



RICEVUTA TELEMATICA

Domanda n° 1 presentata per via telematica sul portale "Servizi pubblici digitali di Regione Campania", con accesso tramite SPID/CIE/CNS, da Wladimiro Iarriccio il 20/05/2025 alle ore 20:00:56

Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Disciplina degli interventi regionali di Proposta progettuale per il potenziamento degli screening oncologici organizzati

DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE

Nome	Cognome	Codice Fiscale	
Wladimiro	Iarriccio	RRCWDM73P23A783F	
Data di nascita	Provincia di nascita	Luogo di nascita	
23/09/1973	BN	BENEVENTO	
Indirizzo di residenza	Provincia di residenza	Comune di residenza	Cap di residenza
C.DA SANT'ARCANGELO TRIMONTE	BN	SANT'ARCANGELO TRIMONTE	82021
Email	PEC	Telefono	Cellulare
wladimiroiarriccio@gmail.com	info@pec.lameridianaonlus.it	082451282	+393405654123

DATI DEL SOGGETTO CAPOFILA

Codice Fiscale	Partita IVA	Denominazione
01043200623	01043200623	COOPERATIVA SOCIALE LA MERIDIANA ONLUS
fonte: http://burc.regione.campania.it		

Tipologia Soggetto Giuridico

Cooperative Sociali e/o Consorzi costituiti come società cooperative

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

916

DOMICILIO DIGITALE

Pec soggetto capofila

info@pec.lameridianaonlus.it

SEDE LEGALE

Indirizzo Sede Legale	Provincia Sede Legale	Comune Sede Legale	Cap Sede Legale
Via dei Longobardi, snc	BN	62008	82100

SEDE OPERATIVA

Indirizzo Sede Operativa	Provincia Sede Operativa	Comune Sede Operativa	Cap Sede Operativa
c.da Pezzapiana, snc	BN	62008	82100

DATI DEL PROGETTO

Denominazione Progetto	Denominazione ASL di riferimento
UN PASSO AVANTI PER LA VITA	ASL Benevento

Soggetto Costituito

No

IMPEGNO A COSTITUIRSI

Il Soggetto Giuridico capofila provvederà, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione della graduatoria sul BURC, ad associarsi formalmente in ATS con i componenti del partenariato individuato, secondo quanto disciplinato all'art.3 del presente avviso, e a trasmettere il relativo atto via pec all'indirizzo dg.500400@pec.regione.campania.it;

ESPERIENZE DEL SOGGETTO CAPOFILA

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

La cooperativa sociale La Meridiana è nata nel 1996 ed opera in Regione Campania e territori limitrofi. Finalità principale è quella di fornire risposte concrete ai bisogni che il territorio esprime, per mezzo di servizi ad alto profilo qualitativo rivolti a minori, ad adolescenti, a portatori di handicap, ad anziani, a disoccupati e a soggetti in situazione di disagio sociale, puntando su una elevata professionalità degli operatori e sul continuo monitoraggio delle proprie strategie operative. La Meridiana persegue l'obiettivo di favorire la crescita professionale dei propri collaboratori e opera al fine di garantire la loro sicurezza occupazionale e il pieno riconoscimento sociale ed economico delle figure professionali operanti nell'ambito dei servizi alla persona attraverso strategie formative mirate. La Meridiana opera nei settori socio-assistenziale e sanitario mediante servizi propri e/o in accreditamento, in proprie strutture e in convenzione con Enti Pubblici quali Aziende Sanitarie Locali, Comuni, Consorzi Intercomunali, Regione, Comunità Europea, ecc... Il punto di forza della Cooperativa è rappresentato dalla conoscenza e dalla presenza in tutti gli ambiti provinciali della Campania, Regione in cui prevalentemente opera erogando servizi socio-sanitari in oltre 250 Comuni. La Meridiana assicura la conformità dei servizi erogati ai parametri di efficienza ed efficacia stabiliti. Ogni operatore lavora con l'obiettivo di garantire sostegno e tutela agli utenti, valorizzando al massimo le risorse umane, economiche, logistiche e di rete a disposizione. Gli interventi sono suddivisi in quattro grandi aree tematiche, ognuna affidata a figure professionali specializzate: Minori, Anziani, Diversamente abili, Famiglie. Ognuno degli utenti di ciascuna di queste aree rimanda a una rete di rapporti e relazioni fondamentali per il nostro progetto complessivo.

Esperienza maturata in attività di finanziamento

Gestione di un poliambulatorio mobile con telemedicina, acquistato dagli Enti Locali con i fondi della Misura P.O.R. 4.11, che consente ai cittadini di ottenere numerose prestazioni sanitarie nel luogo di residenza e se necessario anche a domicilio. Gli obiettivi dell'attività del Poliambulatorio medico mobile attrezzato con telemedicina sono così sintetizzabili: 1. abbattimento dei tempi di attesa per l'effettuazione dell'esame 2. risultato dell'esame in tempo reale 3. referto medico in tempo reale Il poliambulatorio è costituito da una struttura mobile, autonoma, in grado di raggiungere sedi operative periferiche e svolgere attività di prevenzione, diagnostiche e terapeutiche. Le varianti comprendono: Visite specialistiche, Analisi di laboratorio, Radiologia convenzionale, Tele radiologia, Tele emodialisi, Raccolta Sangue, Gabinetto dentistico, Tele ecografia è prevista inoltre, la possibilità di trasmettere dati ed immagini verso postazioni remote per teleconsulto, videoconferenza o altre applicazioni di telemedicina, utilizzando le reti disponibili. La Meridiana nell'ambito del P.O.R. Campania Misura 4.11, ha curato la progettazione di ben 37 progetti ammessi a finanziamento nel settore specifico di Poliambulatori Mobili con telemedicina. E' stata responsabile della gestione dei Poliambulatori Medici Mobili, in collaborazione con L'ASL di Benevento nei seguenti Comuni: Castelfranco In Miscano, Baseliçe, Castelvetero in Val Fortore, Pontelandolfo, Casalduni, Fragneto L'Abate, Fragneto Manforte, S. Nicola Manfredi. All'interno della Cooperativa vengono svolte attività di studio e di ricerca, che hanno portato alla realizzazione dei seguenti progetti: n. 28 progetti finanziati POR Feoga mis 4.11 servizi essenziali per l'economia e la popolazione rurale, finanziamento di n.12 Progetti 162/98, Progetto Gal-ft gruppo di azione locale Fortore Tammaro, Progetto ex legge 388/2000 Comunità Psicoterapeutica SWEET HOME, Progetto 104/92 Centro Diurno Disabili LIFE

DICHIARAZIONE DI AFFIDABILITÀ SOGGETTO CAPOFILA

Dichiarazione di Affidabilità e di intenti

dichiarazioneAffidabilita.pdf

PARTNER

#	Denominazione	Tipologia Soggetto Giuridico	Sede Operativa
1	Cooperativa Sociale Saturno Onlus	Cooperative Sociali	BN
2	ASSOCIAZIONE ODV NITRI'	Organizzazioni di Volontariato	BN
3	ASSOCIAZIONE DOLCEMENTE A.P.S.	Associazioni di Promozione Sociale	BN

Dettagli Partner

Denominazione Soggetto Giuridico

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

01288730623

Partita IVA Soggetto Giuridico**Tipologia Soggetto Giuridico**

Cooperative Sociali

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

114

Nome Rappresentante Legale

ANTONIO

Cognome Rappresentante Legale

PUZIO

Codice Fiscale Rappresentante Legale

PZUNTN84S25A783K

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

BN

Comune di Nascita Rappresentante Legale

62008

Data di Nascita Rappresentante Legale

25/11/1984

Provincia Sede Legale

BN

Comune Sede Legale

62008

Indirizzo Sede Legale

CONTRADA PEZZAPIANA, SNC

Provincia Sede Operativa

BN

Comune Sede Operativa

62008

Indirizzo Sede Operativa

CONTRADA PEZZAPIANA, SNC

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_111.pdf

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

La Cooperativa Sociale “Saturno” è retta coi principi della mutualità e solidarietà sociale, ai sensi del titolo VI del codice civile e delle relative norme di attuazione e transitorie, nonché nel rispetto della legge 8 novembre 1991, n. 381 e delle altre disposizioni in materia di cooperative sociali. La Cooperativa, che non ha finalità di lucro, si propone, in via prioritaria, ma non esclusiva, di offrire, nell’interesse mutualistico dei soci, servizi in campo sociale, assistenziale, educativo e formativo, volti a facilitare l’inserimento nella vita attiva di persone con handicap fisico, psichico e sensoriale, malati psichiatrici, minori e anziani, giovani in condizioni di disagio sociale e quanti altri possono essere riconosciuti dalla società come persone in stato di emarginazione; il tutto operando in virtù delle leggi n. 381/1991 e 328/2000 e pertanto perseguendo l’interesse generale della comunità alla promozione umana ed all’integrazione dei cittadini attraverso la gestione dei servizi socio-sanitari, assistenziali ed educativi (Attività di tipo A) e di tutti i servizi di tipo B. Saturno si pone degli obiettivi precisi in relazione alle diverse esigenze che le persone presentano. Per gli anziani: aiutarli ad uscire dall’isolamento, attivare le sue risorse residue, evitare il ricovero in istituto con il mantenimento del massimo di autonomia possibile. Per i disabili: bisogni della famiglia: aiuto e supporto nell’impegno quotidiano, aiuto nell’accettazione di autonomia del figlio; bisogni della persona disabile: sostegno equilibrato nella vita quotidiana per superare gli ostacoli e per soddisfare le proprie esigenze, aiuto nell’acquisizione di autonomie personali. Per i nuclei familiari: accompagnare e affiancare i genitori nei loro compiti di cura dei figli, nelle loro funzioni elementari orientando il sostegno alla massima concretezza. Per i pazienti psichiatrici: osservare, controllare e recuperare le potenzialità e le autonomie possibili. Per i malati terminali: fornire sostegno psicologico e pratico alla famiglia nella relazione con il malato terminale, in particolare, nei momenti di maggiore difficoltà.

Esperienza maturata in attività di finanziamento

La cooperativa ha partecipato attivamente alla promozione e realizzazione di progetti di prevenzione sanitaria rivolti alla popolazione, con particolare attenzione alla prevenzione delle patologie cardiovascolari, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina sui territori della Provincia di Benevento, Avellino e Napoli. Le attività svolte hanno riguardato: - Sensibilizzazione e informazione dei cittadini, con particolare attenzione alle fasce vulnerabili (anziani, persone fragili, immigrati), tramite campagne di comunicazione inclusive e accessibili, incontri sul territorio, distribuzione di materiale informativo, attività porta a porta e utilizzo di canali digitali. - Collaborazione con i servizi sociosanitari territoriali, medici di base, farmacie e associazioni del territorio, per promuovere l'adesione agli screening e facilitare l'accesso ai percorsi di prevenzione. - Supporto alla gestione di interventi di telemedicina per il monitoraggio da remoto di parametri clinici (es. pressione arteriosa, saturazione, frequenza cardiaca), con un'attenzione particolare al supporto educativo e relazionale della persona nel proprio contesto di vita. - Pianificazione e organizzazione delle attività sul territorio, inclusa la calendarizzazione delle prestazioni, l'accompagnamento dell'utenza, la gestione dei contatti e la raccolta delle adesioni. - Affiancamento e formazione del personale educativo e assistenziale nell'utilizzo di strumenti digitali e nella promozione della cultura della prevenzione e dell'empowerment dell'utente. - Monitoraggio e rendicontazione delle attività, con la raccolta di dati quantitativi e qualitativi per valutare l'impatto delle azioni promozionali e migliorare l'efficacia degli interventi. Queste esperienze hanno rafforzato il ruolo della cooperativa come attore di prossimità nella promozione della salute, favorendo l'equità di accesso ai servizi sanitari e il coinvolgimento attivo della comunità nei percorsi di prevenzione.

Denominazione Soggetto Giuridico

2 ASSOCIAZIONE ODV NITRI'

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

92079700628

Partita IVA Soggetto Giuridico

Tipologia Soggetto Giuridico

Organizzazioni di Volontariato

Numero iscrizione Registri Regionali di cui alla legge n. 266/1991

132261

Numero iscrizione Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS)

132261

Nome Rappresentante Legale

ELENA

Cognome Rappresentante Legale

IANNOTTI

Codice Fiscale Rappresentante Legale

NNTLNE81S53A783C

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

BN

Comune di Nascita Rappresentante Legale

62008

Data di Nascita Rappresentante Legale

13/11/1981

Provincia Sede Legale

BN

Comune Sede Legale

62053

Indirizzo Sede Legale

VIA GIUSEPPE OCONE, 89

Provincia Sede Operativa

BN

Comune Sede Operativa

62053

Indirizzo Sede Operativa

VIA GIUSEPPE OCONE, 89

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_136.pdf

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

La Nitri in ogni progettualità proposta opera nel rispetto della tipicità di ogni individuo, della propria storia di malattia e del contesto di appartenenza. Ogni singolo progetto di Interventi Assistiti, sia di AAA (Attività Assistita con il Cavallo), TAA (Terapia Assistita con il Cavallo) che EAA (Educazione Assistita con il Cavallo) è condotto con rigore metodologico e valutazione qualitativa al fine di quantificare i risultati dei percorsi, in modo da comunicare sia agli Enti che alle famiglie i miglioramenti ottenuti. La nostra équipe di lavoro è costantemente supervisionata, e in continua crescita e formazione psicologica professionale e personale. La finalità dell'Associazione è quella di seguire un valido modello operativo che si avvale di una metodologia standardizzata che vede protagonista l'interazione uomo-natura-animale, con una continua verifica dei risultati. L'Associazione Nitri collabora con organismi pubblici e Accademici, enti accreditati del settore e studiosi/ricercatori delle diverse materie coinvolte nell'orticoltura e negli IAA. Ha progetti di scambio e di ricerca con Università e Fondazioni in tutta Italia. (Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; Policlinico Universitario Agostino Gemelli; Istituto Superiore di Sanità; Ministero della Salute; Centro Regionale Igiene Urbana e Veterinaria CRIUV Regione Campania; Istituto Zooprofilattico del Mezzogiorno) La Nitri nasce con finalità sociali e terapeutiche, prevedendo l'utilizzo dell'ambiente setting rurale come potente strumento pedagogico e riabilitativo per interventi rivolti sia a persone diversamente abili che a coloro che occasionalmente o costantemente si trovano in condizioni di svantaggio fisico, psicologico, emotivo, sociale. Scopo dell'associazione è divulgare e promuovere ricerca di qualità in materia di IAA. Particolare attenzione viene attribuita alle ricerche in ambito evolutivo, sia rispetto all'area pediatrica, riabilitativa e della salute mentale infantile, mirando a progetti di ricerca che si indirizzino in tale orientamento. Stress e disturbi alimentari Tra gli obiettivi primari dell'associazione Nitri c'è la pubblicazione e divulgazione in ambito di IAA sia a livello scientifico che di promozione editoriale.

