



ISTITUTO PER LO STUDIO
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(Nominato con D.P.G.R.T. n. 50 del 28/04/2008)

N° 134 del 15/07/2010

Oggetto: Approvazione dell'Accordo di Collaborazione tra Ministero della Salute e l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), per la realizzazione del progetto "Scenari futuri dell'abitudine al fumo in Italia tramite modelli di simulazione di impatto di politiche di controllo del tabagismo" finanziato dal Ministero della Salute -CCM.

Struttura Proponente S.C. Epidemiologia Ambientale-Occupazionale

Coordinatore Amministrativo

Proposta n. 134 Responsabile del procedimento

Estensore

IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

Importo di spesa:

Conto Economico n.

15 LUG. 2010

Eseguibile a norma di Legge dal

Publicato a norma di Legge il

15 LUG. 2010

Inviato al Collegio Sindacale il

16 LUG. 2010

L'anno 2010, il giorno 15 del mese di LUGLIO
Il sottoscritto Dott.ssa Elena Lacquaniti, nella sua qualità di

DIRETTORE GENERALE

di questo Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, con sede in Via Cosimo il Vecchio 2 - 50139, Firenze, in forza del Decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana n. 50 del 28/04/2008.

Visto il D. Lgs. n. 30/12/1992 n. 502 e sue successive modifiche ed integrazioni;

Vista la Legge Regionale Toscana 24.02.2005 n° 40 recante "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale";

Vista la LRT 4 febbraio 2008, n. 3 recante "Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica";

Dato atto che in forza della Legge RT 4 febbraio 2008, n. 3 l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) è Ente del Servizio Sanitario Regionale, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile e ai sensi e per gli effetti dell'art. 19 comma 1 di detta legge subentra nelle attività esercitate dal disciolto CSPO a far data dal 1° Luglio 2008;

Vista la delibera del Direttore Generale n° 5 del 14.07.2008 con la quale è stato approvato il regolamento dell'ISPO;

Richiamata la Legge 26 maggio 2004, n.138, che istituisce presso il Ministero della Salute il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), il quale opera in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto Superiore di Sanità, con l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), con gli Istituti zoo profilattici sperimentali, con le Università, con gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e con altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi della sanità militare;

Visto che all'interno dell'area progettuale del programma di attività del CCM per l'anno 2010, approvato con Decreto ministeriale 2 marzo 2010, è stato individuato un ambito operativo inerente l'area Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano Nazionale della prevenzione e di Guadagnare Salute e che in tale ambito è stato proposto un progetto dal titolo "Scenari futuri dell'abitudine al fumo in Italia tramite modelli di simulazione di impatto di politiche di controllo del tabagismo" finanziato dal Ministero della Salute – CCM;

Considerato che il Ministero della Salute ha ritenuto ISPO quale ente in possesso di consolidata esperienza in tale ambito, ritenendolo quindi il soggetto istituzionalmente più competente per la realizzazione del sopracitato progetto;

Rilevato che, per i predetti motivi, appare opportuno avviare una collaborazione procedendo alla stipula di un accordo di collaborazione al fine di disciplinare lo svolgimento delle attività di interesse comune finalizzate alla realizzazione del progetto "Scenari futuri dell'abitudine al fumo in Italia tramite modelli di simulazione di impatto di politiche di controllo del tabagismo" finanziato dal Ministero della Salute – CCM;

Preso atto che il progetto ha durata di dodici mesi (prorogabile per un massimo di 6 mesi) dalla data di comunicazione del Ministero dell'avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione dell'Accordo di Collaborazione da parte degli Organi di Controllo;

Preso atto che le attività progettuali decorreranno dalla data di comunicazione del Ministero dell'avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione dell'Accordo di Collaborazione da parte degli Organi di Controllo;

Preso atto che il Referente Scientifico per ISPO è il dr. Giuseppe Gorini della S.C. Epidemiologia Ambientale e Occupazionale;

Preso atto che per la realizzazione delle attività previste per lo svolgimento del suddetto progetto l'importo complessivo per ISPO è di € 58.000,00 che sarà erogato secondo le seguenti modalità:

- 1) 30% pari a € 17.400,00 previa presentazione di nota di debito/fattura, dopo formale comunicazione del Ministero dell'avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione dell'Accordo di Collaborazione da parte degli Organi di Controllo,
- 2) 30% pari a € 17.400,00 previa presentazione di nota di debito/fattura, rapporto tecnico e rendicontazione finanziaria,
- 3) 40% pari a € 23.200,00 previa presentazione di nota di debito/fattura, relazione e rendiconto finali;

Ritenuto pertanto opportuno approvare l'Accordo di Collaborazione tra Ministero della Salute e l'Istituto per lo Studio e la prevenzione Oncologica (ISPO), autorizzandone la stipula, per la realizzazione del progetto "Scenari futuri dell'abitudine al fumo in Italia tramite modelli di simulazione di impatto di politiche di controllo del tabagismo" finanziato dal Ministero della Salute – CCM, allegato alla presente sotto lettera "A" quale parte integrante e sostanziale;

Ritenuto di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, in considerazione del termine del 16/07/2010 imposto dal Ministero per la sottoscrizione dell'Accordo in oggetto;

Acquisito il visto di conformità giuridico amministrativa del Coordinamento Amministrativo;

