



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

Deliberazione del Direttore Generale

N. 56/2020

OGGETTO: Approvazione Progetto di ricerca “Verso il monitoraggio dell’equità nel nuovo sistema di garanzia dei LEA” con l’ASL TO3-SCaDU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, in collaborazione con il Ministero della Salute. CUP J89H10003410001

L'anno 2020 il giorno **24** del mese di **marzo** in Bari, nella sede della Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (ARESS),

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTA** la Legge n. 241/1990 recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e ss.mm.ii.;
- VISTO** il D.Lgs. n. 502, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, e ss.mm.ii.;
- VISTO** il D.Lgs. n. 165/2001 recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e ss.mm.ii.;
- VISTA** la Legge n. 190/2012 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e ss.mm.ii.;
- VISTO** il D.Lgs. n. 33/2013 recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” e ss.mm.ii.;
- VISTA** la Legge Regionale n. 24/2001 recante “Istituzione dell’Agenzia Regionale Sanitaria Pugliese (AReS Puglia)” e ss.mm.ii.;
- VISTA** la Delibera del Direttore Generale dell’ARES n. 122 del 5/12/2014 recante “Adozione del Funzionigramma dell’Agenzia Regionale Sanitaria Puglia”;
- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1518 del 31/07/2015 recante “Approvazione del modello organizzativo denominato Modello Ambidestro per l’Innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta organizzazione” e ss.mm.ii.;

- VISTA** la L.R. 24/07/2017, n. 29, recante ad oggetto *“Istituzione dell’Agenzia regionale per la salute e il sociale (A.Re.S.S.)”*;
- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1069 del 19/06/2018 recante *“Attuazione dell’art. 2 del decreto del Presidente della Giunta Regionale del 31/8/2016 (n. registro 542). Attuazione Modello MAIA – Approvazione dell’Atto aziendale e presa d’atto del finanziamento della dotazione organica dell’Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.)”*;
- VISTA** la Legge Regionale n. 5 del 07/02/2018, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 22 del 09/02/2018, recante *“Modifiche agli articoli 3, titolo II, capo I e 9, titolo II, capo III, della legge regionale 24 luglio 2017, n.29 (Istituzione dell’Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale – A.Re.S.S.)”*;
- VISTO** il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 474 del 26/07/2018, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 105 del 9/08/2018, recante *“Legge regionale n. 29 del 24 luglio 2017, Art. 5 comma 4 – Nomina Direttore Generale dell’Agenzia Regionale strategica per la salute e il sociale della Regione Puglia (ARESS)”*;

sulla base dell’istruttoria effettuata dal Servizio PMO e Internazionalizzazione nell’ambito della Direzione Amministrativa,

HA ADOTTATO

il seguente provvedimento.

Assiste, con funzioni di segreteria dell’organo deliberante, la Sig.ra Antonella Piacquadio.

Premesso che:

- l’ASL TO3, attraverso lo SCaDU, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ha avviato con il Ministero della Salute un Progetto di ricerca denominato “Verso il monitoraggio dell’equità nel nuovo sistema di garanzia dei LEA” volto all’individuazione di indicatori che consentano di misurare l’impatto della condizione socioeconomica dei cittadini sull’accesso ai servizi sanitari e sulle condizioni di salute;
- con nota prot. n. 1116 del 7/10/2019 il Prof. Giuseppe Costa, Direttore dello SCaDU, ha proposto alla Regione Puglia, ed in particolare all’Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale, di partecipare al Progetto, essendo la Regione già in possesso delle covariate sociali del censimento 2011 collegate con l’anagrafe degli assistiti a sua volta collegata con NSIS regionale;
- la collaborazione tra l’Agenzia e lo SCaDU su temi inerenti all’equità in tema di salute e di accesso alle cure dei cittadini si era già realizzata nell’ambito del Progetto CCM 2014 denominato “Equity Audit nei Piani regionali di Prevenzione in Italia” svoltosi tra il 2015 ed il 2018;

- l'ASL TO3, tramite lo SCA DU, rappresenta un focal point del Ministero e della Commissione Salute delle Regioni in materia di equità nella salute;
- con nota prot. 4460 del 16/10/2019 il Dott. Gorgoni, Direttore Generale dell'ARESS, ha espresso la propria disponibilità ad avviare la collaborazione con lo SCA DU sul tema in oggetto;

Considerato che:

- nello specifico, oggetto della collaborazione è “sviluppare e testare in quattro regioni pilota una proposta di indicatori per il monitoraggio dell’equità nei LEA, che introducano le lenti dell’equità sul patrimonio di indicatori già elaborati, condivisi e sperimentati per il monitoraggio dei LEA nel nuovo sistema di garanzia”, atteso che nell’ultimo rapporto di “Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA Metodologia e Risultati dell’anno 2016” di luglio 2018 è stato messo in evidenza come gli indicatori manifestino l’esistenza di evidenti differenze fra le realtà territoriali italiane; l’obiettivo della ricerca è quindi fornire dati puntuali sulla correlazione tra la condizione socioeconomica delle persone e le loro condizioni di salute, rilevate tramite il calcolo di indicatori scientificamente validati, affinché sia possibile fornire alla “Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale” informazioni essenziali ai fini di un aggiornamento del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 per incrementare l’offerta di servizi sanitari utili a compensare le disuguaglianze sociali;
- il Progetto ha la durata di dodici mesi e un costo complessivo di 150.000 euro, interamente finanziati dal Ministero della Salute;
- il referente scientifico del Progetto è il Prof. Giuseppe Costa, Direttore dello SCA DU;
- oltre allo SCA DU ed all'ARESS, partecipano al Progetto i seguenti Enti, in rappresentanza delle rispettive Regioni:
 - Agenzia Sanitaria e Sociale dell’Emilia Romagna;
 - Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio;