Esperienza maturata in attività di finanziamento

Attività dell'Associazione Nitri • Da Febbraio 2024 a Oggi - Azienda Consortile B1 - Progetto "Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità" in attuazione della D.G.R.C. n. 127 del 15 marzo 2022 - Progetto EAA "InnovaSociale" • Da Maggio 2024 a Oggi – Azienda Consortile B2 – Progetto EAA (Educazione Assistita con gli Animali) finanziato dal PNRR Missione 5 Inclusione e Coesione – Componente 3 – Interventi Speciali per la Coesione Territoriale – Progetto "Amico Fragile" • Anno 2024 – Portici - Istituto Zooprofilattico del Mezzogiorno Firmato Protocollo d'Intesa tra Associazione Nitri odv e Istituto Zooprofilattico del Mezzogiorno al fine di programmare linee progettuali e di intervento TAA • Anno 2024 – insieme al CRIUV (Centro di Riferimento Regionale per Igiene urbana e Veterinaria) – organizza Corso di Formazione in IAA – Regione Campania • Anno 2024 – Benevento – Evento "CampaniAlleva" – L'associazione organizza e coordina il workshop "Riabilitazione Equestre e Disturbi del Neurosviluppo" • Nel 2024 – L'Associazione cura il volume "ADHD: Un progetto scientifico di Riabilitazione Equestre" Autori: Elena Iannotti, Elvira Sellitto, Domenico Dragone, Roberto Ghiaccio, Massimo Micco, Giovanna Liguori, Claudiu Nardone, Fabrizio Stasolla. Casa Editrice Erickson – Collana IAA • Nel 2024 – Benevento – Istituto Tecnico Agrario Galileo Vetrone Progetto di Educazione Assistita con il cavallo "Inclusione, relazioni, gestione delle emozioni attraverso l'Attività Assistita con il Cavallo" Il edizione • Nel 2024 – Benevento – Istituto Tecnico Agrario Galileo Vetrone Progetto di Educazione Assistita con il cavallo "Inclusione, relazioni, gestione delle emozioni attraverso l'Attività Assistita con il Cavallo" Il edizione • Nel 2023 – Benevento – Istituto Tecnico Agrario Galileo Vetrone Progetto di Educazione Assistita con il cavallo "Inclusione, relazioni, gestione delle emozioni attraverso l'Attività Assistita con il Cavallo" • Nel 2022 – L'associazione firma un protocollo d'Intesa con il comune di San Nazzaro a sostegno della disabilità attraverso Attività mediate dal Cavallo • Dal 2021 a oggi – L'associazione Nitri viene scelta, sul territorio nazionale, dall'Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute e Università Cattolica di Roma per sviluppare la fase pilota del progetto OR.M.A. "Emergenza Sanitaria Covid-19 modello di prevenzione sperimentale multidisciplinare integrato nei disturbi alimentari e disturbi da stress post-traumatici con ORticoltura, Mindfulness e interventi assistiti con Animali" -Progetto Finanziato dall'ISS- • Nel 2021 – Progetto di ricerca "Effetti sulle funzioni esecutive, sull'autostima e sullo stress di un intervento assistito mediato dal cavallo, su bambini con ADHD dopo la pandemia COVID-19" Progetto Finanziato dall'Università Giustino Fortunato in collaborazione con Asl di Bn • Nel 2021 – L'associazione Nitri firma protocollo d'Intesa con Asl BN e Provincia di BN per lo sviluppo della fase pilota del progetto OR.M.A. • Nel 2021 – L'associazione viene registrata presso il Dipartimento di Prevenzione Asl di BN • Nel 2020 - Presso la propria sede operativa (Centro Ippico Tufini) organizzazione del convegno "Interventi Assistiti con Animali: Attualità e Prospettive Future". L'evento vede la presenza dei Direttori Generali Asl di BN e Asl di FG. • Nel 2020 – L'associazione è parte attiva nelle docenze (pratiche e teoriche) del corso "Formazione per Esperti in Interventi Assistiti con gli Animali" (corso Propedeutico-Base-Avanzato) organizzato dall'Asl di FG e Asl di BN • Nel 2019 – Organizzazione del convegno "Benessere psico-fisico dato dalla relazione uomo-cavallo" presso Università Giustino Fortunato - Partecipavano in maniera attiva: Asl Bn, Asl Fg • Nel 2019 – Firma del protocollo d'intesa con Ordine dei Psicologi Regione Campania, Ordine medici Veterinari Benevento – Engea • Dal 2019a Oggi - è in atto un'esperienza di Orto-terapeutico a supporto delle attività riabilitative del Centro di Riabilitazione Iuvenia. Centro accreditato dalla Regione Campania con il Servizio Sanitario Nazionale. Progetto, nato in accordo con: il Responsabile della Neuropsichiatria dell'ASL di Benevento, il Dipartimento di Prevenzione ASL Bn, Dipartimento di Prevenzione Asl di Potenza, l'Associazione "Coldiretti Campania" e l'Ente "Provincia di Benevento". • Dal 2019 a Oggi - Attivazione di collaborazione con attività di supervisione del Prof. Lucio Rinaldi, Psichiatra

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

della Fondazione Universitaria Policlinico Gemelli IRCCS di Roma nell'ambito dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, al fine di utilizzare l'Orto-terapia all'interno di più articolati percorsi terapeutici nei DNA. • Dal 2017 al2019 “Equitazione Ricreativa Disabili” presso il Centro Ippico Tufini. Attività di Riabilitazione equestre rivolta a pazienti con disturbo dello spettro autistico. • Nel 2019 - la Nitri è parte attiva nella Convenzione stipulata tra ASL di Foggiae ASL di Benevento al fine di promuovere un percorso di formazione sugli Interventi Assistiti con gli Animali • Nel 2019 -Esperienze formative nei Disturbi della Nutrizione presso la Fondazione Universitaria Policlinico A.Gemelli di Roma • Nel2019 - Organizzazione del convegno “ “Coltivare il benessere – l'Agricoltura Sociale per il benessere psicologico e l'integrazione sociale”. Il convegno vedeva coinvolti l'Ordine dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della provincia di Bn e L'ordine dei Psicologi Regione Campania.

Denominazione Soggetto Giuridico

3 ASSOCIAZIONE DOLCEMENTE A.P.S.

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

92073250620

Partita IVA Soggetto Giuridico

Tipologia Soggetto Giuridico

Associazioni di Promozione Sociale

Numero iscrizione Registri previsti dalla legge n. 383/2000

57039

Numero iscrizione Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS)

57039

Nome Rappresentante Legale

CARMELA

Cognome Rappresentante Legale

CRECA

Codice Fiscale Rappresentante Legale

CRCCML71L54F839M

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

NA

Comune di Nascita Rappresentante Legale

63049

Data di Nascita Rappresentante Legale

14/07/1971

Provincia Sede Legale

BN

Comune Sede Legale

62012

Indirizzo Sede Legale

VIA LI MAI, 15

Provincia Sede Operativa

BN

Comune Sede Operativa

62012

Indirizzo Sede Operativa

VIA LI MAI, 15

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_137.pdf

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

L'Associazione non ha scopo di lucro e persegue finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento in via esclusiva o principale di una o più attività di interesse generale, avvalendosi in modo prevalente dell'attività di volontariato dei propri associati.

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

Svolge, quindi, attività ricreative e culturali, comprese quelle discipline ed attività di carattere educativo, pedagogico, e di promozione sociale, attività di utilità sociale a favore degli associati come pure di terzi, senza finalità di lucro e nel pieno rispetto della libertà e dignità degli associati, ispirandosi a principi di democrazia e di uguaglianza dei diritti di tutti gli associati. La durata dell'Associazione è illimitata. L'Associazione di promozione sociale opera prevalentemente nel territorio della regione Campania. L'Associazione esercita in via esclusiva o principale le seguenti attività di interesse generale ricomprese nell'art. 5 del D. Lgs 117/2017 per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale aventi ad oggetto: lett. d) - educazione, istruzione e formazione professionale, ai sensi della legge 28 marzo 2003, n. 53, e successive modificazioni, nonché le attività culturali di interesse sociale con finalità educativa; lett. i) organizzazione e gestione di attività culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale, incluse attività, anche editoriali, di promozione e diffusione della cultura e della pratica del volontariato e delle attività di interesse generale di cui al presente articolo. Infatti, l'Associazione organizza eventi, laboratori, partecipare a fiere e mercati, a conferenze, workshop, corsi di formazione, di degustazioni, concorsi, incontri e convegni rivolti alla realizzazione dello scopo sociale. L'Associazione organizza attività didattiche rivolte agli associati per la ricerca e l'approfondimento delle tematiche inerenti alle attività istituzionali promosse. L'Associazione nello specifico programma, produce e gestisce dal principio al suo naturale decorso un'attività culturale quali corsi didattico-laboratoriali per bambini e adulti, con lieve disabilità, nelle discipline artistiche, culinaria, storica e museale ed archeologiche. Il partner capofila sarà responsabile degli aspetti relativi alla comunicazione e al coordinamento assicurando una comunicazione aperta e regolare tra i partner, e coordinando le attività per garantire che il progetto proceda nel modo più efficace.

Esperienza maturata in attività di finanziamento

L'associazione dolcemente è impegnata in attività di promozione che mirano a diffondere una cultura di salute e sicurezza, incentivando comportamenti positivi e prevenendo l'insorgenza di problemi di salute. La promozione di programmi di benessere e di come la riduzione dello stress è una delle attività che la vede impegnata da sempre sul territorio della città di Benevento e provincia. All'interno dell'Associazione sono state adottate pratiche per favorire un ambiente di lavoro inclusivo, con particolare attenzione alla diversità. Da anni i soci si impegnano per: • L'Organizzazione di eventi sportivi e ricreativi che favoriscano l'attività fisica e lo sport; • Dare supporto a progetti di prevenzione a livello locale (ad es. campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione alla prevenzione, ecc..) • Il rafforzamento delle reti di collaborazione tra istituzioni, cittadini e associazioni per la promozione della salute. Organizzazione di eventi per inclusione di soggetti disabili e vulnerabili

ARTICOLAZIONE DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

Analisi di Contesto

Presentazione dell'analisi di contesto del territorio dell'ASL di riferimento rispetto ai fabbisogni alla base della proposta progettuale con indicazione delle fonti e delle analisi svolte (max 10000 parole) e l'indicazione dei target che si intendono intercettare di conseguenza

In Italia sono attivi gli screening oncologici che riguardano la prevenzione secondaria del tumore della mammella, del tumore del colon-retto e del tumore della cervice uterina, con lievi differenze da regione a regione. La Regione Campania con il programma "Mi Voglio Bene", sostiene la prevenzione secondaria offrendo un'assistenza diagnostica tempestiva, specializzata e gratuita. Si tratta di controlli dedicati a donne e uomini residenti e domiciliati nelle cinque province campane. Sono garantiti la massima riservatezza e un concreto sostegno psicologico. La Regione Campania rende disponibili gratuitamente tre tipi di screening che consentono la prevenzione del carcinoma alla mammella, al colon-retto, al collo dell'utero. Nonostante le campagne promozionali adottate, i dati dell'ONS Organizzazione Nazionale Screening mettono in evidenza una minore partecipazione e adesione a tali programmi da parte della popolazione che vive nel sud Italia e nelle isole. I dati pubblicati dall'ONS - Organizzazione Nazionale Screening- relativi all'attività svolta dai programmi di screening oncologici italiani durante il 2023 mostrano i progressivi miglioramenti dei programmi di screening attualmente attivi (colorettale, mammografico, cervicale) sia in termini di estensione che di adesione e quindi di copertura da esami (indicatore NSG p15C a,b,c) nella popolazione target. I dati presentati sono relativi alla popolazione in fascia Lea e precisamente donne residenti di età compresa tra i 50 ed i 69 anni nello screening mammografico, donne residenti di età compresa tra i 25 ed i 64 anni per il tumore del collo dell'utero e donne e uomini residenti di età compresa tra i 50 ed i 69 anni per lo screening del colon retto. Considerando tutti i programmi di screening e tutte le fasce d'età, sono state invitate 15.946.091 milioni di persone e 6.915.968 milioni hanno eseguito un test. Oltre il 90% della popolazione italiana in età target per lo screening mammografico e colorettale e il 111% della popolazione in età target per lo screening cervicale è stata regolarmente invitata. Per quanto riguarda gli screening femminili i risultati sono ottimali in quanto si riesce a invitare oltre il 90% della popolazione avente diritto. Analizzando dati raccolti dall'indicatore Nuovo Sistema di Garanzia-NSG p15C (a,b,c) relativo alla copertura da esami (numero di persone che hanno effettuato il test di screening sul totale

delle persone eleggibili al netto delle esclusioni prima dell'invito) riferito al 2023 complessivo e per macroarea geografica emerge una scarsa partecipazione della popolazione dell'area sud Italia e Isole agli screening oncologici. Questo indicatore può essere interpretato come la sintesi tra la capacità di offerta del servizio sanitario da un lato e la propensione alla partecipazione da parte dei cittadini dall'altro. Il programma che complessivamente ottiene migliori risultati è il mammografico che si attesta al 49% seguito dallo screening cervicale pari al 47% e quindi da quello per il tumore del colon retto che registra il valore più critico pari al 33%. In tutti e 3 i programmi si conferma il gradiente Nord-Sud evidenziato negli anni precedenti, anche se l'area Sud-Isole appare in miglioramento (ONS 2023). Il Ministero della Salute stabilisce per tutte le regioni alcune linee di indirizzo che devono essere seguite da tutte le ASL (aziende sanitarie locali) diventate ATS (agenzie di tutela della salute) ogni azienda sanitaria, quindi, definisce un piano per erogare i test, insieme a tutte le azioni pratiche che ogni cittadino può mettere in atto per prendere parte al programma di screening. Volendo realizzare questo programma di miglioramento dell'accesso agli screening nella provincia di Benevento bisogna analizzare i dati relativi alla popolazione residente per fascia d'età relativamente ai canoni previsti per l'accesso alle diverse tipologie di screening. Il territorio della provincia di Benevento comprende 78 comuni ed è caratterizzato dalla presenza di 3 comunità montane. Posta nell'Appennino meridionale, a cavallo tra il settore sannita e quello campano, la provincia ha la forma di una grande conca, compresa quasi tutta nel medio-basso bacino del Calore - Volturno, tranne l'estremo lembo proteso verso nord-est, il quale rientra nell'alto bacino del Fortore e si estende per 2.080,44 Km². La popolazione residente al 1° gennaio 2025 è pari a 259.648 abitanti, di cui 131.998 femmine e 127.650 maschi. L'ASL di Benevento realizza su tutta la provincia la campagna relativa agli screening oncologici con lettera d'invito, possibilità di prenotare gli screening presso i distretti sanitari telefonando o scrivendo una mail, e attraverso giornate dedicate con il Poliambulatorio mobile. Lo screening per la diagnosi precoce del tumore mammario prevede un esame radiologico della mammella (mammografia) gratuito da eseguire ogni due anni. Si rivolge alle donne tra i 50 e i 69 anni residenti nei comuni della ASL di Benevento, dai dati statistici emerge in tale fascia d'età una presenza di 40.385 donne (Demo ISTAT 1° gennaio 2025). Le persone che rientrano in questa fascia d'età ricevono un invito cartaceo dall'ASL di riferimento per fissare ora, data e luogo dell'appuntamento. L'esame dura in media dieci minuti: consiste nella compressione di entrambi i seni tra due piastre e l'esecuzione di una radiografia della mammella, che con un'esposizione ai raggi X minima consente di individuare noduli, anche di piccole dimensioni, non ancora percepibili al tatto. Il personale tecnico che effettua l'esame è altamente qualificato. Una volta fatto l'esame, se il referto è negativo verrà inviato l'esito a casa; se, invece, si evidenziano immagini dubbie o il radiologo vuole eseguire approfondimenti si verrà contattati telefonicamente. Nel caso in cui non si venisse contattati è sufficiente chiamare l'azienda sanitaria di competenza. Nella nostra regione il problema è rappresentato dalla scarsa partecipazione a questo screening, secondo i dati dell'ONS solo il 31% delle donne (nella ripartizione geografica sud Italia e isole) partecipa allo screening quindi volendo fare una stima sul territorio di riferimento solo 12.115 donne partecipano rispetto ad una platea potenziale di oltre 40.000 donne. Per ampliare questa partecipazione saranno messe in campo delle strategie di comunicazione e sensibilizzazione nei luoghi frequentati dalle donne in questa fascia d'età (MMG, università, palestre, centri estetici, luoghi di lavoro, centri per la famiglia, centri antiviolenza, centri di aggregazione, esponenti delle comunità RSC o di comunità di stranieri, CAN, ecc.) e saranno messi a disposizione una serie di servizi di orientamento e accompagnamento ad hoc, delle figure professionali specializzate come medici senologi per dare tutte le informazioni sanitarie, psicologi per affrontare le ansie e le paure, sociologi per comprendere i risvolti sociali di una diagnosi precoce in termini di qualità della vita. Durante le campagne informative sarà allestito un punto di raccolta delle adesioni allo screening con dati anagrafici, e informazioni di contatto quali numero di telefono, indirizzo del domicilio e indirizzo mail. Questi dati consentiranno di rinforzare la semplice comunicazione dell'ASL e di monitorare la partecipazione, sarà fornito anche del materiale informativo: brochure cartacee e digitali e saranno affissi manifesti nei luoghi di aggregazione. Il protocollo della regione Campania per lo screening del tumore al collo dell'utero (o cervice uterina) prevede la chiamata attiva per l'esecuzione del Pap test per la popolazione femminile tra i 25 e 64 anni che non è stata vaccinata per HPV (Papillomavirus) entro i 15 anni d'età. Nei comuni della ASL di Benevento, dai dati statistici emerge una presenza di potenziali fruitrici pari a 70.684 donne (Demo ISTAT 1° gennaio 2025). Le persone a cui è rivolto lo screening ricevono una comunicazione cartacea da parte della Segreteria Screening della sua zona. Lo screening va ripetuto ogni 3 anni. Nella lettera sono indicate data e luogo dell'appuntamento per l'esecuzione del test. Entrambi i test durano meno di dieci minuti e non sono dolorosi. Consistono nel prelievo di alcune cellule dal collo dell'utero: con il Pap test, lo specialista identificherà eventuali alterazioni cellulari che potrebbero evolvere in tumori, mentre il test HPV consente di individuare la presenza del DNA di Papillomavirus che potrebbero portare all'insorgenza del cancro della cervice. I risultati arrivano in poche settimane per entrambi gli esami, se l'esito è negativo si riceve il referto per posta a casa. per l'HPV-test, se l'esito è positivo le cellule cervicali della persona vengono analizzate in laboratorio per individuare eventuali anomalie (come avviene nel Pap test). Se quest'ultima analisi dà un risultato negativo, il percorso di screening continuerà dopo un anno con l'invito a ripetere l'esame. Per il Pap test, se l'esito è positivo segue un invito telefonico in cui viene organizzato un appuntamento per approfondire la situazione clinica ed eseguire una colposcopia per osservare meglio lo stato della cervice. Sono esclusi dallo screening coloro che abbiano già effettuato il Pap test o il test dell'HPV al di fuori del programma di screening negli ultimi 12 mesi. Anche per questo screening il problema riscontrato nella nostra regione il problema è rappresentato dalla scarsa partecipazione, secondo i dati dell'ONS solo il 35% delle donne (nella ripartizione geografica sud Italia e isole) partecipa allo screening quindi volendo fare una stima sul territorio di riferimento solo 24.739 donne partecipano a fronte di una potenziale platea di oltre 70.000 donne. Per ampliare questa partecipazione saranno messe in campo delle strategie di comunicazione e sensibilizzazione nei luoghi frequentati dalle donne in questa fascia d'età (università, palestre, centri estetici, luoghi di lavoro, centri per la famiglia, centri antiviolenza, centri di aggregazione, esponenti delle comunità RSC o di comunità di stranieri, CAN, ecc.) e saranno messi a disposizione una serie di servizi di orientamento e accompagnamento ad hoc, delle figure professionali specializzate come medici