Con il parere favorevole del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per i motivi espressi in parte narrativa:

1. di prendere atto della Legge 26 maggio 2004, n.138, che istituisce presso il Ministero della Salute il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), il quale opera in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto Superiore di Sanità, con l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), con gli Istituti zoo profilattici sperimentali, con le Università, con gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e con altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi della Sanità Militare;
2. di prendere atto, che all'interno dell'area progettuale del programma di attività del CCM per l'anno 2010, approvato con Decreto ministeriale 2 marzo 2010, è stato individuato un ambito operativo inerente l'area Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano Nazionale della prevenzione e di Guadagnare Salute e che in tale ambito è stato proposto un progetto dal titolo "Scenari futuri dell'abitudine al fumo in Italia tramite modelli di simulazione di impatto di politiche di controllo del tabagismo";
3. di prendere atto che il Ministero della Salute ha ritenuto ISPO quale ente in possesso di consolidata esperienza in tale ambito, e che pertanto rappresenta il soggetto istituzionalmente più competente per la realizzazione del sopracitato progetto e che, per i predetti motivi, appare opportuno avviare una collaborazione procedendo alla stipula di un Accordo di Collaborazione al fine di disciplinare lo svolgimento delle attività di interesse comune finalizzate alla realizzazione del progetto "Scenari futuri dell'abitudine al fumo in Italia tramite modelli di simulazione di impatto di politiche di controllo del tabagismo" finanziato dal Ministero della Salute -CCM;
4. di approvare, autorizzandone la stipula, l'Accordo di Collaborazione tra Ministero della Salute e l'Istituto per lo Studio e la prevenzione Oncologica (ISPO per la realizzazione del progetto "Scenari futuri dell'abitudine al fumo in Italia tramite modelli di simulazione di impatto di politiche di controllo del tabagismo" finanziato dal Ministero della Salute -CCM, allegato alla presente sotto lettera "A" quale parte integrante e sostanziale;
5. di dare atto che quale Referente Scientifico come responsabile delle attività inerenti l'Accordo di Collaborazione è stato individuato il dr. Giuseppe Gorini in servizio presso la S.C. Epidemiologia Ambientale e Occupazionale dell'Istituto;
6. di dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile ai sensi della normativa vigente;
7. di trasmettere la presente deliberazione all'Albo di pubblicità dell'I.S.P.O. e al Collegio Sindacale.

IL DIRETTORE SANITARIO
Enzo Zini

IL DIRETTORE GENERALE
Elena Lacquaniti

Elenco degli allegati

Allegato A

Schema di protocollo d'intesa

n. pagine 14

Strutture aziendali da partecipare :

S.C. Epidemiologia Ambientale e Occupazionale ISPO;
Contabilità e Controllo di Gestione ISPO;
Gestione Amministrativa Progetti ISPO;
Gestione Progetti Finalizzati ASF.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

PREMESSO QUANTO SEGUE

- che con la legge 26 maggio 2004, n.138, è stato istituito presso il Ministero della Salute il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) che opera in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto superiore di sanità, con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), con gli istituti zooprofilattici sperimentali, con le università, con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi della sanità militare;
- che il CCM opera con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del Ministro della salute;
- che all'interno dell'area progettuale del programma di attività del CCM per l'anno 2010, approvato con decreto ministeriale 2 marzo 2010, è stato individuato un ambito operativo inerente l'area Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano Nazionale della Prevenzione e di Guadagnare salute;
- che in tale ambito è stato proposto un progetto dal titolo "Scenari futuri dell'abitudine al fumo in Italia tramite modelli di simulazione di impatto di politiche di controllo del tabagismo", approvato dai Comitati del CCM;
- che l'ISPO - Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica vanta un'esperienza consolidata in tale ambito;
- che pertanto il sopra citato Istituto rappresenta il soggetto istituzionalmente più competente per la realizzazione di tale progetto e che appare quindi opportuno avviare con esso una fattiva collaborazione;
- 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 l'ISPO - Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica al fine di disciplinare lo svolgimento delle attività di interesse comune finalizzate alla realizzazione del sopra citato progetto;

CONSIDERATO

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

L'anno 2010, il giorno del mese di luglio,

TRA



Il Ministero della Salute – Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – codice fiscale 80242290585, con sede in Roma, via Giorgio Ribotta, n. 5 nella persona del direttore generale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, dr. Fabrizio Oleari, nato a Suzzara (Mantova) il 20 gennaio 1950, di seguito “Ministero”

E

l'ISPO - Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, codice fiscale 94158910482, con sede in Firenze, Via Cosimo Il Vecchio 2, rappresentato legalmente dalla dr.ssa Elena Lacquaniti, nata a Melito di Porto San Salvo (RC) il 3 maggio 1966, di seguito “Istituto”

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Art. 1 – Oggetto dell'accordo

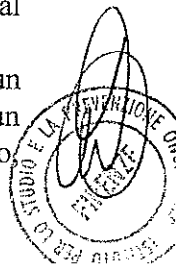
1. Il presente accordo è concluso, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, *lettera a)* della legge 26 maggio 2004, n.138 e dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni ed integrazioni, per disciplinare lo svolgimento in collaborazione con l'Istituto delle attività di interesse 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. Resta fermo che le variazioni non possono costituire motivo di modifica del finanziamento.
3. Qualora l'Istituto, al fine di realizzare il progetto intenda avvalersi della collaborazione di Enti e/o Associazioni pubbliche e/o private non previste nel progetto, è tenuto a presentare al Ministero una richiesta di autorizzazione, nonché di variazione del piano finanziario, nella quale dovranno essere indicate le somme messe a disposizione dell'Ente e/o Associazione e le attività che da questo saranno svolte.

