

CENTRO DI RESPONSABILITA' DEL PROGETTO: ___ Dipartimento di Prevenzione
Area Medica

**PROGETTO PER UN PROGRAMMA DI RECUPERO (CATCH UP)
DELLE VACCINAZIONI CONTRO IL PAPPILLOMA VIRUS UMANO
(HPV), IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 11, COMMA 7, DELLA
LEGGE REGIONALE 12.12.2022, n. 22**

come rifinanziato dall'art. 1 comma 2 tabella B) della L.R. 8 maggio 2025 n. 12

PROJECT MANAGER: ___ Dott.ssa Maria Adelia Aini ___

CODICE DEL PROGETTO: _____

Olbia, 28/01/2026

Numerazione progressiva Archivio PMO:

N° ____/202X

Sezione 1 – a cura del Project Manager (PM) e del Project Management Office (PMO)**1. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA SU CUI SI PROPONE DI INTERVENIRE**

Fornire una descrizione delle caratteristiche principali del problema a cui si vuole dare soluzione.

La descrizione dovrebbe fornire elementi di giudizio utili a comprendere la sua rilevanza in termini clinici e/o tecnici e/o amministrativi e/o organizzativi.

Lo Human Papilloma Virus o HPV è un insieme di virus a DNA appartenenti alla famiglia Papillomaviridae, attualmente rappresenta la malattia sessualmente trasmessa più diffusa, se ne conoscono più di 200 genotipi responsabili di numerose patologie e accumulati per il tropismo verso cute e mucose. Tra questi, circa 40 sono risultati associati a patologie del tratto ano-genitale, sia benigne che maligne. La stragrande maggioranza delle infezioni è transitoria e asintomatica, tuttavia, se l'infezione persiste, può manifestarsi con una varietà di lesioni della pelle e delle mucose, a seconda del genotipo di HPV coinvolto. Alcuni tipi di HPV sono definiti ad alto rischio oncogeno poiché associati all'insorgenza di neoplasie; il tumore più comunemente associato è il carcinoma del collo dell'utero (carcinoma della cervice uterina), il primo tumore maligno ad essere riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) totalmente riconducibile a un'infezione.

L'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) ha confermato l'evidenza oncogena per 12 tipi di HPV. Alcuni tipi hanno una tendenza a progredire in cervicocarcinoma maggiore di altri, si stima, infatti, che HPV 16 e HPV 18 siano responsabili di oltre il 70% dei casi di questo tumore. Includendo anche i tipi di HPV 45, 31, 33, 52, 58 e 35 sono coperti quasi il 90% dei tumori della cervice. I tipi di HPV a basso rischio sono associati a lesione benigne come i condilomi genitali, che seppur a prognosi più favorevole, rappresentano un importante fonte di disagio oltre che favorire la trasmissione di altre malattie sessualmente trasmesse.

Numerosi studi concordano nel ritenere la giovane età, il numero dei partner sessuali e la precocità al momento del primo rapporto sessuale, tra i fattori di rischio più rilevanti per l'acquisizione dell'infezione da HPV.

L'infezione da HPV è molto frequente nella popolazione: si stima infatti che fino all'80% delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della vita con un virus HPV, con un picco di prevalenza nelle giovani donne fino a 25 anni di età. La storia naturale dell'infezione è fortemente condizionata dall'equilibrio che si instaura fra ospite e virus. Esistono, infatti, tre possibilità di evoluzione dell'infezione da HPV: regressione, persistenza e progressione.

La maggior parte delle infezioni da HPV è transitoria, perché il virus viene eliminato dal sistema immunitario prima di sviluppare un effetto patogeno. Il 60-90% delle infezioni da HPV, incluse quelle da tipi oncogeni, si risolve spontaneamente entro 1-2 anni dal contagio. La persistenza dell'infezione virale è invece la condizione necessaria per l'evoluzione verso il carcinoma. In questo caso, si possono sviluppare lesioni precancerose che possono progredire fino al cancro della cervice. In caso di infezione persistente, il tempo che intercorre tra l'infezione e l'insorgenza delle lesioni precancerose è di circa 5 anni, mentre la latenza per l'insorgenza del carcinoma cervicale può essere di decenni (20-40 anni). Il carcinoma della cervice uterina rappresenta un esito raro, tuttavia, esso rappresenta il quarto tumore più frequente nel sesso femminile.

