

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2015

DATI GENERALI DEL PROGETTO



TITOLO: Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti

ENTE PARTNER: Regione Toscana (Agenzia Regionale di Sanità della Toscana)

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 4 – Patologie croniche prevalenti

REGIONI ED ENTI COINVOLTI:

numero: 5

elenco: Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna, Age.Na.S

DURATA PROGETTO: 24 mesi

COSTO: € 440.000

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: Dott. Paolo Francesconi

struttura di appartenenza: Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana – Osservatorio di Epidemiologia – Settore Sanitario

n.tel: 055-4624374 n.fax: 055-4624330 e.mail: paolo.francesconi@ars.toscana.it



Allegato 1

TITOLO Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione ed analisi del problema

È nozione comune che una piccola percentuale degli assistiti assorbe gran parte delle risorse sanitarie. Si tratta in gran parte di assistiti anziani ad alto rischio di ospedalizzazione con bisogni molteplici per più condizioni croniche spesso suscettibili di cure al livello territoriale che qui definiamo pazienti complessi. È altresì noto che questi pazienti spesso ricevono cure frammentate, incoordinate, inefficaci ed inefficienti. Il fenomeno della multimorbidità è peraltro in continua crescita essendo legato all'invecchiamento della popolazione e, fortunatamente, alla sempre più frequente "guarigione con esiti" di tanti cittadini che sopravvivono a patologie fino a pochi anni orsono fatali (cosiddette "long survivors") (1). E' associata a un'alta mortalità, ridotto stato funzionale e un aumento nell'uso dei servizi sanitari. I sistemi sanitari si trovano quindi a dover affrontare nuove sfide: i bisogni di salute della popolazione stanno aumentando, mentre le risorse disponibili, a seguito della crisi economica, si stanno progressivamente riducendo. Queste tendenze opposte stimolano le organizzazioni sanitarie a comprendere meglio il carico di morbidità della popolazione e come allocare ed utilizzare al meglio le attuali risorse. La capacità di individuare accuratamente le risorse sanitarie necessarie per i soggetti con elevato carico di multimorbidità fa affidamento sull'accuratezza delle misure di risk adjustment (2). I pazienti affetti da patologie croniche multiple richiedono una gestione proattiva e coordinata per affrontare il problema nella sua interezza evitando di considerare singolarmente le patologie concomitanti (3), ma i sistemi sanitari sono strutturati in larga parte per rispondere alle singole patologie più che alle condizioni di compresenza di più patologie in uno stesso individuo.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

Basandosi sulla ricerca emergente nel campo della multimorbidità, sono stati messi a punto interventi complessi, come i programmi di *care management*, rivolti a soddisfare i bisogni dei pazienti affetti da più condizioni croniche. Questi programmi sono stati ideati per assistere i pazienti e i loro sistemi di supporto nel gestire le condizioni mediche e non mediche attraverso piani di cura individuali con relativo monitoraggio. Concentrare questi programmi sui pazienti ad alto rischio di eventi avversi e ad alto consumo di servizi offre l'enorme opportunità di migliorare la qualità delle cure, guadagnare salute e ridurre i costi sanitari (4-7). Sulla base di queste premesse, in alcune Regione italiane sono in fase di progettazione o già di attivazione iniziative di *care management*. Si tratta di progettualità che prevedono l'identificazione degli assistiti a più alto rischio di ospedalizzazione utilizzando dati amministrativi e successivamente la loro presa in carico a livello territoriale da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari. L'identificazione dei pazienti complessi avviene attraverso l'uso di algoritmi alimentati dai dati amministrativi forniti dai sistemi informativi sanitari, individuando i soggetti a più alto consumo di prestazioni in termini, ad esempio, di ricoveri in reparti per acuti in area medica, accessi al pronto soccorso per tutte le cause eccetto i traumatismi, visite specialistiche effettuate, numero di categorie di farmaci utilizzati, ricette per esami di laboratorio. In alcune realtà, come quella veneta, in cui la sperimentazione del modello Adjusted Clinical Group (ACG) è in una fase già avanzata, si tiene conto anche di caratteristiche socio-demografiche della popolazione (8). Il sistema ACG è un modello di *risk adjustment* che raggruppa le diagnosi e classifica la popolazione in gruppi mutualmente esclusivi secondo il carico di morbidità. Anche la Regione Emilia-Romagna, ponendosi l'obiettivo dell'identificazione precoce di cittadini a rischio di cronicità/fragilità, ha sviluppato uno strumento validato (9) per stratificare la popolazione adulta e generare stime del rischio di ospedalizzazione per problemi potenzialmente evitabili. Una reportistica con queste informazioni viene consegnata ai MMG delle Case della Salute a cui segue con una valutazione congiunta con gli infermieri dell'ambulatorio della cronicità, specialisti e assistente sociale, qualora emergono bisogni sociali, per progettare interventi di medicina di iniziativa e risposte più appropriate ai