Tenuto conto che:

- in data 15/01/2020 è stata sottoposta dallo SCA DU la bozza di Convenzione tesa a disciplinare la collaborazione in parola;
- nello specifico, l’Agenzia è tenuta allo svolgimento delle seguenti attività:
 - concorrere alla selezione e identificazione degli indicatori di garanzia e delle covariate sociali più idonee agli obiettivi di progetto, a partire dai risultati di revisione di letteratura e di consultazione di esperti elaborati dall’ASL TO3;
 - analizzare i dati della propria regione per l’elaborazione delle variazioni sociali degli indicatori di garanzia prima definiti e trasmissione dei risultati all’ASL TO3 per la meta-analisi;
 - partecipare alla valutazione critica dei risultati al fine della proposta da sottoporre al Ministero;

- per le attività di cui sopra all'ARESS viene riconosciuto un contributo omnicomprensivo pari ad euro 10.000, erogato per l'80% alla sottoscrizione della Convenzione e per il restante 20% alla scadenza del Progetto, fermo restando l'effettivo incasso del finanziamento ministeriale da parte dell'ASL TO3;
- la Convenzione decorre dalla data di sottoscrizione della Convenzione, e fino al 7/08/2020, data di conclusione del Progetto, salvo proroga da parte del Ministero;
- il referente tecnico-scientifico per l'ARESS è la Dott.ssa Lucia Bisceglia, responsabile dell'Area di Epidemiologia e Care Intelligence, mentre il referente amministrativo è la Dott.ssa Adele Stefania Gagliardi, IdF del Servizio PMO ed Internazionalizzazione;

DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa che qui s'intendono integralmente riportati e confermati:

1. di approvare il Progetto di ricerca denominato "Verso il monitoraggio dell'equità nel nuovo sistema di garanzia dei LEA" proposto dall'ASL TO3 e, nello specifico, dallo SCaDU, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, nella persona del suo Direttore, Prof. Giuseppe Costa, volto a individuare indicatori che consentano di misurare l'impatto della condizione socioeconomica dei cittadini sull'accesso ai servizi sanitari e sulle condizioni di salute, allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
2. di approvare altresì la Convenzione con l'ASL TO3-SCaDU, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, tesa a disciplinare la collaborazione in parola, con tutto quanto ivi stabilito, allegata anch'essa al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
3. di dare mandato all'Ufficio Contabilità dell'ARESS di costituire il conto economico relativo al Progetto, al fine di registrare tutti i movimenti in entrata e in uscita ascritti al medesimo;
4. di attestare di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto;
5. di attestare l'insussistenza di cause di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis della Legge n. 241/90 e ss.mm.ii. e art. 1, comma 9, lett. e) della Legge n. 190/2012, l'inesistenza delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001;
6. di pubblicare il presente atto sul sito web dell'ARESS, nella sezione Provvedimenti/Organi di Indirizzo Politico, sotto-sezione Accordi stipulati ex art. 23, comma 1, lettera D).

Il presente provvedimento, non essendo soggetto al controllo ex L.R. n. 29/17, è immediatamente esecutivo ai sensi di legge.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini della adozione dell'atto finale da parte del Direttore Generale, è conforme alle risultanze istruttorie.

IdF Servizio PMO e Internazionalizzazione
F.to (Dott.ssa Adele Stefania Gagliardi)

Il Dirigente del Servizio
PMO e Internazionalizzazione
F.to (Dott. Francesco Fera)

Il Direttore dell'Area
Epidemiologia e Care Intelligence
F.to (Dott.ssa Lucia Bisceglia)

IL DIRETTORE GENERALE
F.to GIOVANNI GORGONI

La Segretaria
F.to Sig.ra Antonella Piacquadio

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato sul sito WEB di questa Agenzia nel rispetto di quanto prescritto dalla Legge Regione Puglia n. 40/2007

dal 24/03/2020

Bari, 24/03/2020

La Segretaria
F.to Sig.ra Antonella Piacquadio



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

ACCORDO DI COLLABORAZIONE CON REGIONE PIEMONTE ASL TO3
Servizio Sovrazonale di Epidemiologia

ALLEGATO TECNICO

TITOLO DELL'ATTIVITA':

Verso il monitoraggio dell'equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

A luglio 2018 la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI del Ministero della salute ha pubblicato l'ultimo rapporto *“Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2016”*. Gli indicatori di monitoraggio tra le Regioni manifestano evidenti differenze fra le realtà territoriali italiane. È ancora presente su molti aspetti dell'assistenza sanitaria un forte divario tra le Regioni meridionali e quelle centro-settentrionali, e all'interno di queste ultime persistono aree disagiate sotto il profilo dei servizi sanitari disponibili. Questi risultati suggeriscono l'esigenza di indagare e promuovere l'equità del sistema, a garanzia del necessario superamento delle disuguaglianze sanitarie, sociali e territoriali. L'integrazione del sistema di monitoraggio dei LEA attraverso indicatori specifici sull'equità, che misurino l'intensità delle disuguaglianze socioeconomiche nell'accesso ai servizi erogati, trova dunque formale riconoscimento nel nuovo sistema di garanzia dei LEA.