Art. 2 – Efficacia. Durata. Proroga

1. Il presente accordo è efficace dalla data di comunicazione del Ministero dell'avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione del presente accordo da parte degli Organi di Controllo.
2. Le attività progettuali decorrono dalla data di comunicazione di cui al comma 1.
3. L'accordo ha durata di 12 mesi a decorrere dalla data di inizio attività di cui al comma 2. Tale durata potrà essere prorogata per un massimo di 6 mesi, previa formale e motivata richiesta dell'Istituto da presentarsi almeno trenta giorni prima della data di scadenza dell'accordo. La concessione della proroga, che sarà subordinata alla riconosciuta sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità, non costituisce, comunque, motivo di maggiorazione del finanziamento.

Art. 3 - Rapporti tecnici e rendiconti finanziari

1. Al fine di verificare il regolare svolgimento delle attività di cui all'art. 1, l'Istituto, entro trenta giorni dalla scadenza di ogni semestre di attività, trasmette al Ministero un rapporto tecnico sullo stato di avanzamento del progetto ed un rendiconto finanziario che riporti le somme impegnate e/o le spese sostenute, utilizzando l'apposito modello allegato al presente accordo (allegato 2).
2. Entro sessanta giorni dalla scadenza dell'accordo, l'Istituto 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 per la realizzazione del progetto



utilizzando il predetto modello riportato in allegato 2 al presente accordo. Il Ministero può comunque richiedere in qualsiasi momento di conoscere lo stato di avanzamento del progetto.

3. Le rendicontazioni finanziarie di cui ai precedenti commi dovranno essere redatte nel rispetto delle voci di spesa indicate nel piano finanziario originario previsto nel progetto di cui all'allegato 1.
4. Il piano finanziario relativo al progetto, di cui all'allegato 1, potrà essere modificato una sola volta previo riconoscimento della sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità. La richiesta di variazione dovrà pervenire almeno 60 giorni prima della data di fine validità del presente accordo.
5. I rapporti tecnici ed i rendiconti finanziari vanno inviati a: Ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio I - Via Giorgio Ribotta n.5, 00144, Roma.
6. Il Ministero renderà accessibili detti rapporti tecnici al Comitato scientifico del CCM per azioni di monitoraggio, qualora questo lo richieda.

Art. 4 – Proprietà dei risultati del progetto

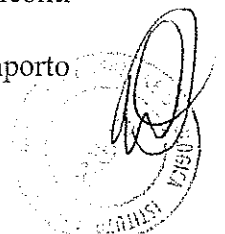
1. I risultati del progetto, ivi inclusi i rapporti di cui all'articolo 3, sono di esclusiva proprietà del Ministero. Il diritto di proprietà e/o di utilizzazione e sfruttamento economico dei *file* sorgente nonché degli elaborati originali prodotti, dei documenti progettuali, della relazione tecnica conclusiva, delle opere dell'ingegno, delle creazioni intellettuali, delle procedure software e dell'altro materiale anche didattico creato, inventato, predisposto o realizzato dall'Istituto nell'ambito o in occasione dell'esecuzione del presente accordo, rimarranno di titolarità esclusiva del Ministero. Quest'ultimo potrà quindi disporre senza alcuna restrizione la pubblicazione, la diffusione, l'utilizzo, la vendita, la duplicazione e la cessione anche parziale di dette opere dell'ingegno o materiale, con l'indicazione di quanti ne hanno curato la produzione.
2. L'Istituto ha la facoltà di utilizzare autonomamente i documenti ed i risultati di cui al comma 1 per le proprie attività istituzionali dietro espressa autorizzazione del Ministero, riportando l'indicazione: "Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM".

Art. 5 - Referenti scientifici

1. Il referente scientifico dell'Istituto – Dott. Giuseppe Gorini - assicura il collegamento operativo con il Ministero.
2. Il referente scientifico del Ministero – Dott. Giuseppe Filippetti - assicura il collegamento operativo con l'Istituto nonché il monitoraggio e la valutazione dei rapporti di cui all'articolo 3.
3. Il Ministero e l'Istituto si riservano il diritto di identificare altri referenti in sostituzione di quelli indicati ai commi 1 e 2.

Art. 6 - Finanziamento

1. Per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo è concesso all'Istituto un finanziamento complessivo di € 58.000,00 (cinquantottomila/00).
2. L'Istituto dichiara che le attività di cui al presente accordo non sono soggette ad I.V.A. ai sensi del D.P.R. n. 633 del 1972 in quanto si tratta di attività rientranti nei propri compiti istituzionali.
3. Il finanziamento è concesso all'Istituto al fine di rimborsare le spese sostenute per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo, come risultanti dai rendiconti finanziari di cui all'art. 3.
4. L'Istituto prende atto ed accetta che il Ministero non assumerà altri oneri oltre l'importo stabilito nel presente articolo.