nuovi bisogni di salute, tenuto conto delle risorse della comunità locale.

Anche in Regione Toscana, dove un progetto di Sanità d'Iniziativa mirato ad alcune rilevanti patologie croniche è attivo dal 2010, si sta progettando una nuova Sanità di Iniziativa che prevede come target anche i pazienti complessi, identificabili pro-attivamente attraverso algoritmi che utilizzano dati amministrativi.

L'impatto atteso dall'adozione di questi modelli di presa in carico del paziente complesso è un miglioramento della qualità assistenziale che può variare, a seconda dei casi in esame, da una riduzione dei costi da attribuire alle prestazioni o ai farmaci erogati fino ad influenzare, in termini di contenimento, misure di esito quali il ricorso all'ospedalizzazione o al pronto soccorso.

Si tratta però di iniziative regionali non coordinate tra di loro, con incertezze sia sulla reale capacità di identificare i pazienti complessi che più possono beneficiarne sia sull'efficacia dei modelli assistenziali posti in opera nel raggiungere gli obiettivi combinati di un guadagno di salute e di una riduzione del consumo di risorse.

Questo progetto si propone di supportare e valutare in modo comparativo questi modelli di presa in carico dei pazienti complessi, affetti da multimorbidità, sia per quanto riguarda la loro identificazione sia per quanto riguarda la loro presa in carico. La condivisione dei risultati potrà portare ad un perfezionamento degli interventi in atto o in corso di progettazione.

Inoltre, la sperimentazione di una piattaforma informatica integrata tra i medici di medicina generale e gli specialisti potrà mettere a disposizione uno strumento utile ad un miglior inquadramento dei bisogni del paziente complesso e conseguentemente ad una maggiore continuità informativa e pertanto ad una migliore risposta nella gestione delle multimorbidità.

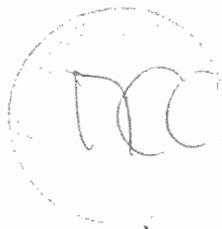
La valutazione comparativa di impatto permetterà inoltre di confrontare la reale portata dell'introduzione di percorsi assistenziali personalizzati focalizzati sul paziente complesso, dal momento che è previsto un confronto in termini di qualità dell'assistenza, tra i pazienti "arruolati" dai medici di medicina generale aderenti alla sperimentazione e i pazienti con le stesse caratteristiche di complessità ma assistiti secondo l'*usual care*. Il confronto verrà valutato sulla base dei livelli di adesione al monitoraggio delle patologie concomitanti, al consumo di prestazioni e al ricorso al pronto soccorso e ai ricoveri.

Fattibilità/criticità delle soluzioni proposte

La Regione Toscana, mediante il lavoro dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana che ha maturato una notevole esperienza in questo campo, garantisce il supporto all'utilizzo di metodologie consolidate di monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici attraverso i dati amministrativi forniti dai sistemi informativi sanitari. Agenas ha nel corso degli anni sviluppato una notevole capacità di condurre progetti sulla cronicità e pertanto è in grado di fornire un valido contributo in termini di analisi dei modelli predittivi di identificazione dei pazienti complessi e produzione di report contenenti proposte operative per il miglioramento dei servizi, a supporto delle politiche di programmazione socio-sanitaria. Il contributo delle diverse regioni permette un confronto tra i diversi modelli valido e estendibile ad altre realtà nazionali.