Allo scopo di sviluppare e testare una proposta di indicatori per il monitoraggio dell'equità nei LEA, che introduca le lenti dell'equità sul patrimonio di indicatori già elaborati, condivisi e sperimentati per il monitoraggio dei LEA in ambito del Nuovo Sistema di Garanzia, il progetto intende portare avanti quattro linee di attività:

- 1) **Individuare i LEA cruciali per la valutazione di equità** (e quindi gli indicatori di LEA da utilizzare) e le misure più appropriate (assolute e relative) che servono meglio a rappresentare l'intensità, l'andamento temporale e la comparazione geografica delle disuguaglianze sociali nella salute e nella sanità, attraverso una revisione di letteratura scientifica e una consultazione coi principali esperti in ambito europeo.
- 2) **Elaborare il modello di integrazione dei dati censuari con quelli di NSIS**, indispensabile per il monitoraggio dell'equità e già sperimentato in Piemonte, Puglia ed Emilia Romagna, per l'applicazione su scala nazionale, grazie ad una intesa tra Istat e Direzioni competenti del Ministero della Salute.
- 3) **Applicazione a titolo sperimentale degli indicatori più appropriati per l'equità nei LEA** individuati al punto 1, nelle tre regioni che già dispongono di un arricchimento dei dati di NSIS con i dati del 15° censimento della popolazione; le tre regioni, Piemonte, Emilia Romagna e Puglia, rappresentano anche le tre principali ripartizioni geografiche del paese.
- 4) Infine e in attesa che si realizzi la possibilità di analizzare secondo una variabile sociale gli indicatori dei LEA a livello nazionale, sarà effettuata **un'elaborazione dei dati dell'indagine multiscopo annuale AVQ relativi alla batteria di domande sulla rinuncia alle cure introdotte nell'ultima edizione**, che saranno interpretati anche alla luce dei risultati di altre fonti parallele, per valutare il valore d'uso di questo indicatore per il monitoraggio di equità nei LEA.

DURATA: 12 mesi

COSTO COMPLESSIVO: € 150.000

REFERENTE DEL PROGETTO PER IL MINISTERO DELLA SALUTE

Dott.ssa Simona Carbone Direttore Ufficio 6

REFERENTE DEL PROGETTO PER L'ENTE/AMMINISTRAZIONE

Prof. Giuseppe Costa Direttore della S.C.a.D.U. Epidemiologia dell'ASL TO3

ENTI ESTERNI CHE COLLABORANO AL PROGETTO

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - Emilia-Romagna

Agenzia Regionale Sanitaria – Puglia

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio

REFERENTI DEGLI ENTI ESTERNI CHE COLLABORANO AL PROGETTO

Dott.ssa Barbara Pacelli

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - Emilia-Romagna

Dott.ssa Lucia Bisceglia

Agenzia Regionale Sanitaria - Puglia

Dott.ssa Chiara Marinacci

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio

DESTINATARI PRINCIPALI DEL PROGETTO

Regioni – Assessorati alla Salute

MOTIVAZIONI E FINALITA' DEL PROGETTO

MOTIVAZIONE

Durante le ultime decadi in Italia si è visto un progressivo miglioramento delle condizioni di salute e livelli di disuguaglianze sociali che risultano meno pronunciati rispetto ad altri paesi Europei. Eppure, le medie mascherano l'esistenza di differenze sistematiche: le persone più abbienti stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Guardando al periodo 2012-2014, ultimi dati disponibili a livello nazionale, i maschi italiani di 30 anni laureati potevano sperare di vivere 3 anni e mezzo in più rispetto a coloro che avevano conseguito al massimo il titolo della scuola dell'obbligo, mentre tra le donne laureate il vantaggio sulle meno istruite era di un anno e mezzo. Allo stesso modo, le regioni italiane più povere mostrano indicatori di salute meno favorevoli. Il Sud e le Isole presentano un'aspettativa di vita più sfavorevole in tutte le fasce di istruzione.¹ Tali disuguaglianze sono evidenti qualunque siano le variabili usate per descrivere lo stato socio-economico, e qualunque sia la dimensione della salute considerata. Tra i meccanismi noti coinvolti nella generazione di queste disuguaglianze ci sono gli aspetti di offerta e di accesso ai servizi sanitari tra cui quelli monitorati dal Sistema di Garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Non sono disponibili dati sulle disuguaglianze sociali nella fruizione e nell'esito per i LEA a livello nazionale. L'unica informazione disponibile su scala nazionale è quella delle disuguaglianze nella rinuncia alle cure; la percentuale di persone che riportano la rinuncia ad una o più prestazioni sanitarie è stabile dal 2004 al 2015 (e risulta pari al 7.9% nel 2015), ma vi è stato un chiaro incremento durante la recessione nella rinuncia alle cure legata ai costi delle stesse nelle regioni e nelle fasce di popolazione più povere.²

Il monitoraggio dell'omogenea erogazione dell'assistenza nel territorio nazionale è stato introdotto con il Decreto Legislativo 56/2000 (art. 9), che ha istituito il "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria": esso prevede la raccolta, l'elaborazione e la pubblicazione di un set di indicatori rilevanti ai fini del monitoraggio dei LEA. Il Decreto Ministeriale 12 dicembre 2001 ha reso operativo tale sistema, definendo un insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento per il monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché stabilendo che lo stesso set di indicatori venga revisionato e aggiornato periodicamente per tener conto

¹ Petrelli A, Zengarini N, Demuru E, et al. Differences in mortality by educational level in Italy (2012-2014). *Epidemiol Prev.* 2018 Sep-Dec;42(5-6):288-300. doi: 10.19191/EP18.5-6.P288.097.

² Mirisola C, Ricciardi G, Bevere F, Melazzini M., *L'Italia per l'equità nella salute.* Roma, novembre 2017. Disponibile al seguente link: <http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>

dell'evoluzione dell'assistenza e della disponibilità di informazioni.

