Via Giorgio Ribotta n.5, 00144, Roma.
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 al progetto 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. I documenti ed i risultati di cui al comma 1 potranno essere utilizzati previa espressa autorizzazione del Ministero, riportando l'indicazione: "Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM".



3. Al fine di garantire la trasparenza e la diffusione dell'attività del CCM, il Ministero provvederà, sul sito dedicato, a pubblicare i risultati del progetto nonché i rendiconti, i relativi abstract e i rapporti di cui all'art. 3, commi 1 e 2.

Art. 5 - Referenti scientifici

1. Il referente scientifico della Regione assicura il collegamento operativo con il Ministero.
2. Il referente scientifico del Ministero assicura il collegamento operativo con la Regione, nonché il monitoraggio e la valutazione dei rapporti di cui all'articolo 3.
3. Il Ministero e la Regione procederanno ad individuare e comunicare i nominativi dei rispettivi referenti scientifici, contestualmente all'avvio delle attività, ed eventuali, successive, sostituzioni.
4. Per l'attività di monitoraggio e valutazione, è facoltà del Ministero avvalersi di un apposito Comitato.

Art. 6 - Finanziamento

1. Per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo è concesso alla Regione un finanziamento complessivo di € 295.100,00 (duecentonovantacinquemila e cento/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 si tratta di attività rientranti nei propri compiti istituzionali.
3. Il finanziamento è concesso alla Regione al fine di rimborsare le spese sostenute per la realizzazione del progetto 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 di cui al presente accordo, pari a € 295.100,00 (duecentonovantacinquemila e cento/00), si riferisce all'esercizio finanziario 2013 ed andrà in "perenzione amministrativa" in data 31 dicembre 2015 ai sensi dell'art. 36 del R.D. 18 novembre 1923, n. 2440.
7. La Regione è a conoscenza ed accetta che le quote del finanziamento erogate a decorrere dal 1° gennaio 2016 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 2016.

Art. 7 - Modalità e termini di erogazione del finanziamento

1. Il finanziamento sarà erogato secondo le seguenti modalità:
 - a) una prima quota, pari al 50% del finanziamento, pari a € 147.550,00 (centoquarantasettemila e cinquecentocinquanta/00), dietro formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta, inoltrata dopo la formale comunicazione di cui all'articolo 2, comma 1.
 - b) una seconda quota, pari al 30% del finanziamento, pari a € 88.530,00 (ottantottomila e cinquecentotrenta/00), dietro presentazione da parte della Regione di formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta. Il pagamento sarà disposto a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero dei rapporti tecnici e dei rendiconti finanziari di cui all'articolo 3, relativi al primo semestre di attività, per gli accordi annuali, ed ai primi due semestri di attività, per gli accordi di durata superiore a 12 mesi.



copla cartacea composta di 5 pagine, di documento amministrativo informatico firmato digitalmente da Ruocco Giuseppe, Giovanna Frison, il cui originale viene conservato nel sistema di gestione informatica dei documenti della Regione del Veneto - art.22.23.23 ter D.Lgs 7/3/2005 n. 82

- c) una terza quota, pari al 20% del finanziamento, pari a € 59.020,00 (cinquantanovemila e venti/00), dietro presentazione da parte della Regione della relazione e del rendiconto finali di cui all'articolo 3, unitamente ad una formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta. Il pagamento sarà disposto a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero della relazione e del rendiconto finali di cui all'articolo 3. 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 - Ufficio I - Via Giorgio Ribotta n.5, 00144, Roma.
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 2.
4. I pagamenti saranno disposti entro sessanta giorni dal ricevimento delle richieste di cui al comma 1 mediante l'emissione di ordinativi di pagamento tratti sulla Sezione di Tesoreria dello Stato competente per territorio ed ivi reso esigibile mediante accreditamento della somma sul conto di tesoreria n° 306697, intestato alla Regione Veneto Sanita. 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, 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 del progetto, il Ministero intima per iscritto alla Regione, a mezzo di raccomandata a/r, 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 tre allegati, e viene sottoscritto con firma digitale.

MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale Prevenzione

Il Direttore Generale
Dott. Giuseppe RUOCCO*

REGIONE VENETO
Direzione Regionale Prevenzione

Il Dirigente Regionale
Dott.ssa Giovanna FRISON*

* Firma apposta digitalmente ai sensi dell'articolo 24 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.

**PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2013****DATI GENERALI DEL PROGETTO****TITOLO:**

Implementazione di un modello organizzativo integrato per la gestione del paziente con demenza: dalla prevenzione alla cura con presa in carico.