In Italia, nel 2020, sono stati stimati circa 2.400 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina pari all'1,3% di tutti i tumori nelle donne, posizionandosi al quinto posto fra i tumori più frequenti nelle donne di età

compresa fra 0 e 49 anni (I numeri del cancro in Italia 2020). A questo carico di malattia, già considerevole, va aggiunto quello delle altre patologie HPV-correlate, nonché i costi economici diretti e indiretti legati alla diagnosi, al trattamento e all'impatto sui pazienti e sulle loro famiglie. I tipi oncogeni di HPV, oltre ad essere responsabili della totalità dei tumori della cervice uterina, sono responsabili di circa il 90% dei tumori dell'ano, 70% dei tumori della vagina, 50% dei tumori del pene e 40% dei tumori della vulva. L' HPV risulta inoltre responsabile del 26% dei tumori dell'orofaringe (inclusi i tumori delle tonsille e della base della lingua). Studi epidemiologici hanno rilevato DNA di HPV a basso rischio nel 100% dei condilomi ano-genitali e delle papillomatosi respiratorie giovanili ricorrenti, attribuibili nella maggior parte dei casi ad HPV 6 e Hpv 11. **La vaccinazione rappresenta la principale strategia di prevenzione primaria per il controllo dell'infezione da HPV.** Il vaccino oggi utilizzato è il 9-valente di tipo ricombinante ed adsorbito, ovvero contenente 9 varianti della Proteina L1 sotto forma di particelle simili al virus prodotte da cellule di lievito mediante tecnologia da DNA ricombinante.

In Italia la vaccinazione anti-HPV, secondo il Piano di Prevenzione Vaccinale Nazionale (PNPV 2023-2025) ed il Calendario Vaccinale per la Vita (aggiornato al 20 marzo 2023) è raccomandata e offerta gratuitamente a ragazze e ragazzi (per i maschi a partire dalla coorte del 2006) al compimento dell'11° anno e viene somministrata in due dosi a distanza di 6 mesi. Se il ciclo vaccinale inizia dopo il compimento del 15° anno, le dosi previste sono tre, a tempo 0, 2 e 6 mesi. La vaccinazione rimane raccomandata ed offerta gratuitamente, per le donne, sino al compimento del 26° anno di vita, corrispondente all'avvio della campagna di screening, mentre per gli uomini, a partire dalla coorte 2006, sino al 18° anno di vita.

Il Ministero della Salute ha reso noti i dati nazionali e regionali di copertura, al 31/12/2024, per la vaccinazione anti-HPV nella popolazione femminile e maschile, relativamente alle corti di nascita 2000-2012. I dati delle coperture vaccinali (ciclo completo), sia per le femmine che per i maschi, pur mostrando ancora valori bassi sulle rilevazioni puntuali nei target primari dell'intervento, evidenziano un miglioramento rispetto all'anno precedente; si conferma inoltre il trend in miglioramento osservato anche negli anni precedenti sulle singole coorti di nascita (recuperi vaccinali), tuttavia, la copertura vaccinale media per HPV nelle ragazze è al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel 12° anno di vita). Anche a livello regionale, nessuna Regione/PA raggiunge il 95% in nessuna delle coorti prese in esame.

2. DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Per quanto riguarda la vaccinazione anti-HPV nella popolazione femminile e maschile, i dati di copertura al 31.12.2024, nazionali e regionali, per la vaccinazione anti-HPV per le coorti di nascita 2000-2012 confermano il trend in miglioramento sulle singole coorti di nascita (recuperi) ma continuano a mostrare valori molto bassi sulle rilevazioni puntuali nei target primari dell'intervento vaccinale.