senologi per dare tutte le informazioni sanitarie, psicologi per affrontare le ansie e le paure, sociologi per comprendere i risvolti sociali di una diagnosi precoce in termini di qualità della vita. Durante le campagne informative sarà allestito un punto di raccolta delle adesioni allo screening con dati anagrafici, e informazioni di contatto: numero di telefono, indirizzo del domicilio e indirizzo mail. Questi dati consentiranno di rinforzare la semplice comunicazione dell'ASL e di monitorare la partecipazione. Alle donne in età utile sarà fornito anche del materiale informativo: bigliettini con il numero verde, brochure cartacee e digitali. Il protocollo adottato da regione Campania prevede il test di screening per il carcinoma coloretale per uomini e donne nella fascia d'età tra i 50 e i 74 anni, nei comuni della ASL di Benevento, dai dati statistici emerge una presenza di potenziali fruitori pari a 93.506 (Demo ISTAT 1° gennaio 2025). Questo screening è da ripetere ogni due anni. La procedura di screening prevede l'esame per la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF). Se l'esito è positivo si procede a un esame di secondo livello in cui viene eseguita una colonscopia di approfondimento. Le agenzie sanitarie del territorio di appartenenza inviano a casa una lettera d'invito che riporta le informazioni su come effettuare il test, le modalità di ritiro del kit per prelevare il campione da analizzare e i contatti del Centro di screening per richiedere eventualmente ulteriori informazioni. Una volta arrivata la comunicazione, la persona può andare a ritirare il kit per il prelievo presso le farmacie più vicine, dal proprio medico curante o nelle ASL di competenza. Quindi, può eseguire il prelievo, tenendo in frigorifero il materiale se conservato per più di poche ore, e consegnarlo a una farmacia convenzionata entro 24 ore. L'esito dell'esame viene comunicato dopo circa due o tre settimane. Il risultato è inviato con una lettera a domicilio se è negativo o se è necessario ripetere l'esame se risultasse inadeguato. Si viene invece contattati telefonicamente se l'esito è positivo, in modo da procedere con una colonscopia per approfondire. Anche l'esame di secondo livello è gratuito, e si può prenotare online o tramite le farmacie aderenti al programma di screening. Secondo i dati dell'ONS solo il 16% (nella ripartizione geografica sud Italia e isole) delle persone interessate partecipa allo screening quindi volendo fare una stima sul territorio di riferimento solo 14.960 persone partecipano. Per ampliare questa partecipazione saranno messe in campo delle strategie di comunicazione e sensibilizzazione nei luoghi frequentati dalle persone in questa fascia d'età (università, palestre, centri estetici, luoghi di lavoro, centri per la famiglia, centri antiviolenza, centri di aggregazione, circoli ricreativi, centri per anziani, esponenti delle comunità RSC o di comunità di stranieri, CAN, ecc.) e saranno messi a disposizione una serie di servizi di orientamento e accompagnamento ad hoc, delle figure professionali specializzate come medici gastroenterologi per dare tutte le informazioni sanitarie, psicologi per affrontare le ansie e le paure, sociologi per comprendere i risvolti sociali di una diagnosi precoce in termini di qualità della vita. Durante le campagne informative sarà allestito un punto di raccolta delle adesioni allo screening con dati anagrafici, e informazioni di contatto: numero di telefono, indirizzo del domicilio e indirizzo mail. Questi dati consentiranno di rinforzare la semplice comunicazione dell'ASL e di monitorare la partecipazione. Sarà distribuito del materiale informativo: bigliettini con il numero verde, brochure cartacee e digitali e nei luoghi di aggregazione saranno affissi dei manifesti informativi. L'informazione della popolazione e la promozione della partecipazione sono due elementi fondamentali di una campagna di ampliamento delle adesioni al programma di screening. Sforzi particolari dovrebbero essere fatti per coinvolgere le donne che non hanno mai eseguito una mammografia in passato, oppure le donne che non hanno mai fatto un pap test o uomini e donne che non hanno mai effettuato un test per il sangue occulto nelle feci. La partecipazione allo screening è influenzata da molteplici fattori come l'età, lo stato civile, lo stato socioeconomico, il livello culturale, la frequenza di contatto con il sistema sanitario, ecc. Paura delle radiazioni o del dolore alla compressione del seno durante la mammografia, paura del pap test, ansia per il risultato, paura del cancro, mancanza di fiducia nell'efficacia dello screening e della terapia o verso il sistema sanitario sono i principali ostacoli alla partecipazione e dovrebbero essere valutati anche in relazione alle differenti situazioni locali, così come la distanza o gli orari che diminuiscono l'accesso alle unità di screening. Per l'adesione della popolazione a un programma di screening viene inviata una lettera invito con un appuntamento prefissato e l'indisponibilità della persona per quel giorno può determinare la mancata adesione. Un'accurata campagna informativa e di sensibilizzazione può avere un ruolo importante per rimuovere le barriere alla partecipazione, informando la popolazione bersaglio sul programma, sulla sua organizzazione, sui suoi vantaggi e i suoi limiti. In piccole città e in zone agricole, l'organizzazione della vita sociale (associazioni, circoli, parrocchie, il MMG, il sindaco, ecc.) può consentire di identificare specifiche opportunità per informare i soggetti target e promuovere la partecipazione. Per incrementare la partecipazione ai programmi di screening organizzati bisogna innanzitutto informare adeguatamente la popolazione dell'esistenza del programma di screening curare in modo particolare l'informazione e tutti gli altri mezzi. Per favorire l'adesione nelle fasce di popolazione socialmente ed economicamente svantaggiate è opportuno coinvolgere la comunità e i gruppi di advocacy perché l'ambiente sociale sia favorevole e incoraggi la popolazione ad aderire allo screening. Anche il coinvolgimento dei MMD può essere un vantaggio. L'informazione sui rischi di una diagnosi di malattia troppo tardiva può migliorare l'adesione, soprattutto delle persone più svantaggiate dal punto di vista socioeconomico, occuparsi della prenotazione del test di screening, ricordare l'appuntamento a breve distanza dalla scadenza, con telefonate o altri tipi di promemoria, in modo da aumentare la compliance.

Articolazione della proposta progettuale

Descrizione dell'obiettivo strategico, degli interventi che si intendono realizzare, della tipologia e delle modalità di realizzazione delle azioni previste e dei rispettivi risultati attesi. Le azioni prevedono le seguenti attività (art. 6 dell'avviso): servizio di intercettazione e accoglienza della specifica platea di riferimento; orientamento ai servizi sanitari di screening (collo dell'utero, mammella e colon-retto) offerti dall'ASL di riferimento; descrizione della tipologia di platea da intercettare (art. 4 dell'avviso); descrizione delle modalità e delle misure di coinvolgimento dei soggetti intercettati, compresi eventuali strumenti incentivanti finalizzati al coinvolgimento

della platea di riferimento; indicazione di strumenti di animazione e informazione mirata alla promozione della cultura della prevenzione primaria nei confronti della platea intercettata; orientamento e assistenza alle prestazioni sanitarie anche in termini di “referral” verso strutture sanitarie di secondo livello; elementi significativi e qualificanti dell'apporto della proposta progettuale; descrizione della tipologia di personale che si intende coinvolgere nella realizzazione delle attività progettuali; descrizione dei risultati attesi a seguito della realizzazione delle attività. (max 10000 parole).

Il Programma Nazionale Equità nella Salute nasce per rafforzare i servizi sanitari e per renderne più equo l'accesso nelle regioni in cui si riscontrano maggiori difficoltà nella gestione del servizio sanitario e in cui si registrano i più bassi Livelli Essenziali di Assistenza, ovvero gli standard definiti a livello nazionale. Tra le aree prioritarie d'intervento del Piano Nazionale Equità nella salute vi è quella relativa ad una maggiore copertura degli screening oncologici, area inserita nel Piano Operativo della Campania che descrive i progetti che la Regione Campania intende realizzare nell'ambito del PN Equità nella salute 2021-2027. Il PO Campania con i progetti sostenuti dal FSE nell'ambito della Priorità “Servizi sanitari più equi ed inclusivi” Obiettivo specifico 4K ESO4.11 intende assicurare il miglioramento dell'accessibilità e della qualità dei servizi ai cittadini, per ridurre le disuguaglianze sociali e le disparità territoriali dell'offerta. Tra gli obiettivi vi è quello di migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari regionali a disposizione assicurando una maggiore adesione e partecipazione ai programmi di screening oncologico per il carcinoma della mammella, del colon-retto e del collo dell'utero. Con screening oncologici si intende una serie di esami offerti gratuitamente a persone che rientrano in specifiche popolazioni, allo scopo di individuare una malattia o i suoi precursori, prima che sintomi e disturbi ne facciano sospettare la presenza. In un programma di screening organizzato, l'azienda sanitaria invita direttamente le persone della fascia di popolazione che può ricevere il maggiore beneficio rispetto al maggiore rischio di sviluppare una certa malattia. In tali screening sia il test sia gli eventuali approfondimenti sono offerti gratuitamente e non occorre l'impegnativa del medico di base. L'adesione a un programma di screening è del tutto volontaria. In linea con l'intervento CAM.4k.2_06 “Azione di sistema volte ad aumentare l'adesione ai 3 screening principali” presente nel PO Campania, la scrivente ATS intende promuovere un programma di interventi per migliorare l'accessibilità ai servizi territoriali di prevenzione oncologica attraverso l'implementazione di un'azione di sistema finalizzata alla diffusione delle informazioni sulle modalità organizzative e operative degli screening oncologici, per contribuire ad una maggiore copertura del servizio di screening in favore della popolazione con vulnerabilità socio-economica, ampliare l'accesso ai servizi sanitari per le attività di prevenzione presso i punti screening offerti sul territorio di riferimento dalle ASL, le farmacie, i MMG e i servizi mobili. Tale programma sarà realizzato nel territorio di riferimento dell'ASL di Benevento. I programmi di screening si inseriscono in quella che viene chiamata prevenzione secondaria, ossia quella che serve a effettuare diagnosi precoci, quando le malattie sono in principio più curabili. La prevenzione secondaria si differenzia dalla prevenzione primaria, che ha invece lo scopo di ridurre il rischio di sviluppare una malattia, evitando l'esposizione a fattori di rischio e scegliendo abitudini e comportamenti salutari. Esempi di prevenzione primaria sono seguire un'alimentazione varia ed equilibrata ed evitare di fumare di consumare alcolici. In Italia sono attivi gli screening oncologici che riguardano la prevenzione secondaria del tumore della mammella, del tumore del colon-retto e del tumore della cervice uterina, con lievi differenze da regione a regione. 1. Il Servizio di intercettazione e accoglienza della specifica platea di riferimento. Per l'individuazione dei destinatari degli screening, attraverso la costruzione di un sistema di Rete, sarà istituito un servizio ad hoc con la collaborazione di enti e agenzie del territorio che si rivolgono a soggetti in possesso delle caratteristiche anagrafiche richieste per i beneficiari degli screening, che possono svolgere un ruolo di intermediazione e metterci in contatto con la platea. Per l'intercettazione degli stranieri temporaneamente presenti si farà riferimento ai Centri di Assistenza Straordinaria. Per i senza fissa dimora si potrà fare riferimento al Centro di Accoglienza Notturna o alla Caritas, per le persone che hanno difficoltà a raggiungere i luoghi di erogazione delle prestazioni si potrà fare riferimento ai MMG, alle associazioni locali, al Sindaco e alle parrocchie. Per le comunità RSC si farà riferimento ai rappresentanti locali delle comunità e all'intervento di un mediatore culturale, anche per gli stranieri residenti si farà riferimento a coloro che sono il riferimento della comunità presente attraverso un mediatore culturale. Per le persone con disabilità si farà riferimento ai servizi sociali territoriali. Per le giovani donne si potrà fare riferimento anche alle università, ai centri sportivi, ai centri estetici e ai luoghi di lavoro. L'accoglienza della popolazione target sarà organizzata attraverso uno sportello informativo itinerante con uno staff di professionisti (medici, psicologi, sociologi, educatori, Counselor, Mediatori culturali, ecc) in grado di spiegare e informare sull'importanza dell'adesione alla campagna di screening oncologici. Lo staff organizzerà la presa in carico dei soggetti target al fine di programmare un servizio di accompagnamento allo screening adeguato. 2. Le attività di orientamento ai servizi sanitari del territorio. La platea di riferimento sarà orientata alla fruizione dei servizi di prevenzione oncologica attraverso un capillare servizio di animazione territoriale e campagna informativa e di sensibilizzazione itinerante. L'animazione territoriale si riferisce a una serie di approcci e metodologie che coinvolgono attivamente i membri della comunità nella comprensione e nella trasformazione del proprio territorio con un approccio proattivo e partecipato. L'animazione territoriale promuove l'empowerment della comunità, incoraggiando la partecipazione attiva, la condivisione delle conoscenze e l'azione collettiva per affrontare le problematiche sociali. Tale approccio sarà impiegato nella campagna di comunicazione o informazione che ha la finalità di promuovere o sensibilizzare i destinatari rispetto al tema della prevenzione oncologica, mettendone in luce aspetti positivi. La campagna di comunicazione avrà anche finalità di sensibilizzazione cercherà di promuovere un comportamento positivo rispetto agli screening proposti, sottolineandone l'importanza rispetto alle possibilità di guarigione da una malattia oncologica, il supporto in termini di accompagnamento e orientamento previsto dal progetto e la gratuità dell'iniziativa. Si tratterà di una campagna informativa itinerante che non punterà alla città capoluogo ma girerà per i piccoli paesini che per le

caratteristiche del territorio soffrono di isolamento, durante la campagna informativa vi sarà la presenza di testimonial che hanno avuto una diagnosi infausta a seguito della partecipazione ad uno screening oncologico, e grazie a questo hanno curato la malattia e sono guarite. L'aspetto innovativo della campagna di comunicazione e di informazione sarà rappresentato dalla singolarità dei luoghi intercettati. Le attività non si svolgeranno nelle grandi piazze ma nei piccoli borghi nelle palestre, nei luoghi di aggregazione degli stranieri, nelle parrocchie presso i centri di accoglienza notturni, per ogni platea di riferimento sarà scelto il luogo e la strategia comunicativa. La presenza di mediatori culturali faciliterà il contatto e la comunicazione con gli stranieri e le comunità RSC, il linguaggio sarà semplice e immediato per far arrivare il messaggio fondamentale: l'importanza della prevenzione.

