

PROGETTI DI RETE (PRR) 2022

Tematiche e Endpoints primari:

- **Prevenzione Primaria**
- **Prevenzione Secondaria**
- **Prevenzione Terziaria**
- **Attività socio-sanitaria Riabilitativa**

Legge di Bilancio 234/2021 art. 1 c. 275 che recita "Al fine di sostenere le fondamentali attività di prevenzione oncologica della Lega italiana per la lotta contro i tumori (LILT) nonché delle connesse attività di natura socio-sanitaria e riabilitativa, è riconosciuto alla LILT un contributo pari a euro 2 milioni"

Con il programma "Progetti di Rete (PRR) 2022" si intende finanziare le Associazioni Provinciali LILT che proporranno delle idee progettuali sulle quattro aree tematiche sopra descritte. Tali progettualità dovranno avere una ricaduta sanitaria sul territorio in un'ottica di potenziamento della rete LILT. Per questo, verranno valutati con maggior punteggio i progetti che prevedono lo sviluppo di reti LILT sia a livello regionale, che extraregionale.

I responsabili legali delle Associazioni Provinciali LILT destinatarie dei finanziamenti con il presente Piano di Lavoro Progettuale si impegnano a:

- comunicare alla sede centrale LILT ogni modifica che dovesse intervenire relativamente al Responsabile scientifico e/o ai Partner, per la conseguente approvazione;
- fornire le informazioni e la documentazione che potrà essere richiesta durante la realizzazione del progetto e dopo la sua conclusione;
- riportare la fonte del finanziamento del progetto di ricerca in tutte le iniziative di divulgazione pubblica dei risultati parziali o finali acquisiti in seguito alle attività del progetto, comunicandone tempestivamente alla Sede Centrale LILT che fornirà le relative specifiche.

Resta chiaro, inoltre, che la proprietà dei dati ottenuti con la realizzazione dei progetti appartengono alla Sede Centrale della LILT.

Le LILT capifila si impegnano a trasferire i risultati della ricerca alla Sede Centrale al massimo entro 2 mesi dopo la scadenza del progetto. Ciascun progetto finanziato dovrà avere una durata massima di 24 mesi. Tale periodo decorre dalla data di effettivo finanziamento della ricerca. A sei mesi dal finanziamento è prevista una rendicontazione dei risultati preliminari ottenuti ed un progress report a firma del responsabile scientifico coordinatore del progetto.

Una Commissione tecnico-scientifica sarà incaricata della valutazione dei progetti presentati.

Le risorse economiche relative ai progetti ammessi a finanziamento saranno erogate dalla LILT secondo le seguenti modalità:

- 60% al momento della notifica da parte della Sede Centrale alla Associazione LILT interessata;
- 40% successivamente all'approvazione da parte di apposita Commissione LILT della relazione intermedia semestrale e della relativa rendicontazione contabile.

La rendicontazione relativa ai risultati e all'attività contabile dovrà essere presentata utilizzando gli Allegati 1 e 2.

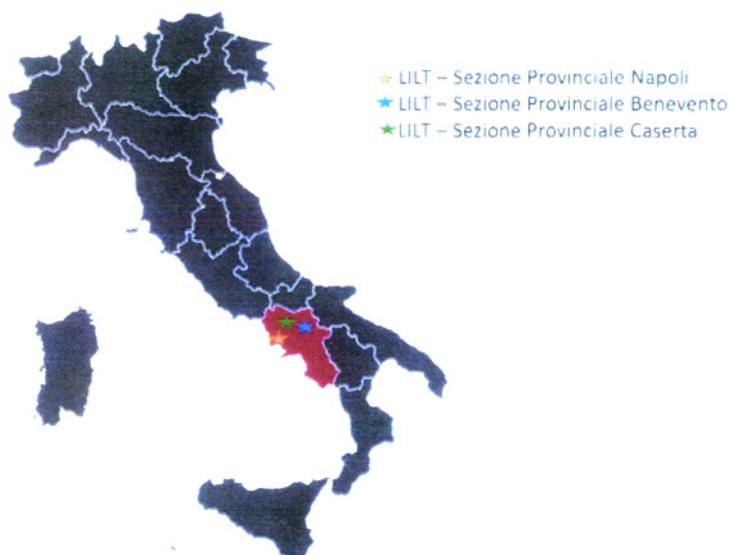
PROPOSTA PROGETTUALE

Titolo del progetto e descrizione: Messa a punto di un modello di intervento nella prevenzione terziaria per la presa in carico dei cancer survivors