Bibliografia

- (1) Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso. *Quaderni del Ministero della Salute* 2013. n. 23
- (2) Barnett K, Mercer SW, et al.: Using risk-adjustment models to identify high-cost risks, *RT Medical Care* 2003 Nov; 41(11): 1301-1312
- (3) Salisbury C, Johnson L, Purdy S, et al. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract.* 2011; 61(582):e12-e21
- (4) Freund T, Kunz CU, Ose D, et al. Patterns of Multimorbidity in Primary Care Patients at High Risk of Future Hospitalization, *Population Health Management* 2012; Vol 12, Num 2:119-124
- (5) Shadmi E, Freund T. Targeting patients fo multimorbid care management interventions: the case for equity in high-risk patient identification, *International Journal for Equity in Health* 2013, 12:70
- (6) Fleishman JA, Cohen JW. Using information on clinical condition to predict high-cost patients. *Health Services Research*, April 2010, 45:2
- (7) Bates DW, Saria S, et al. Big data in health care: using analytics to identify and manage high-risk and high-cost patients. *Health Affairs*, 33, no.7 (2014): 1123-1131
- (8) <http://eg.regione.veneto.it>
- (9) Louis DZ, Robeson M, et al. (2014) "Predicting risk of hospitalisation or death: a retrospective population-based analysis"; *BMJ Open*;4:e005223.

**Allegato 2****OBIETTIVI E RESPONSABILITÀ DI PROGETTO**

OBIETTIVO GENERALE: Supporto all'attivazione e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico a livello territoriale del paziente complesso

OBIETTIVO SPECIFICO 1: individuare, dalla letteratura scientifica, le indicazioni *evidence based* sui modelli predittivi di identificazione dei pazienti ad alto rischio di eventi avversi e di alto consumo di risorse sanitarie e sui percorsi di cura (programmi assistenziali) per pattern di complessità

OBIETTIVO SPECIFICO 2: validare alcuni algoritmi per l'identificazione dei pazienti complessi utilizzando dati amministrativi anche tramite confronto con liste di pazienti complessi prodotte da medici di medicina generale, con la partecipazione di almeno una ASL e 10 medici di medicina generale per Regione partecipante

OBIETTIVO SPECIFICO 3: definire un set di contenuti minimi di un Piano Assistenziale Personalizzato (PAP) per pazienti complessi, per i più frequenti pattern di multimorbidità, i professionisti coinvolti nel percorso di cura e loro competenze

OBIETTIVO SPECIFICO 4: identificare e sperimentare l'utilizzo di una o più piattaforme informatiche per la gestione integrata del paziente complesso da parte dei medici di medicina generale, del care manager e degli specialisti di riferimento con la partecipazione di almeno una ASL e 10 medici di medicina generale per Regione partecipante

OBIETTIVO SPECIFICO 5: supportare l'attivazione di interventi di care management attraverso l'identificazione pro-attiva dei pazienti complessi (tramite gli algoritmi validati) e la loro presa in carico attraverso la definizione e l'attuazione di Piani Assistenziali Personalizzati (PAP) da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari, definendo ed attuando almeno 400 PAP per Regione, con la partecipazione di almeno una ASL e 20 medici di medicina generale per Regione

OBIETTIVO SPECIFICO 6: descrivere gli interventi di *care management* attivati e valutarne l'impatto in termini di qualità dell'assistenza erogata, volumi di prestazioni erogate, accessi al pronto soccorso e ricoveri in ospedale nei 12 mesi successivi alla predisposizione dei PAP, confrontando i pazienti "arruolati" con pazienti con le stesse caratteristiche di complessità ma assistiti secondo l'*usual care*

OBIETTIVO SPECIFICO 7: produzione di report contenenti proposte operative per il miglioramento dei servizi e diffusione delle informazioni a supporto delle politiche di programmazione sociosanitaria relativamente ad interventi di care management di pazienti complessi

CAPO PROGETTO:

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa I	Referente	Compiti
Regione Toscana - ARS	Paolo Francesconi - ARS	- Coordinamento del progetto - Produzione liste pazienti complessi utilizzando dati amministrativi e, con la collaborazione di almeno una ASL, liste pazienti complessi segnalati da almeno 10 MMG



