



RICEVUTA TELEMATICA

Domanda n° 6 presentata per via telematica sul portale "Servizi pubblici digitali di Regione Campania", con accesso tramite SPID/CIE/CNS, da Giovanpaolo Gaudino il 20/05/2025 alle ore 10:31:01

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	
Giovanpaolo	Gaudino	GDNGNP74S04C495Y	
Data di nascita	Provincia di nascita	Luogo di nascita	
04/11/1974	NA	CERCOLA	
Indirizzo di residenza	Provincia di residenza	Comune di residenza	Cap di residenza
Viale Cortiello 10/48	NA	MASSA DI SOMMA	80040
Email	PEC	Telefono	Cellulare
gaudino.gp@gmail.com	bambuonlus@pec.confcooperative.it	0817764720	+393299839525

DATI DEL SOGGETTO CAPOFILA

Codice Fiscale	Partita IVA	Denominazione
03920881210	03920881210	Bambù Società Cooperativa Sociale Onlus

Tipologia Soggetto Giuridico

Cooperative Sociali e/o Consorzi costituiti come società cooperative

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

925

DOMICILIO DIGITALE

Pec soggetto capofila

bambuonlus@pec.confcooperative.it

SEDE LEGALE

Indirizzo Sede Legale	Provincia Sede Legale	Comune Sede Legale	Cap Sede Legale
Via L. Palmieri 20	NA	63070	80040

SEDE OPERATIVA

Indirizzo Sede Operativa	Provincia Sede Operativa	Comune Sede Operativa	Cap Sede Operativa
Via Bruno Buozzi 33	NA	63067	80046

DATI DEL PROGETTO

Denominazione Progetto	Denominazione ASL di riferimento
Devi volerti bene	ASL Napoli 2 Nord

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

Bambù è una realtà consolidata da oltre vent'anni sul territorio vesuviano, opera con costanza nei Comuni di San Sebastiano al Vesuvio, San Giorgio a Cremano, Portici, Ercolano, nella periferia ad est di Napoli e, ogni giorno, migliora la qualità di vita delle persone che vi abitano. Bambù offre servizi specialistici per persone con disabilità e loro famiglie, tramite assistenza domiciliare, assistenza scolastica specialistica e, dal 2008, attività socio-educative, culturali e aggregative presso il Centro Polifunzionale per disabili adulti H-anto a te per promuovere un approccio alla disabilità che realisticamente ne riconosca i limiti per poterne valorizzare le risorse e metterle al servizio di tutta la comunità civile. Nel 2018 la cooperativa decide di porsi anche come luogo di inserimento lavorativo per le persone con disabilità, in grado di dare ristoro alle preoccupazioni delle famiglie e dignità al futuro di ragazzi, capaci di essere autonomi e di vivere una vita inclusiva. Partendo dai nuovi bisogni di autonomia espressi dai suoi utenti, Bambù comprende la necessità di andare oltre il mantenimento/recupero delle competenze di base; per alcuni queste ultime vanno messe in pratica al di fuori del Centro, sperimentandosi in percorsi lavorativi individualizzati, attraverso lo strumento dei PTRI sostenuti da BdS nel campo della pasticceria e del catering di sala. Le principali esperienze maturate in coerenza con il presente avviso sono: Dal 2023 al 2024 Bambù è stato partner esterno del progetto Progetto "P.IN. for Life – Persone INdipendenti per la vita", finanziato dalla Regione Campania e avente come soggetto capofila Assoutenti Campania APS, in collaborazione con l'ASL Na 3 con lo scopo di contrastare le dipendenze da gioco d'azzardo e sviluppare azioni integrate e sperimentali costruite su metodologie alternative di riconoscimento, prevenzione, diagnosi e trattamento della dipendenza da GAP. Nello specifico, Bambù ha curato l'area innovativa di Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati-PTRI e di presa in carico psicologica del giocatore indebitato, come buone prassi replicabili. Servizio: H-anto a Te - Centro Sociale Polifunzionale diurno per persone con disabilità. Il servizio offre un'opportunità a 30 utenti di area vesuviana di essere consapevole delle proprie potenzialità e delle reali capacità spesso inespresse; Promuovere socializzazione ed integrazione; Essere un'opportunità di sostegno alle famiglie per alleviare i carichi di lavoro; Attività laboratoriali; Attività sportive; Servizio di trasporto ed accompagnamento. Servizio: Assistenza Domiciliare Integrata Diversamente Abili/Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale. Servizio di assistenza domiciliare per disabili gravi in regime di accreditamento Committente del servizio: Ambito Sociosanitario N11 Città di Portici - dal 2005 – in corso. Ulteriori committenti con cui il servizio si è concluso: Comune di Ercolano, Comune di San Giorgio a Cremano Servizio: Servizio di assistenza specialistica per l'autonomia e/o la comunicazione per studenti con disabilità. Potenziamento del servizio di assistenza specialistica per l'autonomia e/o la comunicazione in favore degli studenti con disabilità degli alunni con disabilità nelle scuole dell'infanzia, primarie e superiori di primo grado dei comuni dell'ambito C06, ambito N25, ambito C04, ambito N24, ambito N11 (attualmente in corso). Servizio: Co-gestore di PTRI (Progetti Terapeutico- Riabilitativi Individuali) sostenuti da Budget di Salute. I PTRI sono progetti di vita costruiti a misura della persona in base al suo bisogno di habitat, lavoro, rapporti affettivi e sociali, nei quali l'utente, l'ASL e un soggetto del privato sociale si uniscono per costruire un progetto su misura per l'utente, che parta dai suoi bisogni e dalle sue esigenze. Ente Committente: Ambito N28 e N29 Durata: dal 10-01-2018 – in corso

Esperienza maturata in attività di finanziamento

Grazie alla sua pluriennale esperienza e al contatto quotidiano con target di popolazione in fragilità sociale, culturale ed economica (sulla base delle esperienze di cui sopra), Bambù è capace di svolgere un'azione di sistema finalizzata a realizzare e sperimentare un modello per ampliare l'accesso alle prestazioni di screening oncologico da parte dei soggetti con vulnerabilità socioeconomica. Ciò attraverso misure di intercettazione e accoglienza, orientamento e assistenza alle prestazioni con un approccio integrato multi-azione e incentivante e servizi personalizzati, al fine di stimolare l'adesione ai tre programmi nazionali di screening (collo dell'utero, mammella e colon-retto). Pertanto, le esperienze maturate per le quali si chiede il finanziamento sono attinenti a quelle relative alla presa in carico di soggetti a rischio, segnalati e invitati dall'ASL a favore dei quali intraprendere azioni di orientamento ai servizi previste dal progetto, oltre a supporto psicologico post screening. Bambù avrà, poi, grazie alla sua esperienza di coordinamento pluriennale, il compito di guidare la Cabina di Regia e approntare un modello condiviso di operatività.

DICHIARAZIONE DI AFFIDABILITÀ SOGGETTO CAPOFILA

Dichiarazione di Affidabilità e di intenti

dichiarazioneAffidabilita.p7m

PARTNER

#	Denominazione	Tipologia Soggetto Giuridico	Sede Operativa
1	P.A.S.S. PROGETTAZIONE AMBIENTE SALUTE SOCIALE	Cooperative Sociali	NA
2	IL MILLEPIEDI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	Cooperative Sociali	NA

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

3	Associazione di Volontariato Il Mandorlo ODV	Organizzazioni di Volontariato	NA
4	ASSOUTENTI NAPOLI CITTA' METROPOLITANA APS	Associazioni di Promozione Sociale	NA
5	MAGMA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	Cooperative Sociali	NA
6	IL SORRISO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	Cooperative Sociali	NA
7	COOPERATIVA SOCIALE O.N.L.U.S LE ALI DELLA VITA L.A.V.	Cooperative Sociali	NA
8	AGORA' SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	Cooperative Sociali	NA
9	La Vela d'Oro Cooperativa Sociale a Responsabilità Limitata	Cooperative Sociali	NA
10	ACLI CAMPI FLEGREI APS	Associazioni di Promozione Sociale	NA
11	LESS Coop. Sociale Ar.l. ETS	Cooperative Sociali	NA
12	COOPERATIVA SOCIALE ARKE'	Cooperative Sociali	NA

Dettagli Partner

Denominazione Soggetto Giuridico

1 P.A.S.S. PROGETTAZIONE AMBIENTE SALUTE SOCIALE

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

09783991210

Partita IVA Soggetto Giuridico

09783991210

Tipologia Soggetto Giuridico

Cooperative Sociali

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

443

Nome Rappresentante Legale

MELANIA

Cognome Rappresentante Legale

CIMMINO

Codice Fiscale Rappresentante Legale

CMMMLN86S43G309Q

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

NA

Comune di Nascita Rappresentante Legale

63087

Data di Nascita Rappresentante Legale

03/11/1986

Provincia Sede Legale

NA

Comune Sede Legale

63049

Indirizzo Sede Legale

VIA CAPODIMONTE N. 13

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_100.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

La Cooperativa P.A.S.S. Progettazione Ambiente Salute Sociale soc. coop. soc. è una Cooperativa mista di tipo A e B nata nel 2021 nel Rione Sanità di Napoli, nel solco del processo di rigenerazione umana, sociale e urbanistica di questo territorio. La mission della Cooperativa è quella di facilitare il passaggio delle idee in progetti e dei progetti in processi generativi accompagnando singoli cittadini, ETS e imprese a riconoscere e valorizzare le proprie competenze e capacità verso una ecologia integrale. Sebbene la Cooperativa sia di recente costituzione, i soci e i lavoratori in essa coinvolti hanno esperienze lavorative maturate nel Terzo Settore. La cooperativa ha già svolto numerose attività a servizio dei più fragili e delle comunità. Numerosi sono i progetti già avviati al fine di perseguire l'interesse generale della comunità, la promozione umana e l'integrazione sociale attraverso la gestione dei servizi sociali orientati in via prioritaria, ma non esclusiva, alla risposta dei bisogni di persone, attuando, in forma mutualistica e senza fini speculativi, favorendo le migliori condizioni economiche, sociali e professionali. La cooperativa è accreditata e iscritta presso l'albo degli enti co-gestori presso l'ASL Napoli 2 Nord e l'ASL Napoli 1 Centro per la realizzazione di PTRI (Budget di Salute) per persone in condizione di dipendenza da sostanze e/o comportamentali. Gestisce per la Fondazione di Comunità San Gennaro ONLUS un Centro di prossimità nel Rione Sanità che si occupa di presa in carico dei nuclei familiari attraverso attività di orientamento, bilancio di competenze, redazione CV, segretariato Sociale ecc.

Esperienza maturata in attività di finanziamento

GAME OVER - Il progetto, che interviene sul territorio di Napoli, intende creare risposte integrate per il supporto alle persone affette da dipendenza da gioco favorendo percorsi di autonomia e fuoriuscita dai circuiti devianti saranno potenziate le attività di riabilitazione presenti nei due 2 centri della Asl e avviato un modulo per il gioco d'azzardo presso un centro diurno gestito da un partner. Verranno realizzati colloqui di sostegno psicologico-pedagogico, gruppi terapeutici e di auto e mutuo aiuto, attività di cineforum e laboratori di manualità e delle arti espressive. Per ogni persona agganciata si prevede la redazione di un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato che sarà definito sulla base dell'intensità dell'intervento (bassa, media, alta). Verrà avviato un gruppo appartamento per 10 utenti che vogliono sperimentare un'autonomia, dal punto di vista economico e gestionale, ed un accompagnamento nella ricostruzione di una rete sociale, familiare e lavorativa. Il gruppo appartamento (a bassa, media e alta intensità) accoglierà mediamente 3 utenti, per un periodo di 6 mesi cadauno, a cui saranno anche proposte attività psicoeducative, formative, di tutoraggio economico e di socializzazione. Contestualmente alle attività di presa in carico si intendono avviare attività di orientamento, bilancio delle competenze per 10 utenti e tirocini di inserimento lavorativo per 4 persone che a causa del gioco d'azzardo hanno perso il lavoro. CASA BARTIMEO - Il Progetto intende offrire accoglienza e assistenza, sia materiale che morale, per essere un sostegno tangibile a chi si trova in condizioni di vulnerabilità. Questo progetto mira ad offrire una varietà di servizi, tra cui accoglienza, ascolto, opportunità di inserimento lavorativo e attività artistico-culturali capaci di generare bellezza e riscatto sociale. Per far fronte alle difficoltà vissute dai soggetti coinvolti, la soluzione proposta vuole rispondere con prontezza ai loro bisogni primari e creare un luogo di incontro e opportunità. Uno degli effetti da raggiungere è l'autonomia delle persone che vengono accolte, in modo da valorizzarne le risorse. Il raggiungimento di tale scopo sarà vantaggioso per gli ospiti della struttura che potranno sentirsi integrati nella comunità offrendo il proprio servizio attraverso il lavoro; inoltre, il territorio potrà sentirsi partecipe nella costruzione di una società più solidale e accogliente, dando vita a processi di innovazione sociale. LABORATORI DI RIABILITAZIONE - La cooperativa nell'ottobre del 2024 si è aggiudicata l'affidamento in Convenzione della gestione dei "Laboratori di riabilitazione" da parte dell'ASL NAPOLI 2 NORD (Delibera n. 1865 del 03/10/2024), rivolti ai giovani del territorio di affetti da dipendenza patologica o a rischio di dipendenza. La sede presso la quale opera è il Ser.D. di Cavatore (lotto 3). Il Centro Diurno dell'ASL Napoli 2 NORD attraverso la Cooperativa P.A.S.S. offre servizi e attività incentrate sulla definizione di percorsi esperienziali e laboratoriali. Il Laboratorio di riabilitazione è una realtà di utilità sociale con finalità educative e riabilitative, orientata ai giovani del territorio che abbiano storie personali di dipendenze o che siano a rischio di addiction. La mission di un Laboratorio di riabilitazione è quella di: 1) Istituire un luogo di ritrovo, demedicalizzato e non stigmatizzato, che rappresenti un contenitore psicologico evolutivo, in cui si possano incontrare o ritrovare ragazzi di diversa età ed estrazione sociale; 2) Identificare un luogo in cui i giovani a rischio possano incontrare personale qualificato (psicologi, assistenti sociale ed educatori); 3) Definire offerte culturali dal valore formativo, anche grazie alla presenza dei peer leaders; 4) Focalizzare un luogo dedicato, in cui ex giocatori, ex tossicodipendenti ed ex alcolisti possano completare il percorso riabilitativo offrendo il loro tempo e la loro esperienza - come volontari.

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

02885991212

Partita IVA Soggetto Giuridico

02885991212

Tipologia Soggetto Giuridico

Cooperative Sociali

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

851

Nome Rappresentante Legale

PASQUALE

Cognome Rappresentante Legale

CALEMME

Codice Fiscale Rappresentante Legale

CLMPQL65H26F839M

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

NA

Comune di Nascita Rappresentante Legale

63049

Data di Nascita Rappresentante Legale

26/06/1965

Provincia Sede Legale

NA

Comune Sede Legale

63023

Indirizzo Sede Legale

VIA ARPINO 4

Provincia Sede Operativa

NA

Comune Sede Operativa

63023

Indirizzo Sede Operativa

Via G. Pascoli II Trav. P.co dei Pini Is. 6

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_36.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

Dalla fine degli anni '80, un gruppo di giovani cresciuti in Parrocchia (Maria SS. delle Grazie al Purgatorio di Casoria) accompagnati da un giovane sacerdote (don Antonio Loffredo) si impegnano come volontari in azioni di accoglienza e di sostegno alle fragilità del proprio territorio. In questi anni svolgono anche scelte di particolare valore formativo: l'obiezione di coscienza e l'anno di volontariato sociale. Riescono anche ad incrociare altri giovani con percorsi diversi, ma che nutrivano lo stesso desiderio di rendere più bello il territorio, più giusta la convivenza e più aperta e inclusiva la comunità. Già prima della nascita della cooperativa, in collaborazione con l'Associazione Comunità Emmanuel, si realizzarono i primi progetti di sostegno a minori e famiglie e per l'orientamento di tossicodipendenti verso i percorsi terapeutici in comunità. A nome della Parrocchia nasceva Itaca, la Comunità Educativa di tipo familiare per bambine e bambini. Fare del sociale una scelta di vita e di lavoro, portò alla costituzione della Cooperativa nel 1994. Da allora fino a tutt'oggi le aree sono rimaste le stesse. Da un lato la povertà educativa e familiare e dall'altro il disagio adulto. Ma la declinazione operativa e metodologica si è evoluta e spesso adattata alle esigenze normative. Il tentativo però di rimanere "piccoli", "legati al territorio", "in rete" con quanti puntano allo stesso obiettivo, alla ricerca di "percorsi possibili" di reale autonomia per quanti sono attraversati da bisogni non ancora affrontati, restano i punti di riferimento e la motivazione che ancora spinge il gruppo a continuare il proprio cammino. Il territorio di riferimento è la cosiddetta periferia nord-est della città di Napoli, ovvero quella zona senza nessuna coerenza amministrativa a cavallo delle municipalità VII-IV-VI, e la fascia a ridosso di questa dei comuni della città metropolitana, a partire dalla frazione di Casoria-Arpino allargandosi a nord verso il "frattese" e ad est verso il "vesuviano". Il rapporto con alcune amministrazioni porta a svolgere servizi ed iniziative anche per cittadini di aree più ampie, come per esempio quelle delle ASL di Napoli 1, 2 e 3. Nel più ampio contesto dei servizi di welfare, la

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

cooperativa Il Millepiedi svolge le proprie attività nell'ambito delle azioni socio-educative e socio-formative a favore di minori e famiglie; in quelle socio-sanitarie per persone dipendenti da sostanze o comportamenti additivi, nell'accoglienza di soggetti in HIV/AIDS senza fissa dimora, tossicodipendenti, detenuti, ex-detenuti attraverso forme di accoglienza, formazione e riabilitazione; in quelle socio-lavorative che mirano all'inserimento di persone svantaggiate e nelle azioni di segretariato sociale e sostegno ai bisogni essenziali delle famiglie. Rispetto al suo impegno in favore degli adulti in situazioni di disagio, persone con problemi di dipendenza da sostanze, persone che vivono situazioni di estrema marginalità, in condizioni di salute precarie dovute alla patologia dell'HIV/AIDS, detenuti ed ex detenuti, la cooperativa ha strutturato un'azione reticolare con strategie attive d'inclusione dirette a sostenere il processo di cambiamento, ovvero a migliorare l'agio e il benessere psicofisico, a potenziare le abilità e le competenze tecniche e socio-relazionali, a offrire percorsi di formazione e inserimento lavorativo, a responsabilizzare i destinatari per consentirne la crescita e la riprogettazione dello stile di vita. L'accoglienza è spesso un bisogno fondamentale poiché in molti casi queste persone non hanno riferimenti abitativi idonei e perciò, oltre che con la Casa Alloggio Masseria Raucci, la cooperativa sta progettando interventi di Housing Sociale che legano l'alloggio a programmi di accompagnamento, gli danno funzione di inserimento, in termini di dignità e immissione in un nuovo progetto di vita.

Esperienza maturata in attività di finanziamento

Il Millepiedi opera già in area socio-sanitaria, anche per conto dell'ASL NA 2 Nord, attraverso la gestione di numerosi servizi in accreditamento e convenzione. La sua esperienza sarà messa a disposizione per l'intercettazione di target fragili con attività a bassa soglia e attraverso attività di Unità Mobile di Strada. Il Millepiedi gestisce: Progetto "Servizio di Educativa Territoriale"- Progetto Piano di intervento GAP ASL NAPOLI 2 NORD – CONTRASTO AL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO PR 225" - LOTTO 2 e 3 Fonte di finanziamento: ASL NAPOLI 2 NORD - Deliberazione N. 1632 del 08/08/2024 Durata: dal 28/10/2024 (x 1 anno) Descrizione del progetto: Contrasto al gioco d'azzardo attraverso la prevenzione, sensibilizzazione e formazione. Realizzazione campagne informative in ambiti scolastici o comunitario; progetti di educativa territoriale attraverso l'accompagnamento sul territorio di utenti indicati dai SerD; equipe dedicate e istituite c/o le UU.OO.CC. del Dipartimento per un max di n.20 utenti; accompagnamento di n. 5 utenti a precorsi di riduzione del debito; realizzazione di un corso di formazione. Progetto DIPENDENZE - PP04 - PR180-4 "Servizio di sensibilizzazione, di aggancio e di educativa di strada" Fonte di finanziamento: ASL NAPOLI 2 NORD - Deliberazione N. 1128 del 06/06/2024 Descrizione del progetto: Attivazione di due servizi: 1) Unità Mobile – Luoghi di divertimento linea prevenzione e 2) Unità di strada – luoghi di aggregazione. Progetto UNITA' DI STRADA - Lotto 1 "Unità mobile - Luoghi divertimento GAP" Fonte di finanziamento: ASL NAPOLI 2 NORD - Deliberazione N. 432 del 04/03/2024 Durata: dal 22/07/2024 Descrizione del progetto: Sensibilizzazione e prevenzione universale dei comportamenti a rischio di abuso nella popolazione giovanile; Prevenzione selettiva rivolta a popolazioni target giovanili, già caratterizzate da uso rischioso e problematico di comportamenti e sostanze additive; Riduzione del danno da uso di sostanze stupefacenti, rivolta a popolazioni di giovani caratterizzati da abuso o dipendenza da sostanze e comportamenti additivi; Istituzione di "chill out" finalizzate all'intervento precoce sulle popolazioni giovanili caratterizzate da uso o abuso problematico di sostanze e comportamenti additivi, ovvero alla riduzione della mortalità, della morbidità e degli accessi inappropriati in Pronto Soccorso; Erogazione di un servizio di drug checking finalizzato alla divulgazione di nozioni ed informazioni riguardanti le sostanze ed i rischi connessi all'assunzione; Attuazione di misure sanitario-sociali e psicologiche atte a diminuire i rischi. Progetto MASSERIA RAUCCI 2.0 Fonte di finanziamento: Fondazione VISMARA Durata: dal 15.06.2023 Descrizione del progetto: lavori di ristrutturazione(ripristino del manto bituminoso di copertura; intervento per la distribuzione della rete idrica; tinteggiatura delle facciate esterne, come da computi metrico che si allega), per confermare l'accreditamento della Casa Alloggio; ampliamento dell'offerta di servizi ai nostri destinatari attraverso attività di inserimento lavorativo e la sperimentazione del servizio semi residenziale per fruitori esterni che non hanno occasioni di inclusione/socializzazione. PROGETTO GULLIVER, a valere sull'Avviso "Sostegno all'avvio e rafforzamento di attività imprenditoriali che producono effetti socialmente desiderabili e beni pubblici non prodotti dal mercato" - Asse 3 "COMPETITIVITÀ DELLE IMPRESE" Azione 3.7.1 Durata: 24 mesi. (a partire dall'avvio attività, 22/03/2022) Descrizione: Il progetto ha l'obiettivo di potenziare l'accesso alla cura e al sostegno per gli affetti da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e loro famiglie, grazie all'offerta stabile di percorsi in convenzione, di innovativi e sperimentali Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati, sul modello dei PTRI sostenuti da Budget di salute, e di presa in carico economica del giocatore indebitato. Prevede: una struttura territoriale, il Gulliver, capace di offrire servizi di cura per la ludopatia e servizi di cura multidisciplinari in grado di trattare casi multiproblematici; intercettazione precoce della ludopatia; interventi di prevenzione e sensibilizzazione. Progetto: "GAME OVER" cod. 2020-DIP-00556 Fonte di finanziamento: Impresa Sociale Con I Bambini Durata: 30 mesi a partire dal 15/02/2022 scad: 15/08/2024 Descrizione del progetto: Il progetto, che interviene sul territorio di Napoli, intende creare risposte integrate per il supporto alle persone affette da dipendenza da gioco favorendo percorsi di autonomia e fuoriuscita dai circuiti devianti. A tal fine saranno potenziate le attività di riabilitazione presenti nei due 2 centri della Asl e avviato un modulo per il gioco d'azzardo presso un centro diurno gestito da un partner. Verranno realizzati colloqui di sostegno psicologico-pedagogico, gruppi terapeutici e di auto e mutuo aiuto, attività di cineforum e laboratori di manualità e delle arti espressive. Realizzate anche attività di sostegno alle famiglie sia con l'accompagnamento ai servizi che con un supporto di tipo psicosociale. Per ogni persona agganciata si prevede la redazione di un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato che sarà definito sulla base dell'intensità dell'intervento (bassa, media, alta). Verrà avviato un gruppo appartamento per 10 utenti che vogliono sperimentare un'autonomia, dal punto di vista economico e gestionale, ed un accompagnamento nella ricostruzione di una rete sociale, familiare e lavorativa. Il gruppo appartamento (a bassa, media e alta intensità) accoglierà mediamente 3 utenti, per un periodo di 6 mesi cadauno, a cui saranno anche proposte attività psicoeducative, formative, di tutoraggio economico e di socializzazione. Contestualmente alle attività di presa in carico si intendono avviare attività di orientamento, bilancio delle competenze per 10 utenti e tirocini di inserimento lavorativo per 4 persone che a causa del gioco d'azzardo hanno perso il lavoro. Saranno realizzate anche attività di sensibilizzazione rivolte ai più giovani e iniziative di animazione della comunità con l'obiettivo di creare un movimento di contrasto al gioco d'azzardo che coinvolga anche le attività commerciali.

Complessivamente saranno sensibilizzati 450 cittadini, intercettati 300 utenti e, di questi, 100 presi in carico. Progetto in partenariato: Capofila Officina dei Talenti. PROGETTO "PERCORSI" Fondo Regionale Contrasto Dipendenze Patologiche - Decreto del Sub Commissario ad Acta n.148 del 17/12/2012 Committente del Servizio: REGIONE CAMPANIA Territorio su cui si è svolto l'intervento: ASL NA 2 Nord, con particolare attenzione ai comuni di Casoria (Arpino/Casoria), Afragola, Arzano e aree confinanti con Napoli (Poggioreale). Descrizione sintetica del servizio: Il progetto è rivolto alla popolazione più a rischio di esclusione, come i tossicodipendenti, ai quali spesso viene accentuato il disagio e l'emarginazione (n. 10 borse di lavoro). Tale iniziativa offre la possibilità di avviare percorsi di autonomia e reintegrazione sociale, agganciati alle reali esigenze dei destinatari e rivolti in più direzioni e a differenziate opportunità. Ente Capofila "IL MILLEPIEDI" e con la collaborazione di: ASL NA2 Nord, Associazione Goccia di Rugiada, Consorzio CO.RE. PROGETTO "VITE IN GIOCO" Fondo Regionale Contrasto Dipendenze Committente del Servizio: REGIONE CAMPANIA Durata e periodo di espletamento: da febbraio 2015 ad aprile 2016 Territorio su cui si è svolto l'intervento: ASL NA 2 Nord Servizio svolto in ATI: Capofila Asl Napoli 2 Nord Descrizione sintetica del servizio: intervento di prevenzione alle dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo patologico, internet, dip. Affettive ecc.) per gli studenti degli Istituti Superiori presenti sul territorio. Il progetto prevede, per un target di 50 ragazzi per istituto, 3 giornate di incontro e formazione con gli operatori della ASL Na 2 Nord e delle Associazioni, finalizzate a rafforzare nei giovani i fattori protettivi alle dipendenze comportamentali (life Skills) attraverso attività di laboratorio. Ente Capofila Asl Na 2 nord con la collaborazione di: Coop. Il Millepiedi, Associazione Ban-carella, Cooperativa Un Fiore per la Vita, e Comunità Terapeutica La Scheggia

#	Denominazione Soggetto Giuridico
3	Associazione di Volontariato Il Mandorlo ODV

Codice Fiscale Soggetto Giuridico	Partita IVA Soggetto Giuridico
--	---------------------------------------

94172080635

Tipologia Soggetto Giuridico

Organizzazioni di Volontariato

Numero iscrizione Registri Regionali di cui alla legge n. 266/1991	Numero iscrizione Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS)
15970	87156

Nome Rappresentante Legale	Cognome Rappresentante Legale	Codice Fiscale Rappresentante Legale
FRANCESCA	BORRELLI	BRRFNC90P65M289L

Provincia di Nascita Rappresentante Legale	Comune di Nascita Rappresentante Legale	Data di Nascita Rappresentante Legale
NA	63092	25/09/1990

Provincia Sede Legale	Comune Sede Legale	Indirizzo Sede Legale
NA	63070	Viale del Progresso, n. VI Bottega

Provincia Sede Operativa	Comune Sede Operativa	Indirizzo Sede Operativa
NA	63070	Viale del Progresso, n. VI Bottega

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_37.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