3. Le tipologie di platea da intercettare. Le attività programmate si rivolgeranno a soggetti che presentano una situazione di vulnerabilità socio-economica riconducibile sia ad un'indigenza di tipo materiale come l'assenza di un lavoro, di reddito stabile e/o di un'abitazione, sia ad una povertà socioculturale rappresentata da un basso livello culturale, un contesto familiare difficile o a situazioni di problematiche sanitarie. Saranno coinvolte anche le seguenti categorie:

- soggetti che hanno difficoltà a raggiungere i servizi sanitari poiché vivono in aree con scarsa presenza di servizi;
- soggetti con basso livello di istruzione e scarsa consapevolezza dell'importanza della prevenzione oncologica;
- soggetti appartenenti alle comunità RSC e i senza fissa dimora;
- soggetti non iscritti all'anagrafe locale come gli Stranieri temporaneamente presenti;
- soggetti stranieri residenti che sono poco inclini alla medicina preventiva per ragioni di carattere socio-culturale;
- soggetti che non hanno mai effettuato uno screening sebbene avessero ricevuto l'invito, in quanto poco propensi ad aderire alle campagne di prevenzione anche a causa del loro basso livello d'istruzione;
- soggetti con disabilità motoria e o sensoriale che hanno anche difficoltà a raggiungere o punti screening dell'ASL di riferimento.

La popolazione target deve avere anche delle caratteristiche anagrafiche che dipendono dalla tipologia di screening che si esegue: - il test di screening per il carcinoma colon rettale prevede il coinvolgimento di uomini e donne nella fascia d'età tra i 50 e i 74 anni ed è da ripetere ogni due anni. - per lo screening del tumore al collo dell'utero (o cervice uterina) prevede la chiamata attiva per l'esecuzione del Pap test per la popolazione femminile tra i 25 e 64 anni che non è stata vaccinata per HPV (Papillomavirus) entro i 15 anni d'età. Va ripetuto ogni 3 anni. - Lo screening per la diagnosi precoce del tumore mammario prevede un esame radiologico della mammella (mammografia) gratuito da eseguire ogni due anni. Si rivolge: alle donne tra i 50 e i 69 anni. Per i non rispondenti alla campagna di screening effettuata dall'ASL con invio della lettera di invito occorre effettuare solleciti tramite telefonate, fornire assistenza e supporto per riprogrammare il test di screening e laddove necessario recandosi al domicilio del soggetto. Per gli inviti inesitati perché ci sono errori magari nell'indirizzo, si può ipotizzare una ricerca capillare sul territorio.

4. Le modalità e le misure di coinvolgimento dei soggetti intercettati saranno basate su un approccio integrato multidisciplinare che rappresenta un modo di intervenire che combina le competenze di diverse figure professionali per affrontare le esigenze di una persona. L'approccio integrato multidisciplinare si basa sulla collaborazione e sulla sinergia di diversi professionisti (medici, psicologi, sociologi, educatori, assistenti sociali, counselor, mediatori), al fine di mettere al centro la persona. Il coinvolgimento della platea si realizzerà tramite una integrazione culturale, scientifica ed operativa costante che coinvolge molteplici competenze in rapporto alle peculiarità del gruppo target. Sarà messo a disposizione della popolazione target un numero verde gratuito a cui sarà possibile telefonare per ricevere supporto, informazioni e assistenza per la prenotazione degli screening, la lettura dei risultati, per richiedere l'accompagnamento per la fruizione di ulteriori prestazioni sanitarie o supporto domiciliare. Ogni possibile fruitore di screening sarà informato in modo dettagliato sulla prestazione che dovrà eseguire, sull'importanza della prevenzione secondaria, sul supporto e accompagnamento che riceverà lungo tutto il percorso. Per gli stranieri è prevista anche la figura del mediatore culturale perché anche la cultura di origine può ostacolare l'adesione a un programma di prevenzione. Saranno offerti i seguenti servizi incentivanti: - orientamento e accompagnamento personalizzato ai servizi sanitari del territorio; - sensibilizzazione alla prevenzione dei tumori attraverso una campagna di informazione e sensibilizzazione capillare (carcinoma della mammella, del colonretto e del collo dell'utero), - servizio di trasporto per le persone con una limitata autonomia o per coloro che vivono in zone geografiche poco servite; - supporto per l'accesso al test di screening organizzato dall'Asl di Benevento con la presenza di un operatore che assiste il soggetto fino alla fine del test; - Coinvolgimento dei MMG. Nell'ambito di un programma di screening, l'informazione e l'educazione sanitaria sono di fondamentale importanza. Il medico di medicina generale (MMG) è il punto di riferimento per il cittadino. Inoltre, stabilisce con i propri pazienti un rapporto di fiducia continuo nel tempo. I MMG possono contribuire alla correzione delle liste in base ai criteri di inclusione (escludendo pazienti già affetti da tumore o da gravi malattie), promuovere la partecipazione dei propri assistiti agli screening. - distribuzione dei kit per test sangue occulto nelle feci, con ritiro e consegna al punto screening; - supporto di personale specializzato (Educatore, psicologo, o mediatore culturale, Counselor, ecc.); - Numero verde e counselling telefonico; - assistenza anche per le prestazioni sanitarie (referral) di rinvio presso le strutture sanitarie di secondo livello; - sostegno psicologico in caso di infausta diagnosi; - consulenza nutrizionale con piano nutrizionale adeguato all'età e allo stato di salute; - Sportello sociale con unità mobile.

5. Gli strumenti di animazione e informazione mirati alla promozione della cultura della prevenzione saranno orientati dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, che ha come obiettivo quello di promuovere la cultura della prevenzione attraverso un approccio di Promozione della Salute e alla Strategia di informazione e sensibilizzazione del PN della Regione Campania. La strategia di informazione e sensibilizzazione della Regione Campania si basa su un approccio partecipato, flessibile e differenziato per target. Gli strumenti di informazione e animazione per la prevenzione oncologica comprendono: campagne informative, questionari, interviste, numero verde, brochure e manifesti.

□ Le campagne informative in contesti vari sono importanti perché veicolano informazioni di cui la popolazione target non è in possesso e quindi possono aiutare a incoraggiare l'adesione ai programmi di screening. Durante le campagne informative che saranno organizzate in base alla tipologia di screening un professionista sanitario darà tutte le informazioni relative alla patologia su cui si va a indagare, alla tipologia di esame eseguito, all'incidenza di quella patologia, all'importanza di una diagnosi precoce, il percorso in caso di diagnosi positiva e gli ulteriori esami da fare. Poi

ci sarà l'intervento di altri professionisti che spiegheranno le modalità di accesso alle prestazioni, il percorso di accompagnamento di cui potranno usufruire, il funzionamento del numero verde e la possibilità di accedere ad altre prestazioni sanitarie e la presenza di un testimonial, una persona comune che grazie a una diagnosi precoce è guarito da una malattia oncologica. Uno psicologo farà da motivatore per l'adesione alla campagna di screening. Anche i questionari e interviste possono essere utilizzati per valutare la qualità delle informazioni ricevute e l'adesione ai programmi di screening e per raccogliere dubbi e commenti. Obiettivi della campagna informativa saranno: o Sensibilizzare le persone alla cultura della prevenzione o Aumentare l'adesione ai programmi di screening o Promuovere corretti stili di vita basati su una corretta alimentazione e sulla pratica di attività sportive.

6. Il servizio di orientamento e assistenza alle prestazioni sanitarie Il servizio di orientamento e assistenza alle prestazioni sanitarie comprenderà diversi elementi: - Un numero verde attivo tutti i giorni a cui risponderà un operatore specializzato che darà le informazioni per l'accesso agli screening oncologici e ai percorsi di accompagnamento, l'operatore dell'ATS potrà provvedere direttamente, su richiesta dell'utente, alla prenotazione della prestazione di screening; - Il personale dell'ATS potrà collaborare con il personale dell'ASL di Benevento addetto agli screening per concordare un calendario di prenotazione per tutti gli utenti target; - Un servizio di messaggistica istantanea tramite Whatsapp/Telegram a cui risponderà un chatbot preimpostato con le risposte per le principali richieste degli utenti; - Uno sportello sociale itinerante (con unità mobile) con diverse figure professionali in grado di dare informazioni dettagliate sul programma di screening e di programmare il percorso di accompagnamento e/o di supporto psicologico richiesto dal soggetto; - Percorso di accompagnamento e supporto psicologico per lo screening mammografico; - Percorso di accompagnamento e supporto psicologico per lo screening del tumore al collo dell'utero; - La consegna e ritiro dei KIT per la ricerca del sangue occulto nelle feci per il test di screening per il carcinoma coloretale; - Un servizio di trasporto e di accompagnamento per coloro che sono impossibilitati a raggiungere le sedi territoriali ove si svolgono i test degli screening; i membri dell'ATS metteranno a disposizione un parco di autovetture e veicoli che saranno impiegati per il servizio di trasporto della popolazione target. Nello specifico saranno messi a disposizione: o Un veicolo a 9 posti; o Due utilitarie a 4 posti; o Un'automedica; o Un'ambulanza con tutti i dispositivi per il trasporto di persone non autosufficienti. - Servizio di orientamento prenotazione e accompagnamento personalizzato alle prestazioni sanitarie presso strutture sanitarie di secondo livello; - Supporto nella lettura dei referti; - Counseling telefonico e diretto; - Supporto psicologico in caso di diagnosi oncologica.

7. Gli elementi significativi e qualificanti della proposta Approccio multi-azione e multidisciplinare. L'idea progettuale mira a realizzare un approccio multi-azione, che eroga contemporaneamente diverse azioni mirate a un soggetto/utente. Questo approccio si lega con un team multidisciplinare che è un gruppo di lavoro formato da professionisti che provengono da esperienze differenti, ma che si uniscono per raggiungere un obiettivo comune. Quindi il soggetto/utente è al centro e viene preso in carico dall'equipe, e in base alla valutazione dei suoi bisogni viene costruito un programma di accompagnamento alle prestazioni di screening e non solo. Modalità di reperimento delle adesioni Modalità di svolgimento della campagna di informazione/comunicazione e animazione territoriale. La campagna informativa sarà condotta in modo capillare sul territorio di riferimento e per ogni platea/target sarà costruito un modello di comunicazione semplice ed efficace in grado di arrivare a tutti. Quindi alle grandi piazze e centri urbani saranno preferiti i piccoli contesti e i piccoli borghi raramente toccati dalle grandi manifestazioni. Questa scelta è dettata dall'esigenza di ampliare l'accesso agli screening oncologici da parte dei soggetti che vivono in aree svantaggiate. Altra caratteristica della campagna di informazione sarà la presenza di testimonial persone comuni che grazie alla partecipazione ai programmi di screening hanno ricevuto una diagnosi precoce di cancro e questo sono guariti. La scelta di persone comuni che con un linguaggio semplice raccontano la loro storia personale è molto efficace perché viene percepito dalla platea come uno di loro. Altra caratteristica sarà la presenza di mediatori culturali e rappresentanti delle minoranze per poter fare informazione e sensibilizzazione le comunità RSC, gli stranieri residenti o altri gruppi di persone che per motivi culturali e religiosi è difficile intercettare con la classica campagna di screening con lettera praticata dalle ASL di riferimento. Vi sarà il recupero dei non rispondenti e degli inviti inesitati attraverso un sollecito telefonico e/o la ricerca sul territorio di riferimento. Coordinamento e supervisione del Programma. Il Coordinatore del Programma svolgerà un ruolo fondamentale nell'esecuzione fluida ed efficiente di programmi e progetti all'interno dell'ATS. Questa figura si occuperà della pianificazione, dell'organizzazione e della gestione delle risorse per raggiungere obiettivi specifici del programma, dei contatti con i vari dipartimenti e stakeholder, si assicurerà che le scadenze vengano rispettate e gli obiettivi siano raggiunti. I Coordinatori di Programma creano piani dettagliati e tempistiche per l'esecuzione del programma, ciò comporta la definizione di traguardi del progetto, compiti e risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi organizzativi. Questa figura si assicura che le risorse umane, tecniche e finanziarie siano utilizzate in modo ottimale e supervisiona tutte le attività programmate, dall'avvio alla conclusione, e assegna i compiti del team in base ai punti di forza individuali e alle necessità del progetto, mantiene le registrazioni di tutte le attività, corrispondenze e documenti per responsabilità e riferimento futuro. I Coordinatori lavorano a stretto contatto con i membri del team per garantire che tutti siano allineati con gli obiettivi del programma intervengono per la risoluzione di conflitti e la promozione di un ambiente collaborativo. Monitoraggio e valutazione dei risultati. Il monitoraggio di un progetto e la valutazione sono fasi che permettono di verificare l'evolversi del progetto secondo quanto stabilito e il raggiungimento dei risultati attesi e degli obiettivi previsti. Monitoraggio e valutazione della gestione del servizio. Elementi migliorativi e aggiuntivi. Fidelizzazione dei pazienti mediante la fornitura di prestazioni sanitarie di prevenzione primaria aggiuntive rispetto all'attività di screening (ecografie con ecografo portatile, misurazione della glicemia, ECG, frutta e bibite da offrire alla popolazione target dopo aver effettuato i test di screening). Modello replicabile. L'ATS si impegnerà per la realizzazione di modello d'intervento replicabile, ovvero un modello in grado di essere ripetuto in diversi luoghi e in diversi periodi, senza necessità di adeguamenti importanti. Questo significa che il modello deve essere abbastanza flessibile da adattarsi a nuove situazioni per rispondere a nuove esigenze, ma abbastanza solido da mantenere la sua essenza. La standardizzazione delle procedure rende le attività facilmente replicabili. Per rendere replicabile questo modello d'intervento è necessario

standardizzare le procedure e metodologie per costruire una modellizzazione del sistema. Utilizzo delle tecnologie digitali che permettono di raggiungere un vasto pubblico e automatizzare molti processi, di costituire banche dati e di conservare i archivi digitali tutte le informazioni raccolte. L'innovazione tecnologica, deve essere operato un salto di qualità di grande rilevanza non solo in termini di supporti tecnici e strutturali adeguati (sistemi informativi, sistemi software, sistemi di intelligenza, artificiale), ma soprattutto e specialmente in termini di visione 7. La tipologia del personale che si intende coinvolgere. Volendo realizzare un modello d'intervento basato sul lavoro multiprofessionale e d'equipe è previsto il coinvolgimento di molteplici figure professionali per rispondere in modo adeguato al metodo multi-azione previsto. Ogni Professionista darà il proprio contributo al percorso di accompagnamento costruito per i soggetto/utente. Saranno impiegate le seguenti figure sanitarie e non: □ Personale specialistico sanitario: senologo, ginecologo e gastroenterologo; □ Personale specialistico non sanitario: Sociologo, Psicologo, Assistente sociale, Educatore, Counselor, Mediatore culturale, Animatore; □ Personale specialistico: Progettista, Esperto in comunicazione, Ingegnere informatico, Commercialista, Amministrativo, Segretario, Esperto di monitoraggio e Rendicontazione.

