



Ministero della Salute

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

tra

IL MINISTERO DELLA SALUTE

CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLE MALATTIE
(CCM)

e

LA REGIONE LOMBARDIA

per la realizzazione del progetto

*“Percorsi per il SOStegno olistico al benessere psicologico materno: Un Approccio Completo dal
Preconcepimento al Postpartum (SOS-Mamma)”*

Premesso quanto segue:

- che l'articolo 47 bis del decreto legislativo 30 luglio 1999 n. 300, attribuisce al Ministero della Salute funzioni in materia di tutela della salute umana e di coordinamento del sistema sanitario nazionale;
- che il Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, deve assicurare, anche in virtù di precisi obblighi internazionali, lo svolgimento delle competenze attribuite allo Stato in materia di sorveglianza epidemiologica delle principali malattie trasmissibili e non trasmissibili, e di profilassi internazionale anche in coordinamento con le principali Autorità comunitarie e internazionali;
- che tra le funzioni del Ministero della salute previste dal decreto del presidente del consiglio dei ministri 30 ottobre 2023, n. 196 concernente il Regolamento di organizzazione del Ministero della salute vi è l'individuazione, definizione, valutazione, informazione e promozione di corretti stili di vita, con particolare riferimento anche all'invecchiamento attivo;
- che con la legge 26 maggio 2004, n.138, è stato istituito presso il Ministero della Salute il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie che opera con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del Ministro della Salute;
- che il Decreto del Presidente della Repubblica del 28 marzo 2013, n. 44, “Regolamento recante il riordino degli organi collegiali e altri organismi operanti presso il Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, della legge 4 novembre 2010, n. 183”, nel confermare il predetto organismo ne ha altresì disciplinato, all'articolo 9, la composizione e i compiti dei relativi organismi costitutivi;
- che in seguito all'attuazione del citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 ottobre 2023, n. 196, con DM 18.07.2024 si è proceduto ad una modifica dell'articolo 1, del decreto 18 settembre 2008, concernente «Ulteriori modifiche al decreto del Ministro della salute 1° luglio 2004, recante «Disciplina dell'organizzazione e del funzionamento del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM)»», incardinando il Centro

presso il Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie del Ministero della salute;

- che con la nota del Capo di Gabinetto n. 18822 del 30 dicembre 2024, è stato rappresentato che, nelle more della nomina del nuovo Direttore generale, le competenze della ex Direzione generale della prevenzione sanitaria afferiscono al Capo del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie;
- che nell'ambito delle proprie attività, il Centro nazionale per la prevenzione e controllo delle malattie – CCM, assicura il necessario supporto al Ministero prevedendo altresì il coinvolgimento delle Regioni e degli Istituti nazionali competenti nell'ambito sanitario;
- che ai sensi della sopra citata norma istitutiva il CCM opera attraverso convenzioni con vari Enti, pubblici e privati, tra cui le Università;
- che con decreto ministeriale 28 novembre 2024, registrato dalla Corte dei Conti in data 08 gennaio 2025 al n. 5 e dall'Ufficio Centrale di Bilancio in data 02 dicembre 2024 al n. 519, è stato approvato il programma di attività del CCM per l'anno 2024 per un importo pari ad € 8.102.842,00;
- che con decreto ministeriale del 29 gennaio 2025 registrato dalla Corte dei Conti in data 26 febbraio 2025 al n. 177 e dall'Ufficio Centrale di Bilancio in data 06 febbraio 2025 al n. 57, gli interventi progettuali contenuti e approvati con il predetto programma di attività del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie – CCM per l'anno 2024, sono confermati anche per l'anno finanziario 2025;
- che il predetto programma è suddiviso nell'Area Progettuale e nell'Area delle Azioni Centrali;
- che nell'ambito della cosiddetta Area progettuale gli Enti partner individuati, ovvero Regioni e Province autonome, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà, sono stati invitati a sottoporre le proprie proposte progettuali di attuazione del programma stesso;
- che, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, della legge 7 agosto 1990, n. 241, il Ministero, ha trasmesso in data 2 dicembre 2024 ai suindicati Enti partner il programma annuale e ha proceduto alla pubblicazione dello stesso sul sito istituzionale del Ministero, rendendo così pubblico il sopra citato decreto ministeriale contenente i criteri e le modalità per la presentazione e per la successiva valutazione delle proposte progettuali finalizzate alla realizzazione del suddetto programma CCM;
- che il Comitato Scientifico del CCM, nella seduta del 18 dicembre 2023, ha proceduto alla valutazione delle suddette proposte progettuali e quindi all'approvazione di una graduatoria dei progetti ammessi al finanziamento;
- che tra i progetti ammessi al finanziamento vi è il progetto proposto dalla Regione Lombardia dal titolo *“Percorsi per il SOStegno olistico al benessere psicologico materno: Un Approccio Completo dal Preconcepimento al Postpartum (SOS-Mamma)”*;
- 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 predetta Regione al fine di disciplinare lo svolgimento delle attività di interesse comune finalizzate alla realizzazione del sopra citato progetto;

CONSIDERATO

che si ritengono soddisfatti i requisiti previsti dall'articolo 7, comma 4, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36;

RITENUTO

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

Il Ministero della salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – codice fiscale 80242290585, con sede in Roma, via Giorgio Ribotta, n. 5 nella persona del Capo Dipartimento, dott.ssa Maria Rosaria Campitiello, nata a Nocera Inferiore (SA), il 4 agosto 1985, di seguito “Ministero”

e

la Regione Lombardia - Direzione Generale Welfare, codice fiscale 80211730587, con sede in Milano, Piazza Città di Lombardia n. 1, nella persona del Direttore Generale, Dott. Mario Giovanni Melazzini nato a Pavia il 10 agosto 1958, di seguito “Regione”

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Art. 1 – Oggetto dell’accordo

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

Art. 2 – Funzioni e Compiti

1. Nell’ambito del presente accordo il Ministero e la Regione concorrono alla predisposizione e realizzazione del progetto di cui all’Allegato 1 svolgendo, ciascuno, i compiti previsti dai successivi commi.
2. Il Ministero mette a disposizione le risorse di cui al capitolo 4393 per assicurare il rimborso delle spese necessarie alla realizzazione delle attività previste nell’ambito del presente accordo; svolge, attraverso il proprio referente scientifico, il costante monitoraggio, tecnico e finanziario, del progetto e, laddove riscontri criticità, fornisce le necessarie indicazioni correttive; assicura altresì che le risultanze del progetto siano successivamente messe in condivisione con la comunità degli operatori del SSN.
3. La Regione mette a disposizione del progetto il proprio expertise e assicura così la responsabilità complessiva del progetto in particolare per ciò che concerne il raggiungimento degli obiettivi previsti; assicura altresì il regolare invio al Ministero delle rendicontazioni di cui al successivo articolo 4; provvede al tempestivo trasferimento delle risorse ministeriali alle eventuali unità operative (UU.OO.) coinvolte; procede, in caso di eventuali criticità e in accordo con il Ministero, ai necessari correttivi atti a garantire il buon andamento del progetto.

Art. 3 – Efficacia. Durata. Proroga

1. Il presente accordo è efficace dalla data di avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione del presente accordo, da parte dei competenti organi di controllo, che sarà comunicata formalmente dal Ministero;
2. Le attività progettuali decorrono dalla data di comunicazione di cui al comma 1;
3. La Regione si impegna ad avviare le procedure amministrative interne necessarie ad assicurare la piena operatività del progetto immediatamente dopo la sottoscrizione del presente accordo, ivi comprese 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. Ove la Regione, nel corso dello svolgimento delle attività progettuali, riscontri oggettive criticità di natura tecnica che determinino un ritardo della tempistica inizialmente prevista nel cronoprogramma, può inoltrare al Ministero una sola richiesta di proroga per un massimo di sei mesi.
6. È facoltà del Ministero accogliere, dopo attenta valutazione delle motivazioni addotte, la richiesta di cui al comma 5.
7. Non sono ammesse richieste di proroga per motivazioni attinenti a ritardi amministrativi imputabili alle procedure interne alla Regione e/o agli altri Enti partecipanti.