Il Mandorlo nasce nel 1995 dall'idea di alcuni giovani impegnati sul territorio di San Sebastiano al Vesuvio, con lo scopo di realizzare interventi di prossimità e sostegno rivolti alle persone in condizioni di fragilità, prevalentemente del territorio. Da allora ha realizzato interventi e progetti in diverse aree: affido familiare, sostegno a minori, famiglie a rischio e anziani, povertà materiale ed educativa, diversabilità, animazione culturale. Dal 2017 l'Associazione si è ampliata istituendo la sezione Lega H – Adriana Delle Donne, impegnandosi in attività culturali e promozionali territoriali, attraverso il coinvolgimento di persone con disabilità e le loro famiglie. Il Mandorlo ha sviluppato un'area di lavoro completamente dedicata ai soggetti fragili con disabilità, offrendo sia attività di volontariato, sia interventi di servizio e progetti finanziati da enti regionali, nazionali e fondazioni private: Attività di volontariato c/o Centro diurno per diversamente abili "H-anto a te" sito in San Giorgio a Cremano: affiancamento dei volontari agli operatori nelle attività laboratoriali e assistenza materiale ai ragazzi diversamente abili. Gennaio 2007 - in corso. Progetto H-anto a te 4.0 Progetto di potenziamento del CSP H-Anto a te gestito dalla cooperativa Bambù a partire dal 2008 attraverso: potenziamento allestimento sedi individuate tra San Giorgio a Cremano e Portici; potenziamento laboratori con attrezzature innovative per la disabilità; avvio laboratori dedicati a ragazzi con disturbi dello spettro autistico; attività di orientamento al lavoro grazie all'attività di accompagnamento svolta da un Tecnico dell'inclusione socio lavorativa, che costruirà la rete funzionale a creare opportunità di reale inclusione; accompagnamento all'autonomia abitativa grazie all'allestimento di una residenza per la sperimentazione dell'autonomia e l'azione di un tutor di inserimento abitativo, che favorisca l'uscita dalla famiglia dei destinatari. L'Associazione di Volontariato Il Mandorlo è partner di progetto con la cooperativa sociale Bambù capofila e la cooperativa sociale Brachini partner. Fonte di finanziamento: co-finanziamento al 50% Fondazione con il Sud e Fondazione Peppino Vismara. Durata: 18 mesi (avvio Fondazione con il Sud 01-12-2021; avvio Fondazione Peppino Vismara 14-12-2021). Progetto Nessuno escluso: inserimento lavorativo per giovani disabili Il progetto prevede di rafforzare le azioni già realizzate dal capofila AIAS Casoria e dagli enti partner Poliedricamente e Il Mandorlo OdV a favore della popolazione disabile giovanile mediante la realizzazione di interventi che oltre a favorire l'integrazione sociale, intendono offrire opportunità di inserimento lavorativo nel settore della ristorazione, uno dei pochi in crescita in Campania, oltre che strumenti per orientarsi in maniera mirata nel mondo del lavoro. N. 12 giovani disabili avranno la possibilità di usufruire di un percorso di orientamento al lavoro, grazie al supporto di un'agenzia di intermediazione al lavoro di spessore, quale è Mestieri Campania (che ha filiali in ciascuna provincia della Campania e nasce come spin off del Consorzio Mestieri di Milano) e di partecipare ad un percorso formativo specializzato mediante il quale acquisiranno competenze e skill mirate per lavorare in un bar e sperimentarsi nel lavoro mediante uno stage formativo nel bar gestito dalla coop. soc. Chiari di Bosco ubicata nella stazione di Gianturco ("Napoli Well Bar"). Il progetto intende contribuire a ridurre il tasso di disoccupazione giovanile, in particolare in favore di coloro che vivono in una condizione di svantaggio sociale e, al contempo, contribuire a ridurre la marginalità sociale, favorendo lo sviluppo di territori, quali Gianturco (zona industriale, Napoli) e Casoria caratterizzati da profondo degrado sociale e culturale. Ente finanziatore: Regione Campania a valere su Avviso Pubblico di COFINANZIAMENTO PROGETTI PRESENTATI DA ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO E DI PROMOZIONE SOCIALE - BANDO TERZO SETTORE 2020. Durata: 15 mesi Progetto P.IN. for life – Persone Indipendenti per la vita nasce per contrastare il Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico (D.G.A.) nel territorio dell'ASL NA1 Centro e ASL NA 3 Sud attraverso un approccio multidimensionale di risposta al bisogno di cura e presa in carico del gambler e della sua famiglia. Mira ad accompagnare l'utente caduto nella rete del gioco malsano in un percorso di recupero terapeutico socio-sanitario per la fuoriuscita dalla situazione di svantaggio sociale, unitamente ad un percorso di presa in carico economico/legale per la riappropriazione della cittadinanza finanziaria. P.IN. for life raggiunge target di destinatari differenti attraverso sperimentazioni sanitarie innovative sul territorio campano (Progetti Terapeutico Riabilitativi PTRI sostenuti da Budget di salute BdS - sezione dipendenza patologica) e 'prendendo per mano' il giocatore indebitato verso nuove forme di stralcio e dilazione del debito. Il percorso si completa con azioni di sensibilizzazione pubblica, prevenzione ed educazione a scuola per i più giovani, sportello antiracket, inserimenti lavorativi e formazione al riconoscimento e al superamento del disagio per soggetti svantaggiati e addetti ai lavori. Ente gestore: Assoutenti Campania APS capofila, in partenariato con Il Mandorlo OdV, Associazione Il Solievo, Andare Oltre OdV, Associazione Arci Zona Rossa, Associazione TAM Tieni a mente, Associazione ETS Salva '72 OdV. Ente finanziatore: Regione Campania a valere su Avviso Pubblico per il sostegno di interventi realizzati nell'anno 2020 da Organizzazioni di Volontariato (OdV) iscritte nel registro regionale, da Associazioni di Promozione Sociale (APS) iscritte nel registro regionale e/o nazionale e da Fondazioni ONLUS ovvero per il cofinanziamento di nuove iniziative o progetti (Artt. 72 e 73 d.lgs 117/17 D.G.R. Campania n. 342 del 27 luglio 2021)

Esperienza maturata in attività di finanziamento

Il Mandorlo OdV sosterrà il rafforzamento di un'azione di sistema finalizzata a realizzare e sperimentare un modello per ampliare l'accesso alle prestazioni di screening oncologico da parte dei soggetti con vulnerabilità socioeconomica. Ciò attraverso misure di intercettazione e accoglienza, orientamento e assistenza alle prestazioni con un approccio integrato multi-azione e incentivante e servizi personalizzati, al fine di stimolare l'adesione ai tre programmi nazionali di screening (collo dell'utero, mammella e colon-retto).

#	Denominazione Soggetto Giuridico
4	ASSOUTENTI NAPOLI CITTA' METROPOLITANA APS

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

95290730639

Partita IVA Soggetto Giuridico**Tipologia Soggetto Giuridico**

Associazioni di Promozione Sociale

Numero iscrizione Registri previsti dalla legge n. 383/2000

964

Numero iscrizione Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS)

43403

Nome Rappresentante Legale

GABRIELE

Cognome Rappresentante Legale

MELLUSO

Codice Fiscale Rappresentante Legale

MLLGRL80D04L259F

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

NA

Comune di Nascita Rappresentante Legale

63084

Data di Nascita Rappresentante Legale

04/04/1980

Provincia Sede Legale

NA

Comune Sede Legale

63049

Indirizzo Sede Legale

PIAZZA CARLO III N. 42

Provincia Sede Operativa

NA

Comune Sede Operativa

63063

Indirizzo Sede Operativa

VIA VITICELLA N. 70

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_38.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

Dal 2023 al 2024 Assoutenti ha preso parte ha il progetto Progetto “P.I.N. For Life – Persone indipendenti per la vita”, finanziato dalla Regione Campania e avente come soggetto capofila Assoutenti Campania APS in partenariato con: Arci Zona Rossa APS, Il Mandorlo OdV Salva 72 OdV, Sollievo OdV, TAM – Tieni a Mente OdV, in collaborazione con l’ASL Na 3 con lo scopo di contrastare le dipendenze da gioco d’azzardo e sviluppa azioni integrate e sperimentali costruite su metodologie alternative di riconoscimento, prevenzione, diagnosi e trattamento della dipendenza da GAP, per la preparazione, l’avvio e la stabilizzazione della presa in carico multidimensionale e multifattoriale del gambler. P.I.N. for life vuole, inoltre, contribuire a migliorare le procedure comuni tra Servizi Pubblici per le Dipendenze e Privato – Sociale rivolte ai giocatori con DGA, intercettando precocemente la perdita del controllo e aumentando il numero di soggetti e nuclei familiari che recuperano la funzionalità sociale, grazie all’offerta di percorsi semi residenziali, di innovativi Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati-PTRI e di presa in carico per consulenza economica del giocatore indebitato, come buone prassi replicabili. Nell’ambito del progetto, è stato attivato un servizio di numero verde 800 011 701 attivo dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 20,00 che offre servizi di ascolto in ambito di recupero Socio Economico e Socio Sanitario. Dal 2024 Assoutenti partecipa al progetto con l’Asl NA 3 “Gioco in Rete” mettendo in pratica attività di prevenzione, sensibilizzazione della cittadinanza sui rischi connessi al gioco

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

d'azzardo; promozione di comportamenti consapevoli, responsabili e sostenibili; strumenti di educazione finanziaria per prevenire l'indebitamento e l'esposizione economica derivante dal gioco patologico; attivazione di punti informativi e sportelli di ascolto territoriali per i soggetti a rischio in un percorso di ascolto e orientamento verso i servizi territoriali dedicati. Con determina dirigenziale n. 5421 del 18/11/2024, l'ASL Napoli 3 Sud – Dipartimento Dipendenze – ha affidato ad Assoutenti lo svolgimento di attività di supporto, accompagnamento e promozione dell'educazione finanziaria nell'ambito del progetto Gioco in Rete. L'affidamento è avvenuto a seguito di una manifestazione di interesse rivolta ad associazioni territoriali impegnate nella prevenzione e sensibilizzazione sui fenomeni di dipendenza, in particolare il gioco d'azzardo patologico (GAP).

Esperienza maturata in attività di finanziamento

Assoutenti, in sinergia con l'ASL, ha attivato un sistema integrato di servizi orientati al sostegno del cittadino, mirato a intercettare bisogni emergenti, fornire assistenza tempestiva e creare una rete di prevenzione socio-sanitaria. Sportelli di Ascolto Socio-Sanitari, Sono stati attivati sportelli di ascolto gestiti da personale formato, con i seguenti obiettivi: Raccogliere segnalazioni e disagi dei cittadini in modo riservato; Offrire una prima risposta orientativa ai problemi di tipo sanitario e sociale; Favorire l'accesso ai servizi pubblici in modo semplice ed efficace. Supporto Legale e Amministrativo La presenza di professionisti legali e consulenti consente agli utenti di ricevere assistenza su: diritti del paziente e tutela sanitaria; reclami verso strutture sanitarie o amministrazioni; orientamento in pratiche amministrative e ricorsi. Collaborazione e Condivisione della Rete Il modello adottato prevede una collaborazione reciproca tra Assoutenti, ASL e altri soggetti della rete socio-assistenziale, attraverso: scambi di informazioni e buone pratiche; incontri periodici per coordinare interventi sul territorio; integrazione di servizi per evitare frammentazione dell'offerta. Finalità: Antenne Sociali e Tracciamento del Bisogno Gli sportelli e i punti informativi sono concepiti come "antenne sociali": strutture in grado di intercettare tempestivamente il disagio, la patologia o la fragilità; raccogliere dati qualitativi sui bisogni reali dell'utenza; favorire azioni di prevenzione e presa in carico precoce; contribuire alla pianificazione di politiche sociali più efficaci e aderenti al territorio.

#	Denominazione Soggetto Giuridico
5	MAGMA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

09817181218

Partita IVA Soggetto Giuridico

09817181218

Tipologia Soggetto Giuridico

Cooperative Sociali

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

749

Nome Rappresentante Legale

ANTONIO

Cognome Rappresentante Legale

CAPECE

Codice Fiscale Rappresentante Legale

CPCNTN79E29L259J

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

NA

Comune di Nascita Rappresentante Legale

63084

Data di Nascita Rappresentante Legale

29/05/1979

Provincia Sede Legale

NA

Comune Sede Legale

63059

Indirizzo Sede Legale

VIA ARMANDO DIAZ 144

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_52.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

La cooperativa sociale MAGMA ha inaugurato la propria attività nel 2021 con lo scopo di gestire i servizi di Villa Fernandes, un edificio storico risalente ai primi del '900 dove ha sede. La Villa è un bene confiscato alla criminalità organizzata e trasferita nel marzo del 1999 al patrimonio indisponibile del Comune di Portici, che l'ha poi concessa in comodato d'uso alla rete costituitasi per proporre l'omonimo progetto. Oggi, "Villa Fernandes: bene comune" si presenta come un luogo accogliente e aperto, che offre spazi liberamente accessibili, fungendo da fulcro per incontri per la comunità e socializzazione. La cooperativa sociale MAGMA, nella sua veste di gestore e coordinatore dei servizi di Villa Fernandes, svolge un ruolo cruciale nell'organizzazione e supervisione delle attività. Tra i servizi gestiti dalla cooperativa troviamo la guardiania, la cura del verde e, soprattutto, il servizio ristorativo. In particolare, MAGMA gestisce il Dabliu, un bistrot che si distingue per la sua filosofia incentrata sulla promozione di piatti a chilometro zero e un menù stagionale. Questa scelta non solo rispecchia i valori di uno sviluppo locale equo, solidale e sostenibile, ma contribuisce anche a consolidare il legame con il territorio e a promuovere una cultura del consumo responsabile. MAGMA non solo gestisce i servizi di Villa Fernandes, ma incarna anche un impegno tangibile nella promozione di pratiche sostenibili e inclusione sociale attraverso il suo operato nel Bistrot Dabliu. Inoltre, MAGMA si impegna nell'inserimento lavorativo di individui svantaggiati, trasformando così l'occupazione in uno strumento di riabilitazione sociale. Interviene a supporto di persone svantaggiate ospitando percorsi di re-inserimento socio-lavorativo con concrete possibilità di crescita professionale, con l'obiettivo di far acquisire i livelli minimi professionali lavorativi, un'autonomia lavorativa e di promuovere l'integrazione sociale. Inoltre, la Cooperativa collabora in modo integrato con Istruzioni e altri Enti del terzo settore; è in rete con diversi enti del territorio: Proloco, USMM, Cooperativa Ambiente Solidale, Cooperativa Il Millepiedi. La cooperativa attiva percorsi di inserimento lavorativo a favore di persone svantaggiate: ammesse alle misure alternative alla detenzione, con problemi di dipendenza, con disabilità fisica o psichica minori in età lavorativa in situazione di difficoltà familiare. Stabilita la presa in carico dell'utente, si procede all'avvio della cartella utente, si definiscono i tempi e gli obiettivi del percorso di inserimento da avviare e, durante il percorso, se ne verificano periodicamente gli esiti con l'ente inviante. Ogni soggetto inserito è affidato a un tutor interno della Cooperativa che lo accompagnerà e sosterrà nell'acquisizione del ruolo lavorativo. L'inserimento lavorativo viene rivolto a soggetti con problematiche di marginalità sociale e difficoltà ad inserirsi autonomamente nel mercato del lavoro. Ciascun percorso offre la possibilità di riavviare e potenziare competenze professionali esistenti oppure di sperimentare nuovi settori lavorativi oltre alle dinamiche relazionali proprie dell'ambiente di lavoro. L'inserimento lavorativo è un'opportunità di messa alla prova e monitoraggio delle proprie capacità, promuove l'acquisizione di crescenti livelli di autonomia e favorisce l'uscita dal circuito assistenziale del soggetto svantaggiato

Esperienza maturata in attività di finanziamento

La cooperativa Magma è ente di formazione accreditato in Regione Campania e potrà curare l'azione progettuale dedicata alla formazione del personale, al fine di rendere più efficace ed efficiente l'offerta dei servizi di promozione e sensibilizzazione allo svolgimento degli screening, grazie a personale formato e per il quale sia stata stimolata una capacity building adeguata, anche in relazione alla presa in carico del post-screening. Magma ha maturato le seguenti attività affini: Corsi di formazione in collaborazione con altri enti del terzo settore, agenzie formative ed aziende del territorio rivolti a persone in condizione di vulnerabilità sociale, finalizzati all'acquisizione di competenze nel settore della ristorazione, della gestione degli spazi comuni e del turismo sociale nonché nella creazione di impresa e nell'auto-imprenditorialità; Laboratori di empowerment per l'acquisizione di soft skills e competenze trasversali utili all'inserimento lavorativo, con un focus su comunicazione, gestione del tempo e problem solving; Percorsi formativi on-the-job presso il Bistrot Dabliu, con tutoraggio dedicato e accompagnamento all'autonomia lavorativa, coinvolgendo giovani NEET, disoccupati di lunga durata e persone con disabilità; Progetti di formazione e inclusione sociale in collaborazione con enti del terzo settore e istituzioni locali, volti a favorire il reinserimento lavorativo attraverso metodologie innovative di apprendimento attivo.

Denominazione Soggetto Giuridico

6 IL SORRISO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

Codice Fiscale Soggetto Giuridico**Partita IVA Soggetto Giuridico**fonte: <http://burc.regione.campania.it>

Tipologia Soggetto Giuridico

Cooperative Sociali

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

876

Nome Rappresentante Legale

ANTONIO

Cognome Rappresentante Legale

MAIORINO

Codice Fiscale Rappresentante Legale

MRNNTN77A27E791N

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

CE

Comune di Nascita Rappresentante Legale

61048

Data di Nascita Rappresentante Legale

27/01/1977

Provincia Sede Legale

CE

Comune Sede Legale

61022

Indirizzo Sede Legale

VIALE DELLE INDUSTRIE 2

Provincia Sede Operativa

NA

Comune Sede Operativa

63001

Indirizzo Sede Operativa

PIAZZALE SAN GIUSEPPE 1

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_77.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

La struttura organizzativa della Cooperativa Il Sorriso è formata da diverse aree di intervento che comprendono servizi ed attività specifiche, la cui gestione avviene in un'ottica unitaria di sistema. Il nostro modello di riferimento si ispira al principio dell'empowerment, è basato sul decentramento e la condivisione delle responsabilità, sulla diffusione e circolarità della comunicazione, sul lavoro di squadra. È frutto di un percorso tutt'altro che lineare ma attento e continuativo, teso a realizzare al meglio, nella pratica operativa, oltre che sul piano della gestione societaria, il senso della cooperazione. I servizi gestiti sono: Il centro diurno polifunzionale per minori "San Giuseppe" è un servizio articolato in spazi multivalenti, che si colloca nella rete dei servizi sociali territoriali. Offre possibilità di aggregazione finalizzata alla prevenzione di situazioni di disagio attraverso proposte di socializzazione tra minori e di identificazione con figure adulte significative. Offre sostegno e supporto alle famiglie. Il Centro diurno polifunzionale è caratterizzato da una pluralità di attività ed interventi che prevedono lo svolgimento di funzioni quali l'ascolto, il sostegno alla crescita, l'accompagnamento e l'orientamento. Il Centro pianifica le attività in base alle esigenze e agli interessi degli utenti, valorizzandone il protagonismo. Il Centro può organizzare a titolo esplicativo, attività sportive, ricreative, culturali, di supporto scolastico, momenti di informazione, vacanze invernali o estive, in relazione agli orari di apertura. Tutte le attività del Centro sono aperte al territorio. Struttura in cui viene svolta l'attività: Centro Sociale Polifunzionale "Istituto Suore San Giuseppe" sito nel Comune di Acerra (Na) in Piazzale San Giuseppe n. 1. Il Servizio di Educativa Territoriale è una risorsa territoriale per rispondere alle esigenze di minori che necessitano di un forte sostegno educativo. Il servizio di Educativa Territoriale predispone un programma dell'offerta attiva attraverso l'elaborazione di un piano educativo di gruppo che definisce le attività dei gruppi e di ogni ragazzo che vi è inserito nell'ambito della complessiva offerta socioeducativa. Per i ragazzi che richiedono interventi più articolati e mirati e una presa in carico integrata viene predisposto un Piano Educativo Individualizzato. Luogo: Ambito Territoriale N20. Il Servizio di Tutoraggio Educativo Domiciliare è rivolto alle famiglie con minori, in stato di disagio, ed è finalizzato a contrastare il deterioramento della qualità delle relazioni familiari e sociali. Luogo: Ambito Territoriale N20. Il servizio di ascolto, sensibilizzazione, informazione e sostegno alla genitorialità è un intervento volto all'accompagnamento degli adulti che incontrano delle difficoltà nel loro ruolo genitoriale. I percorsi di sostegno alla genitorialità mirano a sciogliere e comprendere meglio la relazione con i

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

propri figli; si rivolge a famiglie problematiche e non, singolo genitore, (coppie di fatto, famiglie allargate, coppie omogenitoriali). Luogo: Ambito Territoriale N20. L'assistenza specialistica è un servizio territoriale, funzionale ai processi di comunicazione e socializzazione dell'alunno con disabilità all'interno del contesto scolastico con i propri pari, finalizzati a prevenire condizioni di isolamento ed emarginazione. Il servizio è volto a promuovere e garantire il diritto allo studio degli studenti disabili. Luogo: Ambito Territoriale N20; Ambito Territoriale N25; Comune di Volla; Ambito Territoriale N23; Ambito Territoriale N18. Il Centro per le Famiglie è un servizio rivolto alle famiglie multiproblematiche, che intende promuovere il benessere dell'intero nucleo familiare, sostenendo la coppia e ogni singolo componente in ogni fase del ciclo di vita. Le attività saranno organizzate per offrire sostegno alla genitorialità, al fine di facilitare la formazione di un'identità genitoriale. Luogo: Ambito Territoriale N17

Esperienza maturata in attività di finanziamento

Grazie al suo contatto quotidiano con target di popolazione in fragilità sociale, culturale ed economica, Il sorriso è capace di svolgere un'azione di sistema finalizzata a realizzare e sperimentare un modello per ampliare l'accesso alle prestazioni di screening oncologico da parte dei soggetti con vulnerabilità socioeconomica. La sua esperienza si basa sui servizi di Sostegno alla genitorialità / Servizio di Ascolto, Sensibilizzazione, Informazione, volti all'accompagnamento degli adulti che incontrano delle difficoltà nel loro ruolo genitoriale. I percorsi di sostegno alla genitorialità mirano a sciogliere e comprendere meglio la relazione con i propri figli. I colloqui hanno la funzione di orientare e aiutare a ritrovare il senso all'agire educativo, attraverso il dialogo e il confronto con il professionista, il quale non calerà rimedi preconfezionati, ma attraverso le sue competenze saprà ascoltare ed analizzare la situazione presentata per accompagnare il genitore a ridisegnare il proprio cammino in modo autonomo. I percorsi di sostegno alla genitorialità non sono destinati a famiglie problematiche o solo in situazioni particolarmente traumatiche, ma può essere un cammino utile a qualsiasi genitore per migliorare la relazione con i figli, le dinamiche familiari e la crescita di ogni membro della famiglia. Le configurazioni nuove che la società offre (coppie di fatto, famiglie allargate, coppie omogenitoriali) ci propongono diverse ed ampie immagini non solo di sistemi familiari diversi, ma anche di modi nuovi di pensare al ruolo genitoriale. Tali percorsi sono rivolti a coppie o a singoli genitori. Ma possono ampliarsi a nuclei famigliari vulnerabili che necessitano di un sostegno e di un intervento rispetto al ritrovare il proprio ruolo come genitore.

Denominazione Soggetto Giuridico

7 COOPERATIVA SOCIALE O.N.L.U.S LE ALI DELLA VITA L.A.V.

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

06512461218

Partita IVA Soggetto Giuridico

06512461218

Tipologia Soggetto Giuridico

Cooperative Sociali

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

147

Nome Rappresentante Legale

EDVICA

Cognome Rappresentante Legale

PONTICELLI

Codice Fiscale Rappresentante Legale

PNTDVC80D51A024K

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

NA

Comune di Nascita Rappresentante Legale

63001

Data di Nascita Rappresentante Legale

11/04/1980

Provincia Sede Legale

NA

Comune Sede Legale

63017

Indirizzo Sede Legale

VIA VITTORO EMANUELE 222
fonte: <http://burc.regione.campania.it>

Provincia Sede Operativa

NA

Comune Sede Operativa

63017

Indirizzo Sede Operativa

VIA F.S. CATALANO 110

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_79.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

La Cooperativa sociale onlus LE ALI DELLA VITA nasce nel 2009 impegnata concretamente nel sostegno e nell'accompagnamento di famiglie e minori. Impegnata nel sociale nasce grazie al progetto POLICORO DIOCESI DI ACERRA collabora con i Comuni le scuole di ogni ordine e grado, i servizi sociali, attraverso vari progetti sostenendo, accompagnando e rispondendo alle varie necessità delle famiglie del territorio offrendo dunque una serie di attività e servizi socio-assistenziali ed educativi, quali: Attività di prevenzione psico-socio-sanitaria; Attività di sostegno e di accompagnamento scolastico rivolto a minori; Attività di sensibilizzazione e di animazione delle comunità locali per renderle più consapevoli e disponibili all'attenzione per le persone in difficoltà e per le fasce in pericolo di esclusione sociale; Attività di consulenza ed orientamento dei soggetti a rischio di esclusione sociale, attraverso centri di ascolto e sportelli informativi, giornate di sensibilizzazione ed informazione; Attività di Formazione; Attività di Orientamento; Consulenza psicologica e psicoterapia; Consulenza legale; Gestione Sportelli Ascolto Psicologico SAP in istituti comprensivi; Gestione ed animazione di scuole, spazi pubblici e privati destinati ad attività ricreative, educative e di aggregazione per il tempo libero, aree verdi, ludoteche, animazione di strada; Organizzazione e gestione di feste, eventi e campi estivi. I servizi gestiti ad oggi dalla cooperativa ad oggi: Dal 2004 ad oggi - Gestione di servizi educativi per infanzia, LUDOTECA BABY PARKING SERVIZIO PRIMA INFANZIA L'ISOLA CHE C'E' CASALNUOVO, doposcuola pomeridiani, CAMPI ESTIVI in vari istituti del territorio sportello ascolto psicologico e legale ed accompagnamento famiglie Accompagnamento, sostegno e presa in carico di famiglie disagiate; da Gennaio 2021 Progetto "mi acculturo perché", Attività di letture animate laboratori artistici e ludici; Progetto "Comunità Vanni" in collaborazione con la cooperativa sociale "Lilliput" 2015-2018 Accompagnamento e attività laboratoriali per minori immigrati, Attività di sostegno ed accompagnamento di famiglie con genitori che lavorano; Progetto scuola viva in collaborazione con l'istituto superiore I.S.I.S." Europa" di Pomigliano d'Arco, Date: 2013 ad oggi – Località Pomigliano d'Arco. Progetto per contrastare il fenomeno dell'evasione scolastica rivolto a studenti delle scuole elementari, medie e superiori; Progetto "In web school", Nome azienda ISIS Europa - Progetto per contrastare il fenomeno dell'evasione scolastica rivolto a studenti delle scuole elementari, medie e superiori. Il progetto coinvolge numerosi istituti scolastici presenti nei comuni di Casalnuovo di Napoli, Pomigliano d'Arco ed Acerra. Progetto Campo Estivo " Gli Elementi della vita" in collaborazione con l'istituto comprensivo "Aldo Moro" di Casalnuovo di Napoli Date giu 2009 – ad oggi, Attività ludico ricreative rivolte ai minori del Territorio. Il progetto avrà come obiettivo la riflessione e la conoscenza degli elementi principali della vita: acqua, aria, terra, fuoco. Su questi saranno basate tutte le attività dei laboratori creativi e dei giochi di squadra e di sport. Le attività previste sono: laboratori creativi per la realizzazione di oggetti artigianali, giochi di squadra nelle aree esterne, sport: calcio, ballo, piscine e giochi ad acqua. Comune Casalnuovo di Napoli Progetto Educativa Territoriale in collaborazione con il comune di Casalnuovo di Napoli Date mar 2012 – mar 2013 Progetto per la gestione di interventi educativi rivolti ai minori del Territorio

Esperienza maturata in attività di finanziamento

La cooperativa con sede operativa in Casalnuovo ha organizzato e gestisce uno sportello informativo periodico presso il nido, rivolto alle famiglie, per spiegare in modo semplice e diretto l'importanza della diagnosi precoce. Lo sportello di primo ascolto riceve ed indirizza le famiglie a seconda delle necessità. Il supporto nella prenotazione di visite di servizi e degli screening, anche per persone in difficoltà con strumenti digitali o con scarsa alfabetizzazione sanitaria. La partecipazione alla giornata di screening mobile in loco, facilitando la logistica, l'accoglienza e l'accompagnamento delle famiglie coinvolte. IL SERVIZIO PRIMA INFANZIA ISOLA CHE C'E' UBICATO A CASALNUOVI DI NAPOLI, può facilitare l'accesso agli screening oncologici sfruttando la rete di contatto diretta offerta dai servizi per l'infanzia Questa esperienza ha permesso alla cooperativa di coniugare le competenze educative con una forte attenzione alla promozione della salute in un contesto di prossimità, rafforzando il ruolo dell'asilo nido non solo come luogo educativo, ma anche come presidio sociale e sanitario per la comunità.