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)	Dott.ssa Maria Donata Beilentani - Dirigente Sezione OSS - Organizzazione Servizi Sanitari	<ul style="list-style-type: none">- Analisi letteratura con la collaborazione di esperti universitari- Descrizione modelli implementati di <i>care management</i>- Sintesi delle evidenze prodotte e diffusione dei risultati
---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Conduzione valutazione comparativa predittività algoritmi - Definizione e attuazione, con la collaborazione di almeno una ASL, di almeno 400 Piani Assistenziali Personalizzati da parte di team multidisciplinari coordinati da almeno 20 MMG (~20 PAP per MMG) - Sperimentazione di una piattaforma informatica integrata - Conduzione valutazione comparativa d'impatto
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
Regione Veneto	Maria Chiara Corti	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione liste pazienti complessi utilizzando dati amministrativi e, con la collaborazione di almeno una ASL, liste pazienti complessi segnalati da almeno 10 MMG - Definizione e attuazione, con la collaborazione di almeno una ASL, di almeno 400 Piani Assistenziali Personalizzati da parte di team multidisciplinari coordinati da almeno 20 MMG (~20 PAP per MMG) - Sperimentazione di una piattaforma informatica integrata
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
Regione Emilia Romagna	Antonio Brambilla	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione liste pazienti complessi utilizzando dati amministrativi e, con la collaborazione di almeno una ASL, liste pazienti complessi segnalati da almeno 10 MMG - Definizione e attuazione, con la collaborazione di almeno una ASL, di almeno 400 Piani Assistenziali Personalizzati da parte di team multidisciplinari coordinati da almeno 20 MMG (~20 PAP per MMG) - Sperimentazione di una piattaforma informatica integrata
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
Regione Sardegna	Giuseppe Sechi	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione liste pazienti complessi utilizzando dati amministrativi e, con la collaborazione di almeno una ASL, liste pazienti complessi segnalati da almeno 10 MMG - Definizione e attuazione, con la collaborazione di almeno una ASL, di almeno 400 Piani Assistenziali Personalizzati da parte di team multidisciplinari coordinati da almeno 20 MMG (~20 PAP per MMG) - Sperimentazione di una piattaforma informatica integrata
Unità Operativa 5	Referente	Compiti

**Allegato 3****PIANO DI VALUTAZIONE**

OBIETTIVO GENERALE	Supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico a livello territoriale del paziente complesso
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Individuazione di modelli di identificazione dei pazienti complessi. Predisposizione di piani assistenziali personalizzati per i più frequenti pattern di multimorbilità. Utilizzo della piattaforma informatica integrata. Analisi quali-quantitative sui modelli adottati. Proposte per il miglioramento dei servizi. Report finale
<i>Standard di risultato</i>	Disseminazione dei risultati, confronto con interlocutori nazionali ed internazionali, proposte operative
OBIETTIVO SPECIFICO 1	Individuare, dalla letteratura scientifica, le indicazioni <i>evidence based</i> sui modelli predittivi di identificazione dei pazienti ad alto consumo di risorse sanitarie e sui percorsi di cura (programmi assistenziali) per pattern di complessità
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero indicazioni <i>evidence based</i> sulle modalità di identificazione dei pazienti complessi e sui percorsi di cura identificate dalla letteratura scientifica
<i>Standard di risultato</i>	Almeno 5 indicazioni identificate
OBIETTIVO SPECIFICO 2	Validare e confrontare alcuni algoritmi per l'identificazione dei pazienti complessi mediante i dati amministrativi, con la partecipazione di almeno 10 medici di medicina generale per Regione
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero di algoritmi per l'identificazione di pazienti complessi sulla base di dati amministrativi validati in termini di sensibilità e valore predittivo positivo (gold standard = liste pazienti complessi segnalati dai medici di medicina generale)
<i>Standard di risultato</i>	Almeno 3 algoritmi validati
OBIETTIVO SPECIFICO 3	Definire un set di contenuti minimi di un piano assistenziale personalizzato (PAP) per pazienti complessi specifici, per i più frequenti pattern di multimorbilità, i professionisti coinvolti nel percorso di cura e loro competenze.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero di set di contenuti minimi per pattern di multimorbilità definiti
<i>Standard di risultato</i>	Set di contenuti minimi definiti per almeno tre principali pattern di multimorbilità
OBIETTIVO SPECIFICO 4	Sperimentazione di una piattaforma informatica per la gestione integrata del paziente complesso da parte dei medici di medicina generale, del care manager e degli specialisti di riferimento con la partecipazione di almeno una ASL
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero Regioni che hanno sperimentato almeno una piattaforma informatica integrata
<i>Standard di risultato</i>	Almeno tre Regioni