I dati regionali confermano il trend di miglioramento dei recuperi e nella stessa linea si pone l'andamento delle coperture della ASL 2, dove, a seguito della già avviata azione di catch up si rileva un incremento delle coperture come rilevabile nella tabella 1.

| | | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| al 31/12/2023 | F | 70,26 | 72,78 | 65,3 | 67,33 | 61,29 | 62,36 | 61,87 | 49,59 | 59,68 | 46,59 | 41,26 | 21,42 | | |
| | M | 0,59 | 1,76 | 3 | 6,81 | 21,92 | 30,26 | 39,12 | 34,1 | 42,9 | 33,93 | 27,34 | 14,48 | | |
| al 31/12/2024 | F | 64,73 | 73,06 | 64,9 | 67,93 | 61,49 | 63,9 | 66,36 | 56,94 | 62,7 | 58,54 | 53,91 | 40,7 | 28,44 | |
| | M | 1,29 | 2,17 | 3,44 | 7,34 | 22,75 | 31,03 | 45,81 | 39,86 | 47,65 | 44,93 | 41,64 | 33,03 | 15,96 | |
| al 31/12/2025 | F | 63,11 | 72,43 | 65,38 | 67,92 | 62,08 | 64,13 | 68,31 | 60,13 | 64,62 | 61,2 | 58,64 | 51,31 | 45,5 | 29,25 |
| | M | 1,28 | 2,59 | 3,81 | 7,79 | 23,02 | 31,47 | 46,62 | 43,13 | 49,46 | 46,79 | 49,42 | 42,98 | 30,86 | 21,67 |

L'azione di recupero finora svolta a livello locale ha risentito di alcuni elementi in parte comuni a quelli riscontrati a livello nazionale e internazionale, altri propri della nostra realtà aziendale.

Il vaccino per l'Hpv potrebbe prevenire quasi tremila morti l'anno in Italia dovuti ai tumori correlati all'infezione, ma nel nostro paese sette genitori su dieci credono che invece questa forma di prevenzione non sia utile, e per otto su dieci l'Hpv non è una malattia grave. Il risultato di questa scarsa consapevolezza è che nel nostro paese la copertura è ancora molto bassa, con appena metà della popolazione target, ragazze e ragazzi sotto i 12 anni, che è effettivamente protetta.

Secondo i dati del progetto europeo Perch, appena concluso, di cui l'Iss è stato capofila italiano, i genitori mostrano una scarsa fiducia nell'efficacia del vaccino, dubbi sulla sicurezza dello stesso e ben il 40% dei genitori intervistati dichiara di aver paura degli effetti avversi. Altro elemento rilevato è la riferita difficoltà nel raggiungere i centri vaccinali, percepita dal 70% degli intervistati, e anche il fatto che 6 su 10 non sanno che il vaccino è gratuito. Il risultato è che, come dimostrano i dati del ministero della Salute, in Italia nessuna regione ha raggiunto il 95% delle coperture, con dati riferiti alla coorte 2012 (al 31/12/2024) che rileva una copertura a livello nazionale del 51,18% e 44,63% rispettivamente F e M, in Sardegna il dato è pari al 37,83% e 32,79%.

Il dato relativo alla ASL 2 Gallura per lo stesso periodo (coorte 2012 -copertura al 31/12/2024) è pari al 28,44% F e 15,96% M.

L'attività di recupero svolta nel corso del 2025 ha portato gli stessi valori al 45,50% F e 30,86% M. In tab. 1 si può verificare come la chiamata attiva volta al recupero delle coperture vaccinali possa essere favorevolmente accolta e possa contribuire alla riduzione dell'incidenza dei tumori correlati all'infezione, il lavoro è quindi volto, da un lato a capovolgere le percezioni negative verso la vaccinazione attraverso un'informazione corretta e basata su evidenze e dall'altro ad offrire la vaccinazione garantendo gratuità, accessibilità ed equità nell'offerta.

È proprio su tale ultimo aspetto che si intende agire con il presente progetto che mira a superare la criticità determinata presso il Servizio di Igiene Pubblica della ASL Gallura dalla carenza del personale medico. A fronte di una popolazione residente di circa 160mila persone, e con un trend di popolazione in crescita, sono attualmente in Servizio solo 4 Dirigenti medici sul territorio di pertinenza di Olbia e 2 Dirigenti medici sul territorio di Tempio Pausania. Il personale medico del SISP risulta impegnato costantemente nelle attività che, oltre l'attività vaccinale, comportano l'assolvimento dei compiti di polizia necroscopica, medicina legale, commissioni invalidi, edilizia, commissioni pubblico spettacolo, ecc.