a) **Razionale: prevenzione oncologica terziaria** con particolare attenzione alla popolazione dei cancer survivors ponendo l'accento sul miglioramento della qualità della vita a 5 anni dalla diagnosi oncologica e liberi da malattia con il coinvolgimento del Sistema Familiare.

b) **Introduzione/Stato dell'Arte (massimo 5.000 caratteri):** Il cancro rappresenta a livello sociale l'archetipo della malattia mortale pertanto determina un particolare disordine emotivo ed esistenziale non solo in chi ne viene colpito ma coinvolge anche tutto il sistema familiare e non solo la *compliance* ai trattamenti ma anche la successiva qualità della vita. Negli ultimi anni i dati di sopravvivenza del malato oncologico rilevano in media un elevato livello di sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi il 59,4% degli uomini (la stima nel 2020 era del 54%) e il 65% delle donne / 63% del 2020). I dati mostrano che per alcuni tumori il tasso di sopravvivenza superi il 90% (tiroide e melanoma nelle donne; testicolo, tiroide e prostata negli uomini) e che anche per i tumori abitualmente più difficili da curare (polmone, esofago, mesotelioma, pancreas, mammella) ci sono stati comunque miglioramenti superiori al 2%. Inoltre dall'analisi emerge anche l'importanza di un contesto di cura adeguato e la tempestività degli interventi di diagnosi e trattamento. "La probabilità di sopravvivere per almeno cinque anni al cancro sale notevolmente per chi supera il primo anno dalla diagnosi, e raggiunge il 77,7% negli uomini e l'80,4% nelle donne"

c) **Definizione della Rete ed organizzazione logistica** (utilizzare possibilmente una cartina dell'Italia per indicare in maniera grafica la distribuzione Regionale delle Associazioni LILT partecipanti al PRR).



d) Descrizione dettagliata del progetto (massimo 25.000 caratteri):

La malattia oncologica, oltre a compromettere la salute e il benessere fisico del paziente, provoca molto spesso varie forme di disagio psicologico, caratterizzato da sintomi ansiosi e depressivi che possono essere in molti casi clinicamente significativi (Gree, Patk et al., 2010). Numerose ricerche confermano come un gran numero dei pazienti oncologici purtroppo si trovi a sperimentare livelli elevati di disagio psicologico, con una percentuale che varia dal 10 -15 % al 20 – 40% a secondo degli studi (Moorey S, Cort et al., 2009, Savard, Sebastien Simard et al., 2006; Faller, Schuler et al., 2013).

Una recente metanalisi (Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al.,: 2011; 12:160 – 74) ha indicato che il 20 – 25% dei pazienti affetti da cancro presenta disturbi d'ansia e stress - correlati, disturbi depressivi e dell'adattamento, anche con una certa distanza temporale .

Come già evidenziato, una diagnosi di tumore ha un enorme impatto fisico, emotivo e pratico sulla vita dei pazienti e dei loro familiari. Nella maggior parte dei casi i caregiver ed i familiari sono la prima fondamentale risorsa per questi pazienti, per cui i risultati terapeutici positivi dipendono anche dalla capacità dei caregiver di fornire un supporto adeguato (Lutgendorf & Laudenslager 2009).