ENTE PARTNER: (Regione, Iss, Inail, Inmp, Agenas)

Regione del Veneto

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 15 (PREVENZIONE delle COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA; La gestione del paziente complesso: approfondimento conoscitivo e ricognizione dei modelli organizzativi per la gestione del paziente con demenza e diffusione/promozione delle buone pratiche operative)

REGIONI COINVOLTE:

numero: 4

elenco: Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Umbria

DURATA PROGETTO: 24 mesi

COSTO: Euro 295.100,00

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: **Dr. Maurizio Gallucci**

struttura di appartenenza: **UO Disturbi Cognitivi e della Memoria - Azienda ULSS 9 di Treviso**

n. tel: **0422 322021** n. fax: **0422 322543** E-mail: **mgallucci@ulss.tv.it**

**TITOLO:**

Implementazione di un modello organizzativo integrato per la gestione del paziente con demenza: dalla prevenzione alla cura con presa in carico.

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO*Descrizione ed analisi del problema*

L'andamento demografico del nostro Paese, con il tasso di natalità più basso dell'Unione Europea ed il progressivo aumento della speranza di vita, sta producendo un rapido incremento della popolazione geriatrica¹. I dati demografici degli ultimi anni mostrano inoltre che nell'ultimo ventennio nella Regione Veneto la speranza di vita è aumentata di circa 5 anni e che pertanto le problematiche sanitarie, assistenziali e sociali connesse con le malattie cronico-degenerative, e tra queste, in particolare, con la demenza, sono destinate ad aumentare nei prossimi anni². La demenza colpisce circa 700.000 persone in Italia e 45.000 nel Veneto, delle quali circa il 50% è riferibile a malattia di Alzheimer. Questa è una patologia correlata con l'età (i pazienti oltre 65 anni sono il 6,4%) ma è una malattia che colpisce anche persone più giovani: quasi

l'1% dei soggetti al di sotto dei 60 anni risulta esserne affetto³. La malattia aumenta la prevalenza quasi in modo esponenziale sopra i 65 anni di età, superando il 20% dopo gli 80 anni. L'incidenza in Italia è stata calcolata essere di 2,4 nuovi casi/anno ogni 100.000 abitanti nella fascia di età tra i 40 e i 60 anni, e di 127 nuovi casi/anno ogni 100.000 abitanti per i soggetti di età superiore ai 60 anni⁴.

La perdita della memoria e i disturbi del comportamento sono spesso il modo con il quale il malato manifesta la sua malattia, che coinvolge anche tutto il nucleo familiare, gravandolo di un cospicuo carico assistenziale. La ricerca di aiuti da parte dei familiari è difficile, se compiuta in un sistema non integrato di offerta e gestione dei servizi. Ciò comporta una notevole perdita di tempo, di consumo di risorse e di stress da parte del caregiver (ovvero della persona che più direttamente si prende carico del malato). La frammentazione dei servizi produce anche un aumento dei costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale, per la ripetitività di procedure che altrimenti potrebbero essere risparmiate. Sul piano assistenziale, il paziente con decadimento cognitivo è un paziente complesso sia da un punto di vista clinico sia gestionale. Purtroppo, le terapie farmacologiche ad oggi disponibili hanno una limitata efficacia sulla storia naturale della malattia e sono in grado di rallentarne la progressione solo in una percentuale limitata (30-40%) dei pazienti che rispondono al trattamento.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

Sulla base degli ancora scarsi risultati delle terapie farmacologiche, il problema si trasferisce quindi sul versante dei servizi e della presa in carico globale dei bisogni dei pazienti con decadimento cognitivo o sindrome demenziale e delle loro famiglie, implementando strategie che promuovano un approccio integrato che a partire dalla prevenzione e dalla promozione di stili di vita adeguati (attività fisica, lettura, socializzazione e dieta mediterranea) nei soggetti a rischio arrivino al coordinamento e alla erogazione di servizi dedicati.

La letteratura internazionale offre prove inoppugnabili di come l'attività fisica abbia un effetto sul miglioramento delle funzioni cognitive e delle performance fisiche, riducendo il rischio di cadute, il sovrappeso, l'incidenza o la progressione di patologie croniche quali diabete, cardiopatia ischemica e vasculopatia cerebrale⁵. Le evidenze scientifiche indicano inoltre che l'esercizio della lettura (in maniera più netta che altre tipologie di esercizi mnemonici) in soggetti normali e con decadimento cognitivo lieve (Mild Cognitive Impairment, MCI) ha un effetto diretto sul miglioramento delle funzioni cognitive. La lettura svolge un ruolo protettivo sia nei confronti della progressione del MCI verso la demenza sia, in prevenzione primaria, nei confronti dell'insorgenza del disturbo⁶⁻¹¹.

Interventi preventivi socio-sanitari, volti a contrastare il rischio di demenza, quali appunto la promozione dell'attività fisica, possono modificare l'epidemiologia del decadimento cognitivo migliorando la qualità della vita dei potenziali malati e dei loro familiari e garantendo, nel contempo, una riduzione dei costi nell'assistenza sanitaria.