L'attività vaccinale viene normalmente svolta presso la sede di Olbia su 2 ambulatori dal lunedì al venerdì con 1 Medico e 3 operatori del comparto (infermieri e/o assistenti sanitari) e presso la sede di Tempio P. su 1 ambulatorio dal lunedì al giovedì con 1 medico e 1 infermiere. L'attività viene svolta su appuntamento e pertanto la chiamata attiva per il recupero risulta fortemente condizionata dalla numerosità degli accessi per tutte le altre vaccinazioni previste dal calendario vaccinale o su richiesta per i pazienti fragili.

La disponibilità di personale sanitario (medici, assistenti sanitari), in aggiunta a quello presente, consentirebbe l'apertura di un ambulatorio dedicato alla vaccinazione HPV e questo faciliterebbe l'accesso con appuntamento orario eventualmente da concordare sia durante la mattina che nel pomeriggio, vista la disponibilità del personale sanitario sia in orario di servizio che in orario extra.

L'offerta vaccinale potrà essere estesa in sedi esterne ai Centri Vaccinali in accordo con istituti scolastici o consultori e pianificando variazioni anche nella disponibilità di accesso con sedute straordinarie serali o nei weekend.

3. OBIETTIVI DEL PROGETTO

REGIONALI

DGR N. 27/39 del 10.08.2023:

- raggiungimento della copertura vaccinale, per ciclo completo e per entrambi i sessi \geq del 95%, mediante attività di recupero (catch up) delle vaccinazioni, con chiamata attiva, a partire dalle coorti di nascita più recenti (con priorità assoluta per le coorti delle ragazze fino al compimento del quindicesimo anno di vita);
- attuazione di iniziative di informazione/formazione congiunta con il coinvolgimento attivo di diverse figure professionali al fine di rendere omogenea la comunicazione nei confronti della popolazione target e la definizione di procedure comuni di invio alla vaccinazione anti HPV per le donne venticinquenni non vaccinate che sono chiamate attivamente per la citologia vaccinale, ed alle donne già trattate per le lesioni pre-cancerose (Programma Libero PL13 del PRP 2020-2025) realizzazione di strumenti e materiale informativo rivolto alla popolazione target e alle loro famiglie e programmazione degli interventi per favorirne la scelta consapevole (Programma Predefinito PP1 "Scuole che promuovono salute" del PRP 2020-2025).

AZIENDALI

- Recupero (catch-up) delle vaccinazioni di tutte le coorti indicate dalla DGR 27/39 del 10.08.2023, sino al raggiungimento del target di coperture 95% previsto dal PNPV 2023-25;
- Aumento del numero di sedute vaccinali dedicate al recupero HPV (ordinariamente e in extra orario) grazie all'impiego di personale medico a tempo determinato con programmazione settimanale/mensile formalizzata.
- Implementazione di campagne di chiamata attiva e recall (lettere, telefonate, collaborazione con MMG/PLS, scuole, consultori) per tutti i non vaccinati o con ciclo incompleto nelle coorti target.
- Rendicontazione periodica trimestrale dei risultati rispetto agli obiettivi fissati e rimodulazione delle attività in base agli scostamenti osservati

4. BENEFICI E RISULTATI ATTESI

- Miglioramento della qualità dei flussi informativi (recupero dati storici, aggiornamento anagrafe vaccinale, registrazione tempestiva delle dosi somministrate).
- Riduzione delle positività al PAP-Test ed HPV-DNA Test, effettuati nelle campagne di screening, con una conseguente riduzione degli esami di secondo livello, più invasivi e costosi, e quindi una riduzione delle diagnosi di lesioni precancerose.
- Riduzione dell'incidenza delle infezioni HPV correlate e conseguente riduzione dell'incidenza delle neoplasie HPV correlate nei due sessi.

5. WORK BREAKDOWN STRUCTURE (WBS) "Cosa si deve fare"

La WBS permette di scomporre il progetto nelle sue fasi/attività; ciascun livello rappresenta porzioni sempre più dettagliate del progetto, fino ad arrivare a descrivere la singola attività e ad attribuirne la responsabilità operativa.