Art. 4 - 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, ad eccezione dell'ultimo, trasmette al Ministero, un rapporto tecnico sullo stato di avanzamento, utilizzando **esclusivamente** l'apposito modello allegato al presente accordo (allegato 2) ed un rendiconto finanziario che riporti le somme impegnate e/o le spese sostenute, utilizzando **esclusivamente** l'apposito modello allegato al presente accordo (allegato 3).
2. Entro e non oltre 45 giorni dalla scadenza dell'accordo, la Regione trasmette al Ministero un rapporto tecnico finale sui risultati raggiunti nel periodo di durata dell'accordo stesso ed un rendiconto finanziario finale delle spese sostenute, utilizzando il predetto modello riportato in allegato 3 al presente accordo.
3. Il Ministero può richiedere in qualsiasi momento di conoscere lo stato di avanzamento del progetto e la Regione è tenuta a fornire i dati richiesti entro trenta giorni.
4. Le rendicontazioni finanziarie di cui ai precedenti commi dovranno essere redatte nel rispetto delle voci di spesa indicate nel piano finanziario previsto nel progetto allegato.
5. Il piano finanziario relativo al progetto allegato potrà essere modificato una sola volta, previa autorizzazione del Ministero che, sulla base di adeguate motivazioni rese dalla Regione, 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. Fermo restando l'invarianza del finanziamento complessivo, è consentito il trasferimento, tra le voci di spesa del piano finanziario. Senza preventiva autorizzazione, sono accettati superamenti, rispetto agli importi indicati nel piano finanziario originario o modificato, fino ad un massimo del 10% per ciascuna delle voci di spesa, posto che la natura ed il contenuto delle stesse non siano state significativamente modificate e che vengano fornite adeguate motivazioni in fase di rendicontazione.

7. Resta inteso che il Ministero rimborserà unicamente le somme effettivamente spese entro il termine di scadenza, che saranno dichiarate utilizzando l'allegato 3, nel rispetto delle indicazioni di cui all'allegato 4 del presente accordo.
8. I rapporti tecnici e i rendiconti finanziari devono essere inviati all'indirizzo di posta certificata della ex Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio I dgprev@postacert.sanita.it.
9. Il Ministero renderà accessibili detti rapporti tecnici al Comitato Scientifico del CCM per azioni di monitoraggio.
10. È fatto obbligo alla Regione conservare tutta la documentazione contabile relativa ai progetti e di renderla disponibile a richiesta del Ministero.

Art. 5 – Proprietà e diffusione dei risultati del progetto

1. I risultati del progetto, ivi inclusi i rapporti di cui all'articolo 4, 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 disporne, senza alcuna restrizione, la pubblicazione, la diffusione, l'utilizzo, la vendita, la duplicazione e la cessione anche parziale di dette opere dell'ingegno o materiale, con l'indicazione di quanti ne hanno curato la produzione.
2. È fatto comunque obbligo alla Regione di rendere i dati accessibili e/o rapidamente disponibili al Ministero, in ogni momento e dietro specifica richiesta. Detti dati dovranno essere disponibili in formato aggregato.
3. È fatto obbligo alla Regione richiedere, sia ad accordo vigente che a conclusione dello stesso, la preventiva autorizzazione al Ministero prima della diffusione parziale o totale dei dati relativi al progetto, nonché dell'utilizzo del logo del Ministero della Salute.
4. Senza detta autorizzazione non si potrà in alcun modo diffondere ad enti terzi, nazionali ed internazionali, dati, comunicazioni, reportistica, pubblicazioni, concernenti il progetto, anche in occasioni di convegni e/o corsi di formazione.
5. La richiesta di autorizzazione di cui al comma 3 deve essere trasmessa dalla Regione al referente scientifico del Ministero di cui al successivo articolo 6.
6. La pubblicazione autorizzata dei dati di cui al comma 1 dovrà riportare l'indicazione: *“Progetto realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute – CCM”*.
7. Al fine di garantire la diffusione dell'attività del CCM, il Ministero può procedere, anche sul sito dedicato, a pubblicare i risultati dei progetti nonché i rendiconti e i rapporti di cui all'art. 4, commi 1 e 2.
8. È fatto obbligo alla Regione, a conclusione dei progetti, depositare presso il Ministero della Salute i risultati dei progetti, siano essi sotto forma di relazione, banca dati, applicativo informatico o altro prodotto.
9. Il Ministero non risponde dell'utilizzo dei dati del progetto effettuato, a qualunque titolo, dalla Regione dopo la scadenza del progetto.

Art. 6 - Referenti

1. Il Ministero e la Regione procederanno ad individuare e comunicare, il/i nominativo/i del/i referenti, contestualmente all'avvio delle attività, ed eventuali, successive, sostituzioni.
2. Il/i referente/i, di cui al comma 1, assicura/no il collegamento operativo tra la Regione e il Ministero
3. Il referente del Ministero assicura il collegamento operativo con la Regione, nonché il monitoraggio e la valutazione dei rapporti di cui all'articolo 4.

Art. 7 - Finanziamento

1. Per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo è concesso alla Regione un finanziamento complessivo di € 400.000,00 (quattrocentomila/00).
2. La Regione dichiara che le attività di cui al presente accordo non sono soggette ad I.V.A. ai sensi del D.P.R. n. 633 del 1972 in quanto trattasi di attività rientranti nei propri compiti istituzionali.
3. Il finanziamento è concesso alla Regione al fine di rimborsare le spese sostenute per la realizzazione dei progetti di cui al presente accordo, come risultanti dai rendiconti finanziari di cui all'art. 4.
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 6.
6. La Regione prende atto che il finanziamento previsto per la realizzazione del progetto allegato al presente accordo, pari ad € 400.000,00 (quattrocentomila/00) verrà erogato alle scadenze previste dal successivo art. 8 nel rispetto delle norme di contabilità pubblica di cui alla L. n. 196/2009 e al D.Lgs.vo n. 93/2016 e successive modifiche e integrazioni.

Art. 8– Modalità e termini di erogazione del finanziamento

1. Il finanziamento sarà erogato secondo le seguenti modalità:
 - a. una prima quota, pari al **25%** del finanziamento, pari a € 100.000,00 (centomila/00), dietro formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta, inoltrata dopo la comunicazione ufficiale, di cui all'articolo 3, comma 1 unitamente alla formale comunicazione di avvio delle attività;
 - b. una seconda quota, pari al **40%** del finanziamento, pari a € 160.000,00 (centosessantamila/00), dietro presentazione di formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta da parte della Regione. Il pagamento sarà disposto solo a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero dei rapporti tecnici e dei rendiconti finanziari di cui all'articolo 4, relativi al primo anno di attività. Sarà possibile procedere alla corresponsione della seconda quota solo nel caso in cui dai rendiconti finanziari risulti di aver impegnato e/o speso almeno il 35% della prima quota
 - c. una terza quota, pari al **35%** del finanziamento, pari a € 140.000,00 (centoquarantamila/00), dietro presentazione della relazione e del rendiconto finali di cui all'articolo 4, unitamente ad una formale richiesta di pagamento e/o relativa ricevuta da parte della Regione. Il pagamento sarà disposto solo a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero dei rapporti tecnici e dei rendiconti finanziari finali di cui all'articolo 4, relativi al progetto.
2. La Regione si impegna a restituire le somme eventualmente corrisposte in eccesso, secondo modalità e tempi che saranno comunicati per iscritto dal Ministero.
3. Le richieste di pagamento di cui al comma 1 vanno intestate ed inviate a: Ministero della Salute – ex Direzione generale della Prevenzione Sanitaria: [**dgprev@postacert.sanita.it**](mailto:dgprev@postacert.sanita.it).
4. Ai fini del pagamento il Ministero si riserva la facoltà di richiedere alla Regione copia della documentazione giustificativa delle spese, riportate nei rendiconti finanziari, di cui all'allegato 3.
5. I pagamenti di cui al comma 1 saranno disposti mediante l'emissione di ordinativi di pagamento sul conto n° 0306689 intestato alla Regione. I pagamenti, di cui al comma 1, lettere b) e c), saranno disposti entro sessanta giorni dal ricevimento delle richieste formali. Il Ministero non risponde di eventuali ritardi nell'erogazione del finanziamento cagionati dai controlli di legge e/o dovuti ad indisponibilità di cassa.