OBIETTIVO SPECIFICO 5	Supportare la sperimentazione di interventi di identificazione pro-attiva dei pazienti complessi e di care management da parte di team multidisciplinari, composti almeno dal medico di scelta, dagli specialisti di riferimento e da un care manager, con la definizione e l'attuazione di almeno 400 PAP per Regione con la partecipazione di almeno una ASL coinvolgendo almeno 20 medici di medicina generale per Regione
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero PAP definiti; Numero PAP attuati
<i>Standard di risultato</i>	Almeno 400 PAP definiti e attuati per Regione

OBIETTIVO SPECIFICO 6	Valutare l'impatto della definizione e dell'attuazione dei PAP in termini di qualità dell'assistenza erogata, volumi di prestazioni erogate, accessi al pronto soccorso e ricoveri in ospedale nei 12 mesi successivi alla predisposizione del PAP, confrontando i pazienti "arruolati" con pazienti con le stesse caratteristiche di complessità ma assistiti secondo l' <i>usual care</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Report su valutazione d'impatto disponibile per i seguenti domini: qualità servizi erogati; volumi prestazioni erogate; numero accessi pronto soccorso; numero ricoveri in ospedale
<i>Standard di risultato</i>	Report disponibili per tutte le Regioni

OBIETTIVO SPECIFICO 7	Produzione di report contenenti proposte operative per il miglioramento dei servizi e diffusione delle informazioni a supporto delle politiche di programmazione sociosanitaria
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Report prodotti / convegni e incontri scientifici e divulgativi organizzati
<i>Standard di risultato</i>	Report intermedi e finali /almeno un convegno nazionale svolto

ACC

14 GIU. 2016
10/20

Allegato 4
PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 - Agenzia Regionale della Sanità - Toscana		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- Coordinamento del progetto (project manager) e personale di supporto (ricercatore junior)	- 120.000
<i>Beni e servizi</i>	- Supporto ASL per produzione liste pazienti complessi (300 € X 10 liste)	- 3.000
	- Supporto ASL per definizione e attuazione Piani Assistenziali Personalizzati (50 € X 400 PAP)	- 20.000
	- Cofinanziamento ASL per piattaforma informatica integrata	- 6.000
<i>Missioni</i>	- -	- 1.000
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	- -	-
<i>Spese generali</i>	- -	- 15.000

Unità Operativa 2 - Regione Veneto		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- Referente progetto - Ricercatore	- 40.000
<i>Beni e servizi</i>	- Supporto ASL per produzione liste pazienti complessi (300 € X 10 liste)	- 3.000
	- Supporto ASL per definizione e attuazione Piani Assistenziali Personalizzati (50 € X 400 PAP)	- 20.000
	- Cofinanziamento ASL per piattaforma informatica integrata	- 6.000
<i>Missioni</i>	- -	- 1.000
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	- -	-
<i>Spese generali</i>	- -	- 7.000



14 GIU. 2013

pag. 12/26

Unità Operativa 5 – AGENAS		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- Referente progetto - Consulenze con Università	- 30.000 - 9.000
<i>Beni e servizi</i>	-	-
<i>Missioni</i>	-	- 1.000
<i>Incontri/Eventi formativi</i>		
<i>Spese generali</i>	-	- 4.000

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
<i>Personale</i>	279.000
<i>Beni e servizi</i>	116.000
<i>Missioni</i>	5.000
<i>Spese generali</i>	40.000
.....	
Totale	440.000



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 2015 – 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:

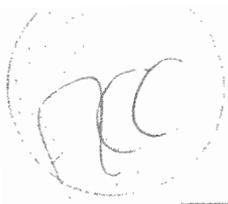
Risultati (max 120 parole):

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

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):

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



Carta intestata dell'Ente

Allegato 3

Agenzia Regionale di Sanità
Via Pietro Dazzi, n. 1
50141 FIRENZE

RENDICONTO TRIMESTRALE/FINALE DEL FINANZIAMENTO CONCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "MALATTIE CRONICHE: SUPPORTO E VALUTAZIONE COMPARATIVA DI INTERVENTI PER L'IDENTIFICAZIONE PROATTIVA E LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE COMPLESSO, FINALIZZATI ALLA PREVENZIONE DEI RICOVERI RIPETUTI"