1. Predisposizione atti per l'assunzione dei Dirigenti Medici a tempo determinato (profilo, durata incarico, sedi di attività, turnistica, budget di costo, integrazione con personale strutturato)
2. Inserimento, formazione e affiancamento dei medici a TD su anagrafe vaccinale AVacS, consenso informato, gestione eventi avversi, comunicazione con soggetti esitanti, procedure di seduta HPV.
3. Definizione del modello di offerta presso le sedi dei centri vaccinali o con sedute scolastiche in accordo con istituti o consultori.
4. Programmazioni operative: calendario sedute, assegnazione medici TD e infermieri o assistenti sanitari, stima dosi/ sessione, logistica (locali, frigo, trasporto vaccino, dotazioni di emergenza)

6. ORGANIZATIONAL BREAKDOWN STRUCTURE (OBS) "Chi sono i responsabili"

L'OBS attribuisce la responsabilità (sulla base delle competenze) delle attività identificate con la WBS (WBS/OBS = Matrice della responsabilità). Le attività rappresentate devono poter essere pianificate, valutate, disposte di budget, programmate e, infine, controllate per l'assegnazione delle risorse al progetto.

1. Segreteria amministrazione Dipartimento di Prevenzione Area medica- SISP- IFP F. Conti _
2. Personale Medico Centri Vaccinali di Riferimento- Referente Vaccinazioni ASL Gallura. Dott.ssa M.A.Aini -
3. Definizione del modello di offerta presso le sedi dei centri vaccinali o con sedute scolastiche in accordo con istituti o consultori. IFO Dott.ssa D. Addis
4. Programmazioni operative: calendario sedute, assegnazione medici TD e infermieri o assistenti sanitari, stima dosi/ sessione, logistica (locali, frigo, trasporto vaccino, dotazioni di emergenza). Dott.ssa M.A. Aini - Dott. D. Addis

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' (RAM) "Assegnazioni responsabilità"

- Project Manager: Dott.ssa M.Adelia Aini
- Rendicontazioni economiche su orario svolto e trasmissione dati risorse umane: Flavia Conti
- Organizzazione sedute vaccinali e logistica: Dott. Daniela Addis .
- Trasmissione dati coperture, gestione flussi informativi: Dott.ssa M.A. Aini - Dott. Daniela Addis

8. FASI E TEMPI IN CUI È UTILE/OPPORTUNO ARTICOLARE IL PROGETTO

Descrivere le modalità previste/prevedibili attraverso cui dovrà necessariamente svilupparsi la realizzazione del progetto. In altri termini, in questo riquadro, è necessario articolare il progetto in fasi. Ogni fase dovrebbe:

- essere temporalmente individuabile,
- produrre un risultato **parziale** descrivibile e misurabile.

Potrebbe essere utile rappresentare la struttura del progetto attraverso un Diagramma di GANTT: a tal fine utilizzare la pagina successiva.

| PIANO OPERATIVO | | | | | |
|--|--|---|---|---------------|---------------|
| Fase | Attività | Responsabile | Risultato | Data inizio | Data fine |
| Predisposizione atti | progettazione HPV 2026 | M.Adelia Aini | Approvazione progetto HPV da parte della Direzione Aziendale | Gennaio 2026 | Febbraio 2026 |
| Predisposizione atti per assunzione dirigenti medici | Delibera manifestazione d'interesse | Segreteria amministrativa Dipartimento di Prevenzione | Pubblicazione atti | Febbraio 2026 | Marzo 2026 |
| formazione su vaccinazione HPV | 1. Valutazione schemi vaccinali 2. studio schede tecniche vaccinali 3. gestione seduta vaccinale 4. gestione eventi avversi 5. gestione esitazioni vaccinali | Dirigenti Medici SISP – IFO promozione prevenzione salute | Predisposizione e gestione sedute vaccinali | marzo 2026 | Aprile 2026 |
| Gestione e programmazione sedute vaccinali | Scelta delle coorti e chiamata attiva | Dirigenti Medici incaricati | Vaccinazione delle coorti definite e recupero ritarda | marzo 2026 | Dicembre 2026 |
| Report attività | Calcolo trimestrale coperture vaccinali | Dirigenti medici incaricati | Incremento delle coperture vaccinali delle coorti per le quali è stata programmata la chiamata attiva | marzo 2026 | Dicembre 2026 |