Art. 9 - Sospensione dei pagamenti. Diffida ad adempiere. Risoluzione dell'accordo

1. In caso di valutazione negativa delle relazioni di cui all'articolo 4 o del mancato invio dei dati di cui all'art. 5, comma 2, il Ministero sospende l'erogazione del finanziamento. La sospensione del finanziamento sarà disposta anche per la mancata od irregolare attuazione del presente accordo.
2. In caso di accertamento, in sede di esame delle relazioni di cui all'articolo 4, di grave violazione degli obblighi di cui al presente accordo, per cause imputabili alla Regione che possano pregiudicare la realizzazione dei progetti, il Ministero intima per iscritto alla Regione, a mezzo di posta certificata, di porre fine alla violazione nel termine indicato nell'atto di diffida. Decorso inutilmente detto termine l'accordo si intende risolto di diritto a decorrere dalla data indicata nell'atto di diffida.
3. E' espressamente convenuto che in caso di risoluzione del presente accordo, la Regione ha l'obbligo di provvedere, entro sessanta giorni dal ricevimento della relativa richiesta, alla restituzione delle somme corrisposte sino alla data di risoluzione dell'accordo.

Il presente accordo si compone di 9 articoli, e di 4 allegati, e viene sottoscritto con firma digitale.

L'efficacia dell'accordo è subordinata all'avvenuta registrazione, da parte dei competenti organi di controllo, dei relativi provvedimenti di approvazione e impegno contabile.

Letto, approvato e sottoscritto con firma digitale.

MINISTERO DELLA SALUTE

REGIONE LOMBARDIA

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE,
DELLA RICERCA E DELLE EMERGENZE
SANITARIE

DIREZIONE GENERALE
WELFARE

Il Capo del Dipartimento
Dott.ssa Maria Rosaria Campitiello

Il Direttore Generale Dott.
Mario Giovanni Melazzini



Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2024

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO :

Percorsi per il SOStegno olistico al benessere psicologico materno: Un Approccio Completo dal Preconcepimento al Postpartum (SOS-Mamma)

ENTE CAPOFILA: Regione Lombardia

ENTI PARTECIPANTI:

1. Regione Campania
2. Regione Lazio

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 9

REGIONI COINVOLTE:

numero: 3

Elenco:

1. *Nord: Lombardia*
2. *Centro: Lazio*
3. *Sud: Campania*

DURATA PROGETTO: 24 mesi

COSTO: 400.000 euro

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

Nominativo: Irene Cetin

Struttura di appartenenza: Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, SC Ostetricia n.
tel: 0255032240 E-mail: irene.cetin@policlinico.mi.it

Allegato 1

TITOLO: Percorsi per il SOStegno olistico al benessere psicologico materno: Un Approccio Completo dal Preconcepimento al Postpartum (SOS-Mamma)
--

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione ed analisi del problema

Il calo della natalità, inverno demografico, è un fenomeno complesso, che riguarda in modo significativo tutte le regioni d'Italia negli ultimi dieci anni. Questo è causato da fenomeni sociali, economici e culturali, ma anche sanitari. Questi ultimi dipendono dall'impatto dello stile di vita sulla salute riproduttiva, dall'età alla prima gravidanza, dalle difficoltà di accesso a terapie efficaci per coppie con problematiche riproduttive, dai limiti dell'offerta assistenziale nel percorso nascita e nel post partum. Le conseguenze di queste problematiche possono riflettersi sul benessere psicofisico della donna, in un circolo vizioso che può colpire sia la salute fisica che psicologica.

Diverse sono le azioni che possono essere adottate per ottimizzare le informazioni e l'accesso alle cure durante la vita riproduttiva della donna. Tra queste sicuramente rientrano l'educazione sulla fertilità, migliorare l'accesso e la qualità della rete dei Centri di Procreazione medicalmente assistita, attivare interventi sanitari per preservare la fertilità e ottimizzare l'offerta della rete dei punti nascita per una migliore soddisfazione dell'esperienza materna alla gravidanza e al parto; tutto ciò deve essere supportato da interventi psicologici per il sostegno della donna in tutte queste fasi.

L'infertilità, definita come l'incapacità di concepire dopo 12 mesi di rapporti non protetti, riguarda circa il 15,2% delle coppie a livello globale, con un'incidenza simile anche in Italia (1). In questo contesto, molte coppie si rivolgono alla procreazione medicalmente assistita, con esito incerto, significativo impegno in risorse fisiche, mediche, economiche, di tempo ed emotive, e costi rilevanti per i sistemi sanitari nazionali (2). La letteratura scientifica evidenzia l'impatto psicologico dell'infertilità, con alti livelli di ansia, depressione e distress (3,4), nonché difficoltà nella regolazione emotiva, che riducono il benessere psicologico (5). Le reazioni comuni alla diagnosi di infertilità includono shock, negazione, rabbia, senso di perdita di controllo, isolamento sociale e colpa. È stato, infatti, messo in luce come negli individui infertili si riscontrino difficoltà nella regolazione emotiva, associate a minore benessere psicologico (6). Al contrario, strategie di regolazione funzionali svolgono un ruolo protettivo, attenuando, ad esempio, l'associazione tra il numero di trattamenti falliti e vissuti di disperazione (7). Inoltre, è stato osservato che la condizione di stress può influire sulla qualità della relazione di coppia, specialmente con l'aumento della durata dell'infertilità (8) e con dimensioni di insicurezza nell'attaccamento (9), così come sulla vita sessuale, con il rischio che i rapporti siano focalizzati esclusivamente sul concepimento (10).

Durante la gravidanza, vi sono significative modificazioni psicologiche che possono contribuire in modo specifico alla transizione verso la maternità, con specifiche associazioni possibili raggiungibili con interventi ad hoc per la promozione della salute mentale della futura madre (11). Tuttavia, molte donne sperimentano sintomatologia psicologica di natura ansiosa o depressiva in gravidanza. Utilizzando criteri diagnostici standardizzati, è stato identificato che il 9,5% delle donne statunitensi soffre di disturbo d'ansia durante la gravidanza (12) e il 14,6% di donne inglesi ha sviluppato una sintomatologia ansiosa dalla 18ª settimana (13). Secondo una recente revisione sistematica di 173 studi (14), la prevalenza complessiva di qualsiasi tipo di depressione durante la gravidanza è risultata pari al 20,7%, con una prevalenza complessiva di depressione maggiore del 15,0%. Livelli prolungati ed elevati di ansia sono associati ad esiti ostetrici avversi, quali parto prematuro e restrizione di crescita fetale, e ad un aumentato rischio di depressione postpartum (15). Inoltre, nelle donne con gravidanza ad alto rischio si manifestano disturbi psicologici in relazione alla difficoltà di comprensione della diagnosi ed all'ansia legata a prognosi perinatali difficilmente prevedibili e comunicabili (16). L'ansia auto-risportata a 32 settimane di gravidanza è risultata inoltre associata a gravi disturbi comportamentali/emotivi nei bambini di 4 anni di età (17). Nonostante ciò, l'ansia prenatale risulta ad oggi molto trascurata. La logica di un modello olistico di assistenza ostetrica prevede che gli aspetti fisici ed emotivi della gravidanza siano ugualmente importanti per massimizzare l'esperienza e la sicurezza delle donne in gravidanza (18). Inoltre, il contatto iniziale tra una donna in gravidanza ed un operatore sanitario è un'importante opportunità di valutazione del rischio psicosociale. La mancanza di documentazione adeguata e di follow-up è un fattore che contribuisce alla mortalità materna per cause di salute mentale (19). Le raccomandazioni internazionali, come quelle del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (20) e dell'Healthy Child Programme (21), sottolineano l'importanza delle valutazioni psicosociali durante la gravidanza, suggerendo l'uso di strumenti come l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e il Generalized Anxiety Disorder Anxiety Scale (GAD-7) (20).