In Italia oltre 3 milioni di persone vivono con precedente diagnosi di tumore, e si stima che più del 5% della popolazione sia costituita da persone lungo sopravvivenuti e questi numeri sono destinati a salire, dal momento che molti di essi hanno una aspettativa di vita superiore ai 5 anni .Molti studi hanno evidenziato disorientamento dei malati oncologici alla fine del periodo di follow-up attivo, momento nel quale perdono il riferimento sanitario avuto costantemente per 5 anni: questo passaggio , se non è adeguatamente motivato e garantito dall'equipe curante con un' ulteriore "presa in carico, sebbene a minore intensità, rischia di costruire un problema per il soggetto che sperimenterà un profondo senso di abbandono e angoscia. Alcuni ad esempio lamentano bisogni informativi non corrisposti circa i possibili effetti a lungo termine del cancro e del suo trattamento, infatti le problematiche che persistono dopo la guarigione dal tumore sono numerose e variano a seconda del tipo di tumore, dell'età del soggetto, del sesso , nonché dall'intensità degli stessi trattamenti.

Si stima che una buona parte dei soggetti in assenza di malattia manifestano

comunque deficit fisici – funzionali, psicologici oppure problematiche socio – economiche.

Solo una ridotta percentuale di soggetti per caratteristiche di personalità proprie oppure per una rete socioaffettiva valida recupera un livello soddisfacente di benessere paragonabile a quello che aveva precedentemente al cancro.

Appare chiaro che si rende necessaria una presa in carico del paziente e dell'intero sistema familiare e da studi effettuati si sono identificati 4 passaggi essenziali:

1. Follow-up di monitoraggio dell'insorgenza di recidive nel tempo
2. Sorveglianza per l'insorgenza di nuove e diverse patologie oncologiche
3. Interventi per prevenire gli effetti a lungo termine del tumore e delle terapie
4. Coordinamento tra gli specialisti dell'equipe di cura ed i medici di medicina generale per una tempestiva individuazione dei bisogni e della presa in carico per effettuare il passaggio dal curare al prendersi cura della persona, considerandolo in maniera olistica, intercettando i bisogni irrisolti fisici e psicologici nonché lavorando con un piano di prevenzione e sostegno nel tempo educandolo ad uno stile di vita che miri al benessere in toto.

Sarebbe auspicabile un coordinamento tra gli attori che intervenendo con competenze diversificate possano realizzare un percorso che tenga conto della :

- Identificazione dei bisogni fisici , funzionali e della sfera sessuale
- Identificazione dei bisogni psicologici
- Identificazione dei bisogni sociali, economici, assicurativi, previdenziali e lavorativi
- Promozione di un corretto stile di vita sia del paziente che dei familiari al fine di evitare l'insorgenza di altre patologie oncologiche, cardiovascolari e metaboliche.
- Impostazione di un programma di follow-up nel medio e lungo termine che funga da rete di supporto evitando il sentimento abbandonico

A tale scopo l'equipe dovrebbe essere così composta :

- Oncologo medico/ Medico di riferimento: stabilisce l'uscita dal follow-up attivo ed imposta adeguati programmi di prevenzione
- MMG (Medico di Medicina Generale)
- Psiconcologo - Psicologo
- Biologo nutrizionista
- Operatore olistico
- Consulente fiscale /legale

Naturalmente sarà necessario strutturare un setting terapeutico che garantisca la privacy e una accoglienza adeguata.

1. Obiettivi

L'obiettivo generale del progetto è quello di definire un modello di presa in carico globale del paziente oncologico e della sua famiglia e la creazione di una rete civica sociale culturale e professionale volta a far fronte alla necessità di assistenza e di orientamento in ambiente ospedaliero e territoriale, con conseguente miglioramento della qualità di vita a garanzia della continuità terapeutica.

Come già sottolineato uno degli elementi che caratterizza questo modello di intervento è il lavoro di équipe multidisciplinare in cui ogni membro svolge il proprio ruolo specifico .

Il percorso di cura deve trasformarsi in un percorso di crescita, benessere e recupero delle relazioni sociali, degli interessi e degli aspetti creativi dei pazienti per cui si strutturerà un percorso di

- Psicoterapia individuale e/o familiare
- Gruppi di educazione alimentare.