8. La descrizione dei risultati attesi Tale programma d'interventi è volta ad attivare una vasta gamma di servizi che possono favorire l'accesso agli screening oncologici da parte di quella popolazione che ha maggiori difficoltà di accesso alla prevenzione oncologica a causa di fattori socio-economici o perché risiede in aree svantaggiate o per altre motivazioni. Attraverso l'implementazione di servizi di orientamento e accompagnamento si prevedono i seguenti risultati attesi: - l'incremento del numero di adesioni ai tre programmi di screening oncologici, ovvero ci si aspetta una maggiore partecipazione agli screening oncologici da parte di soggetti con vulnerabilità socio-economica, soggetti stranieri, soggetti non iscritti alle anagrafi locali, persone disabili, soggetti appartenenti alle comunità RSC, ecc.; -La maggiore partecipazione agli screening porterà ad un aumento del numero di diagnosi precoci e quindi è alla scoperta di una malattia nelle fasi iniziali, quando è più semplice curarla e aumenta le probabilità di guarigione; -L'informazione e la sensibilizzazione sull'importanza della prevenzione oncologica sarà una conseguenza diretta della campagna di comunicazione e informazione che consentirà ad un maggior numero di persone di essere informato sull'importanza di una diagnosi precoce; - Il lavoro di rete sul territorio. Lavoro di rete e in rete. Il Servizio sarà svolto in collaborazione e d'intesa con i Referenti dell'ASL, valorizzando tutte le risorse comunitarie disponibili. La pianificazione degli interventi sarà fatta tenendo conto del territorio e delle comunità locali, promuovendo un lavoro in rete (tra professionisti) e di rete (tra agenzie formali e informali). Sarà promosso il raccordo operativo con i servizi sociali, le parrocchie, i centri per la famiglia, i centri di aggregazione, le associazioni sportive, i CAS, le comunità di migranti, ecc. - Il miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari con riduzione delle disuguaglianze sarà un effetto diretto delle attività di accompagnamento e orientamento rivolte ai soggetti che sono penalizzati nell'accesso ai servizi sanitari; - La partecipazione agli screening oncologici di soggetti non iscritti alle anagrafi locali sarà possibile attraverso l'individuazione di soggetti che normalmente sfuggono alle liste dei programmi di screening perché non residenti nel nostro paese; - La sensibilizzazione verso corretti stili di vita. Tutte le attività di accompagnamento saranno mirate alla diffusione di stili di vita "salutari", come corretta alimentazione e attività fisica regolare, sono riconosciuti come presupposto essenziale per migliorare la qualità della vita e il benessere degli individui e della società, costituiscono, inoltre, un importante fattore di protezione per l'organismo e contribuiscono a prevenire alcune malattie croniche non trasmissibili.

9. Le modalità e gli strumenti volti a favorire l'aggiornamento delle liste anagrafiche dei soggetti da invitare Per favorire l'aggiornamento delle liste anagrafiche dei soggetti da invitare agli screening si potrebbero includere - Gli Stranieri Temporaneamente Presenti, ovvero cittadini stranieri extracomunitari privi di Permesso di Soggiorno o di modello bilaterale, irregolarmente presenti sul territorio nazionale, ivi compresi coloro che, pur entrati regolarmente, hanno poi perso il diritto alla permanenza/iscrizione al servizio sanitario. In generale, questi cittadini sono anche indigenti. L'equipe prenderà contatto con i Centri di Accoglienza Straordinaria e le strutture di seconda accoglienza per poter intercettare gli individui rientranti nel target degli screening oncologici. L'equipe darà tutte le informazioni relative all'importanza della prevenzione, spiegherà le modalità di svolgimento dei test di screening, farà una mappatura delle persone eleggibili negli screening, e organizzerà dei percorsi di accompagnamento alle prestazioni. - I membri delle comunità RSC, in quanto l'accesso ai servizi sanitari per il popolo Rom, Sinti e Caminanti è condizionato dall'effettiva sussistenza del diritto, dipende cioè dal possesso o meno del titolo di soggiorno, dalla mancanza di consapevolezza del diritto; non sempre infatti le donne e gli uomini Rom sono correttamente informati della possibilità di accedere ai servizi e dalla possibilità dell'effettivo esercizio del diritto. Tutto questo viene poi aggravato da quelle che sono le barriere relazionali e che dipendono sicuramente dalla lingua, dalla comunicazione e interpretazione delle diagnosi. Attraverso un primo contatto con il rappresentante locale della comunità RSC è prevista l'organizzazione di incontri di informazione e sensibilizzazione della comunità rispetto all'accesso alle prestazioni sanitarie e agli screening oncologici. Il Rappresentante della comunità serve per accedere alla comunità che in genere non accetta la presenza di estranei se non mediati da una persona di loro fiducia. Ovviamente gli incontri saranno tenuti da personale medico e da uno psicologo coadiuvati sempre da un mediatore culturale. Durante gli incontri saranno presi i nominativi e i dati di contatto dei soggetti eleggibili nella platea degli screening, e successivamente saranno organizzati dei percorsi di accompagnamento. - Coloro che si ritrovano a vivere temporaneamente in un comune diverso da quello di residenza hanno la possibilità di cambiare il proprio domicilio sanitario e quindi registrarsi all'anagrafe degli assistiti di un altro comune senza dover necessariamente cambiare anche la residenza, si tratta di studenti e lavoratori. Per l'intercettazione di questa fascia saranno utilizzati diversi strumenti contemporaneamente. Sarà organizzata una campagna informativa presso le università per gli studenti fuori sede e una quantificazione degli stessi per poi procedere agli incontri informativi e di sensibilizzazione, mentre per i lavoratori in trasferta saranno contattati i sindacati per avere accesso ad informazioni dettagliate sulla residenza della forza lavoro e procedere con la campagna di sensibilizzazione e adesione agli screening. - Cittadini senza fissa dimora che vivono per strada per le condizioni economiche precarie o per scelta di vita (artisti di strada, artigiani, circensi, ecc.). Spesso la loro residenza è presso un indirizzo fittizio e quindi la residenza non corrisponde al luogo fisico ove queste persone vivono. Attraverso il contatto con le strutture di

accoglienza dei senza fissa dimora (Caritas, CAN, Mense dei poveri, ecc.) saranno organizzati degli incontri ad hoc condotti dall'equipe (medico, psicologo, mediatore culturale, ecc.) per spiegare l'importanza della prevenzione dell'accesso agli screening offerti dall'ASL di riferimento. Sarà fatta una mappatura delle persone eleggibili e concordato il percorso di accompagnamento, avendo come riferimento i Responsabili dei vari centri di accoglienza. Per incrementare la partecipazione ai programmi di screening organizzati bisogna innanzitutto informare adeguatamente la popolazione dell'esistenza di tali programmi, curare in modo particolare l'informazione e tutti gli altri mezzi, creare una rete territoriale con tutti gli Enti e agenzie che possono contribuire ad intercettare la platea di riferimento. Per favorire l'adesione nelle fasce di popolazione socialmente ed economicamente svantaggiate è opportuno coinvolgere la comunità e i gruppi di advocacy (di supporto attivo) perché l'ambiente sociale sia favorevole e incoraggi la popolazione ad aderire agli screening. La mancata adesione di coloro che ricevono l'invito da parte delle ASL è spesso legata sia a una scarsa propensione ad aderire a iniziative di prevenzione sanitaria (talora a causa di un basso livello di istruzione anche per le persone straniere residenti sulle quali agiscono determinanti socio-culturali sfavorevoli e la scarsa familiarità con iniziative di medicina preventiva), sia alla difficoltà a raggiungere i punti di screening per la distanza dall'abitazione o per la difficoltà dei collegamenti. Quindi bisogna agire su due versanti: - La promozione di una comunicazione efficace ed esaustiva; - La modellizzazione di nuovi percorsi di accompagnamento alle prestazioni. Attraverso la modellizzazione di nuovi percorsi e la promozione di modalità comunicative efficaci si può raggiungere una maggiore adesione ai programmi di screening. Tramite la collaborazione dell'ATS con Enti del Terzo Settore, servizi sociali dei Comuni, personale sanitario e amministrativo di ASL verranno individuate metodologie e strumenti per l'integrazione e l'aggiornamento continuo delle liste anagrafiche degli inviti nonché per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di screening. Verranno anche utilizzate le analisi dei bisogni realizzate grazie alle interviste somministrate ai possibili fruitori, in modo da identificare i bisogni informativi, il livello di consapevolezza sul problema, eventuali miti o disinformazione, paure, senso di invulnerabilità, ma anche cosa può funzionare per modificare i comportamenti e quali benefici motivano maggiormente la platea. L'analisi dei bisogni si rivela un elemento cruciale per la modellizzazione di percorsi di accompagnamento congruenti con i bisogni dei cittadini svantaggiati da un punto di vista socio-culturale e socio-economico. La promozione di una comunicazione efficace ed esaustiva è importante, in quanto mira ad ampliare la base delle persone che aderiscono agli screening, facendo emergere anche le persone che sfuggono all'invito da parte delle ASL e quelle che, pur invitate, non aderiscono. Un concetto che potrebbe rivelarsi efficace a livello di comunicazione per le donne tra i 50 e i 64 anni è il ruolo nella famiglia. Puntando sull'altruismo: proteggere la loro salute è un bene non solo per loro stesse, ma anche per i figli. Oppure puntare sui dati relativi alle guarigioni: partecipare allo screening organizzato su invito attivo, secondo quanto indicato dalle linee guida internazionali (50-69 anni con mammografia biennale), riduce del 35% la probabilità di morire per cancro della mammella. È necessario prevedere una corretta informazione alla donna sui vantaggi e limiti dello screening. Anche il coinvolgimento dei MMD può essere un vantaggio, poiché possono informare i propri assistiti sulle modalità di espletamento dei test di screening e sull'opportunità di una diagnosi precoce. L'informazione sui rischi di una diagnosi di malattia troppo tardiva può migliorare l'adesione, soprattutto delle persone più svantaggiate dal punto di vista socioeconomico e per favorire la partecipazione può essere utile ricordare l'appuntamento a breve distanza dalla scadenza, con telefonate o altri tipi di promemoria, in modo da aumentare la compliance.

SOSTENIBILITÀ DELLA PROPOSTA PROGETTUALE

Strategia del Progetto

Descrivere la strategia di sostenibilità dei risultati attesi e di replicabilità dell'intervento, anche da parte dell'ASL di riferimento, con particolare riferimento alla capitalizzazione dei risultati (max 10000 parole)

La modellizzazione delle attività e dei processi consente la costruzione di una rappresentazione visiva basata sui dati dei processi e delle procedure chiave. Offre la possibilità di comprendere e ottimizzare i workflow (flusso di lavoro) che possono essere rappresentati anche graficamente. La sostenibilità dei risultati attesi e la replicabilità degli interventi di screening sono aspetti cruciali per garantire l'efficacia e l'impatto a lungo termine di qualsiasi iniziativa di sostenibilità. Questo significa che, oltre a misurare i risultati immediati, è fondamentale valutare la loro durata nel tempo e la possibilità di applicare gli stessi principi e metodi in altre situazioni o contesti. La sostenibilità dei risultati attesi si riferisce alla capacità dei risultati di un intervento di sostenibilità di persistere nel tempo e di produrre benefici continuativi, piuttosto che essere limitati a un periodo specifico. Garantisce che le iniziative di sostenibilità abbiano un impatto reale e duraturo, non solo a breve termine. È fondamentale monitorare costantemente i risultati nel tempo per valutare la loro sostenibilità e apportare eventuali correzioni. Non si tratta solo di misurare i risultati immediati, ma anche di valutare gli impatti a lungo termine sull'ambiente, sulla società e sull'economia. È importante identificare i fattori che potrebbero compromettere la sostenibilità dei risultati e mettere in atto misure di prevenzione o mitigazione. La replicabilità degli interventi di screening si riferisce alla possibilità di applicare gli stessi metodi e principi di screening in altre situazioni o contesti, mantenendo la loro efficacia e rilevanza. Permette di scalare le iniziative di sostenibilità e di raggiungere un maggiore impatto, estendendo i benefici a un numero più ampio di persone o organizzazioni. È importante definire metodi di screening standardizzati e ben documentati per garantire la loro replicabilità. I processi di screening devono essere semplificati e accessibili per essere facilmente applicati in contesti diversi. L'ATS può creare linee guida e strumenti per supportare la replicabilità dei loro interventi di screening. In sintesi, per garantire la sostenibilità e la replicabilità degli interventi

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

di screening, è fondamentale: - Definire obiettivi di sostenibilità chiari e misurabili. - Monitorare costantemente i risultati nel tempo. - Valutare gli impatti a lungo termine. - Standardizzare i metodi di screening. - Semplificare i processi. - Creare linee guida e strumenti per la replicabilità. Il programma di maggiore copertura degli screening oncologici può diventare una buona pratica replicabile e scalabile sul territorio della ASL di Benevento e in altri contesti territoriali simili per caratteristiche demografiche e socio-culturali. Le buone pratiche si caratterizzano per essere dei modelli che possono essere replicati in altri contesti per risolvere problemi simili. Al fine di valutare se una buona pratica possa essere replicata in altri settori e territori, con miglioramenti in termini economici, ambientali e sociali, risulta pertanto necessario effettuare un'analisi di replicabilità. Per analisi di replicabilità si intende l'analisi di un modello e la valutazione in termini di risultati conseguiti al fine di verificare la possibilità che questo possa essere applicato, in parte o integralmente, ad ambiti, settori e o contesti diversi senza essere rivoluzionato e solo apportando piccole modifiche. La Buona Pratica, grazie alla sua replicabilità, permette di raggiungere gli obiettivi con la massima efficienza e qualità perché fa riferimento a casi di successo, che possono essere utilizzati come spunto per interventi analoghi anche in realtà differenti. Essa, per essere applicabile, deve inoltre rispondere a caratteristiche di scalabilità: può essere applicata su diverse scale o dimensioni, purché mantenga inalterate le proprie caratteristiche e quelle del contesto in cui è inserita. Replicare una buona pratica significa cogliere le opportunità e i vantaggi che da una parte derivano dal poter utilizzare soluzioni già sperimentate con successo, dall'altro di poter raggiungere risultati su larga scala che altrimenti sarebbero realizzati solo su ristrette aree territoriali. I principali vantaggi, che deriverebbero dall'adozione e dalla replicabilità di una buona pratica sono: favorire la transizione verso un modello che ha raggiunto gli obiettivi prestabiliti; ridurre tempi e costi di analisi e ricerca; ottimizzare le risorse; promuovere l'innovazione già sviluppata nello stesso settore; contribuire al rafforzamento delle capacità tecniche e del Know-how del personale sanitario grazie al confronto con i soggetti che hanno sviluppato le buone pratiche. La metodologia sviluppata per l'analisi di replicabilità della buona pratica è articolata in tre step attraverso una metodologia che valuta gli impatti sociali, economici ed ambientali che può avere e che si basa su tre elementi: - Popolazione target: Settore/i di riferimento, tipologie di imprese/enti stakeholders - Analisi di maturità: Stadi di maturità per l'applicazione della buona pratica - Quantificazione dell'impatto: Sociale/economico/ambientale La popolazione target può essere misurata facilmente grazie ai dati ISTAT sempre disponibili e aggiornati che consentono anche di analizzare la distribuzione territoriale della popolazione di riferimento. Una pratica deve essere replicata quando consente di raggiungere gli obiettivi prestabiliti e produce effetti e un impatto sociale, economico e ambientale desiderabile. Per il programma da realizzare si possono ipotizzare i seguenti risultati sociali: Maggiori informazioni da parte della popolazione vulnerabile sui programmi di screening oncologici, Maggiore accesso alle prestazioni di screening; Miglioramento della salute umana e della qualità della vita; Diagnosi precoci e maggiori possibilità di guarigione da malattie oncologiche; Riduzioni dei costi per la sanità; Utilizzo di sistemi informatizzati per gestire le prenotazioni dei test di screening; Percorsi di accompagnamento per soggetti fragili; coinvolgimento di popolazione straniera, ecc. La replicabilità degli interventi e la capitalizzazione dei risultati sono due concetti fondamentali nella ricerca e nello sviluppo. La replicabilità si riferisce alla possibilità di ripetere un intervento e ottenere gli stessi risultati in diverse condizioni. La capitalizzazione, invece, riguarda l'uso e la diffusione dei risultati ottenuti, in modo da generare valore e impatto. La capitalizzazione si riferisce all'utilizzo e alla diffusione dei risultati di una ricerca o di un intervento in modo da generare valore e impatto. Questo può includere la trasmissione dei risultati a altri attori specifici e il loro utilizzo per migliorare le pratiche. La capitalizzazione è importante perché consente di sfruttare al massimo il potenziale dei risultati della ricerca, contribuendo a risolvere problemi concreti e a migliorare la qualità della vita e può essere realizzata attraverso diversi mezzi, come la diffusione di pubblicazioni scientifiche, la formazione di personale, la realizzazione di progetti pilota e la promozione di nuove politiche. La capitalizzazione dei risultati replicabili permette di generare un impatto reale e tangibile, contribuendo a risolvere problemi concreti e a migliorare la qualità della vita. In sintesi, la replicabilità e la capitalizzazione sono due aspetti fondamentali del processo di ricerca e sviluppo. Sono tantissimi i risultati sociali originati da una buona programmazione di un progetto che ha come obiettivo strategico la maggiore copertura degli screening oncologici e l'allargamento della platea della popolazione target. L'ASL di Benevento potrebbe assimilare il modello sviluppato dall'ATS e capitalizzare i risultati ottenuti. Partendo dalla consapevolezza che i risultati del progetto saranno ottenuti grazie all'utilizzo di risorse pubbliche - e quindi di quello che è un investimento di risorse collettive - e che spesso, questi risultati, essendo frutto di un virtuoso processo di confronto e collaborazione tra partner di natura e provenienza diversa, hanno caratteristiche di innovatività e replicabilità che non sempre si ritrovano in altri contesti. Pertanto, una fase essenziale del processo di capitalizzazione è quella di supportare e stimolare, in maniera mirata, il trasferimento e il riuso dei risultati.