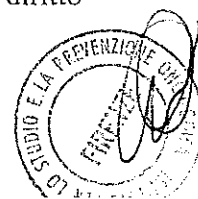
5. L'Istituto prende atto che il finanziamento previsto per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo, pari a € 58.000,00, si riferisce all'esercizio finanziario 2010 ed andrà in "perenzione amministrativa" in data 31 dicembre 2012 ai sensi dell'art. 36 del R.D. 18 novembre 1923, n. 2440.
6. L'Istituto è a conoscenza ed accetta che le quote del finanziamento erogate a decorrere dal 1° gennaio 2013 saranno oggetto della procedura di reiscrizione in bilancio delle relative somme, procedura che sarà avviata dal Ministero su richiesta dell'Istituto a decorrere dal 1° luglio 2013.
7. Il finanziamento di cui al comma 1 comprende anche le eventuali spese di missione dei referenti scientifici di cui all'articolo 5.

Art. 7 – Modalità e termini di erogazione del finanziamento

1. Il finanziamento sarà erogato secondo le seguenti modalità:
 - a) una prima quota, pari al 30% del finanziamento, pari a € 17.400,00 (diciassettemilaquattrocento/00), dietro formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta, inoltrata dopo la formale comunicazione di cui all'articolo 2, comma 1;
 - b) una seconda quota, pari al 30% del finanziamento, pari a € 17.400,00 (diciassettemilaquattrocento/00), dietro presentazione da parte dell'Istituto di formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta;
 - c) una terza quota, pari al 40% del finanziamento, pari a € 23.200,00 (ventitremiladuecento/00), dietro presentazione da parte dell'Istituto della relazione e del rendiconto finali di cui all'articolo 3, unitamente ad una formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta;
2. le richieste di pagamento di cui al comma 1 vanno intestate ed inviate a: Ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio I - Via Giorgio Ribotta n.5, 00144, Roma.
3. Il pagamento di cui al comma 1 lettera b) sarà disposto a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero dei rapporti tecnici e dei rendiconti finanziari di cui all'articolo 3, relativi al primo semestre di attività, per gli accordi annuali, ed ai primi due semestri di attività, per gli accordi di durata superiore a 12 mesi.
4. Il pagamento di cui al comma 1, lettera c) sarà disposto a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero della relazione e del rendiconto finali di cui all'articolo 3. L'Istituto si impegna a restituire le somme eventualmente corrisposte in eccesso, secondo modalità e tempi che saranno comunicati per iscritto dal Ministero.
5. I pagamenti saranno disposti entro sessanta giorni dal ricevimento delle richieste di cui al comma 1 mediante l'emissione di ordinativi di pagamento tratti sulla Sezione di Tesoreria dello Stato competente per territorio ed ivi reso esigibile mediante accreditamento della somma sul c/c di tesoreria n° IT53L0616002832000000008C01 intestato all'Istituto. Il Ministero non risponde di eventuali ritardi nell'erogazione del finanziamento cagionati dai controlli di legge e/o dovuti ad indisponibilità di cassa.

Art. 8 - Sospensione dei pagamenti. Diffida ad adempiere. Risoluzione dell'accordo

1. In caso di valutazione negativa delle relazioni di cui all'articolo 3, il Ministero sospende l'erogazione del finanziamento. La sospensione del finanziamento sarà disposta anche per la mancata od irregolare attuazione del presente accordo.
2. In caso di accertamento, in sede di esame delle relazioni di cui all'articolo 3, di grave violazione degli obblighi di cui al presente accordo, per cause imputabili a all'Istituto, che possano pregiudicare la realizzazione del progetto, il Ministero intima per iscritto all'Istituto, a mezzo di raccomandata a/r, di porre fine alla violazione nel termine indicato nell'atto di diffida. Decorso inutilmente detto termine l'accordo si intende risolto di diritto a decorrere dalla data indicata nell'atto di diffida.



3. L'accordo si intende risolto anche nel caso in cui l'Istituto non provveda ad inviare le relazioni di cui all'articolo 3 entro i termini previsti.
4. E' espressamente convenuto che in caso di risoluzione del presente accordo, l'Istituto ha l'obbligo di provvedere, entro sessanta giorni dal ricevimento della relativa richiesta, alla restituzione delle somme corrisposte sino alla data di risoluzione dell'accordo.

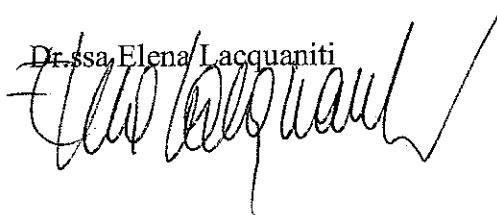
Il presente accordo si compone di 8 articoli, e di due allegati, e viene redatto in due originali.
Letto, approvato e sottoscritto

MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

Il Direttore Generale
Dr. Fabrizio Oleari

ISPO
Istituto per lo Studio e la Prevenzione
Oncologica

Dr.ssa Elena Lacquaniti





Ministero della salute



Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie



Scenari futuri dell'abitudine al fumo in Italia tramite modelli di simulazione di impatto di politiche di controllo del tabagismo