2. metodologie

I pazienti arruolati saranno sottoposti a screening mediante questionari auto compilati e un colloquio al fine di effettuare una valutazione ed eventualmente approfondimenti psicologici

Il questionario, termometro dello stress, consente di rilevare alcuni bisogni del malato e costruire un intervento multidisciplinare personalizzato. Lo strumento esplora 5 aree della vita quotidiana ed in particolare:

1. Aspetti sociali,
2. Aspetti familiari
3. Aspetti emotivi
4. Aspetti fisici funzionali,
5. Aspetti religiosi.

VALUTAZIONE DEL DISTRESS

Con la somministrazione di alcuni strumenti si valuterà l'intensità del distress e qualora emergessero disagi al di sopra della soglia verrà attivata una consulenza con lo psico oncologo.

IL TERMOMETRO DEL DISTRESS

Per indagare i diversi aspetti che generano disagio al malato è necessario un intervento che opera su più livelli e attraverso il lavoro coordinato delle diverse figure professionali coinvolte che ,attraverso il confronto e la continuità tende a dare risposte non frammentate ai bisogni del malato oncologico per affrontare al meglio l'evento traumatico che ha dovuto affrontare a livello biopsicosociale. Infatti la patologia oncologica può essere considerata come un intreccio dinamico di fattori: medico - biologici, psicologici, sociali e spirituali.

Il progetto è di presa in carico globale del malato oncologico inteso come assistenza attiva da parte di diversi operatori dell'equipe.

Un altro strumento utilizzato , sarà la scala **VAS** che valuta il disagio percepito dal paziente .

La rappresentazione visiva su una scala da 1 a 10 l'ampiezza del dolore come percepito dal paziente in modo soggettivo rappresenterà un riferimento per l'operatore per monitorare l'andamento del dolore stesso.

VALUTAZIONE DELL'ANSIA E DEPRESSIONE

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS; Zigmond e Snaith 1983; Costantini et al 1999). Strumento composto da 14 item, di cui sette relativi al livello di ansia e sette relativi al livello di depressione

Trattasi di uno strumento che ha l'obiettivo di rilevare la presenza di disturbi ansioso depressivo e valutarne l'intensità

Altri indici per la valutazione del benessere:

- Colloquio nutrizionale con anamnesi e valutazione delle abitudini alimentari.
- Colloquio motivazionale per ottenere e/o mantenere il peso ideale;

- Colloquio con lo psicologo che attraverso l'indicazione fornita dai questionari potrà esplorare la struttura della personalità, il vissuto di malattia nonché verificare le risorse interiori per il superamento dell'evento traumatico e le risorse presenti nell'ambiente di riferimento al fine di valutare la condizione psicologica della persona e la sua personalità, nonché il vissuto fantasmatico della malattia;
- Verificare le risorse interiori (personali) presenti ed il contesto di vita (risorse ambientali), le strategie di adattamento (coping), la qualità delle relazioni ed il sostegno familiare e sociale.

Al termine della valutazione dei bisogni emersi sarà elaborato e proposto al soggetto un programma personalizzato di

- Educazione ad un stile di vita e abitudini alimentari corrette
- Supporto psicologico
- Programma riabilitativo – funzionale.

3. risultati che il progetto si propone di raggiungere e il suo interesse per le ricadute positive sul territorio e per il SSN

I risultati attesi da tale progetto sono rivolti a sensibilizzare i pazienti a un coinvolgimento attivo nella lungo sopravvivenza stimolandoli ad un monitoraggio della qualità di vita ai diversi livelli . ottimizzando così pratiche e metodologie di intervento in modo da fornire attività assistenziale continua accessibile ed appropriata.

4. modalità di diffusione dei risultati raggiunti

Campagne di informazione e divulgazione del progetto presso i distretti sanitari territoriali e gli ospedali al fine di reclutare un numero crescente di cancer survivors.