I servizi dedicati alla demenza riguardano sia il percorso clinico-diagnostico sia la presa in carico del paziente durante l'evoluzione della malattia dementigena. L'efficienza e l'efficacia di questi servizi dipende molto dal livello della loro integrazione anche per evitare duplicazione di prestazioni e garantire la migliore allocazione delle risorse. I servizi da erogare in un sistema integrato di prestazioni necessitano di una rete di relazioni che favorisca il corretto indirizzamento ai centri diagnostici (UVA/CDC) per una diagnosi precoce, il monitoraggio dei bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, il corretto indirizzamento alle prestazioni più appropriate per lo specifico stadio di malattia che il paziente attraversa. Una rete dei Servizi integrata e dedicata dovrebbe comprendere: la stimolazione cognitiva, il counseling ovvero supporto psicologico al caregiver spesso potenziale depresso, il monitoraggio delle terapie con valutazioni dirette a domicilio anche con l'utilizzo di dispositivi quali tablet PC, la segnalazione al Distretto Socio-Sanitario di appartenenza dei pazienti più fragili e bisognosi di interventi, la stretta collaborazione con le Associazioni che riuniscono i familiari di coloro che perdono la memoria, attività di divulgazione, informazione e formazione sui temi del decadimento cognitivo per supportare i familiari e per aumentare la sensibilità collettiva nei confronti di queste tematiche.



Fattibilità/criticità delle soluzioni proposte

L'U.O. Disturbi Cognitivi e della Memoria dell'Uls 9 di Treviso svolge già delle attività integrate compatibili con gli obiettivi del presente bando, attività che si vorrebbe perfezionare, implementare ed esportare, previa condivisione con altri Centri.

1) Tale Struttura coordina un Gruppo di lavoro permanente per la razionalizzazione del percorso diagnostico e l'ottimizzazione di prestazioni/esami/farmaci/terapie non-farmacologiche nelle diverse fasi di malattia; il Gruppo di lavoro ha redatto un documento aziendale denominato "Percorso clinico del malato con decadimento cognitivo con integrazione Ospedale/Territorio"¹² che è il protocollo operativo condiviso per la razionalizzazione delle procedure e della spesa per quanto attiene alla diagnosi, monitoraggio clinico, terapie e supporto alle famiglie dei pazienti con decadimento cognitivo. I contenuti di tale documento rappresenteranno la base di lavoro per l'implementazione negli altri Centri del modello organizzativo che ci si propone di mettere a punto con il presente progetto.

L'U.O. Disturbi Cognitivi e della Memoria di Treviso svolge attività clinica diagnostica e terapeutica con presa in carico del paziente con decadimento cognitivo, attraverso il monitoraggio di terapie farmacologiche per i disturbi cognitivi e per i disturbi del comportamento, anche con accessi a domicilio in casi selezionati di reale necessità (progetto *Mon...do: monitoraggio a domicilio*)

L'U.O. Disturbi Cognitivi e della Memoria di Treviso effettua anche la segnalazione dei pazienti fragili agli altri nodi della rete dei servizi ed in particolare al Distretto Socio Sanitario di appartenenza, al fine di favorire le più complete risposte assistenziali possibili.

Questa Struttura comprende anche un Laboratorio di Stimolazione Cognitiva che svolge l'attivazione delle capacità mnestiche, attentive e di orientamento residue del paziente e la formazione dei familiari (caregiver) per la prosecuzione dell'intervento a domicilio; destinatari di questo servizio sono i pazienti con decadimento cognitivo lieve-moderato.

L'U.O. Disturbi Cognitivi e della Memoria svolge attività di counselling (progetto *Arianna*) a favore del familiare (caregiver) del malato di decadimento cognitivo con l'obiettivo di offrire sostegno informativo, emotivo e psicologico volto al benessere del caregiver e alla prevenzione della depressione. Questa Struttura collabora con l'Associazione Alzheimer Treviso onlus nell'ambito della informazione e del sostegno nei riguardi dei familiari e in attività di prevenzione del decadimento cognitivo.

2) Questa Struttura promuove inoltre, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, attività di prevenzione secondaria del decadimento cognitivo nei confronti di soggetti con Decadimento Cognitivo Lieve (Mild Cognitive Impairment, MCI) quali l'attività fisica adattata con il gruppo di cammino "Camminando ... ricordo" e attività di promozione della lettura con il gruppo "Leggendo ... ricordo" e con l'utilizzo dell'edicola Bookcrossing sita presso la sede della Struttura. L'edicola Bookcrossing è un punto di erogazione gratuita di libri usati senza la necessità di restituzione del libro ritirato e letto; è contemporaneamente un punto di raccolta di libri che chiunque può donare per favorire la promozione collettiva della lettura. Il gruppo di cammino conta più di 30 partecipanti MCI che da due anni svolgono due volte la settimana attività fisica aerobica quale la marcia veloce all'aperto più esercizi in palestra volti al potenziamento dell'equilibrio; il gruppo è guidato da un laureato in scienze motorie formato per questo tipo di Utenza. Il gruppo di lettura conta almeno 20 aderenti MCI e si riunisce una volta al mese; è condotto da una Lettrice Teatrale che conduce una lettura animata volta al coinvolgimento emotivo e motivazionale dei partecipanti. Gli aderenti al gruppo proseguono a domicilio autonomamente la lettura del libro iniziato in gruppo e commentano le loro impressioni e idee nell'incontro successivo; in tale occasione la Lettrice Teatrale inizia un nuovo libro, di dimensioni contenute, e la cui scelta è condivisa tra tutti i partecipanti.