Denominazione Soggetto Giuridico

8 AGORA' SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

05451481211

Partita IVA Soggetto Giuridico

05451481211

Tipologia Soggetto Giuridico

Cooperative Sociali

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

147

Nome Rappresentante Legale

GIORGIO

Cognome Rappresentante Legale

MARRUZZELLA

Codice Fiscale Rappresentante Legale

MRRGRG60H030B371N

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

NA

Comune di Nascita Rappresentante Legale

63011

Data di Nascita Rappresentante Legale

03/06/1960

Provincia Sede Legale

NA

Comune Sede Legale

63016

Indirizzo Sede Legale

VIA F. CRISPI 10

Provincia Sede Operativa

NA

Comune Sede Operativa

63011

Indirizzo Sede Operativa

VIA F. LIBERTINI 104

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_84.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

La Cooperativa Agorà è una cooperativa sociale fondata nel 2008 al fine di gestire i servizi sociali, sanitari ed educativi, orientati ai bisogni di persone in condizioni di marginalità, svantaggio sociale, devianza e rischio d'emarginazione, favorendone la promozione umana e l'integrazione sociale. Dal 2008 ad oggi la Coop si occupa della gestione delle strutture Sportive del Comune di Cardito, inoltre, ogni estate organizza campi estivi rivolgendo l'attenzione a minori provenienti da famiglie meno abbienti. Negli ultimi due anni ha partecipato ai "Mercatini natalizi" di Cardito, cercando di coinvolgere anche i Minori della "Comunità Alloggio Elisir". Inoltre, dal 2009 al 2012 ha promosso presso i campi "Lino Romano" c/o "Parco Taglia" di Cardito (NA), centri estivi e colonie per Minori dai 3 ai 13 anni al fine di garantire momenti di svago e divertimento per i partecipanti, adeguato al periodo estivo di vacanza. La Coop Agorà cerca sempre di essere presente sul territorio, affinché possa sia coinvolgere che interagire socialmente con la comunità. Pertanto la programmazione dal 2020 ad oggi "in essere" ha sempre come obiettivo il "Sociale" rinnovando, quindi, ciò che è stato fatto con successo negli anni precedenti ovvero: Campo estivo; Mercatini natalizi; Supporto alle famiglie disagiate; Attività ludico – creative; Centro ricreativo per anziani. I servizi principali attualmente in corso sono: Localizzazione della struttura oggetto dell'intervento: Denominazione della struttura "VILLA SOFIA" - Ubicazione della struttura: Via Pisano n°1 – località Pascarola, Caivano (NA) All'interno del Centro Sociale con funzione educativa e ricreativa sono utilizzati strumenti educativi e riabilitativi che incitano il benessere dell'utente attraverso uno stile partecipativo, propositivo ed autorevole. L'insieme delle funzioni offerte è finalizzato a fornire un adeguato sostegno sociale ed emotivo. Il tutto si concretizza attraverso un'azione d'accompagnamento educativo che raccoglie al suo interno una molteplicità di prestazioni atte a costruire un sentiero che porti al "cambiamento" e all'integrazione attraverso l'agire quotidiano. In altri termini, si intende favorire una rimodulazione degli equilibri resa possibile dall'applicazione di un progetto personalizzato. A tutto ciò va aggiunto il lavoro dell'equipe che si adopera per costruire una rete d'intervento tra il Centro Sociale e gli enti quali: istituti scolastici, centri riabilitativi, centri sportivi,

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

aziende private, luoghi di culto, centri di aggregazione etc. La Comunità Alloggio "Elisir" è una struttura che rispondono al bisogno di accogliere degli adolescenti in difficoltà relazionali con la famiglia o privi della stessa, che necessitano di un'azione di sostegno e recupero. Il gruppo appartamento è un servizio in cui la gestione, attuata con la presenza stabile di operatori qualificati, è finalizzata alla maturazione psicologica, relazionale e sociale dei minori affidati al Comune in vista del loro reinserimento in famiglia o di una scelta di vita autonoma. I servizi principali forniti dalla "COOP AGORA" agli ospiti della Comunità Alloggio "Elisir": Attività di sostegno nello svolgimento dei compiti scolastici o di istruzione paterna qualora si verifichi un abbandono prematuro della scuola; Attività ludico-ricreative singole o di gruppo determinate sulla base di una progettualità che coinvolge gli ospiti stessi ed il personale, il quale partecipa, collabora e supervisiona tali attività; Attività culturali in collaborazione con enti e associazioni di volontariato. Attività sportive in collaborazione con società sportive locali. Analisi della situazione medica generale di salute del minore, con eventuale ricorso a visite mediche specialistiche. Attività di informazione medico sanitaria anche in collaborazione con strutture medico-sanitarie e professionisti del settore.

Esperienza maturata in attività di finanziamento

Agorà sosterrà il rafforzamento di un'azione di sistema finalizzata a realizzare e sperimentare un modello per ampliare l'accesso alle prestazioni di screening oncologico da parte dei soggetti con vulnerabilità socioeconomica. Ciò attraverso misure di intercettazione e accoglienza, orientamento e assistenza alle prestazioni con un approccio integrato multi-azione e incentivante e servizi personalizzati, al fine di stimolare l'adesione ai tre programmi nazionali di screening (collo dell'utero, mammella e colon-retto).

Denominazione Soggetto Giuridico

9 La Vela d'Oro Cooperativa Sociale a Responsabilità Limitata

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

09786911215

Partita IVA Soggetto Giuridico

09786911215

Tipologia Soggetto Giuridico

Cooperative Sociali

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

842

Nome Rappresentante Legale

VINCENZO

Cognome Rappresentante Legale

DEL PRETE

Codice Fiscale Rappresentante Legale

DLPVCN48B10D789Y

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

NA

Comune di Nascita Rappresentante Legale

63032

Data di Nascita Rappresentante Legale

10/02/1948

Provincia Sede Legale

NA

Comune Sede Legale

63049

Indirizzo Sede Legale

VIA CAMILLO DE MEIS 326

Provincia Sede Operativa

NA

Comune Sede Operativa

63049

Indirizzo Sede Operativa

VIA CAMILLO DE MEIS 326

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_86.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare ad anziani e disabili (Home Care Premium) erogati nell'ambito territoriale N33 (Comune di Sorrento capofila) e C2 (Comune di Maddaloni capofila), una parte dell'utenza costituisce target anche per diversi programmi di screening di prevenzione e, pertanto la coop ha promosso attività di comunicazione e sensibilizzazione agli utenti, ha incentivato la partecipazione alle campagne di prevenzione e di screening, impegnando risorse umane e strumentali per accompagnamento nelle sedi delle AASSLL, distribuzione di materiale informativo/illustrativo, organizzazione di momenti divulgativi per i cittadini e di corsi di aggiornamento del proprio personale.

Esperienza maturata in attività di finanziamento

attività di formazione e informazione agli operatori e ai cittadini; supporto psicologico all'utenza; attività di segretariato sociale; attività di animazione.

Denominazione Soggetto Giuridico

10 ACLI CAMPI FLEGREI APS

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

96013380637

Partita IVA Soggetto Giuridico

04840071213

Tipologia Soggetto Giuridico

Associazioni di Promozione Sociale

Numero iscrizione Registri previsti dalla legge n. 383/2000

97

Numero iscrizione Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS)

76502

Nome Rappresentante Legale

GELSOMINA

Cognome Rappresentante Legale

ROTTA

Codice Fiscale Rappresentante Legale

RTTGSM56R64A535M

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

NA

Comune di Nascita Rappresentante Legale

63006

Data di Nascita Rappresentante Legale

24/10/1956

Provincia Sede Legale

NA

Comune Sede Legale

63006

Indirizzo Sede Legale

Via P. FONSECA n° 19

Provincia Sede Operativa

NA

Comune Sede Operativa

63060

Indirizzo Sede Operativa

Via Traversa Strigari n. 40

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

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_87.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

L'Ente del Terzo Settore ACLI CAMPI FLEGREI APS, fa capo alle A.C.L.I., Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani, che con i suoi circa 1.000.000 di soci sono una delle più grandi realtà associative italiane; essa opera nei Comuni di competenza dell'ASL NAPOLI 2 NORD, specialmente nei Campi Flegrei, da ventiquattro anni e promuove su tutto il territorio una rete di difesa, aiuto e promozione dei cittadini, dei lavoratori e di tutti coloro che si trovano in condizione di subordinazione, fragilità ed emarginazione. I membri della nostra organizzazione sono impegnati in varie attività di assistenza e promozione umana di bambini, ragazzi, disabili, anziani ed intere famiglie in difficoltà, sensibilizzando i propri soci, le Istituzioni e la popolazione, verso le attuali problematiche sociali, tanto da essere eletta nel Tavolo di concertazione dell'Ambito Territoriale N 12, Rappresentante del Terzo Settore Flegreo dal 2003 al 2016. Regolarmente iscritta al RUNTS dal 2022 e con riconoscimento del Ministero dell'Interno con DM dell'08/08/1947 N° 17530/L, è promotrice ed artefice di numerose iniziative e progetti a favore dello sviluppo sociale e culturale del nostro territorio, gestendo per conto dei Comuni e della ASL NAPOLI 2 NORD, servizi come l'Assistenza Domiciliare agli anziani con condizioni di disagio dell'Ambito Territoriale N12, assistenza residenziale a ragazzi diversamente abili, nonché assistenza a "senza fissa dimora", così come la promozione ed organizzazione di campagne ed attività informative e di sensibilizzazione atte a prevenire Dipendenze Patologiche e/o uso/abuso di sostanze psicoattive, alcol e fumo.

Esperienza maturata in attività di finanziamento

L'Ente del Terzo Settore ACLI CAMPI FLEGREI APS, in partenariato con l'ASL NAPOLI 2 NORD, ha negli anni maturato le seguenti esperienze pluriennali: attività di informazione presso il P.O. "Santa Maria delle Grazie" di Pozzuoli (NA); attività di informazione e prevenzione contro l'uso di sostanze psicoattive, fumo e alcol, promuovendo accertamenti sanitari e "life skills"; Comunità terapeutica NUOVA EMMAUS di Bacoli (NA) per ragazzi con psicopatologie conclamate in comorbidità con altre patologie e/o disturbi; attività di informazione ed orientamento delle detenute della Casa Circondariale di Pozzuoli (NA) e di Lauro (AV) su problematiche sanitarie; La nostra Associazione, inoltre, ha curato per diversi anni campagne di informazione, sensibilizzazione e raccolta fondi a favore della ricerca sul cancro con l'AIRC e la LILT, a favore dell'AIAS, nonché la gestione di diversi Centri di Ascolto per famiglie e soggetti fragili segnalati dai Servizi Sociali Territoriali, dalle Parrocchie e da altri organismi del Terzo Settore, in cui è stato possibile offrire assistenza materiale, psicologica ed orientamento ai servizi pubblici offerti dall'Azienda Sanitaria Locale e dai Comuni. Attualmente sono attivi n° 3 Centri di Ascolto presso le seguenti sedi operative delle ACLI: Bacoli (NA), Via P. Fonseca n. 19 Pozzuoli (NA), Via Traversa Strigari n. 40 Monteruscello - Pozzuoli, Piazzale Minopoli snc.

Denominazione Soggetto Giuridico

11 LESS Coop. Sociale Ar.l. ETS

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

94195150639

Partita IVA Soggetto Giuridico

05478121212

Tipologia Soggetto Giuridico

Cooperative Sociali

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

521

Nome Rappresentante Legale

Cognome Rappresentante Legale

Codice Fiscale Rappresentante Legale

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

**Provincia di Nascita
Rappresentante Legale**
NA

**Comune di Nascita
Rappresentante Legale**
63049

**Data di Nascita Rappresentante
Legale**
28/04/1970

Provincia Sede Legale

NA

Comune Sede Legale

63049

Indirizzo Sede Legale

VIA FIUMICELLO A LORETO 7

Provincia Sede Operativa

NA

Comune Sede Operativa

63034

Indirizzo Sede Operativa

VIA INNAMORATI 102

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_89.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

Nel corso degli anni, la cooperativa LESS ha costruito una solida esperienza nel lavoro con persone in condizione di vulnerabilità, con particolare attenzione alla presa in carico di cittadini stranieri, donne vittime di tratta o violenza, persone senza fissa dimora e nuclei familiari in situazione di fragilità socio-economica. Questa competenza si è sviluppata sia nell'ambito dei progetti SAI, che attraverso una rete capillare di sportelli territoriali di prossimità, spesso in collaborazione con enti locali, ASL e realtà del Terzo settore. In questi contesti, la cooperativa ha sviluppato pratiche efficaci di orientamento al territorio e ai servizi socio-sanitari, non limitandosi alla sola informazione, ma accompagnando concretamente le persone nell'accesso ai servizi: dalla comprensione del funzionamento del sistema sanitario alla mediazione per l'ottenimento del codice STP, all'iscrizione al SSN e all'ottenimento della Tessera Sanitaria, fino alla presenza attiva nei percorsi di cura mediante l'attività di mediazione culturale. Particolarmente significativa è l'esperienza maturata nella mediazione culturale anche in ambito sanitario, che ha visto la cooperativa operare a stretto contatto non solo con gli ambulatori di base, ma anche con presidi ospedalieri e strutture sanitarie specialistiche. I mediatori e le mediatrici della cooperativa, formati per muoversi in contesti ad alta complessità linguistica e culturale, hanno garantito un'interlocuzione efficace tra utenti e operatori sanitari, contribuendo a superare le barriere comunicative e favorire la presa in carico sanitaria del SSN. La cooperativa ha inoltre una consolidata esperienza nella presa in carico dei senza fissa dimora, mediante il servizio di residenza di prossimità e di orientamento ai servizi territoriali. Tali servizi sono fondamentali per l'iscrizione anagrafica dei senza fissa dimora e con essa l'ottenimento dei documenti necessari anche per la registrazione al ASL di riferimento del SSN. In questa ottica, infatti, l'accesso alla salute è spesso compromesso da ostacoli logistici e da un generale stato di invisibilità amministrativa. In risposta, la cooperativa ha messo in campo strumenti agili di presa in carico, combinando l'offerta di orientamento sanitario con l'accompagnamento fisico alle prestazioni e il sostegno alla regolarizzazione amministrativa (codice STP, iscrizione SSN).

Esperienza maturata in attività di finanziamento

La cooperativa LESS vanta un'esperienza consolidata nelle attività per le quali si richiede il finanziamento, avendo sviluppato nel tempo un modello di presa in carico integrata rivolto a persone in condizione di vulnerabilità, in particolare appartenenti alla comunità migrante. Al centro di questo modello vi sono gli sportelli di prossimità, che sono stati attivati nel corso del tempo in diverse aree del territorio e orientati all'accoglienza, all'ascolto e all'orientamento di cittadini stranieri. Gli sportelli offrono un accesso diretto e semplificato a servizi essenziali – tra cui assistenza legale e amministrativa, mediazione linguistico-culturale, orientamento ai servizi socio-sanitari – in un'ottica di accompagnamento personalizzato e multidimensionale. A questa struttura si è affiancata, rafforzandola, l'esperienza dell'unità mobile su strada, attivata nell'ambito di un progetto contro il caporalato, lo sfruttamento lavorativo e l'integrazione dei Cittadini dei Paesi Terzi: prog. EMPLOIED - a valere sull'avviso P.I.U. - SU.PR.EME. Percorsi Individualizzati di Uscita dallo sfruttamento a supporto ed integrazione” finanziato dal PON INCLUSIONE FSE 2014-2020 – Asse III, CUP B35B19000250006,. L'unità mobile – un camper attrezzato per svolgere funzioni di sportello itinerante – è stata utilizzata per intercettare e accogliere soggetti in condizione di marginalità, promuovendo l'emersione di situazioni di irregolarità, la regolarizzazione del soggiorno, il rilascio del codice STP, e l'accesso ai servizi pubblici. Inoltre, attraverso interventi mirati di orientamento socio-sanitario e mediazione culturale, la cooperativa ha facilitato l'avvio di percorsi di cura e prevenzione per persone spesso escluse dai circuiti istituzionali. L'equipe impegnata nell'unità di strada ha promosso attività di educazione alla salute, sensibilizzazione alla prevenzione e accompagnamento ai servizi territoriali, contribuendo concretamente a migliorare l'accesso alle cure primarie e a percorsi di screening, anche grazie a una profonda conoscenza del territorio e delle dinamiche locali. Infine, la LESS

vanta un'esperienza pluriennale nell'attività di mediazione culturale svolta all'interno dei propri servizi SAI e progetti specifici, ad esempio prog. We Care – FAMI 2014-2020- Interventi di emersione e presa in carico delle vulnerabilità psico-socio-sanitarie dei RTPI e dei MSNA; capacity building degli operatori del sistema sanitario e dei servizi di accoglienza in tema di individuazione, emersione e trattamento di vulnerabilità psico-socio-sanitarie. Inoltre, la cooperativa ha avviato nel corso del tempo diverse collaborazioni con varie strutture sanitarie pubbliche del territorio – tra cui ospedali, consultori familiari e distretti sanitari – attraverso l'impiego stabile di mediatori e mediatrici formati, capaci di facilitare la relazione tra i cittadini stranieri e il personale sanitario, favorendo percorsi di cura appropriati, rispettosi delle differenze culturali e linguistico-comunicative. In tal senso, al momento, la cooperativa ha in essere un accordo di collaborazione con la fondazione Fondazione Santobono Pausilipon per la mediazione culturale all'interno della struttura sanitaria, al fine di migliorare l'accesso ai servizi sanitari e le attività di cura dei Cittadini dei Paesi Terzi.

Denominazione Soggetto Giuridico

12 COOPERATIVA SOCIALE ARKE'

Codice Fiscale Soggetto Giuridico

04103861219

Partita IVA Soggetto Giuridico

04103861219

Tipologia Soggetto Giuridico

Cooperative Sociali

Numero Iscrizione Albo delle Cooperative Sociali

289

Nome Rappresentante Legale

LUISA

Cognome Rappresentante Legale

PILATO

Codice Fiscale Rappresentante Legale

PLTLSU71B66E329O

Provincia di Nascita Rappresentante Legale

NA

Comune di Nascita Rappresentante Legale

63037

Data di Nascita Rappresentante Legale

26/02/1971

Provincia Sede Legale

NA

Comune Sede Legale

63037

Indirizzo Sede Legale

VIA DELLE TERME 76/R - 80077 ISCHIA (NA)

Provincia Sede Operativa

NA

Comune Sede Operativa

63037

Indirizzo Sede Operativa

VIA MORGIONI 90/COOP - 80077 ISCHIA (NA)

Dichiarazione Affidabilità e intenti

Dichiarazione_Affidabilita_92.p7m

Esperienza maturata in coerenza con il presente avviso

• Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) anziani e disabili – Ambiti sociali N13 (Ischia–Procida) e C4 (Piedimonte Matese): progettazione, presa in carico multiprofessionale, accompagnamento a prestazioni sanitarie, gestione di oltre 500 utenti fragili (2017oggi). • Progetti Home Care Premium 20142022 (INPS): orientamento, tutoraggio sociosanitario, facilitazione all'accesso a visite specialistiche per famiglie a vulnerabilità socioeconomica. • Servizio di Segretariato Sociale e Sportello Informativo permanente (Ischia): supporto burocratico, prenotazioni CUP, traduzione linguistica per cittadini extraUE, mediamente 1 500 contatti/anno. • Campagne di prevenzione in collaborazione con ASL Napoli 2 Nord (20202024): organizzazione di unità mobili per screening dermatologico e cardiologico nei comuni isolani; 1 200 test eseguiti, 62 casi inviati a followup. • Progetto «RESTART» (POR FSE Campania): laboratori di educazione sanitaria e lifeskills rivolti a minori e famiglie; focus sulla cultura della prevenzione e sull'empowerment dei caregiver. • Rete territoriale con 7 comuni dell'isola d'Ischia, ASL e Terzo Settore per la gestione integrata di servizi sociosanitari: protocolli operativi condivisi, modelli di referral verso i servizi di screening.

Esperienza maturata in attività di finanziamento

• Progetto TACC – «Take Care of Caregiver» (Bando SocioSanitario 2023, Fondazione CON IL SUD) – finanziato e in avvio: realizzazione di un Centro Servizi Laico e piattaforma digitale «Kerubin» per la presa in carico dei caregiver di pazienti cronici; coinvolgimento di 400 caregiver, partnership con Ambito N13, ASL Napoli 2 Nord e PMI innovativa Kerubin srl SB. • Modellizzazione di percorsi di orientamento e accompagnamento agli screening oncologici attraverso figure di «facilitatori di comunità» già sperimentate in TACC. • Gestione di unità mobili per screening (mammografia, Paptest, FIT) in collaborazione con farmacie rurali e volontariato locale: pianificazione logistica, reclutamento utenti mediante microanimazione comunitaria. • Formazione continua di OSS, infermieri e mediatori culturali su counseling motivazionale e tecniche di advocacy sanitaria (150 operatori formati dal 2021 al 2024). • Capacità amministrativocontabile consolidata: rendicontazioni FSE, PON, progetti ministeriali e fondazioni private (valore medio gestito 500 000 €/anno); responsabile finanziario con ventennale esperienza (dott. Pasquale Arcamone).

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

L'ASL Napoli 2 Nord si estende su un territorio abbastanza vasto costituito da 13 Distretti sanitari afferenti a 3 macro-aree: - ZONA NORD, che comprende i Distretti Sanitari 35 (Pozzuoli, Bacoli e Monte di Procida) 37 (Giugliano in Campania), 38 (Marano di Napoli e Quarto), 39 (Villaricca, Calvizzano, Qualiano), 40 (Melito di Napoli, Mugnano di Napoli) e 41 (Frattamaggiore, Frattaminore, Grumo Nevano e Casandrino); - ZONA NORD-OVEST, che comprende i Distretti sanitari: 42 (Arzano – Casavatore), 43 (Casoria), 44 (Afragola), 45 (Caivano, Cardito, Crispano), 46 (Acerra) e 47 (Casalnuovo di Napoli); - ZONA INSULARE che comprende il Distretto sanitario 36 (Ischia e Procida). Nel territorio dell'ASL Napoli 2 Nord, inoltre, sono presenti 4 PRESIDI OSPEDALIERI: 1) P.O. S. Maria delle Grazie di Pozzuoli, (cui afferisce anche lo Stabilimento di Procida, Gaetanina Scotto di Perrotolo); 2) P.O. Anna Rizzoli di Lacco Ameno - Isola d'Ischia; 3. P.O. San Giuliano di Giugliano; 4) S. Giovanni di Dio di Frattamaggiore. Secondo i dati ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2023, la popolazione residente al 01.01.2023 di 1.052.1071 abitanti, distribuiti in 411,43 Km² di superficie. La densità media di popolazione è di 2542 ab/Km², con valori più che triplicati nelle aree distrettuali di Arzano/Casavatore e di Melito/Mugnano, più che raddoppiati nei Distretti Sanitari di Casoria, Casalnuovo e nell'area distrettuale di Casandrino/Grumo Nevano/Sant'Antimo/Frattamaggiore/Frattaminore. Di poco superiore alla media la densità dei distretti sanitari di Afragola, di Marano/Quarto e di Calvizzano/Qualiano/Villaricca. Di poco inferiore alla media quella riferita alle aree distrettuali di Pozzuoli/Bacoli/Monte di Procida e di Caivano/Cardito/Crispano. La minore densità si registra, invece, nell'area distrettuale isolana e nei distretti sanitari di Acerra e di Giugliano. Nella classifica elaborata dall'ISTAT, inerente ai 10 comuni italiani a più alta densità di popolazione ben 5 appartengono all'ASL Napoli 2 Nord: al primo posto si colloca il Comune di Casavatore con una densità di 12.222 ab/kmq; al quarto Melito di Napoli con 9.943 ab/kmq; al sesto Frattaminore con 7.813 ab/kmq; al nono e al decimo, rispettivamente Arzano e Cardito con 7.238 e 7.010 ab/kmq. La popolazione risulta abbastanza giovane. L'indice di vecchiaia, che si attesta attorno al 77.3%, è nettamente inferiore al valore italiano (151,4%), un quarto della popolazione presente è al di sotto dei venti anni. L'indice di carico sociale è il 45.6%. L'indice di dipendenza anziani è il 19.9%. Negli ultimi cinquant'anni, l'area continentale ha visto un incremento del processo di urbanizzazione, quasi sempre disgiunto da un adeguato sviluppo di servizi ed infrastrutture. Dall'altro lato, negli ultimi venti anni, si è assistito a un massiccio processo di industrializzazione con forti ripercussioni sul degrado ambientale a fronte di una diminuzione del tasso di occupazione. Da un'analisi di contesto relativa alle singole aree

dell'ASL, nella ZONA NORD, il solo Comune di Giugliano risulta di circa 124.222 abitanti, che la rendono una delle città più popolate della Campania. L'indice di vulnerabilità sociale e materiale risulta di 106.1 punti. I dati relativi alla popolazione degli altri Comuni sono: Pozzuoli 76.618 abitanti e un indice di vulnerabilità di 104.1; Bacoli 25.344 abitanti e un indice di vulnerabilità di 102.2; Monte di Procida 11.898 e un indice di vulnerabilità di 101.9; Marano 57.931 abitanti e un indice di vulnerabilità di 103.9; Quarto 24.661 abitanti e un indice di vulnerabilità di 103.9; Villaricca 31.453 abitanti e un indice di vulnerabilità di 104.9; Calvizzano 12.443 abitanti e un indice di vulnerabilità di 104.8; Qualiano 24.661 abitanti e un indice di vulnerabilità di 105.8; Melito di Napoli 36.375 abitanti e un indice di vulnerabilità di 106.7; Mugnano di Napoli 34.740 abitanti e un indice di vulnerabilità di 103.8; Frattamaggiore 28.623 abitanti e un indice di vulnerabilità di 103.5; Frattaminore 15.421 abitanti e un indice di vulnerabilità di 105.5; Grumo Nevano 17.230 abitanti e un indice di vulnerabilità di 104.3; Casandrino 47.196 abitanti e un indice di vulnerabilità di 106.8. I problemi socio-sanitari sono strettamente legati alla presenza di attività illecite. La criminalità organizzata non solo danneggia l'economia locale ma corrompe le istituzioni ed è stata causa di diversi sversamenti di rifiuti tossici. Uno dei problemi principali, infatti, è l'inquinamento ambientale, dovuto in parte alla gestione illecita dei rifiuti e alla presenza di attività industriali che non sempre rispettano le normative ambientali. L'inquinamento aumenta l'incidenza di MALATTIE RESPIRATORIE E ALTRE PATOLOGIE LEGATE ALLA CONTAMINAZIONE DEL SUOLO E DELL'ACQUA. Inoltre, la presenza di attività vulcanica nell'area flegrea comporta un'alta concentrazione di CO₂ e altri gas potenzialmente nocivi nell'aria, che possono avere ripercussioni sulla salute respiratoria e generale della popolazione. Il rischio vulcanico e sismico incide sulla necessità di potenziare e garantire l'assistenza alle fasce più vulnerabili (anziani, disabili, pazienti con patologie croniche, bambini) e la continuità delle cure. Sull'altro versante territoriale, nella ZONA NORD-OVEST Acerra conta 58.473 abitanti e un indice di vulnerabilità sociale e materiale di 102.9; Arzano, 32.057 abitanti e un indice di vulnerabilità di 105.4; Casavatore, 18.296 abitanti e un indice di vulnerabilità di 105.7; Casoria, 74.268 abitanti e un indice di vulnerabilità di 104.4; Afragola, 61.930 abitanti e un indice di vulnerabilità di 108.4; Caivano, 36.049 abitanti e un indice di vulnerabilità di 106.9; Cardito, 21.601 abitanti e un indice di vulnerabilità di 105.2; Crispano, 11.780 abitanti e un indice di vulnerabilità di 106.1; Casalnuovo di Napoli, 47.196 abitanti e un indice di vulnerabilità di 103.7. Tuttavia, la diffusione di IMPIANTI LEGATI AL SETTORE ENERGETICO E CHIMICO, unita alla presenza della CRIMINALITÀ e a una GESTIONE ILLECITA DI RIFIUTI, sono causa, anche in questa area di inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo, favorendo l'insorgenza di MALATTIE RESPIRATORIE, ALLERGIE E ALTRE PATOLOGIE CRONICHE, specialmente in alcune zone interessate da discariche abusive o bonifiche incomplete. La povertà, la disoccupazione e le condizioni di marginalità sociale influiscono negativamente sulla salute delle persone, limitando l'accesso a cure e prevenzione. In entrambe le zone, le COMUNITÀ PIÙ VULNERABILI, SONO QUELLE ROM E DI ORIGINE STRANIERA che si rivolgono più raramente ai servizi sociosanitari. La precarietà delle condizioni di vita in alcuni insediamenti informali o campi, con scarse condizioni igieniche e di sicurezza, favorisce la diffusione di malattie infettive e di altre patologie. Nella ZONA INSULARE, i 6 comuni dell'isola di Ischia, contano 62.327 abitanti e una media di oltre 101 di indice di vulnerabilità mentre Procida risulta di 10.026 abitanti e un indice di vulnerabilità di 100. Di vocazione prettamente turistica e marinara, il contesto territoriale insulare presenta consistenti nuclei residenziali stanziali in tutte le stagioni dell'anno. Le principali criticità sono legate all'insularità e alla specificità del territorio. La domanda di assistenza nel semestre maggio-ottobre, quadruplicata per l'enorme afflusso di visitatori e turisti, esige particolare attenzione e peculiare programmazione per le strutture socio-sanitarie isolate. L'ISOLAMENTO GEOGRAFICO RAPPRESENTA UNA DIFFICOLTÀ STRUTTURALE PER L'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI, specialmente per le fasce di popolazione più anziane o con difficoltà motorie, e necessita di un potenziamento dei servizi territoriali e una maggiore integrazione con le risorse locali per promuovere una cultura della prevenzione sempre più radicata nelle comunità isolate. Gli STUDI DI MORTALITÀ costituiscono uno dei più antichi approcci all'analisi dei fenomeni sanitari di una popolazione ed è unanimemente riconosciuto che essi forniscono importantissime indicazioni sulle patologie presenti in una popolazione. Attraverso l'utilizzo dei dati di mortalità, infatti, è possibile conoscere i problemi di salute esistenti, la loro rilevanza, le eventuali priorità e si possono ipotizzare associazioni con fattori di rischio, legati all'ambiente o a determinati stili di vita. Nell'ASL Napoli 2 Nord, l'analisi della mortalità riferita all'anno 2018 (ultimo anno nel quale è stato trasmesso il rapporto ufficialmente all'Azienda Sanitaria) evidenzia che sono deceduti n. 6.611 cittadini residenti nella nostra Azienda Sanitaria di questi n. 3.339 di sesso maschile e n. 3.272 di sesso femminile. Le principali cause di morte sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (37,9%). Seguono i Tumori (32,7%) e tra questi in particolare il tumore polmonare rappresenta la neoplasia che causa più decessi ed è anche la prima causa di morte in assoluto negli uomini; nelle donne prevale la localizzazione mammaria. (Fonte: Atto aziendale Napoli 2 Nord del 21 novembre 2023) Il Registro Tumori fornendo informazioni e dati scientificamente validati, rappresenta un punto di riferimento di enorme importanza per il quadro epidemiologico aziendale in campo oncologico. Per questo motivo, si configura come elemento cardine per la pianificazione degli interventi clinici e assistenziali, ma soprattutto di prevenzione e promozione della salute. Per il periodo esaminato, ANNUALITÀ 2010-2018, il Registro Tumori dell'ASL Napoli 2 Nord ha rilevato 44.288 casi di tumore maligno (escluso cute non melanoma), di cui 24.038 (54,2%) tra i maschi e 20.250 (45,8%) tra le femmine. I tumori più frequentemente diagnosticati sono stati: - il cancro del Polmone (17,86%), della Vescica (13,24%), della Prostata (13,03%), del Colon Retto (12,06%), del fegato (5,51%) e lo Stomaco (4,02%) tra gli uomini; - il cancro della mammella (27,31%), del colon-retto (10,84%), del polmone (7,17%), della tiroide (6,24%), dell'utero in toto (6,17%) e il fegato (3,54%) tra le donne. I tumori infantili e adolescenziali (0-19 anni) rappresentano, fortunatamente, una quota esigua del totale (1,14%). L'età media alla diagnosi è stata di 64,7 anni per gli uomini e 60,7 anni per le donne. Il Tasso di incidenza per tutti i tumori, standardizzato sulla popolazione europea, per l'intervallo 2010-2018 è pari a 742,6 casi x 100.000 residenti nei maschi e 491,4 casi x 100.000 residenti nelle femmine. IL CONFRONTO TRA LE ASL CAMPANE mostra tassi di incidenza standardizzati per il totale dei tumori, sia nei maschi che nelle femmine nell'intervallo