Successivamente, con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è stato sancito l'impegno tra Stato e Regioni a garantire il rispetto del principio della uniforme erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficienza, coerentemente con le risorse programmate dal SSN, ed è stata prevista l'assegnazione di una quota premiale alla valutazione positiva di adempimenti regionali a carico delle regioni a statuto ordinario; tale Intesa ha, dunque, definito le modalità e gli strumenti di verifica di tali adempimenti. Nell'ambito di tale sistema di verifica, l'adempimento denominato "mantenimento dell'erogazione dei LEA" basa la propria valutazione su un set di indicatori quantitativi, la cd. "Griglia LEA". Tale griglia consente di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei LEA, e i punti di forza dell'assistenza sanitaria erogata. La Griglia è attualmente composta da 33 indicatori suddivisi in tre gruppi di attività erogate: attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica; di assistenza distrettuale e di assistenza ospedaliera. E' allo stato attuale in Conferenza Stato Regioni, per la prevista Intesa, la bozza di decreto sul Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, che è stata elaborata da un gruppo di lavoro coordinato dal Ministero della Salute (Direzione Generale della Programmazione Sanitaria), con la partecipazione di rappresentanti regionali, Agenas, ISS e Istat, allo scopo di aggiornare il sistema di indicatori di cui al DM 12.12.2001 e pervenire ad una nuova metodologia di valutazione. Il NSG mette in relazione i LEA con alcune importanti dimensioni dei processi di erogazione (quali efficienza ed appropriatezza organizzativa, efficacia ed appropriatezza clinica, sicurezza delle cure) e pone, inoltre, una specifica attenzione all'equità geografica e sociale all'interno e tra le regioni. Esso prevede, inoltre, che all'interno del sistema di garanzia sia individuato un sottoinsieme di indicatori da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA nell'ambito del sistema di verifica degli adempimenti cui sono tenute le regioni con statuto ordinario per l'accesso al maggior finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

A luglio 2018 la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI del Ministero della salute ha pubblicato l'ultimo rapporto *"Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2016"*. Gli indicatori di monitoraggio tra le Regioni manifestano evidenti differenze fra le realtà territoriali italiane. È ancora presente su molti aspetti dell'assistenza sanitaria un forte divario tra le Regioni meridionali e quelle centro-settentrionali, e all'interno di queste ultime persistono aree disagiate sotto il profilo dei servizi sanitari disponibili. Questi risultati suggeriscono l'esigenza di indagare e promuovere l'equità del sistema, a garanzia del necessario superamento delle disuguaglianze sanitarie, sociali e territoriali.

L'integrazione del sistema di monitoraggio dei LEA attraverso indicatori specifici sull'equità che misurino l'intensità delle disuguaglianze socioeconomiche nell'accesso ai servizi erogati trova dunque formale riconoscimento nel nuovo sistema di garanzia dei LEA. Questa necessità è resa ancor più cogente alla luce delle innovazioni in materia di equità segnate dal DPCM sui nuovi LEA, che ha esteso l'accesso a nuove prestazioni considerate efficaci e ampliato l'offerta anche a soggetti vulnerabili dal punto di vista sociale (e.g. prestazioni per la salute orale per i più poveri, diritto al pediatra di libera scelta per i bambini figli di immigrati irregolari...), e dalla constatazione che l'equità è stata esplicitamente inclusa in alcuni importanti documenti programmatici a livello nazionale (Piano Nazionale di Prevenzione, Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, Piano Cronicità).

L'attività di monitoraggio dei LEA si basa sui dati rilevati nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Arricchire il NSIS di covariate sociali provenienti da fonti idonee alla raccolta di indicatori di posizione socioeconomica da attribuire a livello individuale a ogni assistito permetterebbe di monitorare gli indicatori dei LEA in base alle caratteristiche sociali dell'assistito, allo scopo di attivare meccanismi di *Health Equity Audit* nell'assistenza e nella programmazione.

A dicembre 2014 è stato pubblicato il secondo rapporto italiano su "Equità nella salute in Italia"³, sulla base di un rapporto elaborato dall'apposito gruppo di lavoro della Commissione Salute della Conferenza delle regioni. Il Ministro della Salute a marzo 2015 ha inviato le raccomandazioni del rapporto ai principali centri di responsabilità delle politiche sanitarie e non, che potevano dare un contributo a migliorare l'equità in salute in Italia (enti del SSN e dei SSR, Ministeri non sanitari, enti locali, società professionali e scientifiche, soggetti economici e sociali, enti strumentali). Il rapporto concludeva anche con una raccomandazione di migliorare le capacità di misura e monitoraggio delle disuguaglianze di salute in tutto il paese, raccomandazione sulla quale il Ministro ha coinvolto oltre alle direzioni competenti del Ministero della Salute anche ISTAT, INPS e INAIL avendo particolare riguardo al contributo che le loro fonti informative potevano fornire.

A questa raccomandazione hanno fatto seguito lavoro progetti in tre direzioni: indici di deprivazione,

³ Costa, G., M. Bassi, G.F. Gensini, M. Marra, A.L. Nicelli e N. Zengarini (2014), *L'equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano, Franco Angeli e Fondazione Smith Kline.

studi longitudinali e integrazione di dati di NSIS con censimento, progetti i cui obiettivi sono stati ribaditi nel piano di azione "L'Italia per l'equità nella salute"⁴ presentato dalla Ministra il 1 dicembre del 2017. L'integrazione dei dati NSIS col censimento è la risposta giusta per gli scopi di monitoraggio e valutazione dei LEA. Questa soluzione, cioè l'integrazione tra dati del censimento e quelli dei sistemi informativi sanitari regionali tramite procedure di *record-linkage* a livello individuale al momento è stata sperimentata con successo in tre regioni: Piemonte, Emilia Romagna e Puglia.