ANALISI STRUTTURATA DEL PROBLEMA

Descrizione ed analisi del problema

Le proiezioni future della prevalenza di fumo al 2025 in USA prevedono un calo dell'1,0% annuo (dal 20,6% nel 2005 al 15,5%), se lo scenario del controllo del tabagismo rimarrà invariato. Invece l'aumento del prezzo delle sigarette di \$ 2 per pacchetto, l'introduzione di leggi anti-fumo in tutti gli USA, lo sviluppo di campagne mediatiche anti-fumo, di interventi scolastici e di programmi per la cessazione (rimborso completo delle spese per i trattamenti per smettere; linee telefoniche gratuite per fumatori, counseling estensivo del personale sanitario), con controllo reale delle vendite di tabacco ai minori, potrebbe portare ad una prevalenza di fumo nel 2025 del 9,7%. Per scendere sotto questo livello, viene raccomandato di regolamentare la produzione e distribuzione del tabacco (programma di diminuzione dei cancerogeni e tossici presenti nelle sigarette; rendere disponibile la terapia sostitutiva nicotinicica presso rivenditori di sigarette; incentivare l'utilizzo di nicotina medicinale in sostituzione delle sigarette) [1]. Non a caso è stata approvata nel giugno 2009 la legge "Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act" (H.R. 1256) [2], che dà il potere alla Food & Drug Administration (FDA) di regolamentare il tabacco.

Nel 1986-1993 la diminuzione media della prevalenza di fumo in Italia è stata del 2% annuo in entrambi i sessi, mentre nel 1993-99 dell'1,3% annuo negli uomini. Nello stesso periodo invece nelle donne si è registrato un aumento dello 0,7% annuo. Nel 2000-09 infine la prevalenza ha continuato a scendere negli uomini ad un ritmo lievemente più basso del periodo precedente (0,9% annuo), metà di quello registrato nel 1986-1993, arrivando nel 2009 ad una prevalenza pari a 29,5%. Nelle donne dal 2000 in poi la prevalenza si è assestata intorno al 17% [3].

Le politiche di controllo del tabagismo attuate in Italia dal 1970 in poi sono evidentemente in parte responsabili di questa diminuzione [4]. Rispetto alla Convenzione Quadro per il controllo del tabagismo (FCTC) dell'OMS [5], molte politiche sono già state sviluppate in Italia. Il divieto di fumo in ospedali, scuole, cinema e trasporti pubblici è entrato in vigore nel 1975, mentre il divieto nelle amministrazioni pubbliche nel 1995, e la legge di divieto in tutti i luoghi di lavoro e locali di intrattenimento nel 2005 [6]. Nel 1983 è stato introdotto il bando della pubblicità sul fumo e nel 1991 la pubblicità indiretta alla televisione. Dopo la denuncia e il successivo accordo con la Philip Morris, il contrabbando nel 2000 è crollato in Italia, mentre il prezzo delle sigarette dal 1990 al 2000 è aumentato intorno al 2% annuo e dal 2000 è passato da circa 4-5.000 lire ad oltre 4 euro nel 2009. Dalla fine del secolo scorso sono stati istituiti in tutto il territorio nazionale circa 250 centri anti-fumo e sono state sviluppate due linee telefoniche gratuite per i fumatori che vogliono smettere [4]. Inoltre tramite progetti CCM è stata costituita una rete di operatori sanitari che ha permesso di diffondere sul territorio nazionale interventi scolastici per ridurre l'iniziazione e interventi nei luoghi di lavoro e nelle comunità per aumentare la cessazione [6]. Secondo la classifica europea per il controllo del tabagismo stilata da Joossens nel 2007 [7], l'Italia è decima. Totalizza buoni punteggi per l'introduzione nel 2005 della legge 3/2003 e per il bando pressoché totale della pubblicità pro-tabacco. Totalizza invece punteggi bassi per i bassi investimenti per campagne mediatiche anti-tabacco. Ottiene punteggi intorno alla sufficienza per le politiche del rialzo del prezzo, per la presenza di scritte sui pacchetti che informino sui rischi per la salute e per lo sviluppo di aiuti per la cessazione (centri antifumo, linea telefonica gratuita per fumatori).

Ma la prevalenza di fumo non sta diminuendo ad una grande velocità; anzi, nel 2009 si è registrato addirittura un leggero incremento (dal 22,2% al 23,0%).

Quindi, quali ulteriori politiche di controllo del tabagismo sono necessarie per ridurre la prevalenza di fumo?

E quale impatto economico e in termini di riduzione della prevalenza avranno?

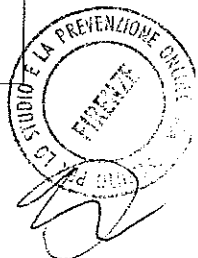
Uno dei motivi per cui la prevalenza di fumo non sta calando a velocità sostenuta è che non tutte le politiche raccomandate dall'OMS sono state introdotte in Italia, oppure che quelle già introdotte possono essere ulteriormente potenziate.

Tra le tradizioni politiche da introdurre ex-novo in Italia o da potenziare ci sono l'ulteriore rialzo dei prezzi; il potenziamento del "Pacchetto cessazione" (potenziamento dei centri anti-fumo, delle linee telefoniche gratuite per fumatori e introduzione della completa rimborsabilità dei trattamenti per smettere); l'introduzione di immagini sul pacchetto di sigarette; il potenziamento del "Pacchetto pubblicità" (conduzione e valutazione di campagne mediatiche anti-fumo); il "Pacchetto Scuola" (potenziamento degli interventi scolastici per ridurre l'iniziazione), e infine l'innalzamento del divieto di vendita dai 16 ai 18 anni con controllo del divieto. Alcune di queste politiche tradizionali, come il pacchetto cessazione, il pacchetto pubblicità e il pacchetto scuola possono essere adottate anche su base regionale.