9. INDICATORI DI RISULTATO

| Descrizione OBIETTIVO | Descrizione Indicatore | Peso | Target di riferimento | Valore Atteso | Valore Minimo |
|---|---|------|------------------------------|-------------------------|--|
| Definizione delle coorti vaccinali da recuperare | Aggiornamento anagrafe AVacS | 20 | Coorti residenti 2000 - 2014 | 100% | 70% |
| Chiamata attiva delle coorti selezionate | N° di sedute vaccinali realizzate/N° di sedute vaccinali programmate | 20 | Coorti residenti 2000 - 2014 | n. 4 sedute settimanali | n. 4 sedute mensili |
| Vaccinazione con ciclo completo della coorte 2013 | N° di residenti M e F residenti iscritti AVacs con ciclo vaccinale completo HPV/ N° di residenti M e F iscritti AVacS | 50 | Coorti residenti 2000 - 2014 | 95% | Incremento del 10% sulle coorti scelte |
| Registrazione e report trimestrale dei flussi | Trasmissione dei report alla segreteria del Dip. Di Prevenzione | 10 | Registrazione Report | Report trimestrale | Report semestrale |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

10. PIANO ECONOMICO-FINANZIARIO
Fonte di finanziamento (Regionale)

Ente finanziatore R.A.S._-Assessorato Igiene e Sanità e Assistenza sociale ____

Provvedimento Determinazione n. **1086** del 26.09.2025 (pagamenti in favore di ciascuna ASL)

Importo del finanziamento EURO _101.898

Scadenza finanziamento _____

| TIPOLOGIA DI SPESA | DETTAGLIO SPESA | CONTI CO.GE. | CENTRI DI RISORSA | IMPORTO |
|---------------------|---|--------------|--|----------------|
| Formazione | Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale | | Servizio Formazione | |
| | Totale Formazione | | | € |
| Personale | Co.Co.Co. – Area Sanitaria | | Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane | € |
| | Co.Co.Co. – Area non Sanitaria- Ruolo tecnico | | | € |
| | Co.Co.Co. – Area non Sanitaria- Ruolo Amministrativo | | | |
| | T. Det. – Area Sanitaria 1 dirigente medico a tempo pieno | | | € 88.000 |
| | T. Det. – Area non Sanitaria | | | € |
| | Straordinario – Area Sanitaria | | | € |
| | Straordinario – Area non Sanitaria | | | € |
| | Prestazioni Aggiuntive – Area Sanitaria- prestazioni a progetto | | | € 13.898 |
| | Prestazioni Aggiuntive – Area non Sanitaria | | | € |
| | Totale Risorse Umane | | | |
| Beni | Sanitari | | Farmacia Ospedaliera e Territoriale | € |
| | Non Sanitari | | Servizi Amministrativi | € |
| | Totale fornitura di beni | | | € |
| Servizi | Sanitari | | Servizi Amministrativi | € |
| | Non Sanitari | | | € |
| | Totale fornitura di servizi | | | € |
| Investimenti | Attrezzature Sanitarie | | Settore Ingegneria Clinica | € |
| | Mobili e Arredi | | Servizio Contratti, Appalti e Acquisti | € |
| | ICT | | Servizio Sistemi Informativi | € |
| | Edilizia Sanitaria | | Servizi Tecnici e Logistica | € |
| | Totale Investimenti | | | €101898 |

Sezione 2 – a cura del Project Management Office (PMO)- Programmazione e Controllo

1 MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE PROGETTO –RIEPILOGO INDICATORI E RISULTATI

RENDICONTAZIONE ANNO _____

| Obiettivo | Indicatore | Peso | Fonte dei dati | Valore Atteso | Valore Minimo | Valore raggiunto al 30/06 | Valore Raggiunto al 31/12 | % raggiungimento obiettivi al 31.12 |
|-----------|------------|------|----------------|---------------|---------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

RENDICONTAZIONE DI FINE PROGETTO

| Obiettivo | Indicatore | Peso | Fonte dei dati | Valore Atteso | Valore Minimo | Valore Raggiunto | % raggiungimento obiettivi |
|-----------|------------|------|----------------|---------------|---------------|------------------|----------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