In Piemonte, la prima regione ad aver adottato la procedura, i risultati sono molto incoraggianti: la fonte informativa del censimento può arricchire con covariate sociali provenienti dal censimento il 98,5% della popolazione degli assistiti, consentendo di descrivere la posizione sociale di tutta la popolazione assistita in una regione e quindi anche di tutti gli eventi assistenziali e di salute ad essa occorrenti nei dintorni del censimento di popolazione (da qualche anno prima per gli assistiti esistenti in vita al censimento a qualche anno dopo fino al censimento successivo). Queste variabili hanno dimostrato di saper analizzare le variazioni sociali in molte dimensioni rilevanti per la programmazione sanitaria, dall'analisi dei rischi e dei bisogni, al monitoraggio dei LEA all'allocazione delle risorse

FINALITA' DEL PROGETTO

L'obiettivo del progetto è quello di sviluppare e testare una proposta di indicatori per il monitoraggio dell'equità nei LEA, che introducano le lenti dell'equità sul patrimonio di indicatori già elaborati, condivisi e sperimentati per il monitoraggio dei LEA nel nuovo sistema di garanzia. Il progetto prevede di fondare la proposta di indicatori e di metodi sui principali riferimenti condivisi nella comunità scientifica; di mettere a punto un meccanismo di integrazione dei dati sociali con quelli sanitari necessari per l'elaborazione degli indicatori, generalizzabile a livello nazionale; di sperimentare il valore d'uso di questi indicatori nelle tre regioni che già dispongono di questi dati; di valutare anche il valore d'uso dell'indicatore di equità nella rinuncia alle cure rilevato finora dall'ISTAT per gli scopi di garanzia dei LEA.

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo 1	Individuare i LEA cruciali per la valutazione di equità (e quindi gli indicatori da utilizzare) e le misure più appropriate (assolute e relative) che servono meglio a rappresentare l'intensità, l'andamento temporale e la comparazione geografica delle disuguaglianze sociali nella salute e nella sanità.
Indicatore di risultato	Stesura di un rapporto condiviso tra i partner e gli esperti consultati.
Standard di risultato	Disponibilità nel rapporto di una lista di indicatori condivisi e di proposte per avviare le attività dell'obiettivo specifico 3.
Azione	Per raggiungere l'obiettivo sono previste due modalità di azione: 1. ricerca sistematica della letteratura sull'argomento 2. attività di consultazione con i principali esperti europei sull'argomento.
Obiettivo 2	Elaborazione del modello di integrazione dei dati censuari con quelli di NSIS a livello nazionale, sulla base di quanto già sperimentato in Piemonte.
Indicatore di risultato	Rapporto.
Standard di risultato	Stesura del rapporto in forma di "linee guida" con la descrizione dei passaggi fondamentali e gli enti istituzionali competenti da coinvolgere nel processo.
Azione	1. costituzione di apposito tavolo tecnico tra Direzioni del Ministero e Istat 2. revisione del modello piemontese 3. elaborazione delle linee guida
Obiettivo 3	Sperimentazione di un sistema di indicatori per l'equità da inserire nel NSG derivanti dall'obiettivo specifico 1.
Indicatore di risultato	Stesura di un rapporto con gli esiti della sperimentazione.
Standard di risultato	Disponibilità del rapporto entro la fine del progetto, ed elaborazione di una proposta di un indicatore sintetico composito di equità nei LEA;
Azione	Applicazione del sistema nelle tre regioni che già dispongono di un arricchimento dei dati di NSIS con i dati del 15° censimento della popolazione (Piemonte, Emilia Romagna e Puglia), analisi dei dati e

⁴ Mirisola C, Ricciardi G, Bevere F, Melazzini M., *L'Italia per l'equità nella salute*. Roma, novembre 2017. Disponibile al seguente link: <http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>

	discussione dei risultati.
Obiettivo 4	Valutare le disuguaglianze sociali e geografiche nella rinuncia alle cure assistenziali in Italia.
Indicatore di risultato	Stesura di un rapporto con i principali risultati della ricerca.
Standard di risultato	Disponibilità del rapporto entro la fine del progetto e presentazione di una proposta di indicatore sintetico di equità nel ricorso alle cure
Azione	Acquisizione dei dati, analisi e discussione dei risultati

METODOLOGIA

Metodologia obiettivo 1:

Una revisione sistematica di letteratura scientifica e una consultazione coi principali esperti in ambito europeo servirà ad individuare i LEA cruciali per la valutazione di equità (e quindi gli indicatori da utilizzare) e le misure più appropriate (assolute e relative) che servono meglio a rappresentare l'intensità, l'andamento temporale e la comparazione geografica delle disuguaglianze sociali nella salute e nella sanità. Nella presente agenda europea ci sono almeno due progetti che hanno scopi simili: da un lato la nuova *Joint Action* sulle disuguaglianze di salute JAHEE⁵ si propone nel WP5 di migliorare la capacità di misurare l'equità nei principali domini delle politiche sanitarie e non sanitarie; dall'altro il nuovo *Health Equity Status Report* del WHO Europe che si propone di costruire ed implementare un nuovo sistema di rendicontazione di ogni paese della regione europea sull'equità di salute nelle politiche, comprese quelle sanitarie. La struttura di epidemiologia del Piemonte è direttamente coinvolto in entrambi i progetti e potrà trarre il massimo profitto per identificare le soluzioni più appropriate e condivise nella comunità scientifica per il monitoraggio delle variazioni sociali evitabili nei processi e negli esiti dei LEA che sono oggetto del sistema di garanzia dei LEA. Per le attività di consultazione agli esperti è previsto l'utilizzo di questionario on line seguendo il metodo Delphi e delle interviste in profondità face-to-face principalmente in teleconferenza.

Metodologia obiettivo 2:

Il modello di integrazione dei dati censuari con quelli di NSIS sperimentato in Piemonte sarà ulteriormente elaborato per una applicazione su scala nazionale grazie ad una intesa tra Istat e Direzioni competenti del Ministero della Salute; un apposito tavolo tecnico tra Direzioni del Ministero e Istat, sarà costituito nell'ambito di questo progetto per elaborare le procedure più adeguate per lo scopo.