Inoltre ci sono politiche non tradizionalmente sviluppate, che potrebbero dare un'ulteriore accelerazione alla diminuzione della prevalenza, come la regolamentazione della produzione e distribuzione dei prodotti del tabacco.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

Per far sì che la prevalenza di fumo acceleri la sua diminuzione, è necessario introdurre queste ulteriori politiche di controllo. Per far questo, è necessario stimare prima l'impatto della loro introduzione in termini di diminuzione del numero di fumatori, ma anche in termini di costo-efficacia, in modo da verificare quali sono prioritarie, ovvero quali riducono maggiormente e/o più velocemente il numero di fumatori e allo stesso tempo risultano più economiche.



Fattibilità e criticità delle soluzioni proposte

Per effettuare tali stime di impatto, è necessario sviluppare un modello di popolazione che descriva l'andamento nel tempo del numero di fumatori, non fumatori ed ex fumatori, in base alle prevalenze di fumo osservate in Italia negli ultimi 25 anni [3]. Il numero di fumatori evolve nel tempo a seconda dei tassi di iniziazione e cessazione al fumo e delle probabilità di morte attribuibile al fumo [1,8-10]. I parametri di iniziazione e cessazione possono essere stimati scegliendo quei valori che meglio riproducono la prevalenza osservata in Italia. Una volta stimati questi parametri, è possibile implementare il modello per ottenere previsioni future di prevalenza del fumo, assumendo che i tassi di iniziazione e cessazione si modifichino in conseguenza dell'applicazione di specifiche politiche di controllo del tabagismo. Le stime di riduzione della prevalenza di fumo e di costo-efficacia in base all'introduzione di specifiche politiche sono basate su revisioni di Letteratura sull'argomento e sul giudizio di un Panel di esperti che verifichino l'applicabilità di tali stime al contesto italiano nazionale e regionale, seguendo un processo già effettuato per gli USA [1].

Questo Panel di esperti sarà costituito da:

Dr. Silvano Gallus e Prof. Carlo La Vecchia, Istituto Mario Negri, Milano; Prof. Fabrizio Faggiano, Università del Piemonte Orientale; dr. Simone Ghislandi, Università Bocconi, Milano; Dr. Giuseppe Gorini e dr.ssa Giulia Carreras, ISPO, Firenze; Dr. Francesco Barone Adesi, CPO Piemonte; Dr. Lorenzo Spizzichino e dr.ssa Daniela Galeone, Ministero della Salute, Roma. È stata inoltre chiesta la supervisione del Dr. Davy T. Levy, Università di Baltimora, USA, ideatore del modello di stime effettuate per gli USA [10]. Per il costo del responsabile del progetto e le spese generali del progetto è necessario prevedere un costo di 2.900 e 11.600 euro, rispettivamente. Per la messa a punto del modello previsionale della prevalenza del fumo, è necessario effettuare un contratto di collaborazione coordinata a progetto a statistico o matematico esperto, della durata di un anno (38.000 euro, secondo tabella contrattisti secondo delibera ISPO n. 26/2010 allegata).

Per quanto riguarda le tradizionali politiche di controllo del tabagismo (obiettivo specifico 1), le criticità del progetto sono legate soprattutto, per alcune di queste politiche, all'adattare al contesto italiano le stime di impatto presenti in Letteratura, ma basate solo sull'introduzione di tali politiche in altri Paesi e non in Italia.

Per quanto riguarda le politiche di regolamentazione dei prodotti del tabacco, non tradizionalmente sviluppate né in Italia né in altri Paesi (obiettivo specifico 2), la criticità maggiore sarà quella di fornire stime di riduzione della prevalenza di fumo in base ai pochi articoli presenti in Letteratura che fanno proiezioni o che riportano esperienze di altri Paesi, non però determinate dall'introduzione di una vera e propria regolamentazione dei prodotti del tabacco (ad esempio, la diffusione negli ultimi 30 anni in Svezia del tabacco senza fumo snus, non per adozione di alcuna particolare politica di regolamentazione, che ha determinato però una marcata diminuzione della prevalenza di fumo negli uomini svedesi con conseguente caduta della mortalità fumo-correlata [1]).

Per quanto riguarda presentare scenari differenziati per due-tre gruppi di regioni italiane, in base alle caratteristiche della prevalenza di fumo in queste aree e al grado di sviluppo di una rete di operatori sanitari per il controllo del tabagismo (obiettivo specifico 3), la criticità principale sarà quella di creare scenari attendibili e realistici, in modo da stimolare effettivamente lo sviluppo di politiche regionali per il controllo del tabagismo e da innescare un processo di competizione per lo sviluppo di tali politiche a livello regionale.