Le attività esposte sono ampiamente gradite dall'Utenza che ne auspica la prosecuzione ed il rafforzamento.

La fattibilità delle soluzioni proposte è dimostrata dal fatto che tali prestazioni sono già in essere¹³. Le criticità percepite consistono nella scarsità di risorse compensata, in parte, da forte spinta motivazionale del personale impiegato. La risorsa "personale" costituisce la maggiore criticità del modello realizzato e che si desidera proporre ad un territorio più ampio; per tale motivo nel progetto sono previsti i profili professionali (medici, psicologo) necessari a strutturare al meglio il modello. Gli esiti positivi dello stesso potranno indurre le Aziende Sanitarie coinvolte, o del territorio nazionale, a farsi autonomamente carico della sostenibilità economica del sistema proposto anche dopo il termine del progetto medesimo.

Con il presente progetto si vorrebbe quindi dimostrare, in un contesto più ampio, la bontà delle iniziative proposte al fine di realizzare un modello "forte" non solo nei contenuti ma anche nelle risorse e quindi della sostenibilità a lungo termine.

Bibliografia

1) Berr C., Wancata J. and Ritchie K., Prevalence of dementia in the elderly in Europe, *European Neuropsychopharmacology*, vol. 15, no. 4, pp. 463-471, 2005.

2) Gallucci M., Ongaro F., Bresolin F. et al. The Treviso Lungeva (Trelong) study: a biomedical, demographic, economic and social investigation on people 70 years and over in a typical town of North-East of Italy, *Arch Gerontol Geriatr* 2007; 44 Suppl 1:173-192.

3) DGR n. 1404 del 4 aprile 2000: "Atto di indirizzo e coordinamento alle Aziende ULSS per l'avvio sperimentale di programmi integrati per la Malattia di Alzheimer ed altre demenze".

4) DGR n. 3542 del 6 novembre 2007: "Linee guida per il riassetto dei servizi sanitari e socio-sanitari per le persone



Effetti da decadimento cognitivo

- 5) Gustafson, D.R., Rothenberg, E., Blennow, K., Steen, B., Skoog, I., 2003. An 18-year follow up of overweight and risk for Alzheimer's disease. *Arch. Intern. Med.* 163, 1524-1528.
- 6) Kivipelto, M., Ngandu, T., Fratiglioni, L., Viltanen, M., Kareholt, I., Winblad, B., Helkala, E.L., Tuomilehto, J., Soininen, H., Nissinen, A., 2005. Obesity and vascular risk factors at midlife and the risk of dementia and Alzheimer disease. *Arch. Neurol.* 62, 1556-1560.
- 7) Rosengren, A., Skoog, I., Gustafson, D., Wilhelmson, L., 2005. Body mass index, other cardiovascular risk factors, and hospitalization for dementia. *Arch. Intern. Med.* 165, 321-326.
- 8) Whitmer, R.A., Gunderson, E.P., Barrett-Connor, E., Quesenberry Jr., C.P., Yaffe, K., 2005. Obesity in middle age and future risk of dementia: a 27 year longitudinal population based study. *Br. Med. J.* 330, 1360-1364.
- 9) Gustafson, D.R., Mazziuco, S., Ongaro, F., Antonio, P., Forlani, G., Albani, D., Gallucci M., et al. (2011). Body Mass Index, Cognition, Disability, APOE Genotype, and Mortality: The "Treviso Longeva" Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*; doi:10.1097/JGP.0b013e31823031a4.
- 10) Gallucci, M., Antonio, P., Ongaro, F., Forlani, P.L., Albani, D., Amici, G.P., Regini, C., 2009. Physical activity, socialization and rearing in the elderly over the age of seventy: What is the relation with cognitive decline? Evidence from The Treviso Longeva (TRELONG) study *Arch. Gerontol. Geriatr.* 48, 284-286.
- 11) Gallucci, M., Mazziuco, S., & Ongaro, F. (2012). Body mass index, lifestyles, physical performance and cognitive decline: The "Treviso Longeva (TRELONG)" study. *The journal of nutrition, health & aging*, 861. doi:10.1007/s12603-012-0397-1.
- 12) http://www.ulss/homepage/area-sanitaria-e-sociale/linee-guida-protocolli-percorsi-clinici/Percorsi-Clinici/contenti/0/content_files/file0/Percorso%20clinico%20ass_decad_cognitivo%20v_10.pdf
- 13) Guida ai Servizi UO Disturbi Cognitivi e della Memoria, Azienda Ulss 9 Treviso: http://www.ulss.tv/azienda/struttura/ospedale/treviso/unita-operative/disturbi-cognitivi/contenti/0/content_files/file/GS%20Dist%20Cognitiv%20e%20Memoria%20ok.pdf
- 14) Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV, Ritchie K, Rosser M, Thal L, Winblad B. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol.* 2001 Dec; 58(12):1985-92.
- 15) Grossi E., et al., 2006. Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S). *Health Qual Life Outcomes*, 2006 Nov 14; 4:88



OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE:

Implementare nei diversi contesti che partecipano al progetto il modello organizzativo integrato della Rete dei Servizi specificamente dedicato alle problematiche e ai bisogni dei soggetti con decadimento cognitivo e sindrome demenziale messo a punto e già operativo presso l'Azienda Ulss 9 di Treviso. Attraverso una regia unificata (sul modello del "case-manager") coordinata dall'U.O. Disturbi Cognitivi e della Memoria tale modello si prefigge di garantire il coordinamento, la razionalizzazione e la continuità delle prestazioni e delle cure erogabili, con particolare attenzione alla prevenzione, alla promozione nelle popolazioni a rischio di stili di vita appropriati e alla presa in carico globale dei bisogni del malato di demenza e della famiglia, dall'esordio alle fasi terminali della malattia.

Il modello organizzativo, come esplicitato nella sezione fattibilità/criticità, sarà strutturato sulla base di quanto già in opera presso la Azienda Ulss 9 di Treviso, con opportune modifiche e adattamenti che saranno concordati con le altre due realtà operative locali di Ferrara e Perugia, in maniera da ottimizzare le competenze, i servizi e le risorse disponibili in loco. In ogni contesto sarà identificato un servizio e un responsabile per garantire il coordinamento e la continuità tra i diversi nodi della rete di cura e assistenza e per implementare le attività di prevenzione cognitiva e funzionale.

Il presente progetto si propone quale studio di fattibilità per testare, su un campione di 100 soggetti che accedono alla rete dei servizi per le demenze in ciascuno dei tre Centri operativi coinvolti, le procedure di trasferimento/implementazione del modello in atto nella Ulss 9 di Treviso e per valutarne l'impatto in termini di presa in carico globale del malato e della famiglia (caregiver in particolare), sulla base degli indicatori di risultato specificati nella sezione "Indicatori di risultato". In ognuna delle tre unità operative coinvolte sarà richiesto di selezionare in maniera sequenziale i primi 100 soggetti e relativi caregiver che accederanno alla Rete dei servizi per il decadimento cognitivo e che daranno il proprio consenso ad essere seguiti secondo il modello integrato proposto nel progetto.

In ognuna delle tre unità operative, dovrà essere compreso tra i 100 soggetti arruolati, anche un sottogruppo di 30 soggetti con diagnosi di Mild Cognitive Impairment, individuati secondo i criteri diagnostici accreditati in letteratura¹⁴, e che diano il consenso ad essere indirizzati alle attività di prevenzione del decadimento cognitivo e di promozione di sani stili di vita (Gruppo di cammino e gruppo di lettura, etc).

Il confronto, per la valutazione degli indicatori di risultato, sarà effettuato con gli altri soggetti che non entreranno nel nuovo modello di prevenzione secondaria.

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Valutare nei diversi contesti territoriali coinvolti nel progetto la praticabilità, la trasferibilità e le criticità del modello di integrazione messo a punto e già operativo presso la Azienda Ulss 9 di Treviso e che prevede:

- un percorso clinico del malato con decadimento cognitivo con integrazione Ospedale/Territorio come dettagliato nel documento aziendale dell'Ulss 9 di Treviso denominato "Percorso clinico del malato con decadimento cognitivo con integrazione Ospedale/Territorio"¹².
- l'adesione ad almeno alcune delle attività dettagliate nel paragrafo "Fattibilità/criticità delle soluzioni proposte", punto I e cioè: i) accesso a domicilio per casi selezionati per erogazione di piani terapeutici per pazienti divenuti difficilmente mobilizzabili ma che mantengono l'indicazione alla terapia farmacologica (farmaci anticolinesterasici, farmaci antipsicotici atipici). ii) segnalazione ai Distretti Socio-Sanitari di appartenenza dei pazienti particolarmente fragili e quindi bisognosi di supporto sociosanitario territoriale. iii) l'attivazione di un Laboratorio di Stimolazione Cognitiva volto al mantenimento delle funzioni cognitive residue. iv) la realizzazione di una attività di counselling a favore del familiare (caregiver) del malato di decadimento cognitivo per fornire supporto psicologico e motivazionale.

Attività 1: Rilevazione di quanto in essere nei tre Centri operativi con riferimento ai punti a) e b) dell'obiettivo 1

Attività 2: Omogeneizzazione delle attività a) e b) e implementazione nei 3 Centri operativi coinvolgendo 100 pazienti

Attività 3: Analisi delle attività effettivamente realizzate e valutazione dei risultati anche con questionari di gradimento.