Monitoraggio e valutazione

Illustrare il piano di monitoraggio e valutazione, con particolare riferimento all'attuazione dei singoli interventi e attività, al raggiungimento degli obiettivi ed all'analisi dei rischi connessi con l'attuazione dell'intervento (max 10000 parole)

Il monitoraggio e la valutazione costituiscono una parte integrante di ogni attività progettuale. Per essere tale, un "progetto" è infatti soggetto a dei vincoli che richiedono forme di controllo: -Vincoli di realizzazione (un progetto è finalizzato al raggiungimento di risultati, prodotti e obiettivi, ottenuti attraverso una serie di attività tra loro correlate); -Vincoli temporali (un progetto si svolge in un arco temporale definito), economici e di risorse (un progetto ha risorse economiche, materiali e umane specificamente allocate); -Vincoli di natura organizzativa (un progetto è organizzato in fasi con specifiche date-limite e prevede

una divisione di compiti e delle responsabilità). Il monitoraggio e la valutazione sono forme di controllo di tali vincoli. Questo controllo interessa sia chi realizza il progetto (colui che deve mantenerne l'esecuzione nei vincoli richiesti), sia chi lo finanzia (colui che definisce buona parte di tali vincoli). Raggiungere gli obiettivi prefissati, nei tempi impartiti e con le risorse disponibili, costituisce dunque il cuore del legame tra chi presenta un progetto e l'autorità che lo finanzia. Per questo motivo, un'attività di monitoraggio e valutazione ben presentata (in fase di proposta) e ben realizzata (in fase esecutiva) è una componente fondamentale per chi si occupa di progettazione e una condizione di successo per i propri progetti. Monitoraggio e valutazione sono due attività simili, si sostengono l'una con l'altra e servono entrambe a capire "come va" (o "com'è andato") il progetto. Sono però distinte: Per tempistica. Il monitoraggio è realizzato in modo continuo e sistematico durante lo svolgimento delle attività ed è necessario a orientare la vita operativa del progetto; la valutazione avviene in specifici momenti (soprattutto alla fine delle attività, ma anche a metà progetto o tempo dopo la sua conclusione) e ha implicazioni strategiche (il progetto ha prodotto gli effetti che si prefiggeva? Quali lezioni trarne? Come orientare di conseguenza nuovi programmi e progetti?); Per intenti. Il monitoraggio si concentra sui livelli più "bassi" del Quadro Logico, sulla gestione quotidiana di attività, rischi, tempi e risorse e output del progetto e su dimensioni operative (Efficienza ed Efficacia); la valutazione si concentra sui livelli più "alti" e strategici del Quadro Logico (risultati, obiettivi, esito e impatto del progetto) e investe in profondità tutti i 5 criteri di Rilevanza, Efficienza, Efficacia, Impatto e Sostenibilità; Per strumenti. La valutazione può utilizzare strumenti più "lenti" e complessi (ad esempio, questionari, interviste, focus group e altre modalità di raccolta dei dati), mentre il monitoraggio utilizza strumenti di analisi e raccolta dei dati più rapidi e immediati, o l'osservazione diretta di alcune variabili-chiave. Per rilevanza. Tra le due attività, il monitoraggio impatta più direttamente sull'esecuzione del progetto. La valutazione resta comunque un esercizio importante, che fornisce un orientamento strategico (quando svolto ad esempio a metà progetto) e una serie di riflessioni e orientamenti conclusivi (spesso richiesti nella reportistica finale del progetto). Nell'ambito del programma di ampliamento dell'accesso agli screening, sarà adottato un piano di monitoraggio e valutazione che si estende dalla fase di concezione di un progetto fino alla sua conclusione, e oltre. Tale piano si compone delle seguenti fasi: - Definire la logica d'intervento; - Definire gli indicatori; - Definire il quadro di monitoraggio e valutazione; - Implementare il piano di monitoraggio e valutazione, attraverso appositi strumenti e modalità di raccolta dei dati; - Stimare l'"impatto" di un progetto. - Definire la logica d'intervento. Il punto di partenza per una buona misura della performance del progetto è una chiara identificazione della sua logica d'intervento, ovvero della sequenza (logicamente concatenata) di obiettivi, risultati e attività che si intendono realizzare. - Definire gli indicatori. occorre inserire almeno un indicatore per ogni linea della logica d'intervento (Obiettivo Generale, Obiettivi Specifici e Risultati). Ai fini di un monitoraggio efficace e puntuale, è consigliabile prevedere semplici indicatori o checklist operative anche per la realizzazione delle Attività o di gruppi di Attività. In termini operativi, una buona definizione degli indicatori richiede allo stesso tempo linearità e precisione. Un buon quadro di valutazione si basa su un numero ridotto di indicatori-chiave rilevanti, specifici e ben misurabili: troppi indicatori costituiscono un inutile sovraccarico sulle risorse del progetto. Definire il quadro di monitoraggio e valutazione. Il quadro di monitoraggio e valutazione è una grande tabella che incrocia ciascun indicatore con ciascuno dei seguenti elementi, che specificano come e quando ciascun indicatore verrà verificato: - Valori di partenza (baseline) e valori-obiettivo (target) degli indicatori, - Fonti, modalità e mezzi materiali per la loro verifica, - Tempistiche di verifica e di reporting, - Responsabilità e divisione dei compiti nel processo di verifica. L'ampiezza del quadro di monitoraggio e valutazione e l'impegno che esso richiede devono essere realistici, non sovradimensionati, commisurati alla natura del progetto, alle risorse disponibili, alle effettive capacità operative di chi lo gestisce e dei suoi beneficiari. Per progetti complessi è utile elaborare anche un piano di monitoraggio e valutazione (ad esempio, sotto forma di diagramma di Gantt) che riassume le attività da svolgere, la tempistica e i momenti salienti del processo di monitoraggio e valutazione.

1. Baseline e target. La definizione di una baseline, ovvero di un dato di partenza per gli indicatori considerati, rappresenta la prima attività "valutativa" vera e propria realizzata nell'ambito di un progetto ed è chiamata "baseline study". È importante prevedere una tempistica per il raggiungimento dei valori-obiettivo. Oltre alla data di fine del progetto, è consigliabile indicare valori di riferimento per una valutazione a metà progetto ("mid-term review") e possibilmente ulteriori valori intermedi, per capire prima della fine del progetto se si è in linea con il raggiungimento degli indicatori.
2. Fonti, modalità e mezzi di verifica. Questa parte del quadro di monitoraggio e valutazione risponde alla domanda-chiave del "come" gli indicatori verranno misurati. Innanzitutto è necessario definire la fonte se interna o esterna al progetto. Insieme alla fonte occorre verificarne anche modalità e mezzi di verifica, considerando la coerenza del dato, l'attendibilità della fonte, la sua reale disponibilità e la modalità con cui vi si accede. A seguire, occorre definire in che modo i dati verranno elaborati per produrre informazioni utili al progetto, in che modo verranno conservati (tipo di formato e di supporto) e le modalità per accedervi, controllarli, aggiornarli e modificarli. Le informazioni così ottenute devono essere trasmesse a chi può trarne conclusioni utili (ed eventuali misure correttive), ovvero a chi gestisce il progetto, a chi vi esercita un ruolo decisionale, a chi lo finanzia e a chi ha titolo e interesse a seguirne gli sviluppi. Questo avviene attraverso un'attività di analisi e di reportistica (di cui occorre definire periodicità e struttura) e specifici canali di comunicazione (di cui occorre definire natura, meccanismi e beneficiari).
3. Tempistica di verifica e reporting. Questa parte del quadro di monitoraggio e valutazione risponde alla domanda-chiave del "quando" gli indicatori verranno misurati, o più in particolare, a quanto tempo dedicarci e con quale frequenza. Gli indicatori relativi alle attività e ai risultati (output) sono normalmente più semplici e possono essere verificati frequentemente; gli indicatori relativi agli esiti (outcome) e agli obiettivi del progetto (impact) vengono misurati nell'ambito di un'attività di valutazione ad hoc. Infine, la tempistica identificata deve includere modi e tempi per riportare le informazioni raccolte a chi ha la possibilità di trarne conclusioni e realizzare azioni correttive. Gli indicatori più critici, ovvero quelli la cui mancata realizzazione comporta un maggior rischio per la performance del progetto, meritano un'attenzione costante lungo tutta la durata del progetto. L'analisi e la gestione dei rischi costituiscono infatti una parte integrante dell'attività di monitoraggio.
4. Responsabilità e compiti. Questa parte del quadro di monitoraggio e

valutazione risponde alla domanda-chiave del “chi” misura gli indicatori. Saranno individuati i responsabili della rilevazione degli indicatori. Per implementare il piano di monitoraggio e valutazione, sarà utilizzato lo strumento “Dashboard” uno dei modi più diffusi ed efficaci per monitorare l’andamento di un progetto che permetta di tenere sotto controllo alcuni parametri-chiave, come i “milestone”, i principali indicatori individuati per il progetto, in particolare gli indicatori più semplici e “operativi” (quelli legati alle attività e ai risultati) e quelli che sono stati definiti come indicatori-chiave da monitorare con regolarità e i “checkpoint” periodici, che consentono di comparare lo status di avanzamento degli indicatori. A ogni misurazione è consigliabile attribuire a ciascuno di questi parametri “un’etichetta” sintetica, eventualmente associata a un simbolo e a codice colore (come nell’esempio): in corso, in ritardo, a rischio, sospeso, completato, fallito. Nel corso dell’attività di monitoraggio saranno disponibili:

- un registro delle discrepanze registrate, delle azioni correttive intraprese e delle eventuali modifiche alla struttura del progetto (rimodulazione di attività e risorse) attuate per rispondere alle sfide incontrate durante la sua realizzazione;
- una matrice dei rischi e un registro dei relativi punti di attenzione. Gli elementi della “dashboard” confluiranno in un software specificamente dedicato al project management, condivisi in rete o su un cloud tra i membri del team di progetto. La gestione del progetto e l’attività di monitoraggio hanno lo scopo di prevenire, mitigare e correggere i rischi che possono manifestarsi durante la sua esecuzione. La “Dashboard” di progetto è dunque normalmente integrata da una matrice dei rischi che comprende l’identificazione dei potenziali rischi che potrebbero avere un impatto sul progetto. A ciò segue un’analisi dei rischi, volta a determinarne la probabilità e il possibile impatto e la pianificazione di una risposta ai rischi, che può consistere in varie soluzioni volte a evitare, trasferire o accettare il rischio; l’Implementazione di un sistema di monitoraggio dei rischi, avviene attraverso un aggiornamento più o meno continuo della matrice dei rischi e del relativo piano di risposta. Nell’arco delle attività di monitoraggio e valutazione saranno rilevati diverse tipologia di dati come dati primari, dati secondari, dati quantitativi e dati qualitativi che confluiranno nel report finale di presentazione dei risultati del progetto. Tali dati saranno raccolti con diversi metodi di ricerca, tra i quali: 1. Ricerca documentale e utilizzo di dati secondari. 2. Osservazione diretta. 3. Sondaggi. 4. Interviste. 5. Focus group. 6. Casi di studio. 8. Indagine narrativa. 9. Raccolta di audio e video. 10. Analisi statistica. Nel predisporre il sistema di trattamento dei dati, in particolare quando i dati vengono raccolti e trattati “in proprio” (es. survey attraverso strumenti telematici) l’ATS presterà attenzione alla legislazione e alla regolamentazione vigente in materia di dati personali (GDPR). Ricapitolando, il piano di monitoraggio e valutazione sarà implementato seguendo le fasi fondamentali: Definizione della logica d’intervento, ovvero della sequenza (logicamente concatenata) di obiettivi, risultati e attività che si intendono realizzare: Obiettivo strategico del progetto: Realizzare e sperimentare un modello per ampliare l’accesso alle prestazioni di screening oncologico da parte dei soggetti con vulnerabilità socioeconomica; Risultati attesi: maggiore partecipazione della popolazione vulnerabile agli screening oncologici; Attività che si intendono realizzare: Identificazione della popolazione target; Aggiornamento delle liste anagrafiche dei soggetti da invitare agli screening; Ideazione di Campagne informative e di sensibilizzazione sulle tematiche; Intercettazione e accoglienza della platea di riferimento; Attività di orientamento ai servizi territoriali; Supporto e accompagnamento ai servizi di screening; Attività di animazione e informazione mirata alla cultura della prevenzione; Servizio di counseling telefonico e Numero verde; Attivazione di uno Sportello informativo itinerante; Servizio di trasporto per persone fragili o che vivono in aree geografiche poco servite; Distribuzione Kit per test sangue occulto nelle feci; Sostegno psicologico in caso di infausta diagnosi; Sportello sociale con unità mobile e counseling telefonico; Assistenza anche per le prestazioni sanitarie (referral) di rinvio presso le strutture sanitarie di secondo livello; Sostegno psicologico in caso di infausta diagnosi; Consulenza nutrizionale con piano nutrizionale adeguato all’età e allo stato di salute; ecc... Per ogni tipologia di attività prevista saranno costruiti degli indicatori semplici e immediati di natura qualitativa e quantitativa la cui evoluzione durante il progetto consentirà di misurare il raggiungimento degli obiettivi. Il quadro di monitoraggio e valutazione consentirà di verificare e misurare l’andamento degli indicatori utilizzando gli strumenti innanzi descritti, intercettando eventuali scostamenti e bias che richiedono azioni correttive. Sarà costruito un piano dell’utilizzo delle risorse, anche in questo caso con valori attesi di utilizzo nel tempo di ciascuna risorsa (fondi, personale, materiali) e “checkpoint” periodici, da comparare con lo status di avanzamento degli indicatori. A ogni misurazione sarà attribuita a ciascuno di questi parametri “un’etichetta” sintetica, eventualmente associata a un simbolo e a codice colore (come nell’esempio): in corso, in ritardo, a rischio, sospeso, completato, fallito. I principali indicatori individuati per il progetto, in particolare gli indicatori più semplici e “operativi” (quelli legati alle attività e ai risultati) sono definiti come indicatori-chiave da monitorare con regolarità. L’Implementazione del sistema di monitoraggio dei rischi consentirà di valutare attentamente eventuali manovre di aggiustamento e ridefinizione delle attività. Ci sarà un aggiornamento più o meno continuo della matrice dei rischi e del relativo piano di risposta (con modalità simili a quanto realizzato con gli indicatori nell’ambito della “dashboard” di progetto). Nel corso dell’attività di monitoraggio saranno tenuti:
- un registro delle discrepanze registrate (es. mancato raggiungimento di alcune fasce target), delle azioni correttive intraprese e delle eventuali modifiche alla struttura del progetto (rimodulazione di attività e risorse) attuate per rispondere alle sfide incontrate durante la sua realizzazione;
- una matrice dei rischi e un registro dei relativi punti di attenzione.