temporale comune, sostanzialmente equivalenti per le ASL della provincia napoletana, con una lieve superiorità, più evidente per il sesso femminile, a discapito della ASL capoluogo di Regione (ASL Napoli 1 Centro). Le ASL napoletane peraltro mostrano tassi sensibilmente superiori alle ASL delle restanti province campane, eccezion fatta per la ASL della provincia di Caserta, che mostra tassi simili. La distribuzione per età (Curva di Lexis maschi e femmine) evidenzia una maggior incidenza della patologia oncologica nelle fasce più avanzate, così come atteso, trattandosi di malattie cronico-degenerative, raggiungendo il picco massimo per i maschi nella fascia di età 75-79 anni e nelle femmine nella fascia di età 80-84 anni. Nell'ASL Napoli 2 Nord, l'analisi delle principali sedi oncologiche evidenzia nei maschi per il Polmone un TSD superiore, in modo statisticamente significativo rispetto al valore medio aziendale, per il Distretto n. 46 di Acerra e n. 40 Distretto di Mugnano-Melito. Eccessi statisticamente significativi per il Fegato nei Distretti n. 46 di Acerra, n. 45 di Caivano, n. 44 di Afragola e n. 41 di Frattamaggiore. Per lo Stomaco significativo l'eccesso del Tasso per il solo Distretto n. 46 di Acerra. La localizzazione Prostatica mostra eccessi statisticamente significativi rispetto al Tasso di riferimento aziendale, nei Distretti n. 46 di Acerra e n. 40 di Mugnano-Melito. Il Distretto n. 46 di Acerra si distingue ulteriormente per la presenza di eccessi di incidenza anche per la localizzazione al Colon- Retto e per le Leucemie. Tassi inferiori significativamente si rilevano nei maschi per la sede Polmonare nel Distretto n. 36 di Ischia. I Distretti n. 41 di Frattamaggiore e n. 45 di Caivano, mostrano Tassi inferiori significativamente per la Prostata. I Distretti n. 35 di Pozzuoli e n. 36 di Ischia, mostrano tassi inferiori in modo significativo per la localizzazione alla Vescica e Stomaco. Quest'ultimi Distretti insieme al Distretto n. 39 di Villaricca registrano Tassi inferiori in modo significativo per il Fegato. Il sesso femminile per le sedi oncologiche si distingue nel Distretto n. 46 per eccessi per la sede al Colon- Retto. La localizzazione Epatica vede interessati in modo significativo i Distretti n. 46 di Acerra, n. 47 di Casalnuovo e n. 40 di Mugnano-Melito. La localizzazione Mammaria mostra eccessi per il Distretto n. 46 di Acerra e borderline nel Distretto 37 di Giugliano, in quest'ultimo sono statisticamente significativi anche gli eccessi per il tumore dello Stomaco. Anche nelle Donne per i Distretti n. 35 di Pozzuoli e n. 36 di Ischia, si rilevano Tassi significativamente inferiori per il Tumore al Fegato, mentre solo per il Distretto n. 36 di Ischia l'equivalente riduzione per la localizzazione allo Stomaco. I DECESSI ONCOLOGICI (escluso cute non melanoma) nel periodo di analisi (2010-2018) sono stati 20.649 di cui 12.247 maschi (59,3%) e 8.402 (40,6%) femmine, su un totale di 64.030 decessi per tutte le cause. Le più frequenti cause di morte da patologie oncologiche sono state: - il cancro del Polmone (30,55%), del Fegato (9,50%), del Colon Retto (9,26%), della Vescica (6,69%), della Prostata (6,13%) e lo Stomaco (5,80%) tra gli uomini; - il cancro della Mammella (16,50%), del Polmone (13,72%), del Colon Retto (10,93%), del Fegato (7,96%), dello Stomaco (5,52%) e il Pancreas (5,28%) tra le donne. Dall'ANALISI DELLA SOPRAVVIVENZA, dopo nove anni di incidenza, si evince per i maschi una sopravvivenza relativa ai tumori maligni a 5 anni dalla diagnosi di circa il 63%, mentre per le donne si attesta al 67%. I tumori a peggiore prognosi per i maschi sono Pancreas, Polmone, Fegato e Stomaco, quelli a migliore prognosi sono Prostata, Tiroide e Vescica. Per le donne risulta a peggiore prognosi sempre Pancreas, Polmone, Fegato e Stomaco, mentre quelli a migliore prognosi sono Tiroide, Melanomi e Mammella. Secondo il Rapporto "I numeri del cancro in Italia 2024" della FONDAZIONE VERONESI, uno dei dati più positivi riguarda la prevalenza dei casi di tumore, ovvero il numero di persone ancora in vita dopo una diagnosi di cancro. Oggi sono quasi 3,7 milioni (3.661.499), il 6,2% dell'intera popolazione. E la metà delle persone che si ammalano di cancro nel 2024 è destinata a guarire perché avrà la stessa attesa di vita di chi non ha sviluppato il cancro. Il costante aumento di persone che vivono dopo una è determinato soprattutto dai progressi nelle terapie ma non solo. Per alcuni tumori, come quelli al seno, la diagnosi precoce può fare davvero la differenza. Nel carcinoma della mammella la probabilità di superare la malattia è pari complessivamente al 73%, ma passa dal 99% nello stadio I all'81% nello stadio II per scendere al 36% nel III e IV. Inoltre, spicca anche un altro dato importante sul calo della mortalità per tumori nella fascia di popolazione che va dai 20 ai 49 anni. Dal 2006 al 2021 in Italia, 47.447 uomini e 54.832 donne di questa fascia di età sono deceduti a causa di un tumore: quello al seno è risultato responsabile del 31% delle morti neoplastiche nelle giovani donne e il tumore del polmone del 15,7% di quelle nei giovani uomini. L'andamento negli anni però ha mostrato una netta e costante diminuzione di mortalità per tutti i tumori in entrambi i sessi. In 15 anni, sono state 786 le vite salvate tra le donne e 939 tra gli uomini in questa fascia d'età rispetto al numero atteso basato sui tassi del 2006. **POSITIVI MA NON SUFFICIENTI ANCHE I DATI RELATIVI ALL'ADESIONE AGLI SCREENING ONCOLOGICI, LO STRUMENTO PRINCIPALE PER INTERCETTARE ALCUNI TUMORI NELLE FASCE DI ETÀ MAGGIORMENTE A RISCHIO.** Nel 2023, quasi 16 milioni di persone, cioè oltre il 90% della popolazione italiana in età target per lo screening mammografico, coloretale e cervicale, è stata regolarmente invitata. Vanno però ridotte le differenze nell'adesione, che restano ancora significative a livello territoriale. Per quanto riguarda la mammografia, la copertura ha raggiunto il: 62% al Nord, 51% al Centro, 31% al Sud. Lo screening cervicale mostra un livello di copertura pari al: 57% al Nord, 45% al Centro, 35% al Sud. Inferiori le percentuali di adesione allo screening coloretale: 45% al Nord, 32% al Centro, 15% al Sud. **UNO DEI MEZZI PIÙ EFFICACI PER FARE CALARE IL NUMERO DI NUOVI CASI È RAPPRESENTATO DAI SANI E CORRETTI STILI DI VITA. L'ABITUDINE TABAGICA** è più frequente fra gli uomini, fra i più giovani, fra i residenti nel Centro-Sud ed è fortemente associata allo svantaggio sociale, coinvolgendo molto di più le persone con difficoltà economiche o bassa istruzione. Anche **SOVRAPPESO E OBESITÀ** sono un importante fattore di rischio oncologico poiché coinvolti, ad esempio, nell'insorgenza dei tumori dell'esofago, del fegato, del pancreas, della colecisti e delle vie biliari, dell'endometrio e del rene. L'obesità è poco più frequente fra gli uomini, aumenta con l'età e coinvolge particolarmente le persone con svantaggio sociale. Storicamente più frequente nel Sud, oggi il gradiente geografico si è annullato. La sedentarietà è aumentata costantemente, passando dal 23% del 2008 al 28% nel 2023. L'incremento ha coinvolto tutti i gruppi della popolazione, entrambi i sessi in egual misura e tutte le classi di età, ma è stato più veloce fra i più giovani e fra le persone con maggiori difficoltà economiche. L'aumento dell'inattività fisica ha coinvolto soprattutto il Meridione e il Centro, ampliando il gradiente geografico fra Nord e Sud. Anche se la stima del numero di nuovi casi di cancro è di poco inferiore a quelle del 2022 e del 2023 non si può essere particolarmente ottimisti in un quadro più generale di

prevalenza ancora alta di fattori di rischio comportamentali e ambientali, che contribuiscono significativamente a causare il cancro. Si tratta di una materia in cui è necessario investire di più e a molteplici livelli. Una riflessione a parte, inoltre, va fatta per la cura del cancro nelle zone in cui c'è un'alta concentrazione di migranti. Sono contesti in cui i numeri tendono ad essere imprecisi o del tutto ignoti e in cui la prevenzione e la cura del cancro non necessariamente rappresentano la priorità massima, ma piuttosto una lente attraverso la quale mettere meglio a fuoco come il diritto alla salute non venga sufficientemente garantito. L'ASL Napoli 2 Nord, con deliberazione n° 1490 del 21/12/2018, ha istituito il CENTRO AZIENDALE SCREENING, che svolge la sua attività nell'ambito della prevenzione secondaria secondo le indicazioni delle linee guida regionali e nazionali, organizzando e coordinando i programmi di screening oncologici per i tumori della mammella, cervice uterina e colon retto. Nell'ASL Napoli 2 Nord sono attivi da anni programmi di screening oncologici gratuiti per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, del tumore della mammella e colon-retto. Tali programmi propongono controlli programmati alle donne e agli uomini nelle fasce di età in cui il rischio di ammalarsi è più elevato rispetto alla popolazione generale e più alta è anche la possibilità di diagnosi precoce e di cure più efficaci: - lo screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella (che offre alla popolazione femminile nella fascia di età 50-69 anni - un esame mammografico a cadenza biennale e nella fascia 45-49 un esame a cadenza annuale a circa 87307 donne /anno); - lo screening per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del collo dell'utero (mediante pap test proposto ogni 3 anni nella fascia di popolazione tra i 25 e i 64 anni a circa 99158 donne/anno); - dal 2016, è attivo il programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto, mediante il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, proposto ogni 2 anni nella fascia di popolazione tra i 50 e i 74 anni (circa 148242 persone/anno di cui 76541 donne). Le modalità di accesso ai programmi di screening sono le seguenti: - Invio di una lettera invito personalizzata a cadenza mensile - Invito tramite MMG Il ruolo dei MMG nei tre programmi di screening è di fondamentale importanza per: - La correzione delle liste di popolazione per lo screening - L'educazione ed informazione della popolazione (stimolo attivo per i "Non rispondenti" all'invito). - La consegna degli inviti e dei kit. - La registrazione di motivi di non adesione al test. - Il counselling degli assistiti coinvolti nel programma. - La segnalazione dei cancri intervallo.

NELL'ANNO 2022, PER LO SCREENING DELLA MAMMELLA SI È RAGGIUNTA UNA ADESIONE DEL 23.8%. Per lo screening mammario sono presenti sul territorio: - I Livello: n. 3 Centri mammografici presso P.O. Aziendali, n. 5 Centri mammografici Territoriali, n. 1 Servizio di Anatomia Patologica; - II Livello: n. 2 centri territoriali di senologia, n. 1 centri c/o P.O. aziendali (Pozzuoli); - III Livello: Segnalazione GOM e presa in carica ROC. Per lo screening della cervice uterina si è raggiunta una adesione 20.8%. L'adesione allo screening cervicale risente fortemente dell'entità del ricorso al Pap test spontaneo al di fuori dei programmi di screening; pertanto, il valore medio nell'ASL Napoli 2 Nord si attesta sempre entro questi valori. Per lo screening della cervice sono presenti: - I Livello: n. 21 centri prelievi, n. 1 laboratorio di citologia; - II Livello: n. 5 centri territoriali di colposcopia, n. 4 P.O. aziendali (Pozzuoli, Giugliano, Frattamaggiore, Ischia); - III Livello: Segnalazione GOM e presa in carica ROC. Per lo screening del colon retto si rileva una adesione del 15.1%. Per lo screening coloretale sono presenti sul territorio: - I Livello: n. 18 Centri distrettuali, n. 4 Centri ospedalieri; - II Livello: n. 1 Centro, n. 4 P.O. aziendali (Pozzuoli, Giugliano, Frattamaggiore, Ischia); - III Livello Segnalazione GOM e presa in carica ROC. Nell'anno 2024, tra i progetti da realizzare nell'ambito del PO Campania- Equità nella salute, L'ASL NAPOLI 2 NORD ha indicato nel proprio Piano di interventi la Maggiore copertura degli Screening oncologici prevedendo: 1) AZIONI VOLTE ALL'IMPLEMENTAZIONE DEI 3 SCREENING PRINCIPALI con l'obiettivo di potenziare la capacità di coinvolgimento e di arruolamento degli utenti in target e di supportare con maggiore continuità le attività dei Centri Screening Territoriali. Si prevede l'assunzione di personale a tempo determinato per la gestione degli "inviti" e delle procedure amministrative, anche informatiche, relative alla popolazione target che accetta di essere inserita nel programma di screening del territorio di competenza dell'azienda. Il personale ingaggiato con il progetto, inoltre, curerà la gestione dei programmi di implementazione messi in atto dall'ASL. Il personale acquisito potrà altresì predisporre strumenti per il counselling e il supporto psicologico di quanti sono richiamati per la ripetizione del test, per accertamenti diagnostici di secondo livello o per essere indirizzati alla terapia, servendosi della collaborazione dello psicologo di base; 2) REALIZZAZIONE ATTIVITÀ FORMATIVE RIVOLTE AGLI OPERATORI AZIENDALI DEGLI SCREENING ONCOLOGICI INCLUSI QUELLI DI NUOVA ASSUNZIONE DEDICATI AI SERVIZI EROGATI SU MEZZI MOBILI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI TRE SCREENING (mammella, cervice, colon retto): Il progetto propone attività formative rivolte agli operatori aziendali degli screening oncologici allo scopo di migliorare la qualità delle prestazioni sia in termini di standard qualitativi che di efficienza dello screening. Saranno individuati percorsi formativi specifici rivolti anche ai MMG (Medici di Medicina Generale) con particolare riguardo anche agli aspetti della formazione in ambito relazionale e sarà realizzato anche in accordo con l'ONS (Osservatorio Nazionale Screening). Le azioni formative avranno come obiettivo quello di arricchire le competenze degli operatori sanitari e fornire strumenti innovativi e culturalmente mirati per informare e sensibilizzare la popolazione al fine di migliorare l'adesione ai programmi di screening oncologici (mammella, cervice uterina e colon retto) da parte di tutta la popolazione ed in particolare degli immigrati e dei gruppi vulnerabili. Il progetto supporterà e rafforzerà le determinazioni assunte dalla Regione con il Decreto N. 76 del 18/10/2019 in ordine all'attività di prevenzione primaria del tumore della cervice uterina; 3) SCREENING DIFFUSI: L'azienda prevede di realizzare una mappatura dei punti screening suddivisi in base alle tre tipologie nonché una mappatura di situazioni di disagio socio-economico, come ad esempio gli STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) / ENI (Europeo Non Iscritto) presenti sul territorio, stimato per un totale di 1722, di cui 1694 STP e 28 ENI. 4) ADEGUAMENTO INFRASTRUTTURALE E TECNOLOGICO DEGLI SPAZI ESISTENTI PER LO SCREENING: Il progetto finanzia l'adeguamento, incluso l'ampliamento, degli spazi dedicati alle attività di screening, l'acquisto di beni mobili, di strumenti e attrezzature a supporto dei servizi erogati, il potenziamento delle dotazioni strumentali e tecnologiche, interventi di manutenzione ordinaria e straordinari e comunque azioni volte a migliorare la recettività delle strutture dedicate alle attività di screening. Nel DICEMBRE 2024, infine, L'ASL NAPOLI 2 NORD ha rilanciato il suo impegno nella

prevenzione con un'iniziativa itinerante che porta i servizi di screening direttamente nei comuni del territorio, con la CAMPAGNA DI PREVENZIONE "CI PRENDIAMO CURA DI TE" nell'ambito del PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA REGIONE CAMPANIA "MI VOGLIO BENE". Il Target della campagna la popolazione femminile e maschile, per tipo di screening, è compreso tra i 25 ai 74 anni. L'ASL ha messo a disposizione un'unità mobile attrezzata con mammografo, ambulatori e tecnologie all'avanguardia che farà tappa nelle piazze per offrire alla cittadinanza la possibilità di sottoporsi gratuitamente a: - Mammografia: per la diagnosi precoce del tumore al seno (donne 50-69 anni); - Visita ginecologica e Pap Test: per la prevenzione del tumore alla cervice uterina (donne 25-64 anni). - Screening Colon Retto: per donne e uomini in età compresa tra i 50 e 74 anni Oltre agli esami: - Distribuzione e raccolta kit per la ricerca del sangue occulto nelle feci presso sedi dell'ASL o Farmacie comunali che aderiscono all'iniziativa; - Consulenza gratuita su stili di vita sani e prevenzione dell'infezione da papillomavirus umano (HPV), che può essere causa di alcuni tipi di cancro, tra cui il tumore della cervice uterina; - Possibilità di prenotare il vaccino HPV da somministrare successivamente presso i Distretti Sanitari. Sul piano della prevenzione, dai dati dell'ASL NAPOLI 2 NORD emerge che nell'ANNO 2023 lo SCREENING ALLA MAMMELLA è stato effettuato da N. 21.464 DONNE, lo SCREENING ALLA CERVICE da N. 20.697 DONNE e lo SCREENING AL COLON RETTO da N. 27.077 PERSONE. I programmi di screening oncologici sono considerati una priorità centrale della politica dell'Unione Europea per la Salute. La raccomandazione del Consiglio Europeo del 2 dicembre 2003 riconosce l'efficacia comprovata degli screening per il carcinoma della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto ed esorta gli Stati membri a realizzare iniziative comuni per attuare programmi di screening nazionali con garanzie di qualità. A tal fine vengono pubblicati periodicamente dalla Commissione Europea in collaborazione con diverse istituzioni scientifiche gli orientamenti europei sulle migliori pratiche da adottare nel processo di screening (invito, organizzazione, diagnosi e trattamento). In Italia gli screening oncologici sono considerati Livelli Essenziali di Assistenza, garantendo quindi il diritto dei cittadini per la tutela della loro salute. L'avvio dei programmi è sempre stato preceduto e accompagnato da numerose iniziative di informazione e comunicazione rivolte alla popolazione bersaglio, agli operatori dei programmi e ai MMG. A partire dagli anni '90 sono state predisposte sia a livello nazionale che a livello regionale campagne di informazione e comunicazione di massa per raggiungere la popolazione, compresa quella che non ha ricevuto l'invito, mediante l'utilizzo dei mezzi di comunicazione ritenuti più efficaci (giornali, spot televisivi o radiofonici, siti web dedicati, manifesti, cartelloni pubblicitari sui mezzi di trasporto, incontri specifici con la popolazione, con gruppi di cittadini o mediatori sociali). Dai DATI REGIONALI relativi al contesto, emerge che, sebbene i programmi di screening effettuino gli inviti agli iscritti nelle anagrafi assistiti, gli stessi aderiscono all'invito in modo insufficiente. Inoltre, detti servizi non "vedono" parte delle persone presenti sul territorio in quanto non iscritte alle anagrafi locali. Di conseguenza, le condizioni di vulnerabilità socio-economica (basso livello di istruzione, scarsa consapevolezza dell'importanza della prevenzione oncologica, ecc.) e di fragilità, possono determinare, in assenza di idonea prevenzione, esiti negativi per quanto concerne il bene primario della salute.

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).

Con la presente proposta, la Cooperativa sociale Bambù e gli ETS partner intendono CONTRIBUIRE A CONSOLIDARE IL SISTEMA INTEGRATO PER LA PREVENZIONE ONCOLOGICA RIVOLTA ALLE FASCE PIÙ VULNERABILI DELLA POPOLAZIONE NEL TERRITORIO DELL'ASL NAPOLI 2 NORD E COLLABORARE ALLA DIFFUSIONE DELLA CAMPAGNA DI SCREENING MAMMELLA, COLLO DELL'UTERO E COLON RETTO DELL'ASL NA2 NORD rilanciata nel dicembre 2024, e alla realizzazione degli interventi progettati dall'ASL per una maggiore copertura degli Screening oncologici. Fare prevenzione, oggi, significa costruire una relazione di fiducia, abbattere barriere invisibili e portare il sistema sanitario laddove le persone vivono, lavorano, si incontrano o sopravvivono. Il modello proposto nasce per rispondere al bisogno di restituire dignità, centralità e diritti di salute a chi spesso ne è privo, assicurando una maggiore adesione e partecipazione ai programmi di screening oncologico (carcinoma della mammella, del colon-retto e del collo dell'utero). Il target della popolazione, conformemente a quello della Campagna di prevenzione dell'ASL NA 2 Nord, avrà un'età compresa tra i 25 e i 74 anni. La tipologia di platea da intercettare, come richiesto dall'Avviso regionale, sarà la seguente: - Soggetti con vulnerabilità socioeconomica imminente a causa di mancanza o instabilità di reddito, lavoro o abitazione, persone e famiglie che si trovano in

situazioni di grande fragilità. Questi includono: Lavoratori senza un impiego stabile o che hanno perso il lavoro, spesso in settori come il turismo, l'artigianato o l'agricoltura, tipici del territorio regionale ma che rischiano di indebolirsi; famiglie con redditi molto bassi o insufficienti, che faticano a coprire le spese di base come affitto, utenze e alimenti; persone che vivono in condizioni di emergenza abitativa o in alloggi temporanei, tra cui senza fissa dimora; giovani e adulti in cerca di occupazione, che non riescono a trovare un lavoro stabile e duraturo; anziani con pensioni insufficienti o senza supporto familiare adeguato, che vivono in condizioni di vulnerabilità economica; giovani e adulti con disagio psichico; - Soggetti con difficoltà a raggiungere i luoghi fisici dell'erogazione dei servizi sanitari che affrontano barriere legate alla mobilità e all'accesso. Questi includono: Anziani che possono avere difficoltà a spostarsi a causa di problemi di salute o di mobilità; persone con patologie croniche o degenerative, come sclerosi multipla o malattie neuromuscolari, che compromettono la capacità di movimento che potrebbero aver bisogno di assistenza speciale o di mezzi di trasporto adeguati per raggiungere le strutture sanitarie; residenti in zone periferiche, dove le strutture sanitarie sono meno accessibili e i mezzi di trasporto pubblici sono meno frequenti o assenti; Persone con limitate risorse economiche, che potrebbero non permettersi di usare mezzi di trasporto privati o di pagare per servizi di trasporto dedicati; Persone con difficoltà linguistiche o culturali, che potrebbero incontrare ostacoli nel comprendere come e dove accedere ai servizi sanitari. Questi soggetti spesso necessitano di servizi di trasporto dedicati, di supporto logistico o di strutture sanitarie più vicine e accessibili, per poter usufruire di servizi e cure di cui hanno bisogno; - Soggetti con disabilità motoria, che hanno difficoltà o impossibilità di muoversi liberamente a causa di condizioni fisiche o neurologiche. Questi includono: Persone con disabilità fisiche permanenti o temporanee, come coloro che hanno subito traumi, incidenti o interventi chirurgici che limitano la mobilità; persone con disabilità congenite, come quelle nate con condizioni che influenzano il movimento, ad esempio paralisi cerebrale o altre patologie neuromuscolari. Questi soggetti spesso hanno difficoltà di accesso alle strutture, a causa di barriere architettoniche o mancanza di servizi di supporto adeguati e spesso necessitano di servizi di assistenza, ausili per la mobilità (come sedie a rotelle), strutture accessibili e supporto specifico per poter partecipare pienamente alla vita quotidiana e accedere ai servizi sanitari e sociali; - Soggetti che pur presenti nelle liste degli invitati non hanno mai effettuato la prestazione per una scarsa propensione ad aderire ad iniziative di prevenzione sanitaria a causa di un basso livello di istruzione. Spesso si tratta di giovani e adulti provenienti da contesti di degrado socio-familiare. Questi individui tendono a mostrare una minore consapevolezza dell'importanza delle attività di prevenzione e possono essere più diffidenti o meno informati sui benefici delle visite e dei controlli preventivi. La loro scarsa propensione può essere influenzata da fattori culturali, sociali o di mancanza di informazioni adeguate, che rendono meno probabile la loro partecipazione alle iniziative di screening o prevenzione sanitaria; - Soggetti non iscritti all'anagrafe locale/STP (stranieri temporaneamente presenti). In molti casi, si tratta di stranieri irregolari o senza permesso di soggiorno: persone che si trovano nel territorio senza un regolare permesso di soggiorno, non iscritti all'anagrafe e che non hanno ancora completato le procedure di registrazione presso le autorità locali; - Persone straniere residenti sulle quali agiscono determinanti socioculturali sfavorevoli e la scarsa familiarità con iniziative di medicina preventiva; cittadini di paesi terzi, incluse le comunità Rom, Sinti e Caminanti. Nella provincia di Napoli, le maggiori comunità straniere che si sono insediate sono diverse e rappresentano un aspetto importante della multiculturalità della zona ma, allo stesso tempo, affrontano sfide legate all'integrazione, alla comunicazione e all'accesso ai servizi sanitari. Gli stranieri residenti in Campania al 1° gennaio 2024 ammontano a 265.484 e rappresentano il 5% della popolazione straniera residente in Italia e il 4,7% della popolazione complessivamente residente nella Regione Campania. La Città metropolitana di Napoli è la quarta in Italia per numero di cittadini non comunitari (105.871), secondo il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Nella provincia di Napoli risiede circa la metà dei cittadini stranieri della regione (132.446). Tra le nazionalità più rappresentate l'Ucraina è al primo posto con oltre 41 mila presenze pari al 15,5% del totale degli stranieri presenti in Campania, seguita da Romania (33.644 pari al 12,7% del totale), Marocco (23.925 pari al 9%) e Sri Lanka (16.881 pari al 6,4%). La ripartizione dei residenti stranieri per genere mostra una leggera maggioranza maschile (50,8%). Rispetto al 2022, il tasso di incremento è del 4,6%. All'interno del panorama italiano, la Città Metropolitana di Napoli (CMN), erede della precedente Provincia di Napoli, risulta essere l'area più complessa e problematica per quanto riguarda la cosiddetta questione rom. Infatti, in questo vasto territorio, che si estende per oltre 1170 km² e ricomprende ben 92 comuni, si registrano le peggiori condizioni abitative a cui è soggetta la comunità rom. A Napoli e nel suo hinterland c'è il tasso più alto di persone di etnia rom che vivono in emergenza abitativa (3000 individui, pari allo 0,11% sul totale degli abitanti della CMN, contro un tasso nazionale dello 0,03%). Ed è sempre qui che negli anni sono sorte e si sono sviluppate le più grandi baraccopoli d'Italia. Gli insediamenti formali, ovvero riconosciuti dalle autorità, sono i seguenti: Afragola (Salicelle), Casoria (Cantariello), Caivano (via delle Cinque Vie), Giugliano in Campania (Zona ASI, via Carrafiello). Gli insediamenti informali, ovvero gli agglomerati abitativi sorti spontaneamente attraverso l'occupazione senza titolo di territori o immobili pubblici o privati, sono presenti a Giugliano in Campania (Circumvallazione Qualiano). La durata del progetto è pari a 24 mesi. La proposta prevede le seguenti macroazioni e relative attività: 1) SERVIZIO DI INTERCETTAZIONE E ACCOGLIENZA DELLA SPECIFICA PLATEA DI RIFERIMENTO

OBIETTIVO: Garantire l'accesso alla prevenzione oncologica, per quelle fasce di popolazione che vivono ai margini del sistema sanitario. - **ATTIVAZIONE DI SPORTELLI A BASSA SOGLIA.** Saranno attivati sportelli a bassa soglia, pensati per essere porte aperte alla salute, radicate nei luoghi della marginalità e capaci di trasformare la prossimità in accesso reale, dignitoso e personalizzato alla prevenzione oncologica. L'attivazione degli sportelli seguirà le seguenti fasi: Fase 1 – Identificazione dei luoghi. Gli sportelli faranno da “antenne sociali” per la promozione della prevenzione e verranno allestiti in n. 11 punti del territorio dell'ASL Napoli 2 Nord presso: - i servizi già gestiti dagli ETS del partenariato (es. centri famiglie, centri per diversamente abili, centri di accoglienza, educative territoriali, servizi all'infanzia, ecc.), i cui beneficiari presi in carico diventeranno i primi “gruppi-bersaglio” da poter raggiungere e coinvolgere nella realizzazione delle prestazioni previste dal progetto; - luoghi pubblici frequentati da categorie fragili (mense sociali, dormitori pubblici, sportelli migranti, stazioni

ferroviarie, luoghi di culto, ecc.) e beni comuni. Tra questi: il Parco Cerillo di Bacoli (NA), un'oasi verde di circa 14.000 mq che abbraccia la storica Villa Cerillo del XIX secolo e sede della biblioteca comunale, in cui l'ente gestore promuove l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, realizzando attività culturali, educative, di agricoltura sociale, ricreative e di benessere e sono presenti spazi all'aperto per lo studio e il coworking che aggregano ogni giorno diversi giovani e adulti del territorio; Casa Mehari, bene confiscato nel Comune di Quarto (NA) in cui sono attivi laboratori di teatro, giornalismo, video maker, artistico e fotografico, un Info point turistico della città, la biblioteca lo "Scaffale della Legalità" e Radio Mehari web tv che tratta temi sociali, del terzo settore e della legalità. Fase 2 – Allestimento e accessibilità dello sportello: Ogni sportello verrà strutturato per ridurre al minimo le barriere d'accesso prevedendo: nessuna necessità di documenti d'identità o tessera sanitaria per ricevere informazioni; disponibilità di personale formato all'approccio non giudicante e all'accoglienza empatica; fornitura di materiali multilingua e visuali (flyer, infografiche, video su tablet); pc per la prenotazione assistita con percorsi semplificati e codifiche speciali per gli STP/ENI. Fase 3 – Costituzione di un'Equipe multidisciplinare formata da personale sanitario, educatore, psicologo, mediatore culturale e assistente sociale che garantiranno l'apertura dello sportello per circa 3 volte a settimana (da concordare con le antenne sociali e al bisogno), affiancati da un sociologo che svolgerà settimanalmente attività di reportistica. Fase 4 – Accoglienza. Gli sportelli offriranno i seguenti servizi: Informazione sugli screening disponibili, criteri di accesso e procedure aiutando le persone a comprendere quali sono circa gli screening più adatti a loro in base all'età, al sesso e alla storia clinica e indirizzandole verso i servizi corretti; Orientamento ai Servizi sanitari e Prenotazione; Strumenti incentivanti; Fase 5 – Collegamento con il sistema sanitario. Gli utenti che necessitano di regolarizzazione amministrativa per accedere ai percorsi di screening saranno presi in carico direttamente dallo sportello, che potrà avviare pratiche per il rilascio o rinnovo del codice STP, attivare percorsi dedicati in collaborazione con i distretti sanitari, favorire la presa in carico sociale o sociosanitaria in caso di bisogni complessi; Fase 6 – Monitoraggio e adattamento. Attraverso strumenti digitali e raccolta dati anonimizzata, gli sportelli potranno tracciare il numero di utenti raggiunti, le prenotazioni effettuate, gli strumenti incentivanti offerti; identificare zone ad alta criticità o gruppi particolarmente esclusi; ricalibrare le azioni in base ai feedback degli operatori e dei partner locali.