La gestione della depressione post-partum è da sempre riconosciuta come un argomento molto rilevante per la salute della donna, con aspetti negativi sulla creazione della nuova famiglia. Vi è tuttavia una carenza di studi

longitudinali che valutino gli esiti e l'efficacia dei trattamenti (22). La maggior parte degli studi è di tipo osservazionale, focalizzandosi su fattori di rischio e sulla prevalenza del disturbo (23). Tra le soluzioni proposte nell'immediato post partum, emerge l'importanza di interventi psicoeducativi familiari, che includono la partecipazione dei familiari e forniscono informazioni pratiche sulla gestione della condizione (24). Attualmente, però, tali interventi sono disponibili solo raramente nei punti nascita e nei centri di salute mentale e, di conseguenza, le donne con depressione post-partum non ricevono alcun trattamento strutturato con conseguenze dannose a carico della salute della donna durante il puerperio.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Il supporto psicologico per le coppie con diagnosi di infertilità e durante i trattamenti è fondamentale. La UOC di Fisiopatologia e Andrologia della Riproduzione dell'ospedale Sandro Pertini offre un ambulatorio psicosessuologico che accompagna la coppia in tutte le fasi del percorso. Per esplorare le esperienze dei pazienti infertili, sarà proposta la compilazione della *Infertility History Interview* (IHI) (25), una nuova intervista semistrutturata. Sebbene esista una varietà di strumenti qualitativi, spesso non validati, la IHI si distingue per la sua capacità di esaminare temi emergenti e dimensioni latenti nelle narrazioni dei soggetti infertili. Ispirata dall'Indiana Psychiatric Illness Interview (26), l'IHI è progettata per facilitare l'elaborazione delle emozioni legate all'infertilità, stimolando la consapevolezza emotiva dei partecipanti e dei loro partner. Inoltre, sarà proposto l'utilizzo di uno specifico questionario self-report, il SEIq (Sexuality and Emotions in Infertility questionnaire) (27). Lo strumento è stato somministrato a 162 coppie eterosessuali (324 soggetti) che si sono rivolte al centro di Fisiopatologia della Riproduzione e Andrologia Sud, ASL 2 Roma, per problemi riproduttivi. Il questionario è stato analizzato mediante l'analisi delle componenti principali, che ne ha confermato la validità statistica. Dai risultati è emerso che circa il 60% degli uomini e delle donne (e il 43% delle coppie) dichiarano che l'infertilità ha cambiato la loro vita. Inoltre, l'incidenza di disturbi sessuali dichiarata dai soggetti risulta meno frequente negli uomini (10%) che nelle donne (29%) ($p < 0,01$).

Sulla base delle raccomandazioni OMS (28) e ISS (29), il presente progetto si propone di sviluppare servizi di salute mentale integrati e di alta qualità, volti a supportare le donne nella transizione verso la maternità, che può essere frequentemente accompagnata da ansie e preoccupazioni. Conformemente alle linee guida NICE (20) ed Evidence-based Clinical Practice Guidelines for the Prevention, Screening, and Treatment of PPD (29) sarà proposto alle donne in gravidanza la compilazione di questionari di screening per la valutazione di eventuali disturbi d'ansia (GAD-7) e depressivi (EPDS), con particolare attenzione a pazienti a rischio per preesistente comorbidità o complicanze della gravidanza.

Inoltre, l'intervento psicoeducativo familiare è una soluzione efficace per la depressione post-partum (30), poiché coinvolge attivamente i familiari nel processo di cura, aumentando la consapevolezza sui rischi e promuovendo un ambiente familiare positivo. Integrato nei punti nascita e nei servizi di salute mentale, questo approccio favorisce l'adesione ai trattamenti e riduce le recidive. Lo screening, effettuato con strumenti validati come la EPDS anche dopo il parto, consente di identificare le pazienti a rischio, che verranno indirizzate a percorsi diagnostico-terapeutici specifici. Combinando screening precoce e interventi psicoeducativi, la strategia mira a migliorare la qualità della vita delle madri e delle famiglie, prevenendo le conseguenze a lungo termine della depressione post-partum.

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

La fattibilità della proposta è sostenuta dall'esperienza maturata dai tre centri proponenti su tutte le fasi del percorso riproduttivo della donna, con personale già preparato e casistiche numericamente adeguate.

In PMA, dove i pazienti manifestano la necessità di un supporto psicologico nelle diverse fasi del trattamento, molti pazienti riportano inoltre la necessità di incrementare la consapevolezza rispetto alla condizione di infertilità a livello sociale, tramite la ricerca in quest'ambito. Tra le criticità riscontrabili in questa fase si può individuare l'impegno di tempo richiesto alle coppie, nel contesto di un iter diagnostico e terapeutico impegnativo.

La fattibilità dell'intervento proposto durante la gravidanza e il puerperio è sostenuta da: 1. utilizzo di scale validate nella popolazione ostetrica, autocompilate, riproducibili e di rapida esecuzione ed interpretazione, senza necessità di personale specializzato; 2. presenza di personale specializzato (psicologo) già operante nell'ambito dei corsi preparto cui riferire donne con riscontro di score intermedi; 3. disponibilità di personale specializzato (psichiatra) già operante all'interno della struttura ospedaliera con formazione specifica su disturbi dell'umore in epoca perinatale cui riferire donne con score elevati e rischio di disturbi d'ansia o depressione. Tra le criticità si individuano il tempo e le risorse aggiuntive allocate e la necessità di personale formato su corsi di mindfulness in gravidanza.

Aree territoriali interessate e trasferibilità degli interventi

Le regioni coinvolte nel progetto sono distribuite al nord, centro e sud del Paese al fine di verificare la fattibilità dell'intervento e identificare eventuali criticità nelle diverse aree geografiche. La validazione di fattibilità,

sostenibilità ed efficacia dell'intervento permetterà di estendere l'esperienza pilota in altre regioni promuovendo la creazione di reti assistenziali integrate e multidisciplinari che accompagnino le coppie nei percorsi di infertilità. La somministrazione degli interventi e degli strumenti di assessment proposti può essere estesa su base nazionale, come proposta di iter psico-sessuologico per la coppia. Le attività del progetto saranno svolte presso i reparti di ostetricia e ginecologia delle strutture sanitarie delle regioni coinvolte, con l'obiettivo di identificare precocemente le donne a rischio di depressione post-partum e di indirizzarle verso percorsi terapeutici mirati. Grazie all'adozione di strumenti di screening validati, come la EPDS, e all'integrazione di interventi psicoeducativi familiari, sarà possibile implementare strategie uniformi ed efficaci per la prevenzione e la gestione della depressione post-partum. La trasferibilità degli interventi è garantita dalla semplicità e dalla flessibilità del modello proposto, che può essere adattato a contesti sanitari con risorse limitate. Gli strumenti utilizzati, come i questionari di screening, e gli interventi psicoeducativi, richiedono un addestramento breve e sono facilmente implementabili in diversi ambiti territoriali.