Data di inizio progetto: 01/01/2023	Data di fine progetto: 31/12/2024
Fondi LILT richiesti per il progetto: € 160.000,00	Costo complessivo del progetto (se co-finanziato): €

Elenco nominativi, contatto telefonico ed e-mail di tutti i responsabili scientifici delle Associazioni provinciali coinvolte nel progetto di rete e dei rappresentanti legali degli stessi (è previsto un singolo responsabile scientifico di progetto per ogni Associazione LILT). Il Responsabile scientifico di ogni Associazione Provinciale dovrà interfacciarsi con l'esperto coordinatore del PRR per la trasmissione e analisi dei dati. L'esperto coordinatore del PRR assume la piena responsabilità del PRR e riferisce direttamente al CDN della LILT

1) Referente Scientifico Prof. Adolfo D'Errico Gallipoli

Associazione Provinciale LILT Napoli

mail napoli@lilt.it

recapito 0815466888

Legale Rappresentante Prof. Adolfo D'Errico Gallipoli

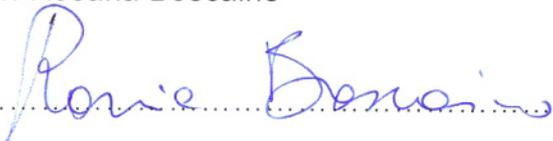
(elencare tutte le Associazioni LILT coinvolte nel PRR)

- LILT NAPOLI - Prof. Adolfo D'Errico Gallipoli;
- LILT BENEVENTO - Sig. Salvatore Francione;
- LILT CASERTA - Dr.ssa. Angela Maffeo;

Data, 07/12/2022

Il Responsabile Coordinatore del progetto

Dr. Rosaria Boscaino


.....

Si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679
Il Legale Rappresentante
Presidente della Associazione Provinciale


.....



Piano di lavoro progettuale

Tale documento va predisposto su carta intestata della Associazione Provinciale LILT e deve essere firmato e inviato in formato pdf.

Alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
Via Alessandro Torlonia, 15
00161 – Roma

progetti2022@lilt.it

Piano di lavoro progettuale

Il sottoscritto D'Errico Gallipoli Adolfo in qualità di Presidente dell'Associazione Provinciale di Napoli con sede in Napoli in Via Mariano Semmola c/o Istituto Tumori Napoli Fondazione G. Pascale C.F. 94180350632 intende richiedere alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori – Sede Centrale – un finanziamento nell'ambito del programma "Progetti di Rete 2022".

Titolo del Progetto

Messa a punto di un modello di intervento nella prevenzione terziaria per la presa in carico dei cancer survivors.

Area tematica di ricerca (come individuate nel bando)

Psiconcologia

Durata:

Annuale

Biennale X

Costo finanziato con fondi oggetto del programma "Progetti di Rete LILT 2022":

€ 160.000,00

Costo complessivo del progetto (se co-finanziato):

€

Responsabile del Progetto con indicazione espressa dell'indirizzo di posta elettronica

Prof. Adolfo D'Errico Gallipoli mail: napoli@lilt.it

Sinossi del Progetto / Premesse e razionalità (massimo 5000 caratteri)

La malattia oncologica, oltre a compromettere la salute e il benessere fisico del paziente, provoca molto spesso varie forme di disagio psicologico, caratterizzato da sintomi ansiosi e depressivi che possono essere in molti casi clinicamente

significativi (Gree, Patk et al., 2010). Numerose ricerche confermano come un gran numero dei pazienti oncologici purtroppo si trovi a sperimentare livelli elevati di disagio psicologico, con una percentuale che varia dal 10 -15 % al 20 – 40% a secondo degli studi (Moorey S, Cort et al., 2009, Savard, Sebastien Simard et al., 2006; Faller, Schuler et al., 2013).

Una recente metanalisi (Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al., 2011; 12:160 – 74) ha indicato che il 20 – 25% dei pazienti affetti da cancro presenta disturbi d'ansia e stress - correlati, disturbi depressivi e dell'adattamento, anche con una certa distanza temporale

Come già evidenziato, una diagnosi di tumore ha un enorme impatto fisico, emotivo e pratico sulla vita dei pazienti e dei loro familiari. Nella maggior parte dei casi i caregiver ed i familiari sono la prima fondamentale risorsa per questi pazienti, per cui i risultati terapeutici positivi dipendono anche dalla capacità dei caregiver di fornire un supporto adeguato (Lutgendorf & Laudenslager 2009).