CODICE CUP: D59D15000990001

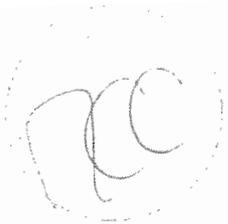
Il sottoscritto, nato a, il, domiciliato per la carica presso la sede dell'....., nella sua qualità di responsabile scientifico per, con sede in, Via, N., codice fiscale n. e partita IVA n., con riferimento all'accordo di collaborazione concluso in data avente ad oggetto la realizzazione del progetto

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- che nel 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:



A

01 14 GIU. 2015

pag. 18/26

DETTAGLIO DELLE SPESE

UNITA' OPERATIVA n.										
TIPOLOGIA SPESA	VOCE DI SPESA	IMPORTO PERIODO DI RIFERIMENTO	I	IMPORTO PERIODO DI RIFERIMENTO	S	ESTREMI DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA (1)	BENEFICIARIO	IMPORTO TOTALE NEL PERIODO	I	IMPORTO TOTALE NEL PERIODO
Personale										
	TOTALE	0,00	I	0,00	S			TOTALE	0,00	I 0,00
Beni e Servizi										
	TOTALE	0,00	I	0,00	S			TOTALE	0,00	I 0,00
Missioni										
	TOTALE	0,00	I	0,00	S			TOTALE		I
Convegni										
	TOTALE	0,00	I	0,00	S			TOTALE	0,00	I 0,00
Spese Generali										
	TOTALE	0,00	I	0,00	S			TOTALE	0,00	I 0,00
	TOTALE COMPLESSIVO	0,00	I	0,00	S			TOTALE COMPLESSIVO	0,00	I 0,00

(1) Nella colonna "Importo totale periodi" vanno riportate le spese impegnate e/o sostenute globalmente in tutti 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.

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

Data,

FIRMA



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 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.

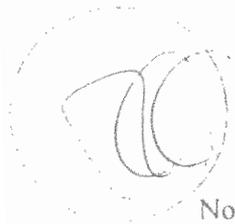
Beni e servizi

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.



A
14 GIU. 2015

pag. 20/26

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

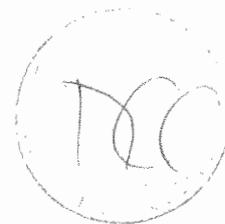
Tale voce è da considerarsi solo ed esclusivamente nel caso in cui l'ente esecutore intenda organizzare e realizzare un incontro/evento formativo o altro momento di pubblica diffusione/condivisione dei dati, senza affidare il servizio a terzi (in tal caso la voce di spesa "incontri/eventi formativi" 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 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.

Carta intestata dell'Ente



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:



01
14 GIU. 2015
203 22/26

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.

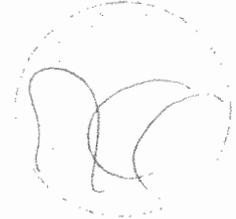
Il Ministero si riserva la facoltà di richiedere la documentazione giustificativa delle spese riportate in tabella.

Data,

FIRMA
Il legale rappresentante

All'Agencia Regionale di Sanità
Via Pietro Dazzi, 1
50141 Firenze

PROGRAMMA CCM 2015
PROGETTO ESECUTIVO
SCHEDA TRASPARENZA FLUSSI FINANZIARI



**Responsabile
scientifico**

Titolo dello studio	<i>Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso, finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti</i>
Istituzione del Responsabile Scientifico	
Area-Tematica	
Telefono	
E-mail	
Data stipula contratto	
Intestatario del conto corrente	
Tesoreria	
Conto di Tesoreria	
Codice IBAN	
Codici di riscontro	

Dati identificativi dei soggetti (persone fisiche) delegati ad operare sul conto corrente dedicato:

Primo soggetto	
Nome e Cognome	
Data e luogo di nascita	
Residenza	
Codice Fiscale	

Operante in qualità di:

100

Secondo soggetto	
Nome e Cognome	
Data e luogo di nascita	
Residenza	
Codice Fiscale	
Operante in qualità di:	

Data, xx/xx/2016

Il Responsabile Scientifico

... ..

n. 01 del

pag. 26/26