Ambito istituzionale e programmatico di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti (anche in riferimento a piani e programmi regionali)

Le azioni progettuali proposte risultano coerenti con i LEA relativi alla consulenza psicologica nell'ambito della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), esplicitati dal decreto legislativo del 2 maggio 2024, che stabilisce che ogni struttura deve offrire consulenza psicologica da parte di uno psicologo qualificato e garantirne l'accessibilità per chi intraprende le procedure diagnostiche. La consulenza è raccomandata per tutte le coppie che affrontano trattamenti di PMA. Il progetto supporta anche le raccomandazioni contenute nelle "Linee Guida per La Consulenza nell'Infertilità" del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, le quali indicano come la consulenza nei trattamenti di infertilità si distingue per alcune caratteristiche specifiche quali 1. l'attenzione si concentra sul desiderio non realizzato di avere un bambino, piuttosto che sulla diagnosi, e si focalizza sulla sofferenza psicologica e psicosociale dei pazienti; 2. Il desiderio di un figlio crea fantasie su una terza persona non ancora presente, con implicazioni etiche, poiché il bambino non può essere incluso nel processo decisionale. Si devono considerare gli interessi del bambino rispetto all'ambiente familiare in cui nascerà; 3. I trattamenti di fecondazione assistita sono spesso ripetuti a causa delle difficoltà di impianto, portando a frustrazione e senso di disperazione; 4. Le procedure mediche influenzano significativamente la vita intima dei pazienti; quindi, è essenziale considerare anche le dinamiche della coppia, la sessualità e le risposte psicologiche, oltre al trattamento tecnico. A livello regionale, il progetto si integra con i Piani Regionali della Prevenzione delle regioni coinvolte (Campania, Lazio e Lombardia), che identificano la salute mentale materna come una priorità di intervento, in particolare attraverso la promozione di percorsi diagnostico-terapeutici dedicati alla donna nel periodo perinatale. Le azioni previste nel progetto relativo alla gravidanza e al puerperio sono coerenti con quanto previsto dalle Linee guida di pratica clinica evidence-based per la prevenzione, lo screening e il trattamento della depressione peripartum (Evidence-Based Clinical Practice Guidelines For Prevention, Screening and Treatment Of Peripartum Depression), prodotte dal Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder (Riseup-PPD) a dicembre 2023. Questo documento, adottato dall'ISS e che sintetizza le attuali evidenze scientifiche riguardanti gli interventi atti a prevenire, effettuare lo screening e trattare la depressione unipolare peripartum con riferimento al contesto europeo, specifica che: 1. Interventi psicologici e psicosociali sono fortemente e universalmente raccomandati in gravidanza per prevenire la depressione postpartum; 2. Programmi di screening per la depressione in gravidanza sono fortemente raccomandati in realtà in cui siano poi implementate strategie di diagnosi e trattamento. A livello europeo, l'intervento è coerente con le raccomandazioni europee fornite dal NICE e dal Programma europeo sulla salute mentale perinatale, che evidenziano l'importanza dello screening precoce e degli interventi psicosociali per ridurre il rischio di ansia e depressione in gravidanza e nel post-partum.

Bibliografia

1. Babul-Hirji, R., Hirji, R., & Chitayat, D. (2021). Genetic counselling for infertile men of known and unknown etiology. *TRANSLATIONAL ANDROLOGY AND UROLOGY*, 10(3), 1479–1485.
2. Riccio, M. (2017). La cicogna distratta. Il paradigma sistemico-relazionale nella clinica della sterilità e dell'infertilità di coppia. FrancoAngeli.
3. Zurlo MC, Cattaneo Della Volta MF, Vallone F. Infertility-Related Stress and Psychological Health Outcomes in Infertile Couples Undergoing Medical Treatments: Testing a Multi-dimensional Model. *J Clin Psychol Med Settings*. 2020;27(4):662-676. Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2016). The impact of stress on fertility treatment. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 28(3), 198–201.
4. Vioreanu, AM., (2021). The Psychological Impact of Infertility. Directions for the Development of Interventions. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 4(1).

5. Antequera-Jurado, R., Moreno-Rosset, C., & Ramírez-Uclés, I. (2024). The specific psychosocial modulator factors of emotional adjustment in infertile individuals compared to fertile people. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 43(2), 1943–1951

6. Hoyle RH, Davisson EK, Novice ML. Relations between protective traits and psychological distress among women experiencing infertility. *J Health Psychol.* 2022;27(2):397-407
7. Maroufizadeh S, Omani-Samani R, Hosseini M, Almasi-Hashiani A, Sepidarkish M, Amini P. The Persian version of the revised dyadic adjustment scale (RDAS): a validation study in infertile patients. *BMC Psychol.* 2020;8(1):6. Published 2020 Jan 29.
8. Molgora S, Baldini MP, Tamanza G, Somigliana E, Saita E. Individual and Relational Well-Being at the Start of an ART Treatment: A Focus on Partners' Gender Differences. *Front Psychol.* 2020;11:2027. Published 2020 Sep 25.
9. Luca G., Parrettini S., Sansone A., Calafore R., Jannini E. A., 2021. The Inferto-Sex Syndrome (ISS): sexual dysfunction in fertility care setting and assisted reproduction. *Journal of Endocrinological Investigation*, vol. 44, n. 10, pp. 2071 – 2102.
10. Bassi M, Delle Fave A, Cetin I, et al. Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *J Reprod Infant Psych.* 2017;35(2):183-195.
11. Buist A, Condon J, Brooks J, et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression. *J Affect Disord.* 2006;93(1-3):233-237.
12. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V; ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004;80(1):65-73
13. Yin X, Sun N, Jiang N, et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2021; 83:101932.
14. Reece S. & Harkless G. (1998) Self-efficacy, stress and parental adaptation: applications to the care of childbearing families. *Journal of Family Nursing* 4, 198–215
15. Pozzo ML, Brusati V, Cetin I. Clinical relationship and psychological experience of hospitalization in "high-risk" pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010 Apr;149(2):136-42.
16. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry.* 2002;180:502-508.
17. Page L. & McCandlish R. (2006) *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice.* Churchill Livingstone, London
18. **Centro per le indagini materne e infantili (CMACE). (2011). Rapporto sulle cause di mortalità materna legate alla salute mentale.**
19. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 Apr.
20. Dept of Health, 2009, **Healthy Child Programme.**
<https://www.gov.uk/government/collections/healthy-child-programme>
21. Friedman SH, Resnick PJ. Postpartum depression: an update. *Women's Health.* 2009;5(3):287-95.
22. Gjerdingen D, McGovern P, Center B. Problems with a diagnostic depression interview in a postpartum depression trial. *J Am Board Fam Med.* 2011;24(2):187-193.
23. Steardo L Jr, Caivano V, Sampogna G, et al. Psychoeducational Intervention for Perinatal Depression: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial. *Front Psychiatry.* 2019;10:55. Published 2019 Feb 13.
24. Velotti, P., Tacchino, C., Cocchiario, T., Dal Lago, A., & Rago, R. (2024). The Infertility History Interview (IHI): a new tool for investigating infertility narratives, *under submission.*
25. Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2002). Narrative structure in psychosis: Schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory & Psychology*, 12(2), 207–220.
26. Cocchiario T, Meneghini C, Dal Lago A, et al. Assessment of sexual and emotional distress in infertile couple: validation of a new specific psychometric tool. *J Endocrinol Invest.* 2020;43(12):1729-1737
27. World Health Organization. Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services Geneva World Health Organization 2022
28. Clinical Practice Guidelines for Prevention, Screening and Treatment Of Peripartum Depression, Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder, 2023
29. Fiorillo A, Malangone C, Del Vecchio V, De Rosa C, Luciano M, Giacco D, et al. The effect of family psychoeducational interventions on patients with depression. *European Psychiatry.* 2011;26(S2):2209

Allegato 2

OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE: sviluppare e validare piani di screening e di intervento per migliorare il benessere materno durante l'intero percorso riproduttivo, specificatamente rivolti al supporto psicologico, sostenendo il processo di fertilità, gravidanza e post partum per l'adattamento alla nuova identità della madre e della coppia.
OBIETTIVO SPECIFICO 1: Previa valutazione della prevalenza di sintomi di natura depressiva e ansiosa in un ampio campione di donne gravide in Italia, il presente progetto intende valutare l'efficacia di un programma standardizzato di screening e intervento, stratificato sulla base dello score ottenuto allo screening mediante scale EPDS e GAD7, sugli esiti ostetrici materno-fetali e sull'incidenza di depressione postpartum.
OBIETTIVO SPECIFICO 2: Valutare la prevalenza di depressione perinatale e post-partum in donne che hanno partorito in tre regioni italiane del nord, centro e sud Italia; misurare l'efficacia di un intervento psicoeducativo familiare rivolto a tutte le donne affette da depressione perinatale e post-partum tramite questionari validati e indicatori clinici
OBIETTIVO SPECIFICO 3: Valutare gli aspetti emotivi, sessuali e le relazioni sociali nelle coppie che cercano assistenza medica per l'infertilità, tramite uno specifico questionario self-report, il SEIq (Sexuality and Emotions in Infertility Questionnaire).