Bibliografia

1. Institute of Medicine (IOM). Ending the tobacco problem: A blueprint for the nation. Washington, DC: The National Academies Press, 2007.
2. H.R.1256: Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act, 111th Congress (<http://www.govtrack.us/congress/bill.xpd?bill=h111-1256>)
3. Iannucci G, Istat, comunicazione personale.
4. Gorini G, Seniori Costantini A, Paci E. Smoking prevalence in Italy after the smoking ban: towards a comprehensive evaluation of Tobacco Control Programmes in Europe. *Prev Med* 2007;45:123-4.
5. Organizzazione Mondiale della Sanità. Convenzione Quadro per il controllo del tabagismo (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>)
6. Ministero della Salute. Attività per la prevenzione del tabagismo. Rapporto 2009. Ministero della Salute, Roma, 2010 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_844_listaFile_itemName_0_file.pdf).
7. Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tob Control* 2006;15:247-53.
8. Mendez D, Warner KE, Courant PN. Has Smoking Cessation Ceased? Expected Trends in the Prevalence of Smoking in the United States *Am J Epidemiol* 1998;148(3):249-58.
9. Gartner CE, Barendregt JJ, Hall WD. Predicting the future prevalence of cigarette smoking in Australia: how low can we go and by when? *Tobacco control* 2009;18(3):183-9
10. Levy DT, Hyland A, Hignee C, Remer L, Compton C. The role of public policies in reducing smoking prevalence in California: results from the California Tobacco policy simulation model. *Health Policy* 2007;82(2): 167-185



OBIETTIVO GENERALE

Prevedere l'impatto delle politiche di controllo del tabagismo raccomandate dalla Convenzione Quadro per il controllo del tabagismo (FCTC) dell'OMS, non ancora sviluppate in Italia o suscettibili di miglioramento.

OBIETTIVO SPECIFICO 1

Effettuare una previsione di impatto in termini di riduzione della prevalenza di fumo nei prossimi 40 anni e di costo-efficacia (costo per anno guadagnato di vita libera da disabilità o per fumatore guadagnato), dell'adozione singolarmente o congiuntamente delle tradizionali politiche di controllo del tabagismo non ancora o in parte implementate in Italia, per cui sono già note dalla Letteratura alcune valutazioni di impatto:

- 1.1. Ulteriore rialzo dei prezzi;
- 1.2. Pacchetto cessazione: potenziamento dei centri anti-fumo, delle linee telefoniche gratuite per fumatori e introduzione della completa rimborsabilità dei trattamenti per smettere
- 1.3. Introduzione di immagini sul pacchetto di sigarette per informare sui danni
- 1.4. Pacchetto pubblicità: conduzione e valutazione di campagne mediatiche anti-fumo
- 1.5. Innalzamento del divieto di vendita dai 16 ai 18 anni con controllo del divieto
- 1.6. Pacchetto scuola: potenziamento degli interventi scolastici per ridurre l'iniziazione.

OBIETTIVO SPECIFICO 2

Prevedere uno scenario di impatto in termini di riduzione della prevalenza di fumo della seguente politica di controllo del tabagismo, non tradizionalmente adottata, con supporto solamente di suggerimenti dalla Letteratura:

Regolamentazione della produzione e distribuzione delle sigarette (programma di diminuzione dei cancerogeni e tossici presenti nelle sigarette; rendere disponibile la terapia sostitutiva nicotinicca presso rivenditori di sigarette; incentivare l'utilizzo di nicotina medicinale in sostituzione delle sigarette).

OBIETTIVO SPECIFICO 3

Effettuare stime di impatto in termini di prevalenza di fumo delle politiche tradizionali di controllo del tabagismo che potrebbero essere implementate anche a livello regionale (1.2. Pacchetto cessazione; 1.4. Pacchetto pubblicità; 1.6. Pacchetto scuola), singolarmente o in concomitanza con politiche di controllo nazionali, diversificate per almeno 2-3 grandi gruppi di regioni italiane, riunite in base alle caratteristiche della prevalenza dell'abitudine al fumo e al grado di sviluppo di una rete di operatori sanitari per il controllo del tabagismo.

CAPO PROGETTO: Dr. Giuseppe Gorini, medico epidemiologo, U.O Epidemiologia ambientale occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
	Dr. Giuseppe Gorini, medico epidemiologo, ISPO, Firenze	- Effettuazione dell'obiettivo specifico 1 - Effettuazione dell'obiettivo specifico 2 - Effettuazione dell'obiettivo specifico 3



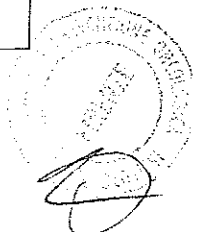
PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	
Indicatore/i di risultato	Indicatori di risultato elencati negli obiettivi specifici 1, 2 e 3
Standard di risultato	Standard di risultato elencati negli obiettivi specifici 1, 2 e 3

Obiettivo specifico 1	
Indicatore di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Stima dalla Letteratura della riduzione della prevalenza di fumo per l'adozione di ognuna delle politiche sopra-descritte (da 1.1 a 1.6) • Stima dalla Letteratura del costo in euro per fumatore guadagnato o per anno guadagnato di vita libera da disabilità per l'adozione di ognuna delle politiche sopra-descritte (da 1.1 a 1.6) • Previsione della prevalenza di fumo nei prossimi 40 anni utilizzando un modello dinamico di popolazione, in base alla stima di riduzione della prevalenza di fumo ricavata dalla Letteratura
Standard di risultato	<p>Effettuare almeno 6 stime di impatto per l'introduzione delle 6 politiche tradizionali, sia in termini di stima della riduzione della prevalenza di fumo, sia in termini di stima del costo per fumatore guadagnato o per anno guadagnato di vita libera da disabilità.</p> <p>Effettuare almeno 9 previsioni della prevalenza di fumo nei prossimi 40 anni in base all'introduzione delle 6 politiche singolarmente o di 3 diversi scenari caratterizzati dall'introduzione congiunta di almeno 2 politiche per scenario.</p>