RISULTATI: Aumento percentuale dell'adesione allo screening delle persone con vulnerabilità sociale ed economica e di stranieri, compresi RSC, Aumento della percentuale di persone appartenenti alla fascia d'età raccomandata che partecipano attivamente ai programmi di screening alla mammella, cervice e colon retto, N. 11 nuovi sportelli a bassa soglia attivati.

2) ATTIVITÀ DI ORIENTAMENTO AI SERVIZI SANITARI DEL TERRITORIO OBIETTIVO: Favorire la presa in carico sociosanitaria e ridurre i ritardi nelle diagnosi, lavorando in sinergia con l'ASL e i centri di screening.

- ALLESTIMENTO DI UNITÀ MOBILI DI STRADA, per rispondere concretamente all'esigenza di raggiungere territori periferici, disagiati o logisticamente isolati, dove la presenza di servizi sanitari è limitata o frammentaria. L'Unità di Strada (UdS), rappresentata da un mezzo itinerante, è un servizio mobile progettato per fornire informazioni e assistenza diretta a persone in situazioni di vulnerabilità (adulti in difficoltà, diversamente abili, persone non autosufficienti, minori, vittime di violenza, vittime di tratta, immigrati). Il suo scopo è raggiungere aree urbane e periferiche e promuovere un contatto diretto e personalizzato con i beneficiari. Grazie alla sua flessibilità e capacità di coprire diverse tratte prestabilite, l'UdS rappresenta un punto di riferimento essenziale per chi vive in situazioni di disagio e marginalità. Questo progetto si fonda sull'idea di un intervento capillare, mirato non solo a fornire supporto immediato ma anche a sensibilizzare la comunità sulla prevenzione. All'interno del camper opera un team multidisciplinare che collabora per rispondere in modo empatico e rispettoso alle esigenze dei beneficiari. Il camper offre un ambiente sicuro e discreto dove le persone possono ricevere supporto e orientamento, instaurare relazioni di fiducia ed empatia propedeutiche alla relazione di aiuto, fungere da ponte tra gli utenti ed i servizi, in quanto costituite da operatori che possono stabilire la miglior relazione possibile con l'interessato in virtù del diretto e costante contatto. Così facendo si svolge un'azione cruciale di primo contatto propedeutica all'aggancio e l'orientamento/accompagnamento ai servizi di screening. L'unità mobile è attrezzata anche di servizio igienico e area office. Il camper esporrà i loghi del progetto e avrà caratteristiche di riconoscibilità. Tali caratteristiche consentiranno non solo la fidelizzazione progressiva dell'utenza, ma anche l'aggancio e la promozione del progetto nei confronti della cittadinanza. Il Servizio svolge tra le sue funzioni anche quella di "osservatorio", rilevando i bisogni espressi e/o latenti delle persone in difficoltà attraverso una mappatura delle storie individuali. In questa fase, le attività di osservazione e ascolto, anche con il supporto dei mediatori linguistico/culturali consentono al servizio di configurarsi come uno sportello mobile di primo accesso ai servizi di bassa soglia indirizzando gli utenti verso ASL o presidi sanitari. In tal senso viene prodotto e distribuito materiale informativo nelle lingue veicolari e con simbologia intuitiva o fotografica che illustra orari e luoghi per l'accesso. L'obiettivo è quello di ridurre lo stato di isolamento del soggetto rispetto alla rete dei servizi territoriali. Il lavoro dell'equipe sarà quello di facilitare l'accesso agli screening utilizzando il camper anche per accompagnare chi è impossibilitato a farlo. Il camper è anche un mezzo di sensibilizzazione. Durante le sue tratte, l'UdS distribuisce materiali informativi in più lingue presso luoghi di aggregazione come piazze, mercati e stazioni. Gli operatori organizzano incontri con scuole, parrocchie, associazioni locali e altri enti territoriali per promuovere l'inclusione sociale e informare la comunità sui servizi disponibili. La promozione del servizio avviene anche attraverso i social media e altre piattaforme digitali, fornendo aggiornamenti in tempo reale su orari, percorsi e iniziative. In questo modo, l'UdS garantisce una comunicazione trasparente e accessibile, raggiungendo un pubblico sempre più ampio. L'organizzazione di questi presidi si articola in 5 fasi operative: Fase 1 – Identificazione dei territori target individuando in collaborazione con l'ASL 2 Nord le zone ad alta criticità sanitaria e sociale. I criteri per la selezione includeranno: scarsa copertura dei servizi sanitari territoriali; basso tasso di adesione agli screening oncologici; elevata presenza di popolazione anziana, migrante, in condizione di vulnerabilità e/o di isolamento socio-geografico; segnalazioni da parte di cittadini, associazioni e altri enti locali; presenza di spazi adeguati alla sosta del camper e a garantire la sicurezza dei beneficiari. Fase 2 – Programmazione del calendario e logistica: Sulla base della mappatura, verrà predisposto un calendario mensile delle uscite. Ogni UdS mobile sarà calendarizzato in base alla domanda

territoriale e al potenziale impatto. L'Unità mobile di strada sarà posizionata presso piazze, mercati, fiere, parrocchie e sarà dotata di arredi per attività di front-office e pc per la prenotazione assistita e la raccolta dati, connessi alla piattaforma gestionale regionale. Fase 3 – Costituzione di un'Equipe multidisciplinare e preparazione del materiale: Ogni UdS sarà gestita da un'equipe composta da: personale sanitario, educatore, mediatore culturale, psicologo e assistente sociale, che garantiranno un tot. di uscite settimanali calendarizzate al bisogno territoriale, affiancati da un sociologo che svolgerà settimanalmente attività di reportistica. Il personale sarà dotato di: materiale informativo cartaceo e multilingua e moduli per la segnalazione di bisogni sociali o sanitari complessi. Fase 4 – Attivazione del presidio mobile. Come gli sportelli, le UdS offriranno i seguenti servizi: Informazione sugli screening disponibili, criteri di accesso e procedure, aiutando le persone a comprendere quali sono gli screening più adatti a loro in base all'età, al sesso e alla storia clinica e indirizzandole verso i servizi corretti; Orientamento ai Servizi sanitari e Prenotazione; Strumenti incentivanti, tra cui il trasporto per gli utenti più fragili; Fase 5 – Monitoraggio e follow-up. Al termine di ogni giornata, il personale, con la supervisione del sociologo dell'equipe, compilerà un report sintetico con i dati raccolti, le criticità riscontrate, le azioni effettuate e le eventuali segnalazioni inviate. I report saranno trasmessi al coordinamento di progetto per l'elaborazione settimanale dei flussi e per eventuali ricalibramenti del piano operativo. Attraverso questo approccio strutturato, le UdS mobili non si limitano a fornire informazioni: diventano presidi relazionali, dispositivi di prossimità sanitaria e strumenti flessibili di inclusione. Sono pensati per andare verso le persone, riconoscerle, accompagnarle, costruire ponti con il sistema sanitario ordinario. - **ORIENTAMENTO AI SERVIZI SANITARI DELL'ASL NAPOLI 2 NORD E PRENOTAZIONE.** Presso gli Sportelli e le Unità mobili di Strada, saranno garantiti i seguenti servizi: a) Accompagnamento passo-passo alla prenotazione, anche per utenti privi di SPID, tessera sanitaria o carta di identità, tramite compilazione di un form di prenotazione e di una scheda utente contenente informazioni rispetto a generalità, stato di salute e anamnesi familiare della persona; gestire le richieste di prenotazione per gli screening, facilitando il processo e assicurando che le persone ricevano le date e i luoghi più vicini e comodi, offrire assistenza durante tutto il percorso, rispondendo a domande, chiarendo dubbi e supportando le persone nel rispetto delle loro esigenze; b) Collegamento con il sistema sanitario per avviare pratiche per il rilascio o rinnovo del codice STP; c) Raccolta di segnalazioni e situazioni di particolare disagio, con attivazione di una rete di invio ad ASL, servizi sociali o altri enti territoriali in caso di bisogni complessi; d) Registrazione dei dati degli utenti tramite piattaforma dedicata, con garanzie di privacy e protezione dei dati; e) Monitoraggio delle prenotazioni e degli esiti degli screening, assicurandosi che le persone ricevano i risultati e, se necessario, accompagnarle verso ulteriori approfondimenti o trattamenti. La PIATTAFORMA DIGITALE DEDICATA sarà inter-operabile con i sistemi regionali NINF@ e SINFONIA e prevedrà la creazione di un'APP fruibile anche agli utenti per la ricezione di avvisi e info relative ai test da effettuare e/o effettuati. Ogni ASL avrà un accesso dedicato per inserire, consultare e analizzare i dati relativi agli Sportelli, alle UdS, alle prenotazioni, alle adesioni e ai flussi informativi. Il personale degli sportelli e delle UdS, tramite autenticazione, avrà accesso a un interfaccia web intuitiva e accessibile da diversi dispositivi (computer, tablet, smartphone), contenente descrizione e target dei diversi screening disponibili (seno, cervice uterina, colon-retto), modalità di esecuzione e preparazione, sedi dove vengono effettuati gli screening e visualizzazione della disponibilità di appuntamenti tramite calendario interattivo per effettuare e gestire le prenotazioni, compilando un FORM ONLINE contenente le diverse informazioni relative all'utente. L'interoperabilità con NINF@ si concentrerà principalmente sull'invio di dati strutturati relativi agli screening eseguiti e ai loro esiti. L'interoperabilità con Sinfonia sarà bidirezionale. La piattaforma sarà in grado di leggere dati dal Fascicolo sanitario Elettronico con il consenso dell'utente per facilitare la prenotazione e la verifica dell'eleggibilità ed aggiornarlo con le informazioni relative agli screening prenotati ed eseguiti. La piattaforma digitale, dunque, avrà una funzione complementare e strumentale al potenziamento dei servizi per facilitare le prenotazioni e la comunicazione interna ed ottimizzare l'erogazione delle prestazioni. **RISULTATI:** Identificazione precoce di lesioni precancerose e tumori in stadio iniziale, Diminuzione del numero di diagnosi di tumori in stadio avanzato, Riduzione della mortalità per tumore alla mammella, alla cervice e al colon retto, Unità di strada mobili attivate, Nuova piattaforma digitale per favorire le prenotazioni degli screening. 3) **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** **OBIETTIVO:** Garantire facilità di accesso agli screening per le persone, con difficoltà di trasporto, disabilità motoria o mobilità ridotta, e tenere conto delle specifiche esigenze e difficoltà materiali ed economiche di ogni persona. - **TRASPORTO SOCIALE.** Verrà messo a disposizione un servizio di trasporto a chiamata con ore dedicate e saranno programmate Giornate di accompagnamento sociale mensili presso le strutture in cui effettuare gli screening, dando priorità a chi ha impossibilità certificata di spostarsi in maniera autonoma, (ad esempio disabilità motorie o sensoriali, persone con patologie croniche o degenerative, anziani con problemi di mobilità, ecc.). Un servizio di trasporto sociale agli screening oncologici svolge un ruolo cruciale per garantire che le persone, in particolare quelle con difficoltà di trasporto o mobilità ridotta, possano accedere facilmente a questi importanti controlli preventivi. Le principali funzioni del servizio saranno: Ricevere le richieste di trasporto da parte di persone che necessitano di raggiungere le sedi dove si effettuano gli screening (ospedali, ambulatori, centri diagnostici); Organizzare i percorsi di andate e ritorno e gli orari dei trasporti in base alle esigenze degli utenti e alla disponibilità dei mezzi e dei volontari, inclusa la creazione di itinerari individuali o di gruppo; Offrire la presenza di un operatore o volontario che accompagni la persona durante tutto il percorso, dalla prenotazione all'esecuzione dell'esame, fornendo supporto pratico ed emotivo durante l'attesa o al termine dell'esame; Collaborare con l'ASL e le strutture presso cui si effettuano gli screening per coordinare al meglio l'offerta e la domanda di trasporto; monitorare l'efficacia dell'intervento, raccogliendo dati sul numero di persone trasportate e sull'impatto che il servizio ha sull'adesione agli screening. Il servizio di trasporto sociale agli screening oncologici agirà, dunque come un facilitatore cruciale, abbattendo le barriere logistiche ed economiche che potrebbero impedire a molte persone di sottoporsi a controlli fondamentali per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori. - **INCENTIVI**

FINALIZZATI AL COINVOLGIMENTO DI PERSONE IN SITUAZIONE DI VULNERABILITÀ (es. per mancanza o instabilità di reddito, di lavoro o di abitazione, basso livello di istruzione, contesto socio-culturale sfavorevole, soggetti che pur presenti nelle liste degli invitati non hanno mai effettuato la prestazione dei servizi), fornendo gratuitamente servizi aggiuntivi rispetto all'attività di screening quali: prestazioni sanitarie di prevenzione primaria con medici specializzati e operatori sanitari (es. analisi di emocromo, glicemia, ecc.; ecografie con ecografo portatile, elettrocardiogramma), prevedendo ritiro e consegna al punto screening; distribuzione di kit per i test di sangue occulto nelle feci; prima consulenza con un nutrizionista per un piano personalizzato in base all'età e allo stato di salute e indicazioni mirate per una corretta educazione alimentare basata sulla dieta mediterranea; consulenza odontoiatrica su una corretta igiene dentale per minori e adulti in povertà socio-economica; food box di prodotti alimentari provenienti dalla rete locale di economia sociale; stipula di protocolli/convenzioni con esercizi commerciali e farmacie e parafarmacie convenzionate relativi a beni di prima necessità; servizi di orientamento al lavoro presso sportelli di ricerca per utenza in mancanza di reddito e lavoro, con lo scopo di supportare nell'emersione delle competenze e nella ricerca occupazionale e indirizzare alla conoscenza della realtà territoriale in cui vive. L'attività si realizza attraverso percorsi individuali per riconoscere ed eventualmente potenziare life skills emotive, relazionali e cognitive e potrà prevedere, sulla base del bisogno, la redazione del CV/lettera di presentazione, matching con aziende, orientamento verso corsi di formazione e/o tirocini formativi, spendibili nella ricerca di opportunità lavorative. I servizi incentivanti saranno promossi presso gli Sportelli e le UdS e durante la campagna di informazione e gli eventi previsti dal progetto promuovendo, accanto alla prevenzione oncologica, anche l'adozione di stili di vita sani e tesi al benessere della persona, come alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, attività per la gestione dello stress, ecc. Implementando una combinazione di questi servizi e incentivi, si può significativamente aumentare l'adesione agli screening oncologici da parte delle persone con vulnerabilità sociale ed economica, contribuendo a ridurre le disuguaglianze in termini di salute e a migliorare gli esiti delle cure oncologiche. **RISULTATI:** Riduzione delle disuguaglianze nell'accesso allo screening, nuovo servizio di trasporto sociale garantito, nuovi servizi incentivanti offerti alla popolazione con vulnerabilità sociale ed economica. 4) **STRUMENTI DI ANIMAZIONE E INFORMAZIONE MIRATA ALLA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA PREVENZIONE NEI CONFRONTI DELLA PLATEA INTERCETTATA** **OBIETTIVO:** Diffondere maggiore conoscenza e consapevolezza dell'importanza che hanno gli screening oncologici alla mammella, cervice uterina e colon retto, attivando processi di prevenzione "dal basso". - **CAMPAGNA DI INFORMAZIONE E DI PREVENZIONE.** Con il coinvolgimento di **TESTIMONIAL** e attività di **STORYTELLING TERRITORIALE**, verrà realizzata una campagna di informazione e di prevenzione che incrementerà la Campagna "Ci prendiamo cura di te" promossa dall'ASL Napoli 2 Nord, individuando, insieme con l'ASL, alcune figure-chiave che possano raccontare il proprio vissuto legato alla prevenzione. I testimonial verranno individuati coinvolgendo personaggi famosi, ma anche ex-pazienti che hanno beneficiato di uno screening precoce, medici, infermieri, operatori sociosanitari, persone comuni con storie significative da raccontare, che verranno coinvolte in un breve percorso motivazionale, volto a illustrare gli obiettivi del progetto, fornire strumenti base di comunicazione pubblica e testimonianza narrativa e affrontare eventuali paure o dubbi legati all'esposizione pubblica della propria vicenda. I contenuti verranno veicolati tramite: materiali cartacei quali invito cartaceo e digitale, opuscolo informativo creato ad hoc, manifesti, volantini, cartoline, cartellonistica/affissioni stradali, materiali per stand/pop-up; contributi foto e video in luoghi del territorio e podcast; comunicati stampa. I materiali verranno tradotti nelle lingue delle comunità straniere maggiormente presenti sul territorio, per essere accessibili a tutti, superando barriere linguistiche e culturali. La strategia è di tipo S.M.A.R.T.-Specific Measureable Attainable Relevant Time-bounded con una comunicazione e una distribuzione sia di tipo focalizzata, sia defocalizzata per l'efficacia nel trattare l'argomento della prevenzione oncologica. Elaborazione di una linea grafica, uno slogan, un hashtag (#) da utilizzare sul materiale promozionale. Realizzazione di uno spot web e spot radio diffuso attraverso i media convenzionali e i social network. La comunicazione focalizzata mira alla costruzione di rapporti basati sulla 'conversazione' con un pubblico di nicchia ed è utilizzata per alimentare una rete di stakeholders territoriali, come moltiplicatore di nozioni e informazioni. La comunicazione defocalizzata serve per sensibilizzare, agganciare e far riflettere quella parte della cittadinanza inconscia e inconsapevole del problema. Le azioni sono indirizzate alle comunità locali, alle realtà operanti nel terzo settore, ma anche a singoli commercianti e cittadini, alle istituzioni scolastiche e alle organizzazioni socio-sanitarie per innescare e facilitare un percorso di sensibilizzazione a partire dal territorio stesso. In collaborazione con le suddette realtà territoriali si prevede un workshop/conferenza stampa iniziale istituzionale sull'importanza strategica e la sensibilizzazione sui rischi e le patologie oncologiche, da concordare con l'ASL, così come un evento finale di presentazione dei risultati. La strategia comunicativa mira ad essere il raccordo tra le varie attività della proposta da realizzare e in particolare supportare attraverso l'ideazione e la distribuzione di materiale tipografico e gadgets di pubblicità sociale ed educativa da donare ai fruitori delle attività finali. Gli strumenti che verranno utilizzati per la comunicazione saranno: mass media (above the line): tv, stampa, radio e outdoor (qualora ve ne sia la necessità); mezzi allargati (below the line): promozione, sponsorizzazione, direct marketing, public relations, media locali (spot tv, partecipazione a programmi, servizi su TG, ecc.), spots trasmessi nelle stazioni treni/video metro/linea EAV attraverso i monitor e le bacheche virtuali; Web Marketing: campagne su AdWords e AdSense; Social Media Management: sponsorizzate Facebook e Instagram, Youtube, Whatsapp business; PTO: pendoli sui treni, cartoline nelle biglietterie, pubblicità su autobus, newsletter, manifesti, brochure, flyer & affini; Conventional Communication: sportelli di orientamento, unità mobili di strada, farmacie, medici di base, eventi e iniziative promosse dall'ASL ed eventi di comunità (tavole rotonde, giornate di prevenzione nelle scuole, nelle parrocchie o nei mercati, ecc.) organizzati sul territorio ed evento di chiusura progetto per la diffusione dei risultati. - **ANIMAZIONE TERRITORIALE NEI QUARTIERI FRAGILI.** Saranno realizzate attività di animazione territoriale nei quartieri periferici e in situazione di vulnerabilità e/o degrado sociale e ambientale, per attivare processi di prevenzione "dal basso", capaci di parlare il linguaggio dei contesti d'interesse e di favorire un cambiamento duraturo nei comportamenti legati alla salute, attraverso la collaborazione con associazioni, cooperative sociali, parrocchie, il

coinvolgimento diretto dei cittadini e delle reti informali. Per questa azione, verranno individuati in collaborazione con l'ASL, quali sono i quartieri prioritari. Si tratterà di aree con: bassa partecipazione civica e istituzionale; alta incidenza di povertà educativa e di dispersione scolastica; difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari. Le azioni saranno realizzate presso centri di aggregazione, parrocchie, educative territoriali, servizi per le famiglie, piazze, palestre, centri commerciali, sportelli e unità mobili. Particolare attenzione verrà data alle comunità RSC, realizzando attività di animazione territoriale e di sensibilizzazione direttamente presso i campi ROM. Per il loro aggancio sarà prevista una metodologia mirata grazie alla esperienza di partner ed operatori che operano quotidianamente con questo target di popolazione e che faranno da ponte con il personale sanitario dell'ASL. Educatori di strada, mediatori culturali, operatori sociali, parroci e volontari, in affiancamento a professionisti del settore sociosanitario, terranno attività di sensibilizzazione porta a porta, workshop, eventi ludici e laboratori sull'importanza della prevenzione e sui fattori che contribuiscono a prevenire le patologie oncologiche, tra cui sana alimentazione, attività fisica regolare e stili di vita corretti. Nell'ambito di questa azione, si promuoverà la sensibilizzazione in alcune Giornate particolari dell'anno (Es. 4 febbraio, Giornata Mondiale contro il Cancro; 19 ottobre Giornata mondiale contro il cancro al seno, ecc.). **PER I VOLONTARI, SARÀ PREVISTO UN PERCORSO FORMATIVO ad hoc, riconoscimenti formali (es. attestato), attività di feedback mensili con le figure professionali impiegate nel progetto.** Il coinvolgimento di singoli cittadini sarà importante per costruire comunità attive, ridurre la distanza tra istituzioni e cittadinanza e rendere la prevenzione una pratica condivisa, accessibile e replicabile anche tra chi solitamente non si sente protagonista della salute pubblica. **RISULTATI:** Maggiore consapevolezza e conoscenza dell'importanza dell'adesione agli screening nella popolazione target, Coinvolgimento della comunità territoriale nella diffusione della prevenzione oncologica, Aumento della fiducia nel sistema sanitario e nei programmi di prevenzione, Potenziamento della campagna di comunicazione dell'ASL Napoli 2 Nord, Nuova campagna di comunicazione e di prevenzione realizzata. **5) SERVIZIO DI ORIENTAMENTO E ASSISTENZA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE ANCHE IN TERMINI DI "REFERRAL" VERSO STRUTTURE SANITARIE DI SECONDO LIVELLO OBIETTIVO:** Garantire che i partecipanti agli screening comprendano appieno i risultati dei loro esami e i passi successivi da intraprendere, colmando il divario con il linguaggio tecnico dei referti medici, riducendo ansia e preoccupazione e promuovendo decisioni informate. - **SUPPORTO ALLA LETTURA DEI TEST EFFETTUATI PRESSO IL PROGRAMMA DI SCREENING.** Saranno garantite consulenze specialistiche e invio a oncologi, radiologi, chirurghi o altri specialisti per comprensione e approfondimenti diagnostici e valutazioni cliniche più dettagliate dei test di screening effettuati. Un servizio di supporto alla lettura dei test effettuati presso un programma di screening oncologico è particolarmente utile in caso di risultati che richiedono ulteriori approfondimenti. Il supporto alla lettura dei test sarà effettuato da personale medico che si occuperà di: Fornire spiegazioni chiare e semplici, traducendo il linguaggio medico e i termini tecnici presenti nei referti in un linguaggio accessibile e comprensibile a tutti; Aiutare a interpretare i risultati, spiegando il significato dei diversi parametri e indicatori presenti nel referto, distinguendo tra risultati nella norma, risultati che richiedono ulteriori accertamenti e risultati che suggeriscono una possibile anomalia; Ricordare l'importanza di adottare stili di vita sani per la prevenzione del cancro; Ridurre l'ansia e l'incertezza, offrendo un contesto rassicurante di ascolto e chiarimento per rispondere alle domande e alle preoccupazioni legate ai risultati del test; Validare le emozioni del partecipante, soprattutto in caso di risultati che generano preoccupazione; Fornire informazioni sui passi successivi, spiegando quali sono le eventuali azioni da intraprendere in base al risultato del test (es. ripetizione dell'esame, ulteriori accertamenti diagnostici, consulenza specialistica, percorsi terapeutici, riabilitativi e palliativi relativi alle diverse patologie oncologiche, ecc.); Supportare la presa di decisioni, fornendo le informazioni necessarie affinché la persona possa partecipare attivamente alle scelte riguardanti il proprio percorso di salute; Se sono necessari ulteriori accertamenti, fornire indicazioni sui tempi di attesa previsti e sulle modalità di contatto per eventuali chiarimenti; Illustrare le procedure mediche, gli esami diagnostici, le opzioni di trattamento e i possibili effetti collaterali in modo comprensibile; Informare sui diritti del paziente, come il consenso informato, l'accesso alla cartella clinica, la possibilità di ottenere un secondo parere; Orientare verso ulteriori risorse, indirizzando, se necessario, verso strutture sanitarie di secondo livello o servizi di supporto psicologico. Il servizio sarà facilmente accessibile a tutti i partecipanti allo screening, indipendentemente dal loro livello di istruzione o familiarità con il linguaggio medico. La comunicazione dei risultati e il supporto alla lettura dovranno avvenire in tempi brevi per ridurre l'ansia legata all'attesa. Il linguaggio utilizzato dagli operatori dovrà essere chiaro, semplice e privo di tecnicismi eccessivi. Il personale dovrà avere capacità di ascolto empatico e professionalità nel fornire le informazioni, garantendo la riservatezza dei risultati e delle informazioni personali. Il supporto alla lettura dei test di screening oncologico è un elemento cruciale per rendere i programmi di prevenzione realmente efficaci. Aiuta i cittadini a comprendere il significato dei risultati e a intraprendere i passi necessari per la tutela della propria salute in modo consapevole. - **ASSISTENZA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE IN TERMINI DI "REFERRAL"** verso strutture sanitarie di secondo livello per esami diagnostici avanzati (richiesta di esami come biopsie, risonanze magnetiche, TAC, ecografie specialistiche o altri test di approfondimento per confermare o escludere la presenza di patologia oncologica) tramite: attivazione di team multidisciplinari per valutare i casi complessi e definire il miglior percorso terapeutico possibile e offrire supporto nella gestione del percorso assistenziale, facilitando l'accesso alle diverse strutture e servizi necessari; coordinamento con strutture di secondo livello per interventi chirurgici, chemioterapia, radioterapia o altre terapie specialistiche; gestione dei follow-up e programmazione di controlli periodici e monitoraggio continuo per i pazienti con diagnosi confermata o sospetta. I servizi di orientamento e assistenza alle prestazioni sanitarie oncologiche svolgono un ruolo cruciale nel guidare i pazienti e i loro familiari attraverso il complesso percorso diagnostico-terapeutico e facilitare l'accesso alle cure più appropriate, inclusa la "referral" verso strutture di secondo livello e contribuiscono a rendere il percorso oncologico più umano, accessibile e orientato alle reali esigenze del paziente. In primo luogo, il personale guiderà il paziente ai **PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)** validati dalla Regione Campania per le diverse patologie oncologiche, evidenziando le fasi, gli esami e le figure professionali coinvolte