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Valutare le modalità di coordinamento e integrazione della rete dei servizi e il loro impatto in termini di:

- facilità di accesso al percorso della rete dei servizi dedicata e specificata al punto a) dell'obiettivo 1.
- Liste di attesa per gli accessi ai diversi servizi dedicati alla demenza in funzione dello stadio di malattia (dall'esordio dei primi sintomi alle fasi terminali).
- Razionalizzazione delle prescrizioni di prestazioni/esami/farmaci/terapie non-farmacologiche nelle diverse fasi di malattia
- Riduzione dei costi clinico-assistenziali a fronte dell'aderenza ad un modello integrato di gestione del paziente con decadimento cognitivo volto ad ottimizzare le prestazioni e ridurre la ritenzione non giustificata di esami.

Attività 1: Rilevazione dell'esistente nei tre Centri operativi per quanto attiene ai punti a), b), c), d) dell'obiettivo 2.



Attività 2: Implementazione del modello ed interventi volti alla ottimizzazione dei processi descritti ai punti a), b), c), d) dell'obiettivo 2, quali ad es. strategie per garantire accessi dedicati ai servizi diagnostici con conseguente riduzione dei tempi di attesa, etc

Attività 3: Valutazione dei risultati

OBBIETTIVO SPECIFICO 3:

Implementare e testare all'interno della rete dei servizi per quanto attiene ai soggetti con Mild Cognitive Impairment (MCI) diagnosticati secondo i criteri diagnostici più accreditati in letteratura¹⁴:

- attività di gruppo diffuse nel territorio che favoriscano una efficace prevenzione del decadimento cognitivo attraverso la promozione di stili di vita appropriati, quali gruppi di cammino e di lettura (caratterizzati anche dall'effetto positivo della socializzazione),
- incontri per l'educazione e la diffusione di adeguate abitudini alimentari (dieta mediterranea) e di corretti stili di vita (sospensione del fumo, socializzazione, calo ponderale, attività fisica)

Attività 1: Diagnosi di Mild Cognitive Impairment in 30 pazienti; Preparazione e condivisione di proposte operative volte alla costituzione di un gruppo di cammino e di un gruppo di lettura per Centro partecipante nonché di incontri, con pazienti MCI e loro familiari, volti a promuovere migliori e più sani stili di vita. Per esempio possono essere progettati corsi di cucina sana con alimenti ipocalorici. Tali corsi sono già in essere presso l'Azienda Ulss 9 Treviso.

Attività 2: Realizzazione pratica dei gruppi di cammino e lettura, degli incontri di sensibilizzazione e promozione di sani stili di vita.

Attività 3: Valutazione e monitoraggio dei pazienti.

Attività 4: Analisi dei dati e valutazione dei risultati.

OBBIETTIVO SPECIFICO 4:

Valutare nei soggetti con MCI l'impatto dell'intervento sulla promozione dell'attività fisica e degli altri sani stili di vita in termini di:

- riduzione delle percentuali di conversione a demenza rilevata dalla letteratura internazionale (di media 10% anno)
- mantenimento di un buon livello di autonomia funzionale nello svolgimento delle attività basali e strumentali della vita quotidiana (ADL-Indice di Katz e IADL di Lawton)
- miglioramento della qualità di vita del malato e del caregiver rilevato con questionario ad hoc: ad es. *The Psychological general well-being Index*¹⁵.
- soddisfazione dei pazienti e del caregiver rilevata mediante questionario ad-hoc.

Attività 1: Monitoraggio dei soggetti MCI con batteria neuropsicologica a 6, 12 e 24 mesi

Attività 2: Raccolta dei dati di cui sopra

Attività 3: Analisi dei dati e valutazione dei risultati.

CAPO PROGETTO: Maurizio Gallucci

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
UO Disturbi Cognitivi e della Memoria, Azienda Ulss 9 Treviso, Regione del Veneto	Maurizio Gallucci	Disegno degli interventi, realizzazione pratica del Progetto in loco, coordinamento, gestione e analisi dei dati, stesura report finale.
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
Laboratorio per la Valutazione della Qualità delle Cure e dei Servizi per l'Anziano, IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano, Regione Lombardia	Alessandro Nobili	Supporto scientifico per il disegno del progetto. Supporto scientifico per gli aspetti metodologici di predisposizione degli interventi sugli stili di vita. Supporto scientifico per gestione e analisi dei dati.
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
U.O. Medicina Interna Universitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Regione Emilia Romagna	Stefano Volpato	Consulenza e realizzazione pratica del Progetto in loco.
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
Istituto di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Perugia, Ospedale S. Maria della Misericordia, Perugia, Regione Umbria	Patrizia Mecocci	Consulenza e realizzazione pratica del Progetto in loco.



PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero tipologia e percentuale di servizi che entrano a far parte della rete integrata dei servizi sul totale dei servizi e del personale dedicato alla prevenzione e alla cura delle demenze nelle tre realtà territoriali coinvolte. 2. Numero e percentuale sul campione di 100 soggetti eligibili (soggetti con decadimento cognitivo e sindrome demenziale e loro familiari) che entrano nel modello integrato della rete dei servizi nelle tre realtà territoriali coinvolte. 3. Numero e percentuale sul campione dei 30 soggetti eligibili (soggetti con MCI) che hanno accesso ai programmi operativi e di educazione sui corretti stili di vita (attività fisica, abitudini alimentari) in totale e per singola attività educativa nelle tre realtà territoriali coinvolte. 4. Numero e percentuale dei soggetti che portano a termine i programmi di educazione sui corretti stili di vita (attività fisica, abitudini alimentari) sul totale dei soggetti che hanno avuto accesso: in totale e per singola attività educativa nelle tre realtà territoriali coinvolte. 5. Stimati della quota di risparmio sui costi assistenziali estrapolata dai costi assistenziali del campione di soggetti che entreranno nel progetto rispetto ai costi di riferimento.
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 50% dei servizi; 50 % del personale 2. 60% dei soggetti eligibili 3. 60% dei soggetti eligibili 4. 50% dei soggetti che hanno avuto accesso 5. Riduzione del 15 % dei costi

OBIETTIVO SPECIFICO 1	
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero e percentuale di servizi e personale (operatori di servizio) che dovranno essere coinvolti nella rete integrata dei servizi sul totale dei servizi e del personale dedicato alla prevenzione e cura delle demenze nelle tre realtà territoriali coinvolte. 2. Numero e percentuale sul campione di 100 soggetti eligibili che entrano nel modello integrato della rete dei servizi nelle tre realtà territoriali coinvolte e che usufruiscono dei percorsi dettagliati ai punti a) e b) dell'obiettivo specifico 1. 3. Grado di accettazione/gradimento (analisi dei questionari che saranno distribuiti a pazienti e familiari) del nuovo modello assistenziale.
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 50% dei servizi; 50% del personale. 2. 60% dei soggetti eligibili 3. 60% di questionari compilati sul totale dei distribuiti e per categoria di intervistato.

OBIETTIVO SPECIFICO 2	
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. riscontro di una riduzione di una o più liste di attesa per gli accessi ai diversi servizi dedicati alla demenza in funzione della creazione di percorsi dedicati 2. Evidenza nei reports di budget di razionalizzazione e riduzione dei costi delle prestazioni/esami/farmaci/terapie erogate dopo 24 mesi dall'inizio del progetto.
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riscontro di riduzione di almeno una lista di attesa. (ad es. esami neuro radiologici). 2. Riscontro, nei reports di budget, di riduzione di una voce di spesa relativa al percorso clinico-assistenziale del paziente con decadimento cognitivo al termine di 24 mesi dall'inizio del progetto.



OBIETTIVO SPECIFICO 3	
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero e percentuale sul totale dei 30 soggetti eligibili (soggetti con MCI) che hanno accesso ai programmi di educazione sui corretti stili di vita (attività fisica, lettura, abitudini alimentari, etc.) in totale e per singola attività educativa nelle tre realtà territoriali coinvolte. 2. Numero e percentuale dei soggetti sui 30 eligibili che portano a termine i programmi di educazione sui corretti stili di vita (attività fisica, lettura, abitudini alimentari) sul totale dei soggetti che hanno avuto accesso: in totale e per singola attività educativa nelle tre realtà territoriali coinvolte.
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 60% dei soggetti eligibili 2. 50% dei soggetti che hanno avuto accesso
OBIETTIVO SPECIFICO 4	
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variazioni della percentuale di evoluzione a demenza entro l'anno nei soggetti che partecipano ai gruppi di cammino e lettura con verifica a 12 e 24 mesi dalla costituzione dei gruppi. 2. mantenimento di un buon livello di autonomia funzionale nello svolgimento delle attività basali e strumentali della vita quotidiana (ADL-Indice di Katz e IADL di Lawton 3. miglioramento della qualità di vita del malato e del caregiver rilevato con questionario ad hoc: ad es. <i>The Psychological general well-being index (PGWB-S)</i>¹⁵. 4. soddisfazione dei pazienti e del caregiver rilevata mediante questionario ad-hoc.
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione della percentuale di evoluzione a demenza entro l'anno nei soggetti che partecipano ai gruppi di cammino e lettura stimata in letteratura (di media 10% per anno). 2. Miglioramento dei punteggi alle scale ADL e IADL o contenimento entro il 20% del peggioramento delle performance di autonomia a 12 e 24 mesi 3. Miglioramento del benessere psicologico del paziente MCI e del familiare valutati con PGWB-S 4. Registrazione di soddisfazione dei pazienti e del caregiver mediante questionario ad-hoc