INNOVATIVITÀ DELLA PROPOSTA

Innovatività della proposta

Descrivere gli aspetti innovativi della proposta, anche in termini di strumenti e metodologie, rispetto a prassi pregresse o in uso, e la conseguente capacità di impatto rispetto agli obiettivi strategici dell'Avviso (max 10000 parole)

La nostra proposta progettuale presenta diversi aspetti innovativi in ambito comunicativo, organizzativo, tecnologico, relazionale e socio-culturale soprattutto se le confrontiamo con le pregresse prassi già utilizzate per aumentare l'adesione ai principali screening oncologici nel territorio e che possono apportare un notevole incremento in termini di numeri e impatto strategico. Dal punto di vista dell'innovazione nella comunicazione e sensibilizzazione, si intende sviluppare un engagement mirato e personalizzato attraverso la realizzazione di campagne di comunicazione multicanale, che combinino: - Inviti via SMS/WhatsApp/email con contenuti brevi e call-to-action. - Piattaforme social geolocalizzate (Facebook Ads, Instagram, TikTok) per fasce di età diverse. - Uso di micro-influencer locali (volti noti del territorio, medici di base, farmacisti, parroci). - Video-testimonianze di utenti che hanno già effettuato screening, specie in aree rurali o sfavorite. - Collaborazione con emittenti radio e TV locali per rubriche settimanali o spot. Rispetto alle precedenti modalità comunicative generiche e spesso unidirezionali, come lettere o chiamate telefoniche automatiche, poco differenziate per target e con una scarsa presenza digitale, la nostra proposta può avere migliore impatto sulla maggiore consapevolezza e riduzione della diffidenza sul tema, un significativo aumento dell'adesione per fasce difficili da intercettare (over 50, donne con bassa scolarizzazione, residenti in aree interne) e una comunicazione percepita come più vicina, credibile e coerente con i vissuti locali. Trattandosi di fasce socio-economiche vulnerabili, particolarmente sensibili all'utilizzo dei social e dei nuovi canali di comunicazione, l'informazione sarà veicolata anche e soprattutto attraverso questi nuovi strumenti. Per quanto riguarda l'innovazione nei canali e nelle modalità di accesso allo screening, si intende proporre delle unità mobili di intercettazione della platea di riferimento con personale specializzato dedito alla corretta informazione sulle modalità di prenotazione ed esecuzione dei test di screening che raggiungono i piccoli centri e zone periferiche, l'organizzazione di screening "pop-up" in eventi pubblici locali (fiere, mercati, sagre) in collaborazione con i Comuni e gli Enti Locali, dei corner di screening informativi nelle farmacie e para-farmacie, il coinvolgimento di ambulatori solidali, parrocchie e associazioni di volontariato per facilitare l'accesso e la diffusione delle pratiche di screening, favorire ed istruire la popolazione target all'utilizzo della prenotazione online e tramite app attraverso le piattaforme sanitarie. Questa nuova prassi migliora l'accesso alle prestazioni riducendo le difficoltà logistiche per chi abita in zone montane o periferiche impattando positivamente sull'incremento dell'adesione agli screening anche in favore di persone fragili o con limitata autonomia. L'innovazione metodologica che la nostra proposta intende mettere in pratica riguarda il coinvolgimento della popolazione target attraverso diverse azioni innovative come: l'attivazione di "ambasciatori della prevenzione", ossia cittadini formati (es. ex pazienti, caregiver, volontari) che fungano da facilitatori peer-to-peer; la realizzazione di laboratori di comunità nei quartieri per discutere miti, paure e informazioni corrette sulla prevenzione; interventi nelle scuole (secondarie di secondo grado) per coinvolgere figli e nipoti in ottica intergenerazionale e percorsi educativi nei Centri per l'Impiego, CAF, sedi di patronato, con formazione ad hoc per il personale. Grazie a questa metodologia si intende creare una cultura della prevenzione capillare e trasversale, con un maggiore coinvolgimento emotivo e cognitivo sviluppando un empowerment comunitario duraturo a discapito del solo coinvolgimento passivo degli utenti con poco uso del supporto tra pari o dei network territoriali. L'innovazione tecnologica adottata per la raccolta dati è di fondamentale importanza in quanto, rispetto alle prassi precedenti, consentirà di avere una banca dati per l'aggiornamento delle liste anagrafiche dei soggetti da invitare agli screening meno frammentata, con una migliore profilazione dei soggetti target e un monitoraggio in tempo reale. Tale banca dati sarà collegata con i sistemi informativi della ASL del territorio, in particolare dei servizi che si occupano di screening oncologici. Si intende mettere a disposizione una piattaforma cloud con un cruscotto digitale di monitoraggio aggiornato in tempo reale, con specifiche classificazioni di dati come adesione per comune, genere, età, situazione socio-economica, etc... Anche grazie all'utilizzo dell'intelligenza artificiale si intende implementare un sistema di algoritmi predittivi per individuare i soggetti a maggior rischio di non adesione a causa della mancata propensione alla logica della prevenzione. Si intende realizzare l'integrazione con il fascicolo sanitario elettronico per ricevere feedback automatici sui risultati e follow-up il tutto condiviso tra ASL, Comuni, farmacie e enti del terzo settore. Grazie a queste nuove tecnologie è possibile avere interventi più tempestivi e mirati, ottimizzando le risorse e permettendo una valutazione trasparente e rendicontabile dell'efficacia delle azioni. L'innovazione della proposta è presente anche nella governance territoriale e nelle attività di coprogettazione che si intendono adottare, in particolare attraverso la strutturazione di tavoli permanenti di coprogettazione locale con: ASL, Comuni, sindacati, terzo settore, farmacie, medici di medicina generale, scuole; la formalizzazione di patti di comunità per la prevenzione oncologica, l'inclusione nella progettazione partecipata del Piano di Zona sociale e Aziende Consortili oltre che al coinvolgimento diretto delle strutture sociosanitarie territoriali anche per gli screening. Così facendo è possibile avere maggiore coerenza territoriale delle azioni, maggiore sostenibilità delle attività e un forte aumento della fiducia dei cittadini verso il sistema sanitario. Importante anche l'innovazione nell'equità di accesso ai servizi che la nostra proposta intende sviluppare andando a ridurre le disuguaglianze sanitarie dovute ad una mancanza di strategie specifiche per persone con disabilità, migranti, soggetti fragili nelle precedenti prassi. Importanti quindi sarà la realizzazione di materiali informativi in lingue straniere e in linguaggio facile, gli interventi domiciliari per persone non autosufficienti, la mediazione culturale nei contesti con presenza di migranti, la collaborazione con associazioni LGBTQ+ per contrastare barriere legate a discriminazioni o pregiudizi e la formazione del personale su accessibilità comunicativa e inclusione socio-culturale. Tutti gli aspetti innovativi presenti nella nostra proposta si allineano agli obiettivi strategici dell'avviso, in particolare: • Aumento significativo dei tassi di adesione agli screening oncologici, attraverso un approccio multi-livello e culturalmente competente. • Riduzione delle disuguaglianze

territoriali e sociali, migliorando l'accesso nelle aree interne e nei gruppi vulnerabili. • Digitalizzazione e innovazione dei servizi sanitari, con tecnologie data-driven e strumenti smart. • Rafforzamento della governance territoriale e della coprogettazione pubblico-privato. Pertanto la nostra proposta, in quanto fortemente contestualizzata, partecipativa, adattabile e sostenibile, ha un'elevata capacità trasformativa e rappresenta un modello esportabile per altre aree della Regione.

GOVERNANCE DEL PROGETTO

Governance

Descrivere le modalità organizzative previste per attuare il Progetto, con particolare riferimento ai ruoli e alle responsabilità dei singoli partner (max 10000 parole)

Per la realizzazione del progetto “Un passo avanti per la vita” sarà costituita un’ATS formata da 4 partner che avranno un ruolo e una responsabilità formalmente definita per la realizzazione delle attività previste. La governance si basa sulla cooperazione, sulla condivisione di obiettivi e risorse, e sulla collaborazione per raggiungere risultati comuni. Il primo passo dell’ATS sarà orientato alla definizione degli obiettivi del partenariato, i risultati desiderati e le aspettative di ciascun partner. Tutti i partner interessati saranno coinvolti fin dalle prime fasi, in modo da garantire la loro partecipazione attiva e il loro contributo, le risorse finanziarie, umane e materiali saranno messe in comune e utilizzate per raggiungere gli obiettivi. Le attività di direzione, supervisione e rendicontazione saranno in capo al soggetto capofila dell’ATS, le altre attività saranno svolte contemporaneamente da più partner, con personale interno ed esterno. Il capofila sarà inoltre responsabile degli aspetti relativi alla comunicazione e al coordinamento assicurando una comunicazione aperta e regolare tra i partner, e coordinando le attività per garantire che il progetto proceda nel modo più efficace. Il partenariato è stato pensato in modo da essere sostenibile nel lungo termine, sia dal punto di vista economico che sociale, prevedendo: - la valutazione degli impatti positivi e negativi del progetto, sia a livello economico, sociale che ambientale - un sistema di monitoraggio e valutazione per verificare il progresso del progetto e apportare eventuali modifiche; - la gestione dei conflitti. È importante prevedere un meccanismo per gestire eventuali conflitti o divergenze di opinione tra i partner. La metodologia del partenariato che si intende adottare richiede un approccio collaborativo, partecipativo e trasparente, che coinvolge tutte le parti interessate nella realizzazione di progetti di sviluppo. I partner individuati sono i seguenti: La Coop. soc. La Meridiana soggetto capofila avrà un ruolo di responsabilità diretta con l’ASL territoriale e la Regione Campania, e supervisionerà le attività degli altri partner. Nello specifico si occuperà delle seguenti azioni: - Indagine preliminare di contesto; - Ideazione e progettazione; - Formazione del personale - Stipula di polizze fidejussorie; - Redazione di tutti gli atti amministrativi volti alla costituzione dell’ATS; - Realizzazione delle attività di: - Intercettazione e accoglienza della specifica platea di riferimento - Attività di orientamento ai servizi sanitari del territorio - Modalità e misure per il coinvolgimento compresi eventuali servizi incentivanti che contribuiscano all’obiettivo di promuovere l’accesso all’assistenza sanitaria per le attività screening oncologici, per coinvolgere la platea - Servizio di orientamento e assistenza alle prestazioni sanitarie anche in termini di “referral” verso strutture sanitarie di secondo livello: - Strumenti di animazione e informazione mirata alla promozione della cultura della prevenzione nei confronti della platea intercettata - Modalità e strumenti volti a favorire l’aggiornamento delle liste anagrafiche dei soggetti da invitare al fine di rendere sistematici gli esiti dell’azione laddove i soggetti intercettati non risultassero inclusi - Attività di coordinamento e direzione - Attività di monitoraggio, valutazione e rendicontazione. - Pubblicizzazione del servizio - Comunicazione e diffusione risultati, attività conclusive La Coop. soc. Saturno soggetto partner si occuperà delle seguenti azioni: - Intercettazione e accoglienza della specifica platea di riferimento - Attività di orientamento ai servizi sanitari del territorio - Modalità e misure per il coinvolgimento compresi eventuali servizi incentivanti che contribuiscano all’obiettivo di promuovere l’accesso all’assistenza sanitaria per le attività screening oncologici, per coinvolgere la platea - Servizio di orientamento e assistenza alle prestazioni sanitarie anche in termini di “referral” verso strutture sanitarie di secondo livello: - Strumenti di animazione e informazione mirata alla promozione della cultura della prevenzione nei confronti della platea intercettata - Modalità e strumenti volti a favorire l’aggiornamento delle liste anagrafiche dei soggetti da invitare al fine di rendere sistematici gli esiti dell’azione laddove i soggetti intercettati non risultassero inclusi - Pubblicizzazione del servizio - Comunicazione e diffusione risultati, attività conclusive L’ODV NITRI soggetto partner si occuperà delle seguenti azioni: - Indagine preliminare di contesto; - Ideazione e progettazione; - Comunicazione e diffusione risultati, attività conclusive - elaborazione dei report - opere di disseminazione dei risultati L’APS Associazione Dolcemente Calvi soggetto partner si occuperà delle seguenti azioni: - servizio di accompagnamento e orientamento - attività di animazione territoriale - attività di promozione, pubblicizzazione e diffusione dei risultati

Governance Project Team

Illustrare la composizione, i ruoli, le responsabilità dei profili professionali che verranno coinvolti per la realizzazione del progetto nelle di ideazione, progettazione coordinamento e modalità di esecuzione delle attività proposte (max 10000 parole)