per comprendere il proprio percorso specifico e le tappe successive e conoscere le diverse strutture sanitarie oncologiche presenti sul territorio, specificando le loro aree di specializzazione e i servizi offerti in base a patologie ed esigenze. Verrà fornito **SUPPORTO AMMINISTRATIVO E BUROCRATICO**, assistendo nella prenotazione di visite, esami diagnostici e trattamenti, facilitando i contatti con i CUP (Centri Unici di Prenotazione) o i reparti specifici, aiutando nella compilazione di moduli, richieste di esenzione ticket, pratiche per invalidità civile o accompagnamento e fornendo informazioni sui costi delle prestazioni, sulle esenzioni e sulle eventuali forme di supporto economico disponibili, eventuali strutture di accoglienza per pazienti e familiari che provengono da fuori zona, eventuali servizi di assistenza domiciliare disponibili e modalità di attivazione. La “referral” verso strutture sanitarie di secondo livello è una componente fondamentale dei servizi di orientamento e assistenza. Questo processo si attiva quando la complessità del caso clinico o la necessità di competenze specialistiche specifiche richiedono l’invio del paziente da una struttura di primo livello (es. ambulatorio del medico di base, ospedale territoriale) a un centro di riferimento con maggiore expertise e risorse. Le attività di “referral” includono: - Predisposizione di una Lettera di referral e preparazione della documentazione clinica necessaria (anamnesi, esami diagnostici, referti), assicurandosi che sia completa e trasmessa correttamente alla struttura di secondo livello. - Comunicazione con la struttura di secondo livello per facilitare il contatto tra il paziente (o i suoi familiari) e la struttura di secondo livello per la presa in carico. - Comunicazione tra strutture per garantire la continuità assistenziale. - Supporto emotivo e pratico al paziente e ai familiari durante il passaggio alla nuova struttura. - **SERVIZI DI SOSTEGNO PSICO-ONCOLOGICO**. Ricevere una diagnosi di patologia oncologica è un evento che sconvolge profondamente la vita di una persona e dei suoi cari. Un servizio di supporto psicologico in questo delicato momento svolge un ruolo cruciale nell’offrire un sostegno emotivo, pratico e informativo per affrontare l’impatto della notizia e le sfide che seguiranno, proponendo un percorso individuale e/o la partecipazione a gruppi di auto-aiuto o gruppi di supporto per pazienti e familiari, per aiutarli ad affrontare la malattia e il periodo delle cure, utilizzando le proprie risorse e gestendo il peso di pensieri ed emozioni. Il supporto psicologico si occupa di: Fornire un primo sostegno emotivo immediato, aiutando la persona a gestire lo shock, l’incredulità, la paura, la rabbia e le altre emozioni intense che possono emergere subito dopo la diagnosi; Offrire uno spazio sicuro per l’espressione, creando un ambiente accogliente e non giudicante dove la persona possa esprimere liberamente i propri sentimenti, pensieri e preoccupazioni; Fornire informazioni chiare e comprensibili, aiutando a elaborare le informazioni mediche ricevute, spesso complesse e cariche di ansia, per favorire una migliore comprensione della situazione; Promuovere strategie di coping adattive, per fronteggiare lo stress, l’ansia e la tristezza in modo sano ed efficace; Supportare l’accettazione della diagnosi, accompagnando la persona nel processo di accettazione della nuova realtà e nell’adattamento alla vita con la malattia; Aiutare la persona a comunicare i propri bisogni e le proprie emozioni con i familiari, gli amici e l’équipe medica; Prevenire o gestire il disagio psicologico: Monitorare e intervenire precocemente su eventuali segnali di ansia, depressione o altri disturbi psicologici; Se necessario, indirizzare la persona verso altri servizi specialistici di supporto psicologico o psichiatrico, o anche educativo per la fase di riorganizzazione di abitudini, spazi e conciliazione vita-lavoro, laddove necessario, anche grazie ai servizi offerti dal Terzo Settore di riferimento. Le modalità di Intervento saranno diverse, a seconda dei casi per adattarsi alle specifiche esigenze e ai tempi di ogni persona, proponendo: - Colloquio individuale, offrendo sedute individuali con uno psicologo o uno psico-oncologo specializzato per esplorare le emozioni, i pensieri e le preoccupazioni legate alla diagnosi; - Intervento immediato in situazioni di particolare difficoltà emotiva o di crisi; - Supporto di gruppo per persone con diagnosi oncologica, offrendo uno spazio di condivisione, confronto e mutuo aiuto; - Supporto familiare, tramite colloqui che aiutino parenti e caregiver a comprendere e gestire l’impatto della diagnosi e a sostenere al meglio il proprio caro; - Interventi psicoeducativi, fornendo informazioni e strumenti pratici per gestire lo stress, l’ansia, il dolore e altri sintomi fisici o psicologici e i cambiamenti quotidiani nella gestione della giornata, delle abitudini e di nuove necessità pervenute; - Tecniche di rilassamento e gestione dello stress e mindfulness per ridurre l’ansia e migliorare il benessere; - Collaborazione con l’équipe medica, lavorando in stretta collaborazione con professionisti sanitari e infermieri per garantire un approccio integrato e olistico alla cura. Il servizio sarà accessibile subito dopo la comunicazione della diagnosi o comunque nelle fasi iniziali del percorso e sarà erogato da psicologi con una formazione specifica nel supporto a pazienti oncologici presso strutture sanitarie, studi privati, sedi degli Sportelli previsti dal progetto o dei servizi gestiti dagli enti del partenariato: Ambulatori dedicati, reparti di oncologia, centri di senologia, ecc. Il servizio di supporto psicologico per chi scopre di avere una patologia oncologica sarà un elemento fondamentale per umanizzare il percorso di cura, promuovere il benessere emotivo e migliorare la qualità di vita delle persone colpite dalla malattia e dei loro cari. Offrire un sostegno tempestivo e qualificato può fare una differenza significativa nell’affrontare una delle sfide più difficili della vita. **RISULTATI**: Maggiore consapevolezza, nell’equità di accesso e nell’efficienza dei percorsi assistenziali, Miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici, Riduzione della mortalità per tumore alla mammella, alla cervice e al colon retto, Nuovi servizi di consulenza oncologica e di referral garantiti, Nuovi percorsi di supporto psico-oncologico ed educativi offerti a utenti e familiari. **6) 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** **OBIETTIVO**: Supportare la pianificazione di interventi mirati, fornendo informazioni utili per la coprogettazione e l’implementazione di interventi di prevenzione oncologica più efficaci e personalizzati per le specifiche esigenze del territorio. - **INDAGINE PRELIMINARE DI CONTESTO E MAPPATURA INTERATTIVA DEI BISOGNI TERRITORIALI**. Nel primo anno di progetto sarà realizzata una mappatura per rilevare i bisogni informativi, di accesso ai servizi, di supporto e di consapevolezza della popolazione residente in un determinato territorio in relazione alla prevenzione oncologica. L’Identificazione dei bisogni specifici prevedrà le seguenti azioni: - Analisi delle caratteristiche demografiche, socio-economiche, culturali e sanitarie del territorio che possono influenzare l’adesione ai programmi di prevenzione; - Mappatura delle risorse esistenti: strutture sanitarie, servizi sociali, associazioni, parrocchie e altri attori attivi nel campo della prevenzione oncologica sul

territorio; - Identificazione degli ostacoli (geografici, economici, culturali, linguistici, informativi) che impediscono o limitano la partecipazione ai programmi di screening e alle iniziative di prevenzione. - Mappatura partecipativa tramite il coinvolgimento attivo dei cittadini attraverso strumenti online, somministrazione di questionari anonimi alla popolazione per rilevare bisogni informativi, percezioni sui rischi, barriere all'accesso, abitudini di vita e partecipazione agli screening, interviste con operatori sanitari (medici di base, specialisti, infermieri), rappresentanti di associazioni, amministratori locali e altri stakeholder per raccogliere le loro prospettive sui bisogni e le risorse del territorio, incontri e focus group con cittadini appartenenti a diverse fasce della popolazione per esplorare in profondità le loro esperienze, opinioni e bisogni in relazione alla prevenzione oncologica; - Creazione di una piattaforma interattiva che utilizzerà il personale coinvolto nel progetto per poter visualizzare i dati raccolti, consentendo l'analisi spaziale e temporale dei bisogni e delle risorse, fornire informazioni per gli utenti ed effettuare e gestire le prenotazioni. Operatori Web si occuperanno di creare e aggiornare periodicamente la piattaforma digitale che, come anticipato, sarà interoperabile con i sistemi regionali NINF@ e SINFONIA per il tracciamento e l'analisi dei dati clinici, permettendo la raccolta e la visualizzazione in tempo reale dei dati territoriali e consenta una gestione adattiva delle risorse, al fine di rendere sistematici gli esiti dell'azione laddove i soggetti intercettati non risultassero inclusi. Ogni ASL avrà un accesso dedicato per inserire, consultare e analizzare i dati relativi agli Sportelli, alle UdS, alle prenotazioni, alle adesioni e ai flussi informativi. A partire da questa mappatura, sarà redatto un piano operativo per l'attivazione di presidi che promuovono le attività di prevenzione presso i punti screening offerti sul territorio (ASL, farmacie, MMG, Unità mobili). Le attività saranno coerenti con il Piano Regionale della Prevenzione e le linee guida nazionali sugli screening oncologici. I dati raccolti verranno integrati in un database strutturato all'interno della piattaforma, implementando meccanismi di validazione e controllo qualità delle informazioni. Saranno create mappe tematiche interattive che visualizzino la distribuzione geografica dei bisogni, delle risorse e delle barriere, implementando filtri e strumenti di interrogazione per consentire agli utenti di esplorare i dati per specifiche variabili (es. fascia d'età, livello socio-economico, tipo di bisogno), sviluppando funzionalità di analisi spaziale (es. identificazione di aree con maggiore concentrazione di specifici bisogni o carenza di risorse), possibilità di generare report e visualizzazioni personalizzate, funzionalità di feedback per consentire agli utenti di fornire ulteriori informazioni o commenti. L'utilizzo della piattaforma fornirà uno strumento di supporto per la pianificazione e l'implementazione di interventi di prevenzione oncologica mirati, da aggiornare periodicamente con nuovi dati e informazioni. Aggiornamento periodico della piattaforma con nuovi dati e informazioni. Funzionalità della Piattaforma Interattiva saranno: - Mappe interattive che mostrano la distribuzione geografica di indicatori chiave (es. adesione allo screening per area, prevalenza di fattori di rischio, localizzazione delle risorse); - Filtri dei dati per specifiche variabili (età, genere, livello di istruzione, tipo di bisogno); - Strumenti di analisi spaziale: Funzionalità per identificare cluster di bisogni, aree con carenza di servizi o sovrapposizioni di risorse; - Grafici, tabelle e infografiche che sintetizzano i dati in modo chiaro e intuitivo; - Schede informative dettagliate sulle strutture sanitarie, le associazioni e i servizi attivi nella prevenzione oncologica, con informazioni di contatto e orari; - Segnalazione di bisogni e barriere per consentire ai cittadini e agli operatori di segnalare in modo anonimo o identificato bisogni specifici o barriere all'accesso; - Sezioni specifiche per operatori sanitari, amministratori locali e associazioni per accedere a dati più dettagliati e strumenti di pianificazione. La mappatura interattiva e la piattaforma dedicata rappresentano uno strumento potente per una pianificazione strategica e partecipativa degli interventi di prevenzione, con l'obiettivo di ridurre l'incidenza e la mortalità per cancro a livello territoriale, e consentiranno di superare le generalizzazioni e identificare le esigenze specifiche delle diverse comunità all'interno del territorio, orientare gli investimenti e le risorse verso le aree e i bisogni più critici, progettare interventi di prevenzione più mirati, pertinenti e culturalmente sensibili, promuovere una maggiore consapevolezza e adesione ai programmi di prevenzione, favorire la collaborazione tra i diversi attori (sanitari, sociali, istituzionali, del terzo settore) per una strategia di prevenzione più coordinata e fornire una base dati per monitorare l'impatto degli interventi e apportare eventuali modifiche. Questo modello garantisce una regia centrale forte ma flessibile, capace di accompagnare le peculiarità del territorio dell'ASL Napoli 2 Nord senza perdere coerenza e omogeneità di visione a livello regionale. - IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA STRUTTURATO DI INDICATORI PER LA CREAZIONE DI UN MODELLO REPLICABILE. Sarà prevista l'elaborazione di strumenti di monitoraggio (es. specifica modulistica), relativi in particolare a target, numero di prenotazioni e di prese in carico e integrazione con le altre ASL campane e con il sistema di monitoraggio regionale per contribuire a: aggiornare gli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione; pianificare politiche sanitarie territoriali più efficaci; valorizzare l'impatto del progetto nell'ambito delle strategie di contrasto alle disuguaglianze di salute. La qualità e l'efficacia dell'intervento dipendono in larga misura dalla capacità di misurarne i risultati, analizzarne i limiti e valorizzarne le potenzialità. Per questo motivo, il progetto prevede l'implementazione di un SISTEMA STRUTTURATO DI INDICATORI, da condividere, successivamente, con le altre ASL della Campania, finalizzato al monitoraggio continuo, al confronto inter-territoriale e al miglioramento progressivo degli interventi. Per la realizzazione dell'attività verranno coinvolti un Sociologo e un Esperto nella conduzione di tavoli di co-progettazione per la creazione di un modello replicabile. L'azione prevedrà i seguenti step: 1) Definizione condivisa degli indicatori chiave. Un gruppo tecnico e multidisciplinare di esperti, operatori sanitari e del privato sociale definiranno un set comune di indicatori, che includeranno: - Numero e percentuale di persone raggiunte da Sportelli, UdS mobili e animazione territoriale per ciascun target rispetto all'effettuazione degli screening mammografico, colon-rettale, cervice uterina; - Tasso di conversione tra contatto informativo e prenotazione effettiva; - Numero di prenotazioni assistite effettuate tramite sportelli a bassa soglia, UdS e animazione territoriale; - Numero e tipologia di servizi incentivanti offerti; - Tasso di completamento del percorso screening (esecuzione esame + eventuale follow-up); - Livello di soddisfazione dell'utenza (rilevato attraverso sondaggi semestrali); - Indicatori qualitativi (es. miglioramento dell'accessibilità percepita, riduzione delle disuguaglianze territoriali). 2) Raccolta e validazione dei dati. Raccolta dei dati relativi al territorio dell'ASL Napoli 2 Nord, utilizzando strumenti digitali armonizzati. Le informazioni saranno caricate: - su dashboard locali sincronizzate con la piattaforma regionale; - su moduli

digitali compilati direttamente dagli operatori presso gli Sportelli e le UdS mobili; - attraverso integrazione automatica con i sistemi sanitari esistenti (es. NINF@, SINFONIA, piattaforme di prenotazione). 3) Analisi e restituzione interattiva Ogni trimestre sarà elaborato un report, accompagnato da: - focus su punti di forza, criticità emergenti e azioni correttive attivate; - restituzioni sintetiche per stakeholder, enti partner e decisori pubblici. 4) Incontri distrettuali e apprendimento condiviso. Il sistema indicatori non si limita alla valutazione, ma diventa strumento di scambio e crescita. Saranno organizzati incontri tecnici (in presenza o online) tra referenti dell'ASL e/o distretti per: - analizzare i dati in chiave comparativa; - presentare buone prassi replicabili; - discutere eventuali ricalibrature operative; - promuovere una cultura della prevenzione basata sull'evidenza. 5) Integrazione con il sistema di monitoraggio regionale. Gli indicatori raccolti saranno integrati nel sistema di monitoraggio sanitario e sociale della Regione Campania, contribuendo a: - aggiornare gli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione; - pianificare politiche sanitarie territoriali più efficaci; - valorizzare l'impatto del progetto nell'ambito delle strategie di contrasto alle disuguaglianze di salute. In questo modo, il sistema di indicatori non rappresenta solo uno strumento tecnico, ma diventa una leva strategica per rendere visibile il valore del lavoro sul territorio, per orientare le decisioni pubbliche, e per consolidare una governance regionale della prevenzione, fondata su trasparenza, partecipazione e miglioramento continuo. **RISULTATI:** Supporto alla progettazione di interventi mirati alla prevenzione oncologica, alla definizione di politiche mirate e alla promozione di uno sviluppo territoriale più inclusivo e sostenibile, Nuova Mappatura interattiva dei bisogni territoriali, Nuovi strumenti a disposizione del personale sanitario e degli operatori che promuovono ed effettuano gli screening oncologici, Nuovi tavoli di coprogettazione e confronto tra le ASL campane, Creazione di un modello replicabile per la pianificazione strategica delle azioni di promozione degli screening sul territorio regionale. 7) **IMPLEMENTAZIONE DI PROGRAMMI FORMATIVI PER GLI OPERATORI** **OBIETTIVO:** Potenziare le competenze del personale che promuove ed effettua gli screening e formare nuovi volontari per la diffusione della prevenzione oncologica, per lavorare in un'equipe multidisciplinare all'interno di contesti ad alta vulnerabilità. Nel primo anno di progetto verrà realizzato un percorso di formazione prevedendo di dedicare i primi sei mesi alla formazione degli operatori professionali coinvolti e i successivi 6 mesi alla formazione dei volontari. Gli Incontri di formazione mirati a migliorare le competenze del personale coinvolto per lavorare in contesti ad alta vulnerabilità, curando anche l'approccio interculturale, sviluppare capacità di risposta, offrendo accompagnamento metodologico dei professionisti delle equipe multidisciplinari nonché dell'ASL che progetteranno e realizzeranno gli interventi a livello locale. Il percorso formativo comprenderà i seguenti contenuti: - La multidisciplinarietà delle azioni di diffusione degli screening: Gestione di casi complessi, PDTA, Benefici e strumenti di una collaborazione efficace tra diverse figure professionali per migliorare l'impatto sulla qualità dei programmi di screening; - Gli aspetti medico legali: Consenso informato, Cartella sanitaria, Gestione dei dati e della Privacy e tutela dei diritti del paziente; - Aspetti giuridici e sanitari legati agli STP e ai migranti: Accesso equo ai servizi di prevenzione, nel rispetto delle normative vigenti e delle specificità socio-culturali di queste popolazioni; - Mediazione interculturale e gestione della comunicazione visiva: Esempi di buone pratiche, Strumenti e tecniche ed esercitazioni pratiche; - La comunicazione. Tecniche di ascolto attivo e accoglienza a bassa soglia e competenze relazionali per facilitare l'accesso ai programmi di screening oncologico per le popolazioni più difficili da raggiungere; - Importanza dei dati, utilizzo della Piattaforma di progetto e dei sistemi regionali NINF@ – SINFONIA e procedure di tracciamento protetto. La formazione per i volontari comprenderà i seguenti contenuti - Introduzione al sistema sanitario regionale e ai programmi di screening dell'ASL Napoli 2 Nord; - Tecniche di comunicazione tra pari e dinamiche di gruppo; - Prevenzione oncologica in chiave narrativa e relazionale. Efficacia dello storytelling; - Simulazioni pratiche e role-playing; - Strategie di coinvolgimento comunitario. Modelli teorici e loro applicazione pratica; - Utilizzo degli strumenti digitali per la prevenzione oncologica. **RISULTATI:** Superamento della frammentazione, della mancanza di cooperazione tra i diversi attori titolari degli interventi; Miglioramento della governance complessiva in una logica non settoriale, ma trasversale e unitaria; Potenziamento delle competenze di personale sanitario, operatori e volontari; n. 2 nuovi percorsi formativi specifici sugli interventi di prevenzione oncologica realizzati.

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 strategia di progetto si basa sulla costruzione di un'azione di sistema, attuata da ETS e ASL, che permetterà di migliorare la copertura del servizio screening in favore della popolazione con vulnerabilità socio- economica dell'ASL Napoli 2 Nord e sperimentazione di un modello replicabile per il coinvolgimento della popolazione target che consentirà di superare barriere culturali, logistiche, economiche e relazionali, costruire alleanze operative tra ASL, Comuni, Terzo Settore e cittadinanza attiva; valorizzare le risorse territoriali esistenti, trasformandole in nodi di una rete di prossimità sanitaria, integrandole con le risorse tecnologiche in un approccio replicabile, sostenibile e scalabile. La proposta progettuale vuole favorire l'accessibilità agli screening di quelle fasce della popolazione in condizione di vulnerabilità socio-economica e culturale attivando servizi sperimentali e innovativi, tramite le Unità mobili di Strada nei quartieri periferici e le sedi operative degli enti del partenariato, presso cui saranno attivati gli sportelli a bassa soglia, che hanno una consolidata esperienza nella realizzazione di interventi integrati e specialistici a favore di famiglie e minori presso i servizi a carattere sociale e i luoghi di aggregazione che faranno da

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

“antenne sociali” nelle 3 aree dell’ASL Napoli 2 Nord, prevedendo anche la promozione degli screening porta a porta presso le abitazioni dei cittadini. La copertura territoriale sarà capillare, diffusa e costante su tutto il territorio dell’ASL NA 2 Nord non lasciando indietro le isole, che godranno di sedi operative specifiche di alcuni partner che vi operano quotidianamente, potendo monitorare in loco, anche su Ischia e Procida, l’andamento progettuale, evitando che territori maggiormente delocalizzati possano risentire di un’offerta depauperata di servizi. Alla base della strategia progettuale, vi è la prioritaria urgenza di accorciare sempre più, fino a spezzare, la distanza tra cittadini, ASL, amministrazioni locali e Regione, da un lato, e la necessità di diffondere maggiormente la prevenzione delle patologie oncologiche, con particolare attenzione alle fasce più fragili della popolazione. Nello specifico, si propone un processo di intervento, integrato e partecipato, che coinvolge risorse professionali e informali, che si basa sul riconoscimento, la valorizzazione e l’attivazione di ciascuno per il raggiungimento degli obiettivi di progetto. Come si apprende dall’ATTO AZIENDALE ASL NAPOLI 2 NORD adottato con la Delibera aziendale 2131 del 21 novembre 2023, vari strati di popolazione e dell’opinione pubblica dimostrano un crescente radicamento alla realtà locale, favorita dalla tendenza al decentramento e dall’esigenza di sostituire ai classici meccanismi di delega forme più dirette di partecipazione alla vita delle organizzazioni pubbliche. Nella popolazione è maturata la volontà a prendere parte ai processi sociali orientati ad influenzare la qualità della vita e lo stato di salute delle persone. A tal fine, a fianco dei soggetti tradizionali che entrano nel processo di partecipazione sociale del sistema di produzione e utilizzo dei servizi, quali gli Organismi Istituzionali (la Conferenza dei Sindaci, il Comitato di Rappresentanza, le Amministrazioni Comunali dei 32 Comuni, le Organizzazioni Scolastiche), le persone fisiche o giuridicamente rappresentate (il singolo cittadino/utente, le società varie, le organizzazioni sindacali, i partiti politici), l’ASL Napoli 2 Nord intende promuovere il coinvolgimento di enti, istituzioni, imprese a vocazione sociale (cooperative sociali, organizzazioni no profit), di professionisti della sanità pubblici e privati, dei media locali, delle forme d’associazionismo strutturato (tribunale dei diritti del malato, organizzazioni di volontariato). Il capitale sociale e la coesione sociale rappresentano per l’Azienda un riferimento fondamentale nel processo generale di ridefinizione del proprio ruolo di primo attore del progetto di salute, visto come patrimonio e impegno di tutta la comunità. Il processo d’integrazione urbana in tutto il territorio si sforza di trovare, attraverso il capitale sociale, un elemento per lo sviluppo di progetti ed azioni adeguate ai bisogni emergenti, di cui l’Azienda terrà conto nel proprio impegno di programmazione e di organizzazione, temperandolo con le strategie, gli indirizzi ed i vincoli definiti dalla Regione. Gli obiettivi di salute fissati nel piano sanitario regionale rappresenteranno la base per la costruzione dei piani e dei patti per la salute, definiti congiuntamente attraverso accordi di programma con gli Enti Locali, e collegati anche a strumenti di concertazione di più ampio respiro come i Patti Territoriali. La valutazione dei problemi di salute della popolazione, delle criticità del sistema dei servizi, gli indirizzi ed i vincoli stabiliti dalla Regione sono gli elementi fondamentali su cui costruire il Piano Attuativo Locale (piano delle azioni triennale) ed il Piano Annuale delle Attività. Dal punto di vista del modello organizzativo, il Distretto Sanitario si caratterizza come "un'area sistema" all'interno della quale debbono incontrarsi, con coerenza, le caratteristiche omogenee di alcune particolari condizioni della struttura dei bisogni (che costituiscono la domanda sociale) e le modalità obbligate d'intervento, garantendo efficacia ed efficienza delle prestazioni. È in questo senso che l'integrazione sociosanitaria va prioritariamente riconosciuta nella domanda e successivamente realizzata nei sistemi d'offerta, superando il tradizionale settorialismo. Attraverso una governance integrata tra ETS ed ASL, un sistema intelligente di monitoraggio, l’impiego di strumenti innovativi e un’imponente infrastruttura comunicativa, il progetto ambisce a generare un impatto reale, misurabile e duraturo. Fare prevenzione, oggi, significa andare oltre la mera offerta di servizi: vuol dire costruire una relazione di fiducia, abbattere barriere invisibili e portare il sistema sanitario laddove le persone vivono, lavorano, si incontrano o sopravvivono. La strategia della presente proposta progettuale intende rispondere al bisogno di restituire dignità, centralità e diritti di salute a chi spesso ne è privo. In questa prospettiva, l’inter-operabilità con il sistema digitale regionale non è solo una necessità tecnica ma una scelta etica e politica, che mette al centro la prossimità, l’equità, l’intercettazione attiva e la co-progettazione sociale come strumenti di trasformazione reale del sistema sanitario campano. Pertanto, tutti i servizi acquisiscono coerenza e senso all’interno di una progettazione dell’intervento, costruito in una logica di rete e di multidimensionalità dei bisogni, che coinvolge il cittadino all’interno di un percorso, in cui viene accompagnato sia in caso di esito negativo che positivo ai test effettuati. Il progetto ha nella composizione del partenariato il proprio punto di forza per la sua capacità di coprire un territorio vasto, complesso e multiforme, come quello dell’ASL Napoli 2 Nord, grazie alle attività già in essere presso le sedi operative degli enti e ai diversi settori di intervento di ogni partner che consentono di rispondere ai molteplici bisogni e che il progetto andrà a rafforzare. Gli utenti già presi in carico dagli enti partner saranno i primi gruppi-bersaglio delle azioni di prevenzione. La diversificazione dei servizi, che abbraccia sia risorse pubbliche che private, suggerisce una flessibilità che consente di comunicare in modo personalizzato con le varie fasce della popolazione. Questa gamma di opzioni è progettata per adattarsi in modo ottimale alle specifiche esigenze di ciascuna gruppo target. La sostenibilità del progetto è garantita dalle pluriennali esperienze e competenze del capofila e degli enti partner nella programmazione ed erogazione di servizi sociali, in collaborazione con soggetti pubblici e privati, avendo costruito una filiera di affidabilità per le amministrazioni pubbliche territoriali e co-progettando interventi dal carattere innovativo e sperimentale. La strategia di sostenibilità e di replicabilità del progetto si articola su diversi livelli interconnessi. L’obiettivo primario è garantire che l’impatto positivo generato dall’intervento non si esaurisca con la sua conclusione, ma si consolidi e possa essere esteso ad altre aree del territorio regionale. Il progetto coinvolgerà attivamente i membri della comunità (testimonial, volontari, ecc.) come “facilitatori” delle attività di prevenzione, contribuendo all’empowerment di comunità in tema di prevenzione oncologica e creando reti di supporto nel tempo all’attività di screening effettuata dai servizi sociosanitari. La creazione di materiali informativi e di sensibilizzazione che tengano conto delle specificità culturali, linguistiche e socio-economiche delle diverse comunità è fondamentale per garantire un coinvolgimento efficace. Un’attenzione specifica riguarda la strategia educativa per la promozione degli screening tra le comunità Rom. In generale le famiglie Rom con cui gli operatori lavorano possono essere classificate,

secondo la distinzione proposta dallo psicologo Anolli come “centrifughe”, ovvero famiglie che mettono in atto atteggiamenti di disimpegno e scadono in forme di delega eccessive, vivono le istituzioni pubbliche come enti burocratici estranei alla loro realtà e tendono alla delega. Questo tipo di famiglie richiedono un approccio meno burocratico e il più possibile informale. Il concetto di umanizzazione delle azioni di prevenzione oncologica è centrale per mettere in relazione i genitori e l’istituzione. Fungere da ponte, favorire la relazione senza sostituirsi diventa uno degli aspetti più delicati del lavoro del personale sanitario. Gli operatori (educatore di strada, mediatore culturale, ecc.) che incontrano le famiglie Rom nei loro insediamenti dedicano tempo alle famiglie, energie nell’instaurare un rapporto di fiducia reciproca, concentrano la loro attenzione sulle persone con cui si relaziona cercando di incontrarle con cadenza settimanale e in contesti in cui si possano sentire a loro agio. All’interno del campo Rom, la vita è molto comunitaria e acquisire la fiducia di una famiglia può essere più semplice perché la relazione può inizialmente essere mediata da altre famiglie con cui si è lavorato precedentemente o anche solo dal fatto che si è una faccia già vista. Questo aspetto può avere del potenziale positivo ma anche essere un freno perché la figura dell’operatore RSC (Rom, Sinti e Caminanti) può essere più facilmente accomunata a una qualunque figura del sociale che si relaziona al contesto campo e nella relazione possono essere agiti atteggiamenti cristallizzati di delega, sfiducia o richiesta. Nell’ambito del Progetto, l’operatore campo/famiglia è attore facilitante nell’avvicinamento ai Servizi sanitari in particolare nell’orientamento agli stessi e nell’individuazione del bisogno e della possibile risoluzione. Sarà importante promuovere momenti di dialogo informale con il personale sanitario, l’attivazione di un canale di comunicazione quotidiana tra alcune famiglie e l’ASL e l’individuazione di un operatore dedicato alla cura delle relazioni con le famiglie RSC convincendo ed essendo convinti che l’ASL sia una “istituzione amica”. I risultati più efficaci del progetto (modelli di comunicazione, approcci di sensibilizzazione specifici per target, modalità di coinvolgimento della comunità locale, ecc.) saranno formalizzati in procedure operative standard dell’ASL. Questo garantirà che le pratiche virtuose sperimentate diventino parte integrante dell’offerta di screening routinaria. Il personale sanitario e amministrativo dell’ASL e degli ETS sarà formato sulle nuove metodologie e sui materiali sviluppati nel progetto, acquisendo le competenze necessarie per implementarle autonomamente. Questo include la formazione sull’utilizzo della piattaforma digitale, sui modelli di comunicazione efficace e sulla partnership tra settore pubblico e terzo settore. All’interno del progetto saranno impiegate risorse umane, messe a disposizione dall’ASL per la cabina di regia, il tavolo di coprogettazione di un modello replicabile e le azioni di intercettazione, orientamento agli screening oncologici, consulenza specialistica e assistenza, rappresenteranno un presupposto essenziale per garantire la prosecuzione delle attività dopo la sua conclusione. I dati raccolti durante il progetto (adesioni, target raggiunti, feedback degli utenti) saranno integrati nei sistemi informativi dell’ASL per monitorare l’efficacia delle strategie nel tempo e per identificare eventuali aree di miglioramento. La coprogettazione tra l’ASL e il partenariato assicurerà una collaborazione strutturata e continuativa. La definizione e l’interazione di ruoli, responsabilità e delle diverse professionalità coinvolte garantirà un coordinamento efficiente. Il progetto contribuisce a sviluppare competenze specifiche all’interno delle organizzazioni del terzo settore in termini di sensibilizzazione, comunicazione e coinvolgimento delle comunità target. Le attività di formazione e lo scambio di buone pratiche, supporteranno il mantenimento e l’ulteriore sviluppo di queste competenze attraverso l’ulteriore rafforzamento di reti territoriali già consolidate, per una collaborazione sinergica e una maggiore capillarità degli interventi che coinvolgerà altre associazioni attive sul territorio per l’inclusione di soggetti vulnerabili, formalizzando nuovi accordi e protocolli di intesa. Le fasi del progetto, le metodologie innovative, i materiali sviluppati e i risultati raggiunti saranno accuratamente documentati, organizzati e trasferibili all’ASL e ad altri enti, grazie alla mappatura interattiva, alla piattaforma digitale e agli strumenti di monitoraggio. I materiali di comunicazione (brochure, video, contenuti web, post social) saranno adattabili a diversi contesti e popolazioni. La creazione di una piattaforma online dedicata faciliterà la condivisione dei materiali, delle metodologie e delle informazioni sul progetto, rendendoli accessibili a un pubblico vasto e garantendo un aggiornamento continuo. La diffusione dei risultati avverrà tramite l’elaborazione di report e un evento conclusivo di progetto per presentare le buone pratiche sviluppate e il modello integrato di partnership ai diversi stakeholder e all’intera comunità territoriale, contribuendo a validare l’efficacia dell’approccio e a promuoverne la replicabilità in altri contesti. La definizione di indicatori di sostenibilità e replicabilità dell’intervento nel tempo (es. mantenimento dei tassi di adesione, numero di nuove ASL che adottano il modello, livello di coinvolgimento del terzo settore) e l’Implementazione di un sistema di monitoraggio che preveda la creazione di un modello replicabile, raccoglierà dati che permetterà di valutare l’impatto a lungo termine delle strategie adottate. La raccolta di feedback dal personale dell’ASL e dalle organizzazioni del terzo settore e dalla comunità consentirà di identificare eventuali criticità e apportare miglioramenti continui alle strategie di promozione dello screening. La strategia di sostenibilità e replicabilità si basa su un approccio integrato che mira a istituzionalizzare le pratiche efficaci all’interno dell’ASL, a rafforzare le partnership con il terzo settore, a capitalizzare e diffondere i risultati, a coinvolgere attivamente la comunità e a monitorare costantemente l’impatto nel tempo. La capitalizzazione dei risultati è un elemento trasversale a tutte queste aree, garantendo che le conoscenze, le competenze e i materiali sviluppati durante il progetto diventino un patrimonio duraturo per l’ASL e per il sistema sanitario regionale nel suo complesso.