REFERENTE PROGETTO:		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
SC OSTETRICIA - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico	Irene Cetin	<ul style="list-style-type: none">- Coordinamento generale tecnico amministrativo del progetto e supervisione delle unità operative coinvolte- sviluppo dei modelli evidencebased per l'implementazione del progetto- Supporto scientifico metodologico per l'analisi dei dati- Partecipazione ad eventi e promozione dei risultati anche attraverso attività congressuali - realizzazione del convegno finale
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
AOU Vanvitelli, UOC di Ostetricia e Ginecologia	Marco La Verde	<ul style="list-style-type: none">-Somministrazione degli strumenti di screening per la depressione perinatale e postpartum.-Realizzazione di interventi psicoeducativi e psicoterapeutici specifici.-Monitoraggio e raccolta dati sui risultati delle attività.-sviluppo di corso FAD con test ECM sulle tematiche del progetto

Unità Operativa 3	Referente	Compiti
UOC FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE E ANDROLOGIA – ASL ROMA 2	Rocco Rago	<ul style="list-style-type: none"> -Assistenza specialistica medica e psicologica della coppia infertile -Elaborazione questionario Emotivo -Supporto scientificometodologico per l'analisi dei dati -Partecipazione ad eventi e promozione dei risultati anche attraverso attività congressuali - Somministrazione di una nuova intervista semi-strutturata, la Infertility History Interview

Allegato 3

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Sviluppare e validare piani di screening e di intervento per migliorare il benessere materno durante l'intero percorso riproduttivo, specificamente rivolti al supporto psicologico, supportando il processo di fertilità, gravidanza e post partum per l'adattamento alla nuova identità della madre e della coppia.
<i>Risultato/i atteso/i</i>	Sviluppo di modelli per la salute della donna, per la prevenzione e la riduzione del numero di episodi di depressione e ansia in tutte le fasi dal concepimento al post partum
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Realizzazione dei modelli. Realizzazione di iniziative di diffusione dei risultati. Numero di donne e di coppie prese in carico.
<i>Standard di risultato</i>	Validazione di un questionario per la presa in carico delle coppie infertili 90% di donne in gravidanza prese in carico per ansia e depressione con riduzione del 25% dei punteggi medi nei questionari utilizzati. Preparazione di un rapporto finale del progetto

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Valutare l'efficacia di un programma standardizzato di screening e intervento, stratificato sulla base dello score ottenuto allo screening mediante scale EPDS e GAD7, sugli esiti ostetrici materno-fetali e sull'incidenza di depressione postpartum.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Incidenza di depressione postpartum e ansia generalizzata a 40 giorni postparto rispetto ai dati riportati nelle LG di riferimento (prevalenza depressione postpartum 20%, ansia generalizzata 7-15%)
<i>Standard di risultato</i>	Il 90% delle donne in gravidanza seguite presso il nostro centro sarà sottoposto a screening per ansia e depressione entro 12 mesi dall'avvio del progetto.
<i>Attività previste per raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<p><i>il</i></p> <p>1) Implementazione di un programma di screening: Pazienti gravide afferenti alla UO1 saranno reclutate entro 16 settimane gestazionali. Criteri di esclusione saranno rappresentati da mancata comprensione della lingua italiana e diagnosi attuale o pregressa di patologia psichiatrica (i.e. disturbi dell'umore). All'arruolamento verranno somministrati i questionari autocompilati EPDS e GAD7. Le pazienti saranno pertanto stratificate sulla base dello score ottenuto come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pazienti a basso rischio: GAD7 <5 e EPDS <7 - pazienti a rischio intermedio: GAD7 5-8 e EPDS 7-13 - pazienti ad alto rischio GAD7 >8 e EPDS >13 o risposta affermativa alla domanda 10 (ideazione suicidaria) <p>2) Implementazione di un programma di intervento: Le pazienti risultate a basso rischio seguiranno il consueto percorso nascita previsto dai protocolli vigenti ed in accordo con i LEA. Per le pazienti risultate a rischio intermedio sarà strutturato un programma che comprende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. colloqui di gruppo tra pari e psicologo 2. counselling e programmi di attività fisica (30 min/die) e consulenza nutrizionale <p>Le pazienti risultate ad alto rischio saranno indirizzate verso una valutazione specialistica psichiatrica per adeguata diagnosi e follow up.</p> <p>Al momento del parto verranno raccolti i dati ostetrici relativi agli esiti materno-neonatali ed alla insorgenza di eventuali complicazioni della gravidanza (i.e. ritardo di crescita, parto prematuro, disordini ipertensivi). A circa 40 giorni dal parto le pazienti riceveranno i questionari EPDS e GAD7 via e-mail per valutazione dello score nel periodo postparto.</p> <p>3) collaborazione con altri specifici gruppi di ricerca per il raggiungimento dei risultati</p>

OBIETTIVO SPECIFICO 2	Realizzare un intervento psicoeducativo familiare per le donne identificate a rischio o affette da depressione perinatale e postpartum.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di famiglie che partecipano all'intervento psicoeducativo. • Percentuale di famiglie che completano il percorso psicoeducativo. • Riduzione del punteggio medio alla Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) e alla Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D).

Standard di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento di almeno l'60% delle famiglie delle donne identificate a rischio. • Completamento del percorso psicoeducativo da parte del 70% delle famiglie partecipanti. • Riduzione del 25% dei punteggi medi alla EPDS e alla HAM-D nelle donne coinvolte.
Attività previste per raggiungimento dell'obiettivo specifico <i>il</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Reclutamento delle pazienti e delle loro famiglie identificate a rischio o affette da depressione perinatale/post-partum attraverso lo screening iniziale; 2) Organizzazione del corso di formazione all'utilizzo dell'intervento psicoeducativo familiare; 3) Conduzione degli interventi psicoeducativi.
OBIETTIVO SPECIFICO 3	Valutare gli aspetti emotivi, sessuali e le relazioni sociali nelle coppie che cercano assistenza medica per l'infertilità, tramite uno specifico questionario self-report, il SEIq (Sexuality and Emotions in Infertility questionnaire).
Indicatore/i di risultato	Implementazione "Infertility History Interview "
Standard di risultato	Validazione
Attività previste per raggiungimento dell'obiettivo specifico <i>il</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implementazione del protocollo validato per lo studio delle dinamiche psico-sociali e relazionali della coppia infertile che si compone di tre momenti: <ol style="list-style-type: none"> a. il primo consiste in un colloquio motivazionale-orientativo finalizzato a fornire informazioni e a comprendere la motivazione alla genitorialità; b. il secondo si svolge durante la fase di stimolazione ormonale, analizzando il passaggio dall'astrazione alla concretezza, in cui un ruolo importante è giocato dal corpo. In questo secondo colloquio, viene somministrato il questionario SEIq per ottenere una panoramica circa la vita sessuale della coppia in questa specifica fase (Sexuality and Emotions in Infertility questionnaire; Cocchiari et al., 2020). c. il terzo è effettuato dopo il transfer e dopo che è noto l'esito delle beta, per esplorare dinamiche inerenti al fallimento oppure la transizione verso la gravidanza. 2) somministrazione di una nuova intervista semi-strutturata, la Infertility History Interview. La IHI consente di esaminare i temi emergenti, e le dimensioni latenti ad essa associate, nelle narrazioni dei soggetti infertili. Le cinque sezioni di cui si compone la IHI offrono ai partecipanti l'opportunità di: 1) condividere la storia della relazione di coppia; 2) descrivere i propri stati mentali in relazione all'infertilità; 3) riflettere su come questa sfida possa aver causato cambiamenti in diverse aree della loro vita; 4) esprimere il grado di influenza e controllo esercitato dal problema; 5) immaginare uno scenario futuro 3) collaborazione con altri specifici gruppi di ricerca per il raggiungimento dei risultati

CRONOGRAMMA

[illegible]