In Italia oltre 3 milioni di persone vivono con precedente diagnosi di tumore, e si stima che più del 5% della popolazione sia costituita da persone lungo sopravvivenza e questi numeri sono destinati a salire, dal momento che molti di essi hanno una aspettativa di vita superiore ai 5 anni. Molti studi hanno evidenziato disorientamento dei malati oncologici alla fine del periodo di follow-up attivo, momento nel quale perdono il riferimento sanitario avuto costantemente per 5 anni: questo passaggio, se non è adeguatamente motivato e garantito dall'equipe curante con un' ulteriore "presa in carico", sebbene a minore intensità, rischia di costituire un problema per il soggetto che sperimenterà un profondo senso di abbandono e angoscia. Alcuni ad esempio lamentano bisogni informativi non corrisposti circa i possibili effetti a lungo termine del cancro e del suo trattamento, infatti le problematiche che persistono dopo la guarigione dal tumore sono numerose e variano a seconda del tipo di tumore, dell'età del soggetto, del sesso, nonché dall'intensità degli stessi trattamenti.

Si stima che una buona parte dei soggetti in assenza di malattia manifestano comunque deficit fisici – funzionali, psicologici oppure problematiche socio – economiche.

Solo una ridotta percentuale di soggetti per caratteristiche di personalità proprie oppure per una rete socioaffettiva valida, recupera un livello soddisfacente di benessere paragonabile a quello che aveva precedentemente al cancro. Appare chiaro che si rende necessaria una presa in carico del paziente e dell'intero sistema familiare e da studi effettuati si sono identificate 4 passaggi essenziali:

1. Follow-up di monitoraggio dell'insorgenza di recidive nel tempo;
2. Sorveglianza per l'insorgenza di nuove e diverse patologie oncologiche
3. Interventi per prevenire gli effetti a lungo termine del tumore e delle terapie
4. Coordinamento tra gli specialisti dell'equipe di cura ed i medici di medicina generale per una tempestiva individuazione dei bisogni e della presa in carico per effettuare il passaggio dal curare al prendersi cura della persona, considerandolo in maniera olistica, intercettando i bisogni irrisolti fisici e psicologici nonché lavorando con un piano di prevenzione e sostegno nel tempo educandolo ad uno stile di vita che miri al benessere in toto.

Sarebbe auspicabile un coordinamento tra gli attori, che intervenendo con

competenze diversificate possono realizzare un percorso che tenga conto della :

- Identificazione dei bisogni fisici , funzionali e della sfera sessuale
- Identificazione dei bisogni psicologici
- Identificazione dei bisogni sociali, economici, assicurativi, previdenziali e lavorativi
- Promozione di un corretto stile di vita sia del paziente che dei familiari al fine di evitare l'insorgenza di altre patologie oncologiche, cardiovascolari e metaboliche.
- Impostazione di un programma di follow-up nel medio e lungo termine che funga da rete di supporto evitando il sentimento abbandonico

A tale scopo l'equipe dovrebbe essere così composta :

- Oncologo medico/ Medico di riferimento: stabilisce l'uscita dal follow-up attivo ed imposta adeguati programmi di prevenzione
- MMG (Medico di Medicina Generale)
- Psiconcologo - Psicologo
- Biologo nutrizionista
- Operatore olistico
- Consulente fiscale /legale

Naturalmente sarà necessario strutturare un setting terapeutico che garantisca la privacy e una accoglienza adeguata.