Metodologia obiettivo 3:

Il progetto inoltre applicherà questo sistema di indicatori per l'equità nei LEA a titolo sperimentale nelle **tre regioni** che già dispongono di un arricchimento dei dati di NSIS con i dati del 15° censimento della popolazione; le tre regioni, Piemonte, Emilia Romagna e Puglia, rappresentano anche le tre principali ripartizioni geografiche del paese, consentendo alla sperimentazione di apprezzare anche l'interazione tra disuguaglianze sociali e geografiche nei processi e negli esiti dei LEA. La sperimentazione consisterà nella ricerca delle disuguaglianze nei principali indicatori del sistema di garanzia dei LEA, e nella costruzione di un indicatore sintetico composito di equità nei LEA.

Metodologia obiettivo 4:

il nuovo sistema di indicatori di garanzia dei LEA aveva a suo tempo previsto che, in attesa che si realizzi la possibilità di far covariare secondo una variabile sociale gli indicatori dei LEA, si incominciassero a valutare le disuguaglianze nella rinuncia alle cure rilevata nelle indagini campionarie di popolazione dell'Istat come un indicatore sintetico di equità nel ricorso alle cure. L'Istat ha accolto questa decisione del sistema di garanzia ed ha introdotto nell'Indagine multiscopo annuale AVQ la batteria di domande sulla rinuncia alle cure. Il progetto elaborerà i dati delle ultime indagini e le interpreterà alla luce dei risultati di altre fonti parallele per valutare il valore d'uso di questo indicatore per il monitoraggio di equità nei LEA e aiutare Regioni e Ministero a stabilire se l'indicatore può offrire una conoscenza supplementare essenziale o meno per lo scopo.

TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI DEI PRODOTTI E RELATIVI INDICATORI

⁵ Joint Action Health Equity Europe (JAHEE): <https://jahee.iss.it/>

La trasferibilità dei risultati sarà intrinsecamente valutabile come risultato dell'obiettivo specifico 3 in cui le tre regioni, Piemonte, Emilia Romagna e Puglia, che rappresentano anche le tre principali ripartizioni geografiche del paese, sperimenteranno l'applicazione del sistema di indicatori di equità all'interno del sistema di garanzia dei LEA.

RIFERIMENTI NAZIONALI O INTERNAZIONALI

Petrelli A, Zengarini N, Demuru E, et al. Differences in mortality by educational level in Italy (2012-2014). *Epidemiol Prev.* 2018 Sep-Dec;42(5-6):288-300. doi: 10.19191/EP18.5-6.P288.097

Mirisola C, Ricciardi G, Bevere F, Melazzini M., *L'Italia per l'equità nella salute.* Roma, novembre 2017. Disponibile al seguente link:

<http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>

Costa, G., M. Bassi, G.F. Gensini, M. Marra, A.L. Nicelli e N. Zengarini (2014), *L'equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano, Franco Angeli e Fondazione Smith Kline

Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Metodologia e risultati dell'anno 2016. A cura di Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria - Ufficio VI. Anno 2018. Periodo di riferimento 2016. Disponibile on-line in:

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2783

Joint Action Health Equity Europe (JAHEE): <https://jahee.iss.it/>

OUTPUT DEL PROGETTO

Output obiettivo 1: rapporto contenente una lista di indicatori LEA cruciali per la valutazione dell'equità e le misure più appropriate per valutare l'intensità, l'andamento temporale e la comparazione geografica delle disuguaglianze sociali nei LEA.

Output obiettivo 2: rapporto in forma di "linee guida" con la descrizione dei passaggi fondamentali e gli enti istituzionali competenti da coinvolgere nel processo di elaborazione del modello di arricchimento dei sistemi informativi sanitari regionali con i dati del 15° censimento della popolazione.

Output obiettivo 3: rapporto scientifico e proposta di un indicatore sintetico composito di equità nei LEA;

Output obiettivo 4: rapporto scientifico e presentazione di una proposta di indicatore sintetico di equità nel ricorso alle cure.

CRONOPROGRAMMA DEL PROGETTO

FASI DEL PROGETTO	MESE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Obiettivo 1												
Obiettivo 2												
Obiettivo 3												
Obiettivo 4												

SCHEDA FINANZIARIA

VOCE DI SPESA	DETTAGLIO SPESA	IMPORTI
Personale	Attività di analisi statistiche, data management, ricerca bibliografica e consultazioni	€90.000
Beni e servizi	Materiale per survey cartacea e consultazioni on-line con gli esperti	€7.000
Missioni	Missioni per incontri con partner, ministero ed esperti internazionali europei	€5.000
Incontri/Convegni	Eventi di diffusione, partecipazione a convegni e seminario finale	€5.000
Enti esterni/subcontratti	Contributo agli enti esterni collaboratori del progetto	€30.000
Software/Hardware	Licenza software statistici	€5.000
Spese generali	overhead	€8.000
TOTALE		€150.000



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Allegato 2

All' Azienda Sanitaria Locale TO3

DICHIARAZIONE EX ART. 5, COMMA 6, DEL D.LGS. N. 50 DEL 2016

Il sottoscritto Andrea Urbani, domiciliato per la carica presso la sede del Ministero della Salute, nella sua qualità di direttore generale della Programmazione sanitaria, con sede in via Giorgio Ribotta, 5, codice fiscale n. 97023180587, con riferimento all'accordo di collaborazione avente ad oggetto la realizzazione del progetto "Verso il monitoraggio dell'equità nel nuovo sistema di garanzia dei LEA", consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- di non aver svolto sul mercato aperto più del 20% delle attività interessate dalla cooperazione ai sensi dell'articolo 5, commi 6-7, del d.lgs. 50 del 2016.

Si allega copia di un documento di identità.