Allegato 4**PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA**

Unità Operativa 1 FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO, SC OSTETRICIA		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale personale sanitario come ostetrici, infermieri, psicologi ecc	<ul style="list-style-type: none"> - Borsa di studio/contratto primo anno: personale per la conduzione ed il supporto dello studio. - Borsa di studio/contratto secondo anno: personale per la conduzione ed il supporto dello studio 	-28.480,00 -28.480,00
Beni	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo dell'impostazione grafica e stampa degli opuscoli informativi. - Stampa e distribuzione di materiale informativo nelle lingue locali per la popolazione straniera. - Materiale informatico, hardware e Software 	-24.000,00
Servizi	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo campagna di comunicazione - Sviluppo di siti web - Sviluppo di app dedicata - Organizzazione e realizzazione di eventi di sensibilizzazione e formazione. - Pubblicazioni scientifiche 	- 39.472,00
Missioni	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione a congressi e incontri tra partner del progetto. - missioni svolte per la partecipazione a riunioni necessarie per l'avanzamento del progetto e/o per la partecipazione a eventi formativi, workshop e convegni organizzati per la formazione del personale e la diffusione dei risultati - organizzazione evento conclusivo per presentazione dei dati 	- 12.000,00
Spese generali	<ul style="list-style-type: none"> - Spese di cancelleria, consumabili, telefoniche, energia etc. sostenute dell'ente per la gestione amministrativa del progetto - Materiali consumabili e attrezzature di supporto per la realizzazione del progetto. - Supporto amministrativo 	-9.968,00

Unità Operativa 2 AOU VANVITELLI, UOC DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA		
Risorse	Razionale della spesa	EURO

Personale	<ul style="list-style-type: none"> - Borsa di studio primo anno: specialista in ginecologia ed ostetricia per la conduzione ed il supporto dello studio. - Borsa di studio secondo anno: specialista in ginecologia ed ostetricia per la conduzione ed il supporto dello studio 	-25.600,00 -25.600,00
Beni	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo dell'impostazione grafica e stampa degli opuscoli informativi. - Stampa e distribuzione di materiale informativo nelle lingue locali per la popolazione straniera. - Materiale informatico, hardware e Software 	-24.000,00
Servizi	<ul style="list-style-type: none"> - Organizzazione di corsi di formazione - Sviluppo FAD - Sviluppo campagna di comunicazione - Sviluppo di siti web - Sviluppo di app dedicata - Organizzazione e realizzazione di eventi di sensibilizzazione e formazione. - Pubblicazioni scientifiche 	- 40.584,00
Missioni -	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione a congressi - incontri tra partner del progetto, ai fini della formazione del personale e per la diffusione dei risultati 	- 4.000,00
Spese generali	<ul style="list-style-type: none"> - Spese di cancelleria, consumabili, telefoniche, energia etc. sostenute dell'ente per la gestione amministrativa del progetto - Materiali consumabili e attrezzature di supporto per la realizzazione del progetto. - Supporto amministrativo 	- 9.016,00

Unità Operativa 3 UOC FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE E ANDROLOGIA – ASL ROMA 2		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale personale sanitario come ostetrici , infermieri , psicologi ecc	<ul style="list-style-type: none"> - Borsa di studio/contratto primo anno: personale per la conduzione ed il supporto dello studio. - Borsa di studio/contratto secondo anno: personale per la conduzione ed il supporto dello studio 	-25.760,00 -25.760,00
Beni	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo dell'impostazione grafica e stampa degli opuscoli informativi. - Stampa e distribuzione di materiale informativo nelle lingue locali per la popolazione straniera. - Materiale informatico, hardware e Software 	-24.000,00

Servizi	<ul style="list-style-type: none"> - Organizzazione di corsi di formazione - Sviluppo FAD - Sviluppo campagna di comunicazione - Sviluppo di siti web - Sviluppo di app dedicata - Organizzazione e realizzazione di eventi di sensibilizzazione e formazione. - Organizzazione di eventi divulgativi - Pubblicazioni scientifiche 	- 40.264,00
Missioni	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione a congressi e incontri tra partner del progetto. - missioni svolte per la partecipazione a riunioni necessarie per l'avanzamento del progetto e/o per la partecipazione a eventi formativi, workshop e convegni organizzati per la formazione del personale e la diffusione dei risultati 	-4.000,00
Spese generali	<ul style="list-style-type: none"> - Spese di cancelleria, consumabili, telefoniche, energia etc. sostenute dell'ente per la gestione amministrativa del progetto - Materiali consumabili e attrezzature di supporto per la realizzazione del progetto. - Supporto amministrativo 	-9.016,00

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
Personale* Attivazione di contratti a tempo determinato o borse di studio	159.680,00
Beni Acquisto di materiale di consumo, spese di stampa, software e hardware, materiale informatico	72.000,00
Servizi Realizzazione di corsi FAD e ECM, sviluppo di APP, preparazione e creazione di campagne di informazione e di siti web, spese per pubblicazioni scientifiche e rapporti tecnici, organizzazione del convegno finale, organizzazione di eventi divulgativi	120.320,00
Missioni Spese di viaggio e soggiorno del personale coinvolto nel progetto	20.000,00
Spese generali Costi indiretti	28.000,00
Totale	400.000,00

** Le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 40% del costo totale del progetto*

Allegato 2 dell'accordo di collaborazione

Carta intestata dell'Ente

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

INSERIRE IL TITOLO DEL PROGETTO

Relazione periodica: anno semestre

indicare anno e semestre 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 semestre 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 semestre, finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo

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

Risultati raggiunti: *descrivere brevemente i risultati raggiunti nel semestre, con riferimento agli indicatori riportati nel piano di valutazione del progetto ed allegare gli eventuali prodotti (es: documenti, programmi e atti di convegni, programmi di corsi di formazione, elaborazioni statistiche, etc...)*

Indicatore 1:

.....

Risultati (max 120 parole):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indicatore 2:

.....

Risultati (max 120 parole):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indicatore n:

.....

Risultati (max 120 parole):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

-
-
-

Note (max 120 parole):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tempistica:

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

Si

☐

No

☐

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Criticità:

Nel semestre di attività, sono state riscontrate criticità rilevanti?

Si

☐

No

☐

In caso di risposta affermativa:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Allegati:

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

Carta intestata dell'Ente Partner

Allegato 3 dell'accordo di collaborazione

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

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

CODICE CUP:.....

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

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- che nel periodo dal (data avvio progetto) al (data rilevazione semestrale/finale)
sono state impegnate e/o spese le seguenti somme:

DETTAGLIO DELLE SPESE

UNITA' OPERATIVA ... (n. e denominazione)

RISORSE	DESCRIZIONE DELLA SPESA	IMPORTO APPROVATO DA PIANO FINANZIARIO (1)	SPESA IMPEGNATA ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE (2)	SPESA QUIETANZATA ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE (3)	ESTREMI DOC GIUSTIFICATIVA (4)	BENEFICIARIO	SPESA TOTALE SOSTENUTA ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE (2) +(3)
Personale							
	TOTALE						
Beni							
	TOTALE						
Servizi							
	TOTALE						
Missioni							
	TOTALE						
Spese generali							
	TOTALE						
TOTALE COMPLESSIVO							

(1) Importo risultante dal piano finanziario allegato all'accordo

(2) Impegno di spesa - risorse finanziarie "vincolate" ad una determinata destinazione (es. contratto firmato, ordine di acquisto, etc.), alla data di rilevazione del monitoraggio

(3) Spesa quietanzata - effettivo pagamento della spesa sostenuta - alla data di rilevazione del monitoraggio.

(4) Riportare la tipologia, il numero e la data del documento che certifica la spesa (es.: fattura n. .. del ...; contratto periodo dal ... al ...; delibera del ...; ecc.) ovvero tutti gli estremi della documentazione giustificativa a sostegno della spesa.