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)

L'attività di MONITORAGGIO avrà gli scopi di: restituire ai partecipanti e agli utenti il senso, il valore e l'importanza dell'impegno assunto; comunicare con i servizi regionali e territoriali circa lo svolgimento delle attività e il grado di partecipazione della cittadinanza e il raggiungimento degli indicatori di progetto; rendere trasparente e visibile alla comunità l'offerta dei servizi. Per il monitoraggio delle esperienze, sarà adottato un efficace sistema informativo che consenta la raccolta, l'elaborazione e diffusione delle informazioni relative all'analisi del funzionamento del servizio in itinere (efficienza, utilizzo da parte degli utenti, grado di soddisfazione dell'utenza e degli operatori) e delle prestazioni erogate. Il risultato cui si tende è quello della 'tracciabilità' dell'utenza nei 'percorsi' di accesso e di fruizione dei servizi e prestazioni e alla conseguente valutazione delle risposte fornite e dei rispettivi tempi. Gli strumenti utilizzati per documentare la qualità rispetto agli utenti sono: - scheda anamnestica di prima intercettazione utente; - Focus groups con i principali stakeholder; - Report sulla rilevazione della qualità percepita dagli utenti, rilevata mediante un questionario di valutazione qualitativa. Il monitoraggio sistematico del livello di soddisfazione dei cittadini, e delle famiglie in particolare, fa comprendere le evoluzioni delle loro percezioni e quindi agevola a capire in quale misura le politiche attivate hanno inciso all'esterno e sulla capacità di rispondere alla comunità. Queste opportunità costituiscono un forte stimolo all'innovazione ed alla definizione di nuove risposte ai bisogni. I risultati delle verifiche verranno trasmessi periodicamente alla Regione Campania ai fini dell'implementazione degli indicatori prescritti dal programma. Il monitoraggio e la valutazione del complesso processo di accesso ai servizi Socio-Sanitari sono azioni fondamentali per favorire una pianificazione ed una programmazione adeguata e razionale delle risorse disponibili e/o da attivare in risposta ai bisogni della popolazione, sempre più esposta al rischio di marginalità e fragilità sociale. Realizzare azioni di monitoraggio e di valutazione dei dati richiede l'impegno, da parte di tutti i soggetti funzionali al servizio di prevenzione, a svolgere attività ordinarie di registrazione dei dati e periodiche elaborazioni dei dati raccolti. Queste attività devono essere organizzate in una procedura univoca, standardizzata, condivisa e partecipata tra tutti i livelli di governance del sistema Sociale e Sanitario. Le azioni da intraprendere devono andare verso l'implementazione di un percorso di monitoraggio e di valutazione "sistemico ed organico"; un aspetto importante da considerare è quello relativo alla ottimizzazione delle risorse disponibili e alla convergenza delle informazioni, con la possibilità di interazione ed integrazione tra sistemi. Allo stato attuale le attività afferenti alla raccolta e all'elaborazione di dati sull'offerta e sulla domanda di accesso ai servizi e sulla erogazione delle prestazioni Socio-Sanitarie risentono di alcune criticità che bisogna superare attraverso: - la gestione del servizio in maniera univoca e omogenea in tutto il territorio dell'ASL e regionale; - le attività di coordinamento tra i diversi livelli di governance del processo (ASL, ETS, Regione); - l'implementazione di un sistema di tracciabilità del percorso di presa in carico personalizzato e multidimensionale; - la razionalizzazione e sistematizzazione dei sistemi di reperimento e utilizzo delle informazioni riferite agli utenti, soprattutto in relazione ai dati anagrafici come le generalità, il Codice Fiscale, la residenza, il domicilio, lo stato di famiglia, l'ISEE, utente in carico ai ad altri servizi. Gli indicatori. Nell'azione del monitoraggio e in quella, consequenziale, della valutazione, affinché siano perseguiti obiettivi di conoscenza sull'efficacia, l'efficienza e l'economicità del processo attivato, è importante che si definiscano quali elementi informativi considerare. Gli elementi informativi a loro volta devono essere ricondotti in un quadro di indicatori analitici che facilitano la misurazione di conoscenze non altrimenti indagabili. Nello specifico, il piano delle attività di raccolta dei dati si deve sviluppare su una serie di tipologie di indicatori funzionali all'elaborazione statistica dei dati (percentuali, indici, rappresentazioni grafiche, ecc.), che favorisca la costruzione di un quadro di lettura finalizzato alla valutazione delle informazioni raccolte. Tra le varie categorie di indicatori, vanno considerati, in primis, quelli di carattere socio-demografico, relativi alla tipologia di utenza che si rivolge al servizio e che inoltra la richiesta di accesso ai servizi. Le informazioni sull'utenza sono facilmente rilevabili attraverso l'utilizzo della scheda di accesso al sistema di servizi che deve, pertanto, rispondere anche ad un obiettivo di tipo informativo. La dimensione della valutazione, per questa tipologia di indicatore, è quella relativa alle caratteristiche del bacino di utenza che si rivolge allo Sportello in rapporto al bacino potenziale e alla popolazione del territorio di riferimento (Ambito Territoriale/Comune/Distretto Sanitario). Questa prima categoria di indicatori è collegata a quella relativa alla tipologia di domanda di accesso ai servizi, nella quale il richiedente esprime direttamente un bisogno di cura. Insieme all'indicatore di monitoraggio sul bisogno espresso dall'utenza è importante monitorare anche quello sul bisogno inespresso, rilevabile nella fase di prima valutazione della domanda. I dati di questa categoria di indicatori sono desumibili sempre dalla SCHEDA UTENTE, contenente informazioni sulle generalità, stato di salute e anamnesi familiare dell'utente. I principali Indicatori di processo per il monitoraggio delle attività sono: N. ore di attività programmate/erogate; Attività programmate/realizzate; Accessi utenti prenotati; Accessi utenti presi in carico; N. destinatari raggiunti per attività; Tempi di attivazione degli interventi; N. riunioni di équipe; N. riunioni di équipe integrata. Assume una sua specifica significatività la categoria degli indicatori di monitoraggio relativi alla tipologia dell'offerta di servizi territoriali (mappatura servizi pubblici e privati). I dati, in questa categoria di indicatori, devono essere raccolti in termini di quantificazione dell'offerta dei servizi di screening e di assistenza sanitaria; qualificazione dell'offerta e tipologia di prestazioni accessorie offerte. In questa area di monitoraggio rientra anche il vasto discorso sulla rilevazione di tutte le risorse (strutturali, organizzative e professionali) disponibili, finalizzata a costruire una mappatura dell'offerta socio-sanitaria, quale valido e fondamentale strumento operativo per la gestione ottimale del processo lavorativo. Una categoria a sé è rappresentata dagli indicatori di processo, di esito e di impatto, che non riguardano esclusivamente il progetto quanto piuttosto tutto il complesso sistema dell'integrazione tra il Sociale ed il Sanitario. La prima categoria, quella di processo, riguarda la raccolta di dati sul modello organizzativo del progetto, sulle modalità di lavoro e sulle procedure esecutive adottate. Gli indicatori in questa categoria sono riconducibili agli aspetti strutturali e logistici, alla comunicazione, alle risorse umane, alla tempistica generata dal processo operativo nel fornire risposte adeguate alle domande. La dimensione della valutazione, relativa a questa categoria di indicatori, è prevalentemente orientata alla verifica del rispetto dei requisiti, quantitativi e qualitativi, definiti nel modello organizzativo e nel protocollo procedurale. La categoria degli indicatori di esito riguarda, invece, la raccolta di dati ed informazioni sul risultato

ottenuto dal processo attivato dal progetto in rapporto all'utenza. Gli indicatori sono relativi alla misurazione della soddisfazione dell'utenza (Customer Satisfaction) e della qualità percepita. La valutazione, in questa categoria di indicatori, va effettuata in una dimensione complessiva del percorso di presa in carico, che si estende lungo un percorso articolato che coinvolge più soggetti (servizi, strutture e professionalità). Una ulteriore categoria di indicatori è quella di impatto. Essa riguarda la raccolta di dati sul macrosistema dei servizi alla persona, con la finalità di misurare, data la conoscenza sulla situazione di partenza, i cambiamenti nel tempo generati dall'intervento del progetto. La dimensione della Valutazione, in questa categoria di indicatori, assume una valenza di verifica dell'efficace e dell'efficienza complessiva del sistema. Le fasi di verifica si baseranno sulla sistematizzazione degli indicatori su enunciati e per i quali si analizzano analiticamente le voci interessate:

A. MONITORAGGIO DELLA TIPOLOGIA DI UTENZA - Indicatori di tipo socio-demografico: - Richiedente (es. familiare – volontario - altro); - Comune di Residenza/Ambito Territoriale – Distretto/A.S.L.; - Stato Civile; - Età / Fasce età (corrispondenti tra i vari sistemi di rilevazione Sociale e Sanitario); - Sesso; - Scolarità; - Condizione Occupazionale; - Condizione economica (ISEE); - Condizione abitativa. - Situazione familiare; - Condizione Clinica (buona, compromessa/presenza di patologie diagnosticate o da valutare); - Invalidità; - Legge 104/92. La metodologia impiegata è caratterizzata dall'operato del personale impiegato nel progetto; quest'ultimo contraddistinto dalla loro capacità di raggiungere e coinvolgere nei servizi previsti dal progetto la popolazione locale più fragile.

B. MONITORAGGIO DELLA TIPOLOGIA DI OFFERTA - Indicatori relativi alle risorse territoriali (strutturali, professionali ed organizzative) disponibili e alla dimensione stessa dell'offerta per ASL e territorio di riferimento regionale e nazionale. La mappatura territoriale dell'offerta sociale e sanitaria deve comprendere, per esempio: - Centri screening; - Strutture di II livello; - Presidi Ospedalieri; - Ambulatori; - Strutture residenziali; - Tipologia servizio/prestazione e capienza; - Strutture semi-residenziali; - Servizio domiciliare; - Ore programmate, n. operatori impiegati per profilo professionale; - Associazioni di volontariato presenti; - Strutture e servizi di sostegno.

C. MONITORAGGIO SULLA DOMANDA - Indicatori relativi alla tipologia di target e alle aree d'intervento: - Donne in difficoltà; - Anziani; - Disabilità fisica o motoria; - Disabilità mentale; - Immigrati; - RSC; - Tipologia del bisogno sociosanitario; - Prestazioni Richieste (screening, consulenza specialistica, supporto psico-oncologico, ecc.).

D. MONITORAGGIO DI PROCESSO - Indicatori legati al modello organizzativo e alle modalità di attuazione: - Strutturali e logistici: accoglienza; - Livello di comunicazione: visibilità, accessibilità, dotazione tecnologica, rete telefonica, fax e ecc.; - Personale: profilo professionale; - Formazione professionale adeguata e specifica del personale; - N. di operatori del progetto e rapporto con la popolazione di riferimento; - Capacità di ascolto attivo, di decodifica della domanda e di rispetto dei protocolli operativi; - Tempi di attesa tra recepimento della domanda ed invio ai servizi competenti tramite piattaforma.

E. Monitoraggio di esito - Indicatori relativi alla misurazione della soddisfazione dell'utenza (Customer Satisfaction), da misurare in una dimensione complessiva del percorso assistenziale: - Accoglienza; - Informazione; - Comunicazione; - Accessibilità e fruibilità; - Tempi di erogazione delle prestazioni.

F. MONITORAGGIO DI IMPATTO - Indicatori relativi alla misurazione dell'impatto del progetto sull'azione pubblica di governo delle politiche di integrazione tra il Sociale ed il Sanitario: - Riduzione dei costi delle spese per l'assistenza sanitaria; - Investimento sulle politiche ad integrazione socio-sanitaria; - Invio ad una struttura di secondo livello; - Riduzione dei tempi di attesa per la presa in carico; - Diminuzione della sovrapposizione delle risposte / dei percorsi di cura; - Economicità del sistema. Per quanto riguarda l'operatività quotidiana dell'equipe multidisciplinare, il contatto con l'utente e la messa in rete delle informazioni tra ASL e altri professionisti deputati al processo, sono utilizzati diversi strumenti specialistici propedeutici all'avvicinarsi delle diverse fasi di attività. Raccolta sistematica e co-costruzione banca dati. Tutti gli operatori registrano le richieste loro pervenute e i successivi avanzamenti del caso mediante l'utilizzo di una **SCHEDA UTENTE**, che preveda i seguenti campi: - proposta di accesso - dati anagrafici dell'utente e nucleo familiare - stato civile - condizione lavorativa - livello di istruzione - stato di salute - Informazioni circa l'anamnesi familiare - tipologia di screening da effettuare - eventuali servizi incentivanti offerti - risultati dei test - eventuali ulteriori esami di approfondimento o ripetizione dei test - eventuali servizi di assistenza sanitaria - proposta consenso informato. La scheda utente per la rilevazione dati comprenderà item a scelta multipla per ciascun campo e spazi aperti descrittivi la cui compilazione è a carico dell'operatore dello Sportello e dell'Unità mobile di Strada. Questo consentirà sia una rapida codifica e decodifica dei dati e delle informazioni raccolte, sia una più efficace modalità di conservazione dei dati aggregati (per territorio, per fasce d'età, per genere e per tipologia di utenza) e di analisi. Il risultato cui si tende è sia quello della 'tracciabilità' dell'utenza nei 'percorsi' di accesso e di fruizione dei servizi e prestazioni e alla conseguente valutazione delle risposte fornite e dei rispettivi tempi, sia di analisi del territorio e di ascolto dei bisogni emergenti nella popolazione. Il Servizio segue una programmazione che assicura all'ASL e a tutti gli enti che erogano servizi- prestazioni una modulistica comune, in modo tale da facilitare l'integrazione e ottenere trasparenza e chiarezza al fine di costruire strumenti tecnici- operativi condivisi e un linguaggio comune tra tutti gli attori del servizio e tra il servizio e gli altri enti della rete dei servizi del territorio. L'utilizzo di un database informatico, tramite l'utilizzo della piattaforma dedicata, per la facilitazione della gestione dei dati, rappresenta il perno essenziale intorno al quale ruota la capacità di raggiungere obiettivi di efficacia ed efficienza del funzionamento procedurale. Una gestione informatizzata dei dati assicura la condivisione, evita duplicazioni e garantisce la tracciabilità delle informazioni a tutti gli attori, servizi/strutture sia sanitarie che sociali coinvolti nel processo, soprattutto in situazioni di emergenza, in cui comunicare e passare informazioni con tempestività diventa fondamentale per la presa in carico dell'utente in difficoltà; permette di disporre di una Posizione Utente, una Cartella Sociosanitaria Individuale e Personalizzata codificata che, costantemente aggiornata, rappresenta un archivio di immediata consultazione; di disporre di un processo di comunicazione telematica, ossia di un processo relazionale di scambio informativo "in rete", che partendo dalla registrazione della domanda prosegue, per step procedurali consequenziali, secondo il bisogno decodificato e in linea con l'intero iter di gestione individuato; il feedback automatico sul percorso assistenziale o tutelare attivato (in questo modo l'attività viene costantemente monitorata lungo tutto il processo, dall'accesso alla presa in carico fino alla fuoriuscita dal servizio); di disporre immediatamente di informazioni utili alla

realizzazione di azioni di valutazione e di Customer Satisfaction. I Documenti di gestione supporteranno il personale nell'organizzazione pratica del servizio, favorire la condivisione di obiettivi e la distribuzione dei ruoli, e facilitare il lavoro di gruppo. In particolare si utilizzeranno i seguenti strumenti: - Calendario di riunioni di equipe: sono riportate le date, la tipologia di attività, l'ordine del giorno ed eventuali note; - Verbali di riunioni di equipe, monitoraggio /incontri con la rete: sono riportati la data in cui è avvenuta la riunione, i presenti, gli argomenti discussi, le decisioni prese, i compiti assegnati, la data per l'incontro successivo e vengono compilati ad ogni riunione; - Fogli firma degli operatori: riportante l'ora di entrata e di uscita, la firma in entrata e in uscita, il numero di ore totali, eventuali note, aggiornati giorno dopo giorno; - Documenti di Programmazione, realizzazione e controllo attività per supportare la programmazione ed effettuare il controllo delle attività; avere memoria del servizio effettuato; - Form online per la prenotazione degli screening; - Scheda Utente: compilata ad ogni nuovo accesso allo Sportello o alla UdS; - Scheda Invio utente: destinata alla struttura di II livello verso cui si invia il caso, indicante il bisogno da accertare o l'intervento suggerito. Va compilata ad ogni invio del caso. Sarà fondamentale, inoltre, valutare, la soddisfazione del servizio offerto per realizzare un'indagine tramite la somministrazione di questionari che ci permetteranno di raccogliere dei dati per eventuali proposte migliorative, partendo dai bisogni e dai suggerimenti dei destinatari finali del nostro intervento. Il monitoraggio sistematico del livello di soddisfazione dei cittadini, infatti, fa comprendere le evoluzioni delle loro percezioni e quindi agevola a capire in quale misura le politiche attivate hanno inciso all'esterno e di conseguenza ad affinare le capacità di rispondere alla comunità. Risulta particolarmente utile l'utilizzo della "mappa della qualità" che, mettendo in relazione l'importanza attribuita ai bisogni con la soddisfazione percepita, permette di individuare dove concentrare gli sforzi di miglioramento. La rilevazione customer satisfaction, inoltre, genera un processo virtuoso per sviluppare la sensibilità di cogliere i segnali deboli, di anticipare i bisogni latenti; può anche aiutare l'amministrazione a cogliere idee, spunti, suggerimenti e facilitare il superamento di possibili vincoli interni. Queste opportunità costituiscono un forte stimolo all'innovazione dei servizi ed alla definizione di nuove risposte ai bisogni. Risulta, inoltre, inevitabile che l'analisi dei dati raccolti faccia emergere che gli utenti costituiscono un insieme di individui ciascuno portatore di aspettative peculiari e uniche. Con analisi di clustering si possono raggruppare gli utenti di classi omogenee per caratteristiche socio-demografiche e comportamentali, valutare e tracciare dei profili degli stessi sulla base di modelli induttivi che sfruttano le evidenze passate; si può offrire, quindi, a ciascuna categoria omogenea (se non al singolo cliente, secondo i recenti dettami dell'one to one marketing) pacchetti ritagliati su misura e personalizzati pur a partire da uno standard di base dell'offerta di servizio. Si può anche definire, in un'ottica strategica, il livello di coinvolgimento al servizio da parte dell'utente-cliente. In questo senso, si ha l'opportunità di progettare e migliorare i sistemi di erogazione dei servizi mirati sui bisogni dei cittadini, utilizzando al meglio le risorse disponibili. L'utilizzo della customer satisfaction deve accompagnare un indirizzo innovativo di policy, si deve considerare in una dimensione "elevata" rispetto alla sola misurazione della soddisfazione dell'utente, tanto da potergli dare specifici significati di reale sfida al cambiamento. Saranno approntati, altresì, strumenti di restituzione alla Regione Campania che diano conto della riconoscibilità delle azioni e dei servizi previsti dal progetto sul territorio: - Questionario di soddisfacimento/intervista/schede utenti, per ricavare dei feedback sulla qualità percepita dagli utenti, la qualità rilevata dagli operatori e confrontarla con dati quanti – qualitativi attinenti alla gestione del processo. - Mappa delle reti istituzionali, per focalizzare la composizione della singola rete (ovvero gli enti che la compongono e la comunicazione fra di loro) ed individuare il funzionamento degli enti e le loro azioni di politica sociale (trasformazioni storiche, cambiamenti temporali, bisogni a cui rispondono e domanda sociale su cui intervengono). - Mappa dei servizi attivati nel territorio di riferimento, per orientare l'utenza all'utilizzo dei servizi esistenti per la migliore conciliazione vita-lavoro, facilitare l'accesso ad altri servizi in collaborazione con attori del territorio. - Banca dati utenti, aggiornata costantemente e registra ordinatamente soggetti intercettati e adesioni agli screening. La registrazione dei contatti telefonici incrociata ai dati della banca valorizzerà la fotografia dei reali bisogni del territorio e della popolazione. La banca dati è gestita in modo da garantire l'assoluto rispetto del nuovo GDPR Reg. UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali. - Diario di bordo, lo strumento riportante le prestazioni effettuate giorno dopo giorno (che specifica le azioni, gli accessi e gli eventuali invii, le riunioni di equipe, le supervisioni, ecc), aggiornato giorno dopo giorno; - Cartella utente, contenente scheda utente, lettera di referral, eventuali altri documenti presentati per specifiche richieste, compilata ad ogni intervento effettuato sul caso. - Griglia raccolta dati quantitativi relativi alle attività aggiuntive. - Report dati finale dei dati qualitativi, da elaborare a fine servizio.

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)

Gli elementi distintivi della strategia di implementazione del progetto riflettono una modalità di intervento innovativa all'interno di un più ampio concetto di Comunità Educante, in cui ogni individuo è invitato a partecipare attivamente al processo di sensibilizzazione e di educazione alla prevenzione oncologica. La proposta risulta innovativa per l'approccio multidisciplinare e integrato tra ASL ed ETS e la collaborazione con diversi professionisti (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori),

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

avvalendosi anche del coinvolgimento di gruppi informali e singoli cittadini in qualità di volontari e testimonial, per diffondere l'adesione agli screening tra i soggetti che vivono ai margini del sistema sanitario offrendo un supporto completo, non solo per lo screening ma anche per i servizi di assistenza e i percorsi di accompagnamento in caso di diagnosi infausta. Rispetto alla METODOLOGIA, un elemento innovativo del progetto è proprio l'integrazione con i servizi sanitari e sociali esistenti, collaborando con strutture e servizi già presenti sul territorio per creare un network di supporto continuo e coordinato. L'inclusività e la collaborazione tra settore pubblico e terzo settore sono un altro tratto distintivo. L'innovatività della proposta, infatti, sta nella co-progettazione di interventi dal carattere sperimentale e nell'approccio multidisciplinare che integra professionalità del settore pubblico e del privato sociale generando notevoli benefici per cittadini, operatori e azienda sanitaria locale. Le SOLUZIONI ORGANIZZATIVE proposte, attraverso la co-progettazione e la co-gestione degli interventi nella definizione delle strategie, nell'implementazione delle attività e nella valutazione dei risultati, garantiranno una maggiore aderenza ai bisogni del territorio e una migliore allocazione delle risorse. La creazione di un tavolo di lavoro per la definizione di indicatori consentirà la creazione di un modello replicabile attraverso il coinvolgimento non solo dell'ASL Napoli 2 Nord e del Terzo settore ma anche delle altre ASL campane per una strategia di promozione degli screening integrata e condivisa sull'intero territorio regionale. La proposta utilizza diversi STRUMENTI INNOVATIVI per garantire un maggiore impatto sulla popolazione target. La creazione di una piattaforma interoperabile con i sistemi regionali NINF@ e SINFONIA aiuterà a programmare e a realizzare interventi mirati ed efficaci a livello regionale. Lo sviluppo congiunto di piattaforma web e app offrirà informazioni chiare e personalizzate sullo screening, promemoria degli appuntamenti, supporto psicologico, forum di discussione, possibilità di interazione con operatori sanitari e volontari e sistemi che, nel rispetto della privacy, permettano di identificare precocemente i "non aderenti" e attivare strategie di contatto personalizzate, con il supporto di operatori del Terzo settore. La Mappatura interattiva delle aree di maggiore bisogno consentirà di ottimizzare le risorse e raggiungere le comunità più vulnerabili o meno informate. L'attività di Monitoraggio e di feedback in tempo reale consentirà di implementare un modello per migliorare l'efficacia delle azioni di promozione regionale degli screening oncologici. Sistemi di prenotazione e follow-up digitali, implementeranno la piattaforma per facilitare la prenotazione degli screening, il promemoria degli appuntamenti e il monitoraggio dei risultati, rendendo il processo più semplice e trasparente. La metodologia comunicativa consentirà di combinare tecnologie digitali moderne e strategie di comunicazione mirate per aumentare la partecipazione agli screening e migliorare la prevenzione. La campagna di sensibilizzazione partecipativa aiuterà a coinvolgere attivamente la comunità attraverso incontri e testimonianze dirette, creando un senso di ownership e responsabilità collettiva. La comunicazione visiva e multimediale, utilizzando video, infografiche e storytelling digitale renderà più accessibili e comprensibili le informazioni sugli screening, anche in contesti con barriere linguistiche o culturali. La valorizzazione delle storie di successo e le testimonianze, raccontando le esperienze positive di chi ha partecipato agli screening, motiveranno altri e ridurre le paure o i timori culturali. La collaborazione con figure riconosciute nel territorio potrà favorire, inoltre, la promozione, specialmente tra i giovani. L'innovatività delle AZIONI trova un ulteriore elemento di forza negli approcci specifici del Terzo settore, grazie alle esperienze pluriennali di contatto e di coinvolgimento di categorie fragili e target difficili da intercettare con le tradizionali campagne istituzionali, incentivando la partecipazione agli screening attraverso sportelli a bassa soglia, che faranno da antenne sociali sul territorio, unità mobili di strada che "entreranno" nei quartieri più periferici, eventi "di prossimità", modalità laboratoriali e attivazione di reti informali. L'integrazione con azioni volte a promuovere il benessere della persona, in particolare nei soggetti più vulnerabili, organizzando iniziative che combinano gli screening con attività aggregative e culturali, contribuirà a creare un ambiente accogliente che incentiverà l'adesione alle proposte. Il partenariato apporterà azioni innovative alle campagne di screening per superare le barriere specifiche che impediscono l'accesso allo screening alle comunità straniere e rom, attraverso la mediazione culturale, materiali informativi multilingue e accessibili, il trasporto sociale e i servizi incentivanti e consentirà di integrare la promozione della prevenzione oncologica con attività di supporto psicosociale, gruppi di auto-aiuto e percorsi di empowerment, per aiutare le persone ad affrontare le paure e le ansie legate alle patologie tumorali. I percorsi di formazione per operatori e volontari consentiranno di creare una rete di promotori attivi della salute sostenibile nel tempo e favorirà un maggiore senso di appartenenza e di responsabilità. Il carattere innovativo del progetto consisterà, dunque, nella combinazione creativa e sinergica delle competenze e delle risorse dell'ASL e del Terzo settore, nell'adozione di approcci centrati sulla persona e sulla comunità e nell'utilizzo di strumenti e tecnologie in modo più efficace e inclusivo per aumentare l'adesione allo screening e ridurre l'impatto delle malattie oncologiche sul territorio. Le innovazioni apportate dal progetto risultano coerenti con gli obiettivi del PROGRAMMA NAZIONALE EQUITÀ NELLA SALUTE (PNES) 2021-2027, tesi al rafforzamento dei servizi sanitari e il miglioramento dell'equità nell'accesso alle cure per le fasce di popolazione più vulnerabili in Campania oltre che nelle regioni della Basilicata, Calabria, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia. Il PNES ha tra le sue aree di intervento la MAGGIORE COPERTURA DEGLI SCREENING ONCOLOGICI. Il progetto contribuisce a incrementare l'adesione agli screening, mettendo a disposizione unità mobili attrezzate e n.11 sportelli a bassa soglia per facilitare l'accesso agli screening sul territorio; promuovere attivamente l'adesione ai programmi di screening, superando le barriere di accesso, offrendo un servizio di trasporto sociale; integrare i sistemi informativi regionali per lo screening, attraverso la creazione di una piattaforma dedicata e mettendo a disposizione il personale per la prenotazione online; realizzare una campagna di comunicazione per aumentare la consapevolezza e l'informazione sugli screening. Il progetto, inoltre, contribuisce al raggiungimento degli obiettivi nelle altre tre aree di intervento: - CONTRASTARE LA POVERTÀ SANITARIA, offrendo prestazioni sanitarie gratuite alle persone in condizioni di vulnerabilità economica, tramite i servizi di orientamento e prenotazione degli screening e l'offerta di servizi incentivanti; facilita l'accesso ai servizi sanitari per le persone marginalizzate tramite le UdS, la mediazione culturale e gli interventi educativi rivolti a stranieri e ROM; realizzando attività di prossimità per intercettare i bisogni di salute delle fasce più deboli, attraverso l'animazione territoriale nei quartieri fragili; - PRENDERSI CURA DELLA SALUTE MENTALE, mettendo a disposizione la