2 MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE PROGETTO –RIEPILOGO COSTI
RENDICONTAZIONE ANNO

| MACRO-VOCE DI SPESA | | Codice Conto CO.GE. | Descrizione Conto CO.GE | Importo iniziale | Importo assestato al 30.06 | Importo utilizzato al 30.06 | Importo disponibile al 30.06. | Importo assestato al 31.12 | Importo utilizzato al 31.12 | Importo disponibile al 31.12 | Importo ribaltabile anno n+1 |
|----------------------|--|---------------------|-------------------------|------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Formazione | Formazione | | | | | | | | | | |
| | Totale Formazione | | | | | | | | | | |
| Risorse Umane | Co.Co.Co. – Area Sanitaria | | | | | | | | | | |
| | Co.Co.Co. – Area non Sanitaria- Ruolo tecnico | | | | | | | | | | |
| | Co.Co.Co. – Area non Sanitaria- Ruolo Amministrativo | | | | | | | | | | |
| | T. Det. – Area Sanitaria | | | | | | | | | | |
| | T. Det. – Area non Sanitaria | | | | | | | | | | |
| | Straordinario – Area Sanitaria | | | | | | | | | | |
| | Straordinario – Area non Sanitaria | | | | | | | | | | |
| | Prestazioni Aggiuntive – Area Sanitaria | | | | | | | | | | |
| | Prestazioni Aggiuntive – Area non Sanitaria | | | | | | | | | | |
| | Totale Risorse Umane | | | | | | | | | | |
| Beni | Sanitari | | | | | | | | | | |
| | Non Sanitari | | | | | | | | | | |
| | Totale fornitura di beni | | | | | | | | | | |
| Servizi | Sanitari | | | | | | | | | | |
| | Non Sanitari | | | | | | | | | | |
| | Totale fornitura di servizi | | | | | | | | | | |
| Investimenti | Attrezzature Sanitarie | | | | | | | | | | |
| | Mobili e Arredi | | | | | | | | | | |
| | ICT | | | | | | | | | | |
| | Edilizia Sanitaria | | | | | | | | | | |
| | Totale Investimenti | | | | | | | | | | |
| TOTALE | | | | | | | | | | | |

RENDICONTAZIONE DI FINE PROGETTO

| MACRO-VOCE DI SPESA | | Codice Conto CO.GE. | Descrizione Conto CO.GE | Importo iniziale | Importo assestato al 31.12 | Importo utilizzato al 31.12 | Importo disponibile al 31.12 | Importo da rendicontare all'ente finanziatore |
|----------------------|--|---------------------|-------------------------|------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|
| Formazione | Formazione | | | | | | | |
| | Totale Formazione | | | | | | | |
| Risorse Umane | Co.Co.Co. – Area Sanitaria | | | | | | | |
| | Co.Co.Co. – Area non Sanitaria- Ruolo tecnico | | | | | | | |
| | Co.Co.Co. – Area non Sanitaria- Ruolo Amministrativo | | | | | | | |
| | T. Det. – Area Sanitaria | | | | | | | |
| | T. Det. – Area non Sanitaria | | | | | | | |
| | Straordinario – Area Sanitaria | | | | | | | |
| | Straordinario – Area non Sanitaria | | | | | | | |
| | Prestazioni Aggiuntive – Area Sanitaria | | | | | | | |
| | Prestazioni Aggiuntive – Area non Sanitaria | | | | | | | |
| | Totale Risorse Umane | | | | | | | |
| Beni | Sanitari | | | | | | | |
| | Non Sanitari | | | | | | | |
| | Totale fornitura di beni | | | | | | | |
| Servizi | Sanitari | | | | | | | |
| | Non Sanitari | | | | | | | |
| | Totale fornitura di servizi | | | | | | | |
| Investimenti | Attrezzature Sanitarie | | | | | | | |
| | Mobili e Arredi | | | | | | | |
| | ICT | | | | | | | |
| | Edilizia Sanitaria | | | | | | | |
| | Totale Investimenti | | | | | | | |
| TOTALE | | | | | | | | |