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	
Obiettivo specifico 1	Attività 1																								
	Attività 2																								
	Attività 3																								
Obiettivo specifico 2	Attività 1																								
	Attività 2																								
	Attività 3																								
Obiettivo specifico 3	Attività 1																								
	Attività 2																								
	Attività 3																								
	Attività 4																								
Obiettivo specifico 4	Attività 1																								
	Attività 2																								
	Attività 3																								





PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 - VENETO Azienda ULSS 9 di Treviso		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale - medico geriatra senior - medico geriatra junior - psicologo	Coordinamento del progetto. Realizzazione delle attività relative agli obiettivi 1, 2, 3, 4: implementazione del percorso clinico-assistenziale del paziente con decadimento cognitivo comprese le sue articolazioni quali accessi domiciliari, segnalazione dei casi di maggiore fragilità ai Distretti Socio-Sanitari, implementazione del Laboratorio di Stimolazione cognitiva e della attività di counselling nei confronti del caregiver.	91.600,00
Beni e servizi - n.3 tablet - acquisizione software - servizio analisi dati	Realizzazione di Database dedicato alla raccolta dati effettuata anche a domicilio utilizzando i tre tablet PC (uno per Centro operativo). Realizzazione di software dedicato da installare nei tre tablet. Effettuazione della analisi dei dati da parte di un Centro esperto.	42.500,00
Missioni - Riunioni di progetto	Riunioni di coordinamento Visite presso i centri attuatori per la supervisione del modello	4.000,00
Incontri/Eventi formativi - Convegno finale	Organizzazione Catering	15.000,00
Spese generali	Spese di stampa Spese di gestione generali	4.000,00

Unità Operativa 2 - LOMBARDIA IRCSS Mario Negri - Milano		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale - Ricercatore senior	Supporto scientifico per il disegno del progetto. Supporto scientifico per gli aspetti metodologici e per il monitoraggio degli interventi dei Centri operativi. Supporto scientifico per la gestione ed interpretazione dei risultati delle analisi dei dati.	36.000,00
Beni e servizi		
Missioni - Riunioni di progetto	Riunioni di coordinamento	2.000,00
Incontri/Eventi formativi		
Spese generali	Spese di gestione generali	2.000,00



Unità Operativa 3 - EMILIA ROMAGNA Azienda Ospedaliera Università di Ferrara - UO Medicina Interna Universitaria		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i> - Medico geriatra	Realizzazione delle attività relative agli obiettivi 1, 2, 3, 4: realizzazione del percorso clinico-assistenziale del paziente con decadimento cognitivo comprese le sue articolazioni quali accessi domiciliari, segnalazione dei casi di maggiore fragilità ai Distretti Socio-Sanitari, realizzazione del Laboratorio di Stimolazione cognitiva e della attività di counselling nei confronti dei caregiver.	45.000,00
<i>Beni e servizi</i>		
<i>Missioni</i> - Riunioni di progetto	Riunioni di coordinamento	2.000,00
<i>Incontri/Eventi formativi</i>		
<i>Spese generali</i>	Spese di gestione generali	2.000,00

Unità Operativa 4 - UMBRIA Università degli studi di Perugia - Ospedale S.Maria della Misericordia - Istituto di Gerontologia e Geriatria - Perugia		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i> - Medico geriatra	Realizzazione delle attività relative agli obiettivi 1, 2, 3, 4: realizzazione del percorso clinico-assistenziale del paziente con decadimento cognitivo comprese le sue articolazioni quali accessi domiciliari, segnalazione dei casi di maggiore fragilità ai Distretti Socio-Sanitari, realizzazione del Laboratorio di Stimolazione cognitiva e della attività di counselling nei confronti dei caregiver.	45.000,00
<i>Beni e servizi</i>		
<i>Missioni</i> - Riunioni di progetto	Riunioni di coordinamento	2.000,00
<i>Incontri/Eventi formativi</i>		
<i>Spese generali</i>	Spese di gestione generali	2.000,00

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
<i>Personale</i>	217.600,00
<i>Beni e servizi</i>	42.500,00
<i>Missioni</i>	10.000,00
<i>incontri/ eventi formativi</i>	13.000,00
<i>Spese generali</i>	10.000,00
Totale	295.100,00



Carta intestata dell'Ente

Allegato 2

Al Ministero della Salute
Direzione generale della Prevenzione - 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						
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)". In caso di rendiconto finale vanno indicate esclusivamente le spese effettivamente sostenute.

La tabella va compilata per ciascuna unità operativa presente nel piano finanziario

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

Data,

FIRMA



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA SANITA' PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE

Allegato 3

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 ciò sia reso possibile e disciplinato dalle norme di organizzazione e funzionamento che disciplinano il medesimo 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 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 convegni, workshop ed incontri/ eventi formativi, purché risultino coerenti con le attività del progetto e si evidenzii 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 in primo luogo che la stessa non può superare il 10% delle spese effettivamente sostenute. 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