Il project team dell'ATS è composto dalle seguenti figure professionali: Direttore e coordinatore di progetto: è il responsabile unico dell'attuazione del progetto e ne assicura la coerenza, la qualità e la conformità agli obiettivi, ai tempi e alle risorse previste dall'avviso pubblico CAM.4k.2_06. Opera come figura ponte tra il livello strategico e il livello operativo, garantendo una direzione integrata, trasparente e orientata ai risultati. I principali compiti e responsabilità sono: 1. Direzione strategica e gestionale - Assicura il presidio costante dell'andamento progettuale rispetto agli obiettivi dell'avviso e del cronoprogramma. - Definisce le linee guida operative e assicura la coerenza delle attività con le finalità generali del progetto. - È il referente unico per i rapporti con la Regione Campania e le istituzioni sanitarie superiori. 2. Coordinamento dei partner e delle attività Coordina l'attività dei diversi partner progettuali, garantendo l'allineamento tra le azioni dei soggetti pubblici, del terzo settore e delle strutture sanitarie. Presiede le riunioni della Cabina di Regia e promuove il confronto all'interno del Tavolo di Coprogettazione Territoriale. 3. Gestione amministrativa e rendicontazione Sovrintende alla gestione del budget e delle risorse finanziarie in collaborazione con il responsabile amministrativo del progetto. Verifica la corretta esecuzione delle procedure di acquisto, affidamento e monitoraggio, secondo le normative vigenti. 4. Monitoraggio, qualità e valutazione Gestisce la revisione periodica delle attività progettuali sulla base del feedback dei territori e delle criticità rilevate. 5. Comunicazione istituzionale e rappresentanza Rappresenta pubblicamente il progetto in convegni, eventi, incontri con stakeholders e nei rapporti con i media. Cura le relazioni con i rappresentanti istituzionali (Regione, Comuni, enti del SSN) e con i responsabili delle strutture sanitarie coinvolte. Promuove azioni di disseminazione e trasferibilità dei risultati progettuali ad altri contesti territoriali e ASL. Il Progettista è la figura professionale incaricata della ideazione, pianificazione e strutturazione tecnica della proposta progettuale, in stretta coerenza con le finalità dell'avviso regionale e con le esigenze espresse dai partner territoriali. Ha il compito di tradurre visioni strategiche, bisogni locali e vincoli normativi in un progetto solido, innovativo, misurabile e sostenibile. Nel corso del progetto, mantiene un ruolo attivo come advisor metodologico, affiancando il Direttore/Coordinatore nella revisione delle attività, nella stesura di deliverable complessi e nell'eventuale rimodulazione del piano di lavoro. Principali compiti e responsabilità attribuiti sono: - Analisi del contesto territoriale e socio-economico con particolare riferimento alla popolazione target (donne 25–64 anni, donne 50–69 anni, uomini e donne 50–74 anni). - Mappatura dei bisogni e delle criticità rispetto all'accesso e all'adesione agli screening oncologici. - Definizione degli obiettivi specifici, delle azioni progettuali, dei risultati attesi e dei relativi indicatori. - Costruzione della logica d'intervento. - Redazione tecnica della proposta progettuale secondo lo schema richiesto dall'avviso. Il personale amministrativo cura gli aspetti contabili, fiscali, contrattuali e documentali relativi all'attuazione del progetto, garantendo il rispetto delle normative vigenti, delle indicazioni dell'avviso pubblico e delle regole di gestione dei fondi pubblici. I compiti principali che essi svolgono sono: Gestione del budget di progetto, in coordinamento con il Direttore e il Responsabile del monitoraggio finanziario. Cura della documentazione relativa a: mandati di pagamento, fatture e quietanze, contratti e convenzioni, tracciabilità dei flussi finanziari. Archiviazione e conservazione della documentazione amministrativa e fiscale ai fini della rendicontazione. Supporto alla redazione dei SAL (Stati Avanzamento Lavori) e dei rendiconti finali da inviare all'ente finanziatore. Interfaccia con uffici ragioneria e contabilità degli enti partner, in caso di co-gestione economica. La segreteria tecnica fornisce supporto operativo, organizzativo e documentale alla Direzione di progetto e al team di professionisti. Garantisce il corretto flusso informativo tra i partner e assicura la tracciabilità delle attività svolte. I compiti principali assegnati sono: - Organizzazione di incontri, riunioni, eventi di progetto (es. convocazioni, verbali, calendari). - Redazione e archiviazione di verbali degli incontri interni e istituzionali, report tecnici intermedi e documenti di lavoro condivisi tra i partner. - Gestione dell'agenda del Direttore e del team di lavoro, gestione delle scadenze. - Supporto alla comunicazione interna ed esterna del progetto. Esperto per il Monitoraggio Fisico-Finanziario è la figura tecnica con funzione di garanzia e controllo che verifica la coerenza tra le attività effettivamente svolte (output fisici) e l'utilizzo delle risorse economiche (spesa certificata), in relazione agli obiettivi progettuali e ai vincoli dell'avviso. I principali compiti sono: - Elaborazione e aggiornamento del monitoraggio, con numero attività, beneficiari, prestazioni, eventi, distribuzione del budget per partner, costi reali, scostamenti. - Confronto periodico con i responsabili d'azione e con il personale amministrativo per verificare congruità e tempestività degli avanzamenti. - Redazione di report periodici (mensili o trimestrali) di monitoraggio integrato (fisico + economico). - Segnalazione tempestiva di eventuali criticità o scostamenti rilevanti. Medico formatore, la figura professionale che ha il compito di progettare, erogare e valutare percorsi formativi rivolti ai diversi target del progetto (operatori sanitari, operatori del terzo settore, volontari, facilitatori di comunità, mediatori culturali, stakeholder territoriali), con l'obiettivo di rafforzare le competenze utili a promuovere l'adesione consapevole e diffusa agli screening oncologici. La figura del formatore assume un ruolo strategico nel trasferimento di conoscenze, metodologie e strumenti operativi, contribuendo a costruire una rete di attori competenti, aggiornati e capaci di agire in modo sinergico nella promozione della salute. Rafforzare le capacità comunicative, relazionali e organizzative degli operatori coinvolti nel progetto. Diffondere conoscenze aggiornate su screening oncologici, prevenzione, disuguaglianze sanitarie e approcci culturali sensibili. Sostenere la costruzione di modelli condivisi di intervento di prossimità e community engagement. Promuovere la standardizzazione di buone pratiche replicabili nei diversi contesti territoriali. Esperto in elaborazione dei report relativi all'azione è il responsabile della raccolta, sistematizzazione, analisi e redazione dei documenti tecnico-narrativi che descrivono l'avanzamento e i risultati delle attività progettuali. Tale figura assicura una documentazione coerente, chiara e rendicontabile delle azioni svolte, facilitando il monitoraggio interno, la valutazione esterna e la comunicazione verso l'Ente finanziatore. Rappresenta un punto di congiunzione tra le attività operative e i livelli di governance del progetto, traducendo le azioni sul campo in output leggibili, comparabili e funzionali alla verifica degli obiettivi progettuali. Figure sanitarie previste: Medico Senologo, Ginecologo e Gastroenterologo. Queste figure rappresentano il cuore tecnico-professionale del progetto e svolgono un ruolo fondamentale sia sul piano clinico-diagnostico, sia nella comunicazione sanitaria, nel counseling motivazionale e nel coordinamento operativo con le strutture di screening. Esse garantiscono qualità, appropriatezza e autorevolezza scientifica a tutte le attività orientate alla sensibilizzazione e all'incremento

dell'adesione della popolazione bersaglio. In particolare forniscono: - supporto metodologico e contenutistico alle azioni di sensibilizzazione e informazione. - collaborano alla progettazione di campagne e strumenti divulgativi per garantirne la correttezza scientifica. - Contribuiscono all'analisi locale (copertura screening, adesione per fascia d'età, criticità). - Partecipano a eventi informativi rivolti a cittadini e stakeholder. La figura dello psicologo Sociale rappresenta una figura chiave nella progettazione e realizzazione di interventi di cambiamento comportamentale e mobilitazione comunitaria finalizzati a favorire l'adesione consapevole agli screening oncologici. Grazie alle sue competenze trasversali nei campi della psicologia della salute, comunicazione, dinamiche di gruppo e comportamenti collettivi, supporta sia le attività di promozione rivolte alla popolazione sia il lavoro di équipe tra operatori sociali, sanitari e volontari. Il suo intervento si colloca in un approccio integrato bio-psico-sociale, mirando a rimuovere le barriere psicologiche, culturali e relazionali che ostacolano la partecipazione ai programmi di prevenzione. I compiti principali sono: - Mappa i principali ostacoli di tipo psicosociale (paure, pregiudizi, scarsa consapevolezza, sfiducia, stigma) che condizionano i comportamenti preventivi nei diversi target. - Supporta l'équipe di progetto nella definizione di messaggi comunicativi e materiali informativi coerenti con i meccanismi decisionali della popolazione. - Conduce gruppi di confronto e empowerment con target specifici (donne, over 50, caregivers, persone con bassa scolarizzazione, cittadini stranieri). - Utilizza strumenti di facilitazione, role-playing, narrazione, circle time, per promuovere auto-efficacia e fiducia nei confronti degli screening. L'Assistente Sociale è una figura strategica per il coinvolgimento attivo delle fasce fragili della popolazione, in particolare quelle maggiormente esposte a esclusione, povertà sanitaria, marginalità e disinformazione. Il suo compito è quello di intercettare, accompagnare e orientare le persone e i nuclei familiari che, per motivi socio-economici, culturali o relazionali, non accedono agli screening oncologici o li rifiutano sistematicamente. Agisce in sinergia con le figure sanitarie, educative e psicologiche del progetto, promuovendo un approccio multidimensionale e integrato alla prevenzione, centrato sulla persona e sul contesto di vita. Questa figura si occupa di gestire le prese in carico della popolazione target; Attiva percorsi personalizzati di orientamento socio-sanitario, spiegando diritti, procedure, sedi e benefici degli screening oncologici. Aiuta l'utente ad accedere logisticamente al servizio (es. trasporti, mediazione, documentazione). Favorisce la continuità relazionale tra il cittadino e i servizi coinvolti. Lavora in contesti di intercettazione di prossimità (domicilio, centri di ascolto, spazi di comunità). Rafforza la rete di protezione attorno a soggetti isolati, in condizioni di dipendenza, marginalità, violenza o abbandono. Il Sociologo contribuisce al progetto offrendo una lettura critica e sistemica dei fenomeni sociali che condizionano l'accesso e l'adesione ai programmi di prevenzione oncologica. La sua funzione è quella di analizzare, interpretare e tradurre in dati operativi le dinamiche culturali, valoriali, relazionali e comunicative che influenzano i comportamenti di salute della popolazione. Si occupa inoltre della valutazione dell'impatto sociale del progetto, della mappatura dei bisogni nei diversi contesti territoriali e del supporto metodologico all'elaborazione di strategie mirate e inclusive. Realizza ricerche qualitative e quantitative sui motivi della bassa adesione agli screening (focus group, interviste, questionari, osservazioni). Mappa i gruppi target critici (per esempio, donne in età screening non aderenti, cittadini con bassa alfabetizzazione sanitaria, aree rurali poco servite). Individua fattori culturali, socio-economici e simbolici che ostacolano l'adesione. Collabora con il coordinamento del progetto per personalizzare le strategie comunicative, relazionali e operative in base al contesto. Facilita momenti di co-progettazione territoriale con istituzioni, enti del terzo settore, comitati civici e cittadini. Il Mediatore Culturale rappresenta una figura chiave per favorire l'inclusione attiva della popolazione migrante e di tutte le persone con background culturali, linguistici o religiosi differenti, nel percorso di prevenzione oncologica promosso dal progetto. Agisce come ponte tra i servizi sanitari e i cittadini stranieri, contribuendo a superare barriere comunicative, culturali e istituzionali che spesso determinano una scarsa adesione agli screening. L'intervento del mediatore è fondamentale per garantire equità di accesso alle opportunità di prevenzione, valorizzando il diritto universale alla salute e costruendo un rapporto di fiducia e comprensione reciproca tra utenza e servizi. Traduce in modo accurato e culturalmente appropriato le informazioni relative agli screening oncologici. Facilita la comprensione dei messaggi sanitari da parte di cittadini stranieri (procedure, luoghi, modalità di accesso, benefici). Supporta operatori sanitari e sociali nella relazione con utenti di diversa provenienza. Accompagna le persone nei luoghi di screening o presso i punti informativi, fungendo da facilitatore dell'accesso fisico e simbolico al servizio. Spiega i concetti legati alla prevenzione oncologica, talvolta sconosciuti o culturalmente ambigui, con modalità rispettose e accessibili. Rileva eventuali resistenze culturali, religiose o valoriali e le media con approccio rispettoso e interculturale. L'Educatore rappresenta una figura centrale nelle attività di sensibilizzazione, attivazione e accompagnamento della popolazione, con particolare attenzione ai soggetti vulnerabili, marginalizzati o scarsamente informati. Agisce nei contesti formali e informali del territorio per costruire consapevolezza, promuovere comportamenti preventivi e favorire la partecipazione attiva delle persone alle opportunità di screening oncologico. L'educatore lavora a stretto contatto con gli operatori sanitari, i servizi sociali, le scuole, le comunità locali e il terzo settore, con un approccio educativo non direttivo, volto a valorizzare le risorse individuali e collettive. Progetta e realizza interventi educativi e laboratori tematici sul tema della prevenzione oncologica. Promuove una cultura della salute accessibile, comprensibile e partecipata. Utilizza linguaggi e metodologie adatte a diversi target (anziani, giovani, stranieri, persone con disabilità, ecc.). Opera nei luoghi di comunità (scuole, centri sociali, mercati, parrocchie, case della comunità) per intercettare chi normalmente non accede ai servizi. Stimola la partecipazione attiva attraverso attività relazionali, creative, espressive o di gruppo. Supporta la comprensione dei percorsi di screening, contrastando false credenze o resistenze psicologiche/culturali. Aiuta gli utenti a comprendere e affrontare le procedure, offrendo un sostegno relazionale e motivazionale. Lavora insieme ad assistenti sociali, mediatori culturali e counselor per personalizzare l'intervento educativo in base al profilo dell'utente. L'Animatore Sociale svolge una funzione strategica nella mobilitazione delle comunità locali, nella promozione del progetto in chiave partecipativa e nell'attivazione delle reti relazionali e di prossimità. È il professionista che anima i territori "dal basso", facilitando la connessione tra i cittadini, le realtà locali e il sistema dei servizi, con particolare attenzione ai soggetti più lontani o esclusi dai percorsi di prevenzione. La sua azione si basa su strumenti espressivi, ludici, comunicativi e relazionali,

utili a coinvolgere attivamente la popolazione in iniziative pubbliche, percorsi educativi informali, eventi comunitari, favorendo così un avvicinamento spontaneo, inclusivo e partecipato agli screening oncologici. Partecipa a eventi pubblici, campagne itineranti, animazioni di strada e attività di gruppo per avvicinare la cittadinanza al tema della prevenzione. Supporta la diffusione dei messaggi del progetto attraverso linguaggi accessibili, informali, coinvolgenti. Crea occasioni di partecipazione per anziani soli, donne in difficoltà, giovani disinformati, persone con disabilità o disagio sociale. Organizza momenti aggregativi che diventano canali di ascolto, informazione e motivazione per accedere agli screening. Il Counselor è una figura professionale centrale per il supporto relazionale, motivazionale ed emotivo rivolto ai cittadini target del progetto. Interviene nelle fasi di informazione, orientamento e facilitazione all'adesione agli screening oncologici, affrontando in modo competente le resistenze personali, i timori e i dubbi che spesso ostacolano la partecipazione ai programmi di prevenzione. La sua azione si colloca in un approccio umanistico e centrato sulla persona, volto a favorire scelte consapevoli, ridurre l'ansia legata agli esami e costruire un rapporto positivo e fiducioso con il sistema sanitario pubblico. I principali compiti sono: - Facilita il passaggio dall'informazione alla decisione attiva di aderire allo screening. - Presente nei luoghi di incontro con la cittadinanza (sportelli itineranti, eventi di quartiere, consultori, centri sociali). - offre ascolto empatico, orientamento ai percorsi, chiarimento sui benefici e sulle modalità operative degli screening. - Contribuisce alla creazione di uno spazio relazionale accogliente dove la persona si sente compresa e non giudicata. - Collabora con educatori, psicologi, sanitari e mediatori culturali per garantire un accompagnamento coerente e integrato. - Offre ascolto attivo, orientamento e sostegno motivazionale nei casi in cui emergano forti barriere emotive o relazionali (paura del risultato, esperienze pregresse negative, traumi sanitari).

COSTO TOTALE DEL PROGETTO

Costo attività di progetto ammissibili al netto del Cofinanziamento

1512200

Costi indiretti (max 7% dei costi diretti ammissibili)

100000

Costo totale del Progetto a valere sul FSE+

1612200

Costo del cofinanziamento (min 2% dell'importo totale del contributo pubblico)

35000

Costo Totale Progetto

1647200

PIANO DEI COSTI

Piano dei Costi

pianodeicosti.pdf

DICHIARAZIONE DI VALIDAZIONE DELLA PROPOSTA PROGETTUALE DA PARTE DELLA ASL

Dichiarazione di Validazione della proposta progettuale da parte della Asl

validazionepropostaasl.pdf

DICHIARAZIONE DI AFFIDABILITÀ

Il rappresentante legale del soggetto giuridico capofila **DICHIARA** ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e con la espressa consapevolezza di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del medesimo DPR, rispettivamente sulle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

di aver preso visione dell'Avviso pubblico in oggetto e di accettarne il contenuto in ogni sua parte;

che l'ATS è costituita/da costituire tra i soggetti indicati in calce;

di aderire esclusivamente al presente partenariato;

di essere legittimato alla sottoscrizione degli atti di cui al presente avviso;

che il progetto presentato non è oggetto di altri finanziamenti pubblici, nazionali e/o comunitari;

che non sussistono, nei confronti del legale rappresentante e dei componenti degli organi di amministrazione cause di divieto, sospensione o decadenza di cui all'art. 67 del D. Lgs. 06/09/2011 n. 159 (Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia);

che non sussistono condanne penali a carico del rappresentante legale e dei componenti degli organi di amministrazione che determinino l'incapacità a contrarre con la P.A.;

di rispettare gli obblighi in materia di salute e sicurezza suoi luoghi di lavoro anche in ossequio al protocollo sottoscritto tra la Regione e le parti sindacali in data 30/04/2024;

che non sussistono violazioni gravi, definitivamente accertate, degli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse;

di essere in regola con il pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali (DURC);

di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o volontaria, di concordato preventivo e di non avere in corso procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni;

di assumere l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 comma 8 della Legge n. 136 del 13 agosto 2010 così come modificato dal Decreto-legge n. 187 del 12/11/2010, impegnandosi sin d'ora ad utilizzare un conto corrente bancario o postale, ovvero altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni per la realizzazione del progetto;

di rispettare l'obbligo di cui alla legge n.124/2017 e ss.mm.ii., laddove applicabile, in relazione all'importo del contributo.

FIRMA DELLA DOMANDA E DELL'ATTO DI IMPEGNO

Sono consapevole che le istanze e le dichiarazioni presentate alle pubbliche amministrazioni per via telematica, con identificazione tramite i sistemi di identità digitale (SPID/CIE/CNS), sono considerate equivalenti a quelle sottoscritte con firma autografa (ai sensi del D. Lgs. n. 82/2005 art. 65, commi 1 b e 2 e successive modifiche e integrazioni).

Ho compreso e confermo l'accettazione.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali, con la sottoscrizione del presente modulo di trasmissione della domanda, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seguenti del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), acconsento al trattamento dei dati personali