Piano di lavoro progettuale - articolazione del progetto con dettaglio relativo a:

- ruolo della Associazione LILT capofila (descrizione sintetica delle motivazioni del ruolo (max 10 righe)
L'Associazione LILT di Napoli da anni segue pazienti lungosopravvissuti con attività rigenerative e di aggregazione sociale e si prefige il reclutamento di pazienti da sottoporre al progetto per migliorarne ulteriormente la qualità della vita.
- ruolo delle Associazioni LILT coinvolte (descrizione sintetica relativa al contributo delle Associazioni)
Le Associazioni LILT coinvolte nel progetto di rete Benevento e Caserta saranno coinvolte nell'identificazione di cancer survivors candidabili alla partecipazione al progetto attraverso una scheda appositamente redatta.
- tempi di realizzazione (non superiori a 24 mesi dalla data di approvazione del progetto)
Si stima di raggiungere gli Endpoints primari dello studio nei 2 anni previsti tuttavia il Responsabile Coordinatore del PRR si impegna ad una costante valutazione dei risultati in itinere alla scadenza di ciascun semestre dall'attivazione del progetto.

Risultati attesi dalla ricerca, con specifica evidenza al livello di trasferibilità sociale e alle positive ricadute sul SSN

Il progetto si propone di monitorare nel tempo le condizioni emotive del paziente per garantirne il supporto qualora si verificasse sia l'insorgenza di recidive che disagi di natura psicosociale al fine di procedere tempestivamente con interventi mirati.

Risultati attesi dalla ricerca, con specifica evidenza riguardo lo sviluppo di reti collaborative fra le Associazioni LILT e qualificate strutture operanti in ambito sanitario e di ricerca

LILT Napoli LILT Benevento LILT Caserta	Altre Strutture
---	-----------------

Enti (partner) coinvolti nel progetto (specificando ruolo ente e relativo responsabile - esempio Mario Bianchi, Consiglio Nazionale delle Ricerche, unità operativa):

- Prof. Adolfo D'Errico Gallipoli; Legale Rappresentante dell' Associazione Provinciale LILT NAPOLI.
- Sig. Salvatore Francione; Associazione LILT di BENEVENTO.
- Dr.ssa. Angela Maffeo; Associazione *LILT di CASERTA*.

Estremi per ricevere il finanziamento

Intesa Sanpaolo

Codice Iban: IT30 C030 6903 5681 0000 0300 002

Costo complessivo del Progetto articolato per voci di spesa

VOCI DI SPESA	COSTO COMPLESSIVO	QUOTA FINANZIATA CON FONDI LILT
Personale di ricerca (borsista, a contratto, di ruolo in quota parte, etc.)		
Medico oncologo	25.000	25.000
Psiconcologo	25.000	25.000
Psicologo	20.000	20.000
Biologo nutrizionista	30.000	30.000
Operatore olistico	25.000	25.000
Apparecchiature (ammortamento, canone di locazione/leasing, etc.)		
Materiale d'uso destinato al progetto (elenco materiali consumabili per la realizzazione del progetto, software per raccolta dati progetto, etc.)	6.000	6.000
Elaborazione dati data manager	12.000	12.000

Associazione Provinciale di Napoli

Via M. Semmola - 80131 Napoli - Telefax 081 546.68.88 - e-mail: presidente@legatumorinapoli.it

Iscritta nel registro delle Associazioni di Promozione Sociale con decreto n. 199 del 15/03/2012

Devolvi 5x1000 - E' sufficiente firmare nella casella "Sostegno degli enti del terzo settore iscritti nel Ruots di cui all'art. 46, c.1 del d.lgs. 3 luglio 2017 n°117, ..." indicando il Codice Fiscale 94180350632

Sviluppo di Rete LILT (trasferimento delle conoscenze tra le Associazioni LILT)	5.000	5.000
Spese di organizzazione (manifestazioni e convegni, viaggi e missioni ecc.)		
Spese amministrative	3.500	3.500
Altre spese (indicare quali) Elaborazione editing e stampa di material informativa per I pazienti ed I familiari	8.500	8.500
TOTALE	160.000	160.000

Alla presente proposta deve essere allegato:

- il curriculum vitae del Responsabile del progetto di ricerca e dei Responsabili di eventuali enti partecipanti al medesimo;
- la complessiva documentazione di progetto.

In fede,

Il Presidente della Associazione Provinciale

Firma *d. e. f. m. l.*

Il Responsabile del Progetto

Firma *Rosario Benini*

Luogo e Data *Napoli 07.12.2022*