Obiettivo specifico 2	
Indicatore di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Stima della prevalenza di fumo per l'adozione totale o parziale della regolamentazione della produzione e distribuzione delle sigarette • Previsione della prevalenza di fumo nei prossimi 40 anni utilizzando un modello di popolazione, in base alla stima di riduzione della prevalenza di fumo per l'adozione totale o parziale della suddetta politica
Standard di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare almeno 2 stime di impatto in termini di riduzione della prevalenza di fumo per l'introduzione totale o parziale della regolamentazione della produzione e distribuzione delle sigarette. • Effettuare almeno 3 previsioni della prevalenza di fumo nei prossimi 40 anni in base all'introduzione totale o parziale della regolamentazione della produzione e distribuzione delle sigarette, congiuntamente all'adozione di una o più politiche tradizionali descritte nell'obiettivo specifico 1.

Obiettivo specifico 3	
Indicatore di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione di scenari di sviluppo di possibili politiche regionali per il controllo del tabagismo (1.2. Pacchetto cessazione; 1.4. Pacchetto pubblicità; 1.6. Pacchetto scuola) diversificate per 2-3 gruppi di regioni italiane, omogenee per abitudine al fumo e grado di sviluppo di una rete di operatori sanitari per il controllo del tabagismo. • Previsione della prevalenza di fumo nei prossimi 40 anni utilizzando un modello di popolazione, in base agli scenari regionali selezionati.
Standard di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Produrre almeno uno scenario per ognuno dei 2-3 gruppi di regioni • Effettuare almeno 4 previsioni della prevalenza di fumo nei prossimi 40 anni in base ai 2-3 scenari regionali, congiuntamente o meno all'introduzione di politiche tradizionali implementate su scala nazionale.



CRONOGRAMMA

OBIETTIVO SPECIFICO 1

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione di Letteratura in termini di riduzione di prevalenza	X	X	X	X	X							
Revisione di Letteratura in termini di impatto economico (costo-efficacia)			X	X	X							
Stesura report prima fase						X						
Giudizio degli esperti del Panel				X	X		X	X	X			
Elaborazione dei modelli di previsione					X		X	X	X	X	X	
Stesura del report finale												X

OBIETTIVO SPECIFICO 2

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione di Letteratura			X	X	X							
Stesura report prima fase						X						
Giudizio degli esperti del Panel								X	X			
Elaborazione dei modelli di previsione								X	X	X	X	
Stesura del report finale												X

OBIETTIVO SPECIFICO 3

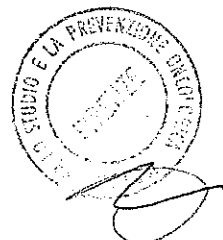
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Raggruppamento delle regioni italiane in 3 grandi gruppi							X					
Giudizio degli esperti del Panel								X	X			
Elaborazione dei modelli di previsione								X	X	X	X	
Stesura del report finale												X

PIANO FINANZIARIO

Unità Operativa 1		
Risorse	ANNO 1	Totale in €
<i>Personale</i>		
Costo per attività del capo progetto (dr. Gorini, dipendente ISPO a tempo indeterminato)	2.900 euro	2.900 euro
N.1 contratto di collaborazione a progetto per statistico o matematico esperto	38.000 euro	38.000 euro
<i>Missioni</i>		
Rimborso spese per effettuazione riunioni del Panel e per presentazione dei risultati a convegni	5.500 euro	5.500 euro
<i>Spese generali</i>		
	11.600 euro	11.600 euro

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Anno 1	tot
<i>Personale</i>	40.900 euro	
<i>Beni e servizi</i>	--	
<i>Missioni</i>	5.500 euro	
<i>Spese generali</i>	11.600 euro	
Totale	58.000 euro	





Ministero della Salute

Allegato 2

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

RENDICONTO I - II - III SEMESTRE/FINALE DEL FINANZIAMENTO CONCESSO PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "....."

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

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- che nel primo/secondo/..... Semestre, periodo, sono state impegnate e/o spese
le seguenti somme:

ovvero

- che per la realizzazione del progetto sono state sostenute le spese di seguito riportate:

DETTAGLIO DELLE SPESE

TIPOLOGIA SPESA (*)	VOCE DI COSTO	IMPORTO	DATA CONTRATTO	BENEFICIARIO
.....				
	TOTALE	€		
.....				
	TOTALE	€		
.....				
	TOTALE	€		
.....				
	TOTALE	€		
.....				
	TOTALE	€		
.....				
	TOTALE	€		
TOTALE COMPLESSIVO		€		

(*) Nella colonna "Tipologia spesa" vanno riportate le spese indicate nel piano finanziario allegato al progetto.

NOTE: Nella presente tabella vanno indicate le somme impegnate e/o le spese sostenute nel trimestre/semestre di riferimento. Le somme impegnate vanno contrassegnate con il simbolo "(i)", mentre le spese sostenute con il simbolo "(S)". In caso di rendiconto finale vanno indicate esclusivamente le spese effettivamente sostenute.

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

Data,

FIRMA