Data,

FIRMA
Il Direttore Generale
Andrea Urbani *

**Firme apposte con modalità digitale, ai sensi dell'art. 15, comma 2 bis, L. n. 241/1990.*

Carta intestata dell'Ente

Allegato 3

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

DICHIARAZIONE EX ART. 5, COMMA 6, DEL D.LGS. N. 50 DEL 2016

Il sottoscrittonato a il, domiciliato per la carica presso la sede dell'Azienda .di, nella sua qualità di legale rappresentante della stessa, con sede in Via –TORINO - codice fiscale, con riferimento all'accordo di collaborazione avente ad oggetto la realizzazione del progetto "Verso il monitoraggio dell'equità nel nuovo sistema di garanzia dei LEA ", consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- di non aver svolto sul mercato aperto più del 20% delle attività interessate dalla cooperazione ai sensi dell'articolo 5, commi 6-7, del d.lgs. 50 del 2016.

Si allega copia di un documento di identità.

Data,

FIRMA

Carta intestata dell'Ente

Allegato 4

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

RENDICONTO _____/FINALE DELLE SPESE CORRELATE ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO “.....”

codice CUP: J89H10003410001

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.
....., con riferimento all'accordo di collaborazione concluso in data avente
ad oggetto la realizzazione del progetto “Verso il monitoraggio dell'equità nel nuovo sistema di
garanzia dei LEA ”, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi
dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- che nel periodo, per la realizzazione delle attività relative all'accordo di
collaborazione su citato sono state sostenute le spese di seguito riportate:

DETTAGLIO DELLE SPESE

TIPOLOGIA SPESA	VOCE DI SPESA	IMPORTO PERIODO DI RIFERIMENTO	IMPEGNATA/SPESA	ESTREMI DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA (1)
Personale				
	TOTALE			

Beni e servizi				
	TOTALE			
Missioni				
	TOTALE			
.....				
	TOTALE			
TOTALE COMPLESSIVO				

- che le predette spese afferiscono a costi pertinenti e necessari alla realizzazione delle attività per le quali l'accordo ammette il rimborso.

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

Si allega copia di un documento di identità.

Data,

FIRMA
Il legale rappresentante

**ACCORDO DI COLLABORAZIONE NELL'AMBITO DEL PROGETTO
"VERSO IL MONITORAGGIO DELL'EQUITA' NEL NUOVO SISTEMA
DEI GARANZIA DEI LEA" - CUP J89H10003410001**

TRA

L'Azienda Sanitaria Locale TO3, con sede in Collegno (TO), Via Martiri XXX Aprile, 30 – C.F. e partita IVA 09735650013, rappresentata dal prof. Giuseppe Costa, in qualità di Direttore della S.C. a D.U. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, nato a [REDACTED] delegato con deliberazione del Direttore Generale n. 1037 del 28 dicembre 2016 e domiciliato per la funzione rivestita presso la sede legale dell'Azienda medesima

E

L'Agenzia Regionale per la Salute e il Sociale - AReSS, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro, 33 – partita IVA 08238890720 – codice fiscale 93496810727, rappresentata dal dr. Giovanni Gorgoni, in qualità di Direttore Generale, nato a [REDACTED] e domiciliato per la funzione rivestita presso la sede medesima

Tutti cumulativamente denominati "Parti",

convengono e stipulano quanto segue:

1. Finalità della convenzione

Seppure negli ultimi decenni si è assistito a un costante miglioramento della salute della popolazione italiana, tuttavia risulta evidente che non tutti i cittadini hanno beneficiato allo stesso modo di questi progressi e che la disuguaglianza sociale è correlata a importanti differenze negli esiti di salute dei vari gruppi sociali.

Nell'ultimo rapporto luglio 2018 "Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA Metodologia e Risultati dell'anno 2016" si evidenzia che gli indicatori di monitoraggio tra le Regioni manifestano evidenti differenze fra le realtà territoriali italiani. È ancora presente su molti aspetti dell'assistenza sanitaria un forte divario tra le Regioni meridionali e quelle centro-settentrionali, e all'interno di queste ultime persistono aree disagiate sotto il profilo dei servizi sanitari disponibili. Questi risultati suggeriscono l'esigenza di indagare e promuovere l'equità del sistema, a garanzia del necessario superamento delle disuguaglianze sanitarie, sociali e territoriali. Informazioni puntuali sulla correlazione tra la condizione socioeconomica delle persone e la loro condizione di salute, rilevate tramite il calcolo di indicatori scientificamente validati, possono fornire alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale informazioni essenziali ai fini di un aggiornamento del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 che incrementi l'offerta di servizi sanitari utili a compensare le disuguaglianze sociali.

L'ASL TO3, tramite la sua SCaDU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, servizio di riferimento della Regione Piemonte per l'epidemiologia rappresenta un *focal point* del Ministero e della Commissione Salute delle regioni in materia di equità nella salute.

Lo sviluppo di un modello di monitoraggio delle variazioni sociali negli indicatori di garanzia è l'oggetto del mandato conferito dal Ministero della Salute alla ASL TO3 di cui alla Deliberazione... Oltre alla Regione Piemonte altre tre regioni (Emilia Romagna, Lazio e Puglia) hanno già costruito il necessario sistema di indagine per monitorare le variazioni sociali negli indicatori di garanzia e sono disponibili attraverso le proprie strutture di epidemiologia a partecipare ad una fase pilota del progetto.

2. Oggetto della collaborazione

Oggetto del presente accordo è concorrere alla realizzazione del progetto dal titolo "Verso il monitoraggio dell'equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA" volto a sviluppare e testare in quattro regioni pilota una proposta di indicatori per il monitoraggio dell'equità nei LEA, che introducano le lenti dell'equità sul patrimonio di indicatori già elaborati, condivisi e sperimentati per il monitoraggio dei LEA nel nuovo sistema di garanzia.

3. Obbligazioni delle Parti

Le Parti coinvolte dichiarano la propria disponibilità a contribuire alla ricerca secondo le competenze e le responsabilità previste nel progetto, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (Allegato 1).