La suindicata tabella dovrà essere compilata per ogni Unità operativa individuata dal progetto. Sarà altresì necessario compilare la sottostante tabella riportante per ciascuna voce di spesa la somma di tutte le spese sostenute dalle UUOO del progetto

PIANO FINANZIARIO GENERALE				
RISORSE	IMPORTO APPROVATO DA PIANO FINANZIARIO	SPESA IMPEGNATA ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE (2)	SPESA QUIETANZATA ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE (3)	SPESA TOTALE SOSTENUTA ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE (2) +(3)
Personale				
Beni				

Servizi				
Missioni				
Spese generali				
TOTALE COMPLESSIVO				

NOTE: Nelle tabelle vanno indicate le somme impegnate e le spese sostenute durante la realizzazione del progetto. I dati di rendicontazione finanziaria da fornire periodicamente, dopo il primo semestre, dovranno essere cumulati ovvero riferiti non solo al semestre appena concluso, ma all'intero periodo di attività realizzate fino alla data della rilevazione. Rimane pertanto inteso che la rendicontazione dei semestri successivi al primo dovranno riportare tutti gli impegni e le quietanze sostenute dalla data di inizio attività. Si precisa, altresì, che le risorse precedentemente impegnate e successivamente quietanzate non dovranno essere mantenute anche nella colonna delle spese impegnate per gli importi dei pagamenti effettuati.

In caso di rendiconto finale tutte le spese impegnate devono essere quietanzate.

La rendicontazione 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

Allegato 4 dell'Accordo di collaborazione



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Programmazione e rendicontazione finanziaria

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

Personale

Come ribadito dagli organi di controllo, gli accordi di collaborazione in parola sottoscritti ai sensi dell'articolo 15 della legge 241/1990, prevedono una equa ripartizione dei compiti e delle responsabilità per il perseguimento dell'interesse comune. Pertanto, non sarà possibile prevedere una remunerazione per il personale interno degli Enti, in quanto detto personale è da ritenersi già coinvolto e remunerato per l'orario di lavoro prestato per il perseguimento delle finalità istituzionali del proprio ente di appartenenza.

Come ribadito dagli organi di controllo, gli accordi di collaborazione in parola sottoscritti ai sensi dell'articolo 15 della legge 241/1990, prevedono una equa ripartizione dei compiti e delle responsabilità per il perseguimento dell'interesse comune. Pertanto, non sarà possibile prevedere una remunerazione per il personale interno degli Enti, in quanto detto personale è da ritenersi già coinvolto e remunerato per l'orario di lavoro prestato per il perseguimento delle finalità istituzionali del proprio ente di appartenenza.

In via del tutto eccezionale, sono ammissibili a rimborso le spese di personale interno ove questo sia, per la natura delle attività oggetto dell'accordo, motivatamente indispensabile al conseguimento degli obiettivi e che sia stato preventivamente autorizzato così come previsto dall'articolo 53 del decreto legislativo 30/03/2001 n° 165 e che sia svolto al di fuori del proprio orario di lavoro. Pertanto, sotto questa voce è possibile destinare, in via ordinaria, risorse solo ed esclusivamente per il reclutamento di personale esterno all'Ente. In proposito si ricorda che la retribuzione del personale comandato è a carico dell'amministrazione ricevente per la parte accessoria dell'amministrazione di appartenenza per la parte del trattamento fondamentale (quest'ultima poi oggetto di rimborso da parte dell'amministrazione ricevente), pertanto il personale comandato è da considerarsi a tutti gli effetti alla stregua del personale interno e, quindi, non può essere retribuito a valere sulle risorse stanziare per l'esecuzione di accordi stipulati ai sensi dell'art. 15 della legge 241/1990. Infine come precisato dai medesimi organi di controllo nell'ambito dei progetti relativi ad accordi tra amministrazioni, sono ammissibili a rimborso solamente le spese di personale derivanti dalla stipula di contratti di lavoro flessibile (es.

prestazioni professionali di lavoro autonomo da parte di esperti) diversi da quelli a tempo determinato.

A tal riguardo si specifica che il costo per contratti a tempo determinato, potrà essere riconosciuto ai sensi della legge finanziaria 2006 Art. 1 comma 188 per : “ l'Istituto superiore di sanità (ISS), l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S), l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), l'Agenzia spaziale italiana (ASI), l'Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile (ENEA), l'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), nonché per le università e le scuole superiori ad ordinamento speciale e per gli istituti zooprofilattici sperimentali”, e ai sensi dell'art. 15 octies del Dlgs n.502 del 1992 “alle aziende unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere”. Sarà infine possibile il ricorso ad assegni di ricerca mentre non saranno assentibili le spese relative a borse di studio, dottorati ad eventuali altre forme di reclutamento e /o finanziamento, che prevedano in via principale la formazione dei soggetti beneficiari delle stesse.

Resta inteso che, la correttezza delle procedure di reclutamento del personale dovrà essere sempre verificata dall'ente esecutore nel rispetto della normativa vigente. Si precisa, inoltre, che le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 40% del costo totale del progetto. Nel piano finanziario del progetto, per tale voce dovranno essere specificate le singole figure professionali senza indicare il relativo corrispettivo; l'importo da inserire a tale voce dovrà essere, infatti, solo quello complessivo. In fase di rendicontazione sarà invece necessario specificare per ciascuna figura professionale, la qualifica, il periodo di riferimento del contratto e relativi costi sostenuti e/o impegnati. Qualora nel progetto venisse coinvolto personale interno all'ente, dovrà essere individuato nella voce di personale indicando il relativo costo pari a zero.

Beni

Sotto questa voce è possibile ricomprendere l'acquisizione di materiali di consumo, attrezzature e fornitura di beni connessi alla realizzazione del progetto.

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

- acquisto di materiale di consumo
- acquisto di cancelleria (ad eccezione di quella necessaria per la gestione amministrativa del progetto da inserire tra le spese generali)
- acquisto di attrezzature (esclusivamente per la durata del progetto) • software, hardware e/o altra piccola attrezzatura di IT

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

Servizi

Sotto questa voce è possibile ricomprendere l'acquisizione di servizi funzionali alla realizzazione del progetto quali ad esempio:

- traduzioni ed interpretariato
- stampa, legatoria e riproduzione grafica
- realizzazione e/o gestione di siti web
- organizzazione incontri/convegni/eventi formativi
- noleggio di attrezzature (esclusivamente per la durata del progetto) • servizi di laboratorio

Relativamente all'organizzazione e realizzazione di un incontro/convegno/evento formativo o altro momento di pubblica diffusione/condivisione dei dati si segnala che lo stesso potrà essere realizzato direttamente o per il tramite di terzi. Rientrano in tale ambito di spesa anche gli eventuali costi per l'iscrizione agli eventi formativi/convegni, nonché i costi per l'affitto della sala, del servizio di interprete, per il servizio di accoglienza, onorari e spese di missione (trasferta, vitto ed alloggio) per docenti esterni al progetto, accreditamento ECM. Si precisa che a seguito di indicazioni ricevute dagli Organi di controllo non è consentito inserire, nei piani di spesa dei progetti CCM, gli eventuali costi per l'acquisto di servizi di catering in occasione di corsi di formazione, convegni, workshop o altro momento di incontro. Si rammenta, inoltre che la voce "Servizi" è principalmente finalizzata a coprire le spese per l'affidamento di uno specifico servizio ad un soggetto esterno. Infine sempre relativamente alla voce "Servizi" si precisa che la loro acquisizione deve conferire al progetto un apporto integrativo e/o specialistico a cui l'ente esecutore non può far fronte con risorse proprie.

Missioni

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

Rientrano in tale voce anche le eventuali spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) per la partecipazione del solo personale coinvolto nel progetto a incontri/convegni/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. Rimane inteso il ristoro dei costi relativi ai pasti sarà possibile solo nel caso in cui il personale coinvolto non benefici già di un trattamento di missione da parte dell'Amministrazione di appartenenza.

Spese generali

Per quanto concerne questa voce, si precisa che la stessa non può incidere in misura superiore al 7% sul finanziamento complessivo. Nel suo ambito sono riconducibili i cosiddetti costi indiretti (posta, telefono, servizio di corriere, collegamenti telematici, spese per adempimenti tributari ecc.), nonché i costi per la gestione amministrativa del progetto, in misura proporzionale alle attività previste e al personale esterno utilizzato. Si specifica che in sede di verifica della rendicontazione, la quota dei costi indiretti sarà riproporzionata in relazione alle spese ritenute ammissibili.