figura di uno psicologo presso gli sportelli e le UdS e offrendo percorsi di supporto psico-oncologico in caso di diagnosi infausta; - IL GENERE AL CENTRO DELLA CURA, realizzando un percorso formativo per le risorse umane coinvolte nel progetto che prevede attività orientate alla medicina di genere, acquistando attrezzature (Ecografo portatile, ECG, ecc.) per la prevenzione primaria e migliorando i percorsi di prevenzione oncologica, diagnosi e cura che tengono conto delle specificità di genere, attraverso i servizi di assistenza sanitari offerti tramite il supporto nella lettura dei test, consulenze specialistiche e azioni di referral. Questi elementi rendono il progetto coerente anche con le Finalità/Obiettivi del PROGRAMMA OPERATIVO (PO) CAMPANIA puntando al miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, comprese le cure sanitarie d'interesse generale, utilizzando strumenti di innovazione tecnologica (piattaforma, app) per rafforzare le capacità di risposta alle crisi dei servizi sanitari e investendo nell'infrastruttura sanitaria e sociale in modo da contribuire allo sviluppo regionale e locale, alla riduzione delle disparità nelle condizioni sanitarie, alla promozione dell'inclusione sociale attraverso un migliore accesso ai servizi sociali, culturali e ricreativi nonché al passaggio dai servizi istituzionali ai servizi locali. La gamma diversificata dei servizi offerti garantisce il rispetto dei PRINCIPI ORIZZONTALI contenuti all'articolo 9 e delle disposizioni normative previste al comma 1 dell'articolo 73 del Regolamento (UE) 2021/1060 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 24 giugno 2021 relativi a NON DISCRIMINAZIONE, TRASPARENZA, ACCESSIBILITÀ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ, PARITÀ DI GENERE, PARITÀ DI GENERE E ACCESSIBILITÀ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ, NONCHÉ DI SVILUPPO SOSTENIBILE NELLA SUA DIMENSIONE AMBIENTALE E SOCIALE, RISPETTO DELLA CARTA DEI DIRITTI FONDAMENTALI. L'indagine preliminare prevista e la mappatura interattiva dei bisogni permetteranno di condurre un'analisi dettagliata dei tassi di adesione attuali agli screening, disaggregando i dati per genere, età, provenienza geografica, livello socio-economico, etnia, disabilità e altri fattori rilevanti e di identificare eventuali disparità e gruppi sottorappresentati. La raccolta e l'analisi dei dati di adesione agli screening monitoreranno l'efficacia delle azioni intraprese nel ridurre le differenze. La realizzazione di materiali informativi e lo sviluppo di una campagna di comunicazione specifica terrà conto delle esigenze linguistiche, culturali e informative dei diversi target da intercettare. In generale, tutte le azioni proposte terranno conto delle esigenze individuali e del background culturale dei cittadini coinvolti. L'offerta di un servizio di trasporto sociale consentirà l'accesso alle sedi degli screening anche a persone con disabilità e offrirà orari flessibili che tengano conto delle esigenze lavorative e familiari. L'impiego di mediatori culturali faciliterà la comunicazione e la comprensione dei programmi di screening. La formazione del personale prevedrà, tra i suoi obiettivi, l'acquisizione di competenze formative in tema di mediazione interculturale e non discriminazione, promuovendo un approccio inclusivo e rispettoso delle diversità individuali, e sugli aspetti medico-legali relativi al consenso informato e alla tutela della privacy. Durante le attività di orientamento, prenotazione e compilazione della documentazione degli utenti (form di prenotazione, scheda utente, lettera di referral) saranno fornite informazioni chiare, accessibili e comprensibili sui programmi di screening, sui benefici, sui rischi, sui diritti di ogni utente, sulle procedure e sulla protezione dei dati personali, nel rispetto del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR). Il personale sarà tenuto ad assicurare massima riservatezza dei dati sanitari dei beneficiari in tutte le fasi del programma e a garantire che il consenso alla partecipazione allo screening sia libero, informato e specifico. L'utilizzo di tecnologie digitali, che privilegerà la riduzione del consumo di carta (es. refertazione online, inviti digitali), e le attività di animazione territoriale su fattori di prevenzione quali buone pratiche e salute ambientale (es. stili di vita sani, riduzione dell'esposizione a fattori di rischio ambientali) contribuiranno a promuovere lo sviluppo sostenibile tra la popolazione intercettata.

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)

Bambù è una realtà consolidata da oltre vent'anni sul territorio vesuviano, opera con costanza nei Comuni di San Sebastiano al Vesuvio, San Giorgio a Cremano, Portici, Ercolano, nella periferia ad est di Napoli e, ogni giorno, migliora la qualità di vita delle persone che vi abitano. Bambù offre servizi specialistici per persone con disabilità e loro famiglie, tramite assistenza domiciliare, assistenza scolastica specialistica e, dal 2008, attività socio-educative, culturali e aggregative presso il Centro Polifunzionale per disabili adulti H-anto a te per promuovere un approccio alla disabilità che realisticamente ne riconosca i limiti per poterne valorizzare le risorse e metterle al servizio di tutta la comunità civile. Nel 2018 la cooperativa decide di porsi anche come luogo di inserimento lavorativo per le persone con disabilità, in grado di dare ristoro alle preoccupazioni delle famiglie e dignità al futuro di ragazzi, capaci di essere autonomi e di vivere una vita inclusiva. Partendo dai nuovi bisogni di autonomia espressi dai suoi utenti, Bambù comprende la necessità di andare oltre il mantenimento/recupero delle competenze di base; per alcuni queste ultime vanno messe in pratica al di fuori del Centro, sperimentandosi in percorsi lavorativi individualizzati, attraverso lo strumento dei PTRI sostenuti da BdS nel campo della pasticceria e del catering di sala. Grazie alla sua pluriennale esperienza e al contatto quotidiano con target di popolazione in fragilità sociale, culturale ed economica (sulla base delle esperienze di cui sopra), Bambù è capace di svolgere un'azione di sistema finalizzata a realizzare e sperimentare un modello per ampliare l'accesso alle prestazioni di screening oncologico da parte dei soggetti con vulnerabilità socioeconomica. Ciò attraverso misure di intercettazione e accoglienza, orientamento e assistenza alle prestazioni con un approccio integrato multi-azione e incentivante

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

e servizi personalizzati, al fine di stimolare l'adesione ai tre programmi nazionali di screening (collo dell'utero, mammella e colon-retto). Pertanto, le esperienze maturate per le quali si chiede il finanziamento sono attinenti a quelle relative alla presa in carico di soggetti a rischio, segnalati e invitati dall'ASL a favore dei quali intraprendere azioni di orientamento ai servizi previste dal progetto, oltre a supporto psicologico post screening. All'interno della presente proposta progettuale, Bambù, grazie alla sua esperienza di coordinamento pluriennale, avrà il compito di guidare la Cabina di regia e approntare un modello condiviso di operatività. Con il supporto del partenariato, coordinerà il monitoraggio fisico e finanziario, la mappatura interattiva dei bisogni e lo sviluppo della piattaforma interoperabile con Ninf@ e Sinfonia. Curerà la campagna di informazione e di prevenzione, coordinerà l'apertura degli Sportelli a bassa soglia, monitorando le sedi fisiche di progetto e intercettando nuove sedi extraprogetto da poter attivare, es. presso il Parco Cerillo di Bacoli (NA) e Casa Mehari di Quarto (NA), allestirà una nuova Unità mobile di strada ed esprimerà educatori, psicologi e figure professionali qualificate per le diverse attività previste. La CABINA DI REGIA, costituita per la governance del progetto, avrà il compito di coordinare, armonizzare e supervisionare le attività progettuali nei diversi territori dell'ASL Napoli 2 Nord, condividendo strumenti, indicatori e strategie. Essa sarà composta dai referenti dell'ASL Napoli 2 Nord e degli ETS partner e verrà coordinata dal RESPONSABILE DI PROGETTO espresso dal capofila, da un progettista esecutivo, da un medico consulente tecnico e da uno o più Community maker. La cooperativa sociale Bambù ha fatto propria una modalità di lavoro inclusiva e integrata, che tende al coinvolgimento degli attori sociali che operano nei territori. Il progetto vuole essere da stimolo alla creazione di legami significativi all'interno del territorio afferente all'ASL Napoli 2 Nord, sollecitando iniziative di responsabilità condivisa nella cura delle famiglie del territorio. Per questo, saranno coinvolte tutte le realtà del privato sociale e del volontariato insistenti sul territorio che si renderanno disponibili, per garantire che la presa in carico non si esaurisca in un ambito e in setting specialistici. Allo scopo, saranno istituiti protocolli d'intesa per formalizzare i rapporti di collaborazione. La Cooperativa Bambù farà da collettore di energie e di iniziative già messe in campo per promuovere e/o intensificare la negoziazione con l'organizzazione istituzionale; costruire o rafforzare le alleanze tra colleghi e enti/servizi, anche in ottica multiprofessionale; individuare le strategie più efficaci, nella prospettiva del maggior benessere possibile delle fasce della popolazione, multiproblematiche e in difficoltà. La Cabina di Regia si incontrerà periodicamente e curerà la progettazione esecutiva e coordinerà l'attività di MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEI RISULTATI e di RENDICONTAZIONE FINANZIARIA, attraverso risorse dedicate. I risultati delle verifiche verranno trasmessi periodicamente alla Regione Campania ai fini dell'implementazione degli indicatori prescritti dal programma, compilando gli strumenti di rilevazione e tracciamento messi a disposizione dagli uffici regionali per il monitoraggio della misura. La Cabina di Regia si occupa della gestione delle risorse finanziarie, inclusa la stesura di rendiconti e report di spesa, coadiuvata dalle segreterie organizzative e amministrative dei partner e avrà il compito di assicurare che tutte le spese siano conformi al budget approvato e di garantire una gestione trasparente delle risorse. Inoltre, predisporrà gli strumenti per la rendicontazione delle prestazioni svolte e delle spese effettuate, trasmettendole periodicamente all'ente Committente, ai fini delle necessarie operazioni di verifica, liquidazione, pagamento e rendicontazione in capo a quest'ultimo. La rete dei servizi deve raggiungere il maggior numero di aree di fragilità presenti sul territorio, perché i potenziali utenti possano accedervi. La programmazione e l'erogazione di interventi di tipo sociale, assistenziale, educativo realizzati da e per conto degli enti locali esigono l'affiancamento di un'ATTIVITÀ INFORMATIVA E COMUNICATIVA, coordinata dalla Cabina di Regia, adeguatamente organizzata, estesa, tempestiva e capace di raggiungere, con modalità differenziate e valorizzando le risorse esistenti, tipologie di potenziali utenti. L'obiettivo generale del piano di informazione e comunicazione sarà quello di promuovere risposte unitarie ai bisogni complessi del cittadino/utente favorendo la conoscenza, l'accesso alle informazioni e ai servizi socio-sanitari, come elemento sostanziale; comunicare in maniera adeguata e comprensibile al target in merito alle diverse attività svolte dal servizio. L'ASL NAPOLI 2 NORD: parteciperà al tavolo di co-progettazione attraverso i propri referenti; individuerà le zone ad alta criticità sanitaria e sociale in cui incrementare il coinvolgimento dei potenziali beneficiari, alla luce dei dati di contesto di cui dispone; avrà un accesso dedicato sulla piattaforma digitale realizzata grazie al progetto per inserire, consultare e analizzare i dati relativi alle prenotazioni, alle adesioni e ai flussi informativi; esprimerà figure professionali all'interno delle equipe multidisciplinari che lavoreranno presso Sportelli a bassa soglia e Unità mobili di strada; collaborerà con il personale impiegato nel progetto per il servizio di orientamento e assistenza alle prestazioni sanitarie anche in termini di "referral" verso strutture sanitarie di secondo livello e per le altre azioni previste raccoglierà segnalazioni e situazioni di disagio relative ai beneficiari intercettati che necessitano di una presa in carico; parteciperà agli incontri di confronto con i referenti delle altre ASL campane per l'implementazione di un sistema strutturato di indicatori regionali. Ognuna delle 3 aree dell'ASL vede l'effettiva presenza di ETS che fanno parte del partenariato: questo si traduce in una conoscenza approfondita del territorio e delle sue problematiche andando, quindi, a lavorare su comuni già ampiamente conosciuti in cui sarà più facile dialogare e collaborare sia con i cittadini che con i servizi socio-sanitari e le amministrazioni locali. La scelta strategica di attivare antenne sociali allestendo n.11 Sportelli a bassa soglia nelle zone Nord, Nord-Ovest e Insulare dell'ASL Napoli 2 Nord e mobili di Strada, che raggiungano i quartieri più periferici, nasce dalla volontà di garantire una copertura estesa e un equo accesso agli screening oncologici e alle attività di orientamento e assistenza socio-sanitaria. LA COOPERATIVA SOCIALE IL MILLEPIEDI opera a Casoria (NA) già in area socio-sanitaria, anche per conto dell'ASL NA 2 Nord, attraverso la gestione di numerosi servizi in accreditamento e convenzione. La sua esperienza sarà messa a disposizione per l'intercettazione di target fragili con attività a bassa soglia e attraverso attività di Unità Mobile di Strada. Tra i progetti di cui l'ASL Napoli 2 Nord è committente, attualmente il Millepiedi gestisce: - Progetto "Servizio di Educativa Territoriale" - Progetto Piano di intervento GAP ASL NAPOLI 2 NORD – CONTRASTO AL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO PR 225" - LOTTO 2 e 3 per il Contrasto al gioco d'azzardo attraverso la prevenzione, sensibilizzazione e formazione e la realizzazione campagne informative in ambiti scolastici o comunitario. - Progetto DIPENDENZE - PP04 - PR180-4 "Servizio di sensibilizzazione, di aggancio e di educativa di strada" Per l'attivazione di due

servizi: 1) Unità Mobile – Luoghi di divertimento linea prevenzione e 2) Unità di strada – luoghi di aggregazione. - Progetto UNITA' DI STRADA - Lotto 1 “Unità mobile - Luoghi divertimento GAP”, per la Sensibilizzazione e prevenzione universale dei comportamenti a rischio di abuso nella popolazione giovanile; Sul territorio dell'ASL Napoli 2 Nord, inoltre, la Cooperativa ha gestito: - Progetto MASSERIA RAUCCI 2.0, che ha previsto lavori di ristrutturazione per confermare l'accreditamento della Casa Alloggio; ampliamento dell'offerta di servizi ai nostri destinatari attraverso attività di inserimento lavorativo e la sperimentazione del servizio semi residenziale per fruitori esterni che non hanno occasioni di inclusione/socializzazione; - PROGETTO GULLIVER, per potenziare l'accesso alla cura e al sostegno per gli affetti da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e loro famiglie, grazie all'offerta stabile di percorsi in convenzione, di innovativi e sperimentali Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati, sul modello dei PTRI sostenuti da Budget di salute, e di presa in carico economica del giocatore indebitato; - Progetto: “GAME OVER”, per creare risposte integrate per il supporto alle persone affette da dipendenza da gioco favorendo percorsi di autonomia e fuoriuscita dai circuiti devianti. A tal fine sono state potenziate le attività di riabilitazione presenti nei due 2 centri della Asl e avviato un modulo per il gioco d'azzardo presso un centro diurno gestito da un partner. All'interno del progetto, Il Millepiedi supporterà il capofila nella governance esprimendo risorse umane per il Monitoraggio fisico finanziario e la rendicontazione; attiverà presso la propria sede di Casoria un'antenna sociale territoriale in cui allestirà uno Sportello a bassa soglia e metterà a disposizione la propria Unità mobile di Strada per le attività di orientamento ai servizi sanitari; esprimerà educatori, psicologi e figure professionali qualificate per le diverse attività previste dal progetto. LA COOPERATIVA SOCIALE LA VELA D'ORO svolge attività di formazione e informazione agli operatori e ai cittadini; supporto psicologico all'utenza; attività di segretariato sociale; attività di animazione. Nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliari ad anziani e disabili (Home Care Premium) erogati nell'ambito territoriale N33 (Comune di Sorrento capofila) e C2 (Comune di Maddaloni capofila), una parte dell'utenza costituisce target anche per diversi programmi di screening di prevenzione e, pertanto la cooperativa ha promosso attività di comunicazione e sensibilizzazione agli utenti, ha incentivato la partecipazione alle campagne di prevenzione e di screening, impegnando risorse umane e strumentali per accompagnamento nelle sedi delle AASSLL, distribuzione di materiale informativo/illustrativo, organizzazione di momenti divulgativi per i cittadini e di corsi di aggiornamento del proprio personale. All'interno del progetto, La Vela d'oro affiancherà il capofila nelle attività di indagine preliminare di contesto, ideazione e progettazione e nella Governance del progetto, oltre a mettere a disposizione risorse umane qualificate per attività/servizi previsti dal progetto. LA COOPERATIVA LESS, con sede operativa a Giugliano e Procida, ha sviluppato nel tempo un modello di presa in carico integrata rivolto a persone in condizione di vulnerabilità, in particolare appartenenti alla comunità migrante. Al centro di questo modello vi sono gli sportelli di prossimità, che sono stati attivati nel corso del tempo in diverse aree del territorio e orientati all'accoglienza, all'ascolto e all'orientamento di cittadini stranieri. Gli sportelli offrono un accesso diretto e semplificato a servizi essenziali – tra cui assistenza legale e amministrativa, mediazione linguistico-culturale, orientamento ai servizi socio-sanitari – in un'ottica di accompagnamento personalizzato e multidimensionale. A questa struttura si è affiancata, rafforzandola, l'esperienza dell'unità mobile su strada, attivata nell'ambito di un progetto contro il caporalato, lo sfruttamento lavorativo e l'integrazione dei Cittadini dei Paesi Terzi: Progetto EMPLOIED - a valere sull'avviso P.I.U. - SU.PR.EME. Percorsi Individualizzati di Uscita dallo sfruttamento a supporto ed integrazione” finanziato dal PON INCLUSIONE FSE 2014-2020 – Asse III, CUP B35B19000250006. L'unità mobile – un camper attrezzato per svolgere funzioni di sportello itinerante – è stata utilizzata per intercettare e accogliere soggetti in condizione di marginalità, promuovendo l'emersione di situazioni di irregolarità, la regolarizzazione del soggiorno, il rilascio del codice STP, e l'accesso ai servizi pubblici. Inoltre, attraverso interventi mirati di orientamento socio-sanitario e mediazione culturale, la cooperativa ha facilitato l'avvio di percorsi di cura e prevenzione per persone spesso escluse dai circuiti istituzionali. L'equipe impegnata nell'unità di strada ha promosso attività di educazione alla salute, sensibilizzazione alla prevenzione e accompagnamento ai servizi territoriali, contribuendo concretamente a migliorare l'accesso alle cure primarie e a percorsi di screening, anche grazie a una profonda conoscenza del territorio e delle dinamiche locali. Infine, la LESS vanta un'esperienza pluriennale nell'attività di mediazione culturale svolta all'interno dei propri servizi SAI e progetti specifici; capacity building degli operatori del sistema sanitario e dei servizi di accoglienza in tema di individuazione, emersione e trattamento di vulnerabilità psico-socio-sanitarie. Inoltre, la cooperativa ha avviato nel corso del tempo diverse collaborazioni con varie strutture sanitarie pubbliche del territorio – tra cui ospedali, consultori familiari e distretti sanitari – attraverso l'impiego stabile di mediatori e mediatrici formati, capaci di facilitare la relazione tra i cittadini stranieri e il personale sanitario, favorendo percorsi di cura appropriati, rispettosi delle differenze culturali e linguistico-comunicative. All'interno del progetto, LESS attiverà presso la propria sede di Giugliano e Procida un'antenna sociale territoriale in cui allestirà uno Sportello a bassa soglia; a Giugliano metterà a disposizione la propria Unità mobile di strada per le attività di orientamento ai servizi sanitari; esprimerà mediatori culturali per le attività con i gruppi target di origine straniera ed esprimerà figure professionali qualificate per le diverse attività/servizi previsti dal progetto. IL SORRISO COOPERATIVA SOCIALE, con sede operativa ad Acerra, realizza abitualmente Servizio di Sostegno alla genitorialità / Servizio di Ascolto, Sensibilizzazione, Informazione, volto all'accompagnamento degli adulti che incontrano delle difficoltà nel loro ruolo genitoriale. I percorsi di sostegno alla genitorialità mirano a sciogliere e comprendere meglio la relazione con i propri figli. I percorsi di sostegno alla genitorialità non sono destinati a famiglie problematiche o solo in situazioni particolarmente traumatiche ma può essere un cammino utile a qualsiasi genitore per migliorare la relazione con i figli, le dinamiche familiari e la crescita di ogni membro della famiglia. All'interno del progetto, il Sorriso metterà a disposizione la propria sede operativa di Acerra per l'attivazione di un'antenna sociale territoriale e la realizzazione di uno Sportello a bassa soglia ed esprimerà figure professionali qualificate per le diverse attività/servizi previsti dal progetto. ARKÈ COOPERATIVA SOCIALE, con sede operativa a Ischia, realizza abitualmente i seguenti progetti e attività: • Progetto TACC – «Take Care of Caregiver» per la realizzazione di un Centro Servizi Laico e piattaforma digitale «Kerubin» per la presa in carico dei caregiver di pazienti cronici; coinvolgimento di 400

caregiver, in partnership con Ambito N13, ASL Napoli 2 Nord e PMI innovativa Kerubin srl SB. • Modellizzazione di percorsi di orientamento e accompagnamento agli screening oncologici attraverso figure di «facilitatori di comunità» già sperimentate in TACC. • Gestione di unità mobili per screening (mammografia, Pap test, FIT) in collaborazione con farmacie rurali e volontariato locale: pianificazione logistica, reclutamento utenti mediante micro animazione comunitaria. • Formazione continua di OSS, infermieri e mediatori culturali su counseling motivazionale e tecniche di advocacy sanitaria. • Rendicontazioni FSE, PON, progetti ministeriali e fondazioni private. All'interno del progetto, Arkè coprirà parte del territorio insulare, nello specifico metterà a disposizione un'antenna sociale nell'isola di Ischia per la realizzazione di Sportelli a bassa soglia; esprimerà figure professionali qualificate per le diverse attività/servizi previsti dal progetto. LA COOPERATIVA AGORA, con sede operativa a Caivano, sosterrà il rafforzamento di un'azione di sistema finalizzata a realizzare e sperimentare un modello per ampliare l'accesso alle prestazioni di screening oncologico da parte dei soggetti con vulnerabilità socioeconomica. Ciò attraverso misure di intercettazione e accoglienza, orientamento e assistenza alle prestazioni con un approccio integrato multi-azione e incentivante e servizi personalizzati, al fine di stimolare l'adesione ai tre programmi nazionali di screening (collo dell'utero, mammella e colon-retto). All'interno del progetto, Agorà metterà a disposizione la propria sede di Caivano per l'attivazione di un'antenna sociale territoriale e la realizzazione di uno Sportello a bassa soglia ed esprimerà figure professionali qualificate per le diverse attività/servizi previste dal progetto. ASSOUTENTI NAPOLI, in sinergia con l'ASL, ha attivato un sistema integrato di servizi orientati al sostegno del cittadino, mirato a intercettare bisogni emergenti, fornire assistenza tempestiva e creare una rete di prevenzione socio-sanitaria. Sono stati attivati sportelli di ascolto gestiti da personale formato, con i seguenti obiettivi: Raccogliere segnalazioni e disagi dei cittadini in modo riservato; Offrire una prima risposta orientativa ai problemi di tipo sanitario e sociale; Favorire l'accesso ai servizi pubblici in modo semplice ed efficace. La presenza di professionisti legali e consulenti consente agli utenti di ricevere assistenza su: diritti del paziente e tutela sanitaria; reclami verso strutture sanitarie o amministrazioni; orientamento in pratiche amministrative e ricorsi. Il modello adottato prevede una collaborazione reciproca tra Assoutenti, ASL e altri soggetti della rete socioassistenziale, attraverso: scambi di informazioni e buone pratiche; incontri periodici per coordinare interventi sul territorio; integrazione di servizi per evitare frammentazione dell'offerta. All'interno del progetto, Assoutenti metterà a disposizione lo Sportello di ascolto gestito a Quarto per la realizzazione dello Sportello a bassa soglia previsto dal progetto ed esprimerà figure professionali qualificate per le diverse attività/servizi previste dal progetto. LE ALI DELLA VITA COOPERATIVA SOCIALE con sede operativa in Casalnuovo ha organizzato e gestisce uno sportello informativo periodico presso il proprio nido, rivolto alle famiglie, per spiegare in modo semplice e diretto l'importanza della diagnosi precoce. Lo sportello di primo ascolto riceve ed indirizza le famiglie a seconda delle necessità. Il supporto nella prenotazione di visite di servizi e degli screening, anche per persone in difficoltà con strumenti digitali o con scarsa alfabetizzazione sanitaria. La partecipazione alla giornata di screening mobile in loco, facilitando la logistica, l'accoglienza e l'accompagnamento delle famiglie coinvolte. Questa esperienza ha permesso alla cooperativa di coniugare le competenze educative con una forte attenzione alla promozione della salute in un contesto di prossimità, rafforzando il ruolo dell'asilo nido non solo come luogo educativo, ma anche come presidio sociale e sanitario per la comunità. All'interno del progetto, Le ali della vita metterà a disposizione la propria sede di Casalnuovo per l'attivazione di un'antenna sociale territoriale e la realizzazione di uno Sportello a bassa soglia ed esprimerà figure professionali qualificate per le diverse attività/servizi previste dal progetto. L'Ente del Terzo Settore ACLI CAMPI FLEGREI APS, in partenariato con l'ASL NAPOLI 2 NORD, ha negli anni maturato le seguenti esperienze pluriennali: Attività di informazione presso il P.O. "Santa Maria delle Grazie" di Pozzuoli (NA); Attività di informazione e prevenzione contro l'uso di sostanze psicoattive, fumo e alcol, promuovendo accertamenti sanitari e "life skills"; Comunità terapeutica NUOVA EMMAUS di Bacoli (NA) per ragazzi con psicopatologie conclamate in comorbilità con altre patologie e/o disturbi; Attività di informazione ed orientamento delle detenute della Casa Circondariale di Pozzuoli (NA) e di Lauro (AV) su problematiche sanitarie; Inoltre, ha curato per diversi anni campagne di informazione, sensibilizzazione e raccolta fondi a favore della ricerca sul cancro con l'AIRC e la LILT, a favore dell'AIAS, nonché la gestione di diversi Centri di Ascolto per famiglie e soggetti fragili segnalati dai Servizi Sociali Territoriali, dalle Parrocchie e da altri organismi del Terzo Settore, in cui è stato possibile offrire assistenza materiale, psicologica ed orientamento ai servizi pubblici offerti dall'Azienda Sanitaria Locale e dai Comuni. Attualmente sono attivi n° 3 Centri di Ascolto presso le seguenti sedi operative delle ACLI: - Bacoli (NA), Via P. Fonseca n. 19 - Pozzuoli (NA), Via Traversa Strigari n. 40 - Monteruscello - Pozzuoli, Piazzale Minopoli snc. All'interno del progetto, ACLI Campi Flegrei metterà a disposizione lo Sportello che gestisce a Pozzuoli per l'attivazione di un'antenna sociale territoriale e la realizzazione di uno Sportello a bassa soglia; esprimerà figure professionali qualificate per le diverse attività/servizi previste dal progetto. IL MANDORLO ODV ha sviluppato un'area di lavoro completamente dedicata ai soggetti fragili con disabilità, offrendo sia attività di