In particolare l'**Agenzia Regionale per la Salute e il Sociale** si impegna a:

- Concorrere alla selezione e identificazione degli indicatori di garanzia e delle covariate sociali più idonee per l'obiettivo 1, a partire dai risultati di revisione di letteratura e di consultazione di esperti elaborati dalla ASL TO3;
- Analizzare i dati della propria regione per l'elaborazione delle variazioni sociali degli indicatori di garanzia prima definiti e trasmissione dei risultati alla ASL TO3 per la metanalisi;
- Partecipare alla valutazione critica di risultati al fine della proposta da sottoporre al Ministero.

La **ASL TO3** si impegna a:

Elaborare gli input necessari alla selezione concentrata degli indicatori;
Elaborare una proposta di un comune protocollo di analisi dei dati in sede locale;
Applicare l'elaborazione ai dati piemontesi;
Elaborare una metanalisi dei risultati delle quattro regioni per permettere ai partner di concorrere alla discussione ed elaborazione delle conclusioni.

4. Responsabili della convenzione

La **ASL TO3** indica quale proprio referente e responsabile tecnico-scientifico il Prof. Giuseppe Costa, coadiuvato dal dott. Nicolás Zengarini.

L'**Agenzia Regionale per la Salute e il Sociale** indica quale proprio referente e responsabile amministrativo la dott.ssa Adele Stefania Gagliardi

e quale proprio referente e responsabile tecnico-scientifico la dott.ssa Lucia Bisceglia.

5. finanziamento

Come specificato nel piano finanziario, agli enti esterni che collaborano al progetto verrà assegnato un contributo di euro 10.000,00 onnicomprensivo. Tale contributo verrà erogato per l'80% alla sottoscrizione del presente atto e il restante 20% alla scadenza. Il trasferimento dei fondi è subordinato all'effettivo incasso del finanziamento ministeriale da parte dell'ASL TO3.

6. Riservatezza, titolarità e utilizzazione dei risultati di studi e ricerche

1. In fase di esecuzione dell'Accordo e di realizzazione delle attività, le Parti hanno l'obbligo di mantenere e far mantenere, ai propri dipendenti e collaboratori, la riservatezza sui dati, le informazioni di natura tecnica, economica, commerciale ed amministrativa ed i documenti di cui vengano a conoscenza o in possesso in esecuzione del presente Accordo o comunque in relazione a esso, di non divulgarli in alcun modo e in qualsiasi forma e di non farne oggetto di utilizzazione a qualsiasi titolo per scopi diversi da quelli strettamente necessari all'esecuzione dell'Accordo.
2. La proprietà intellettuale dei risultati delle attività svolte congiuntamente dalle Parti in attuazione del presente Accordo spetta al Ministero della Salute committente del progetto.
3. Le Parti possono disporre degli elaborati prodotti per i soli utilizzi concordati formalmente e solo in quanto utili o necessari alla diffusione concertata dei risultati raggiunti anche a mezzo stampa, televisione, radio o via internet.
4. Tutte le pubblicazioni attinenti a tale progetto, a prescindere dal mezzo di comunicazione utilizzato, devono essere preventivamente concordate, autorizzate e riportata menzione di delle parti della collaborazione.
5. L'inadempimento di quanto stabilito nei precedenti commi, fermo restando il diritto al risarcimento del danno, costituisce motivo di risoluzione del presente Accordo, ai sensi dell'art. 1456 codice civile.
6. L'utilizzazione dei loghi, straordinaria o estranea all'azione istituzionale corrispondente all'oggetto di cui al presente accordo, richiederà il consenso della Parte interessata, nel rispetto delle relative procedure interne.

7.Trattamento dei dati personali

Il trattamento di dati personali per il perseguimento delle finalità del presente Accordo di collaborazione è effettuato in conformità ai principi di liceità, proporzionalità, necessità e indispensabilità del trattamento, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE)

2016/679, nonché, con riferimento alle misure minime di sicurezza da adottare, in conformità alla predetta normativa.

Le parti, informate in merito a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, si autorizzano in modo reciproco al trattamento, manuale o automatizzato, dei propri dati personali, nel rispetto della normativa sulla Privacy su citata e per fini amministrativi, contabili e fiscali, connessi all'Accordo concluso.

8. Durata della convenzione

La presente convenzione decorre dalla data della sua sottoscrizione e terminerà con lo scadere del progetto, il 7 agosto 2020, salvo concessione di proroga da parte del Ministero della Salute. In tal caso anche quest'accordo si intende prorogato per il medesimo periodo.

Le Parti potranno comunque recedere unilateralmente e in ogni momento dalla presente convenzione dandone preavviso scritto di almeno sessanta giorni all'altra parte.

9. Foro competente

Per qualsiasi controversia afferente all'esecuzione, interpretazione, applicazione del presente contratto è competente a decidere il Foro di Torino.

9. Registrazione e spese

Il presente Accordo è soggetto a registrazione in caso d'uso, ai sensi degli artt. 5 e 39 del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131. Le eventuali spese di registrazione sono a carico della parte che richiede la registrazione.

Il presente Accordo è soggetto a imposta di bollo ai sensi del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni. L'ASL TO3 provvederà all'assolvimento in modo virtuale (art 15 dpr 642/72) dell'imposta di bollo – autorizzazione n 1/2006 rilasciata in data 16.05.2006 - Agenzia delle Entrate – DP II Torino Ufficio territoriale di Rivoli.

Per l'ASL TO3
Il Direttore della S.C. a D.U. Servizio
Sovrazonale di Epidemiologia
Prof. Giuseppe Costa _____

Per l'Agenzia Regionale per la Salute e il Sociale
Il Direttore Generale
Dr. Giovanni Gorgoni _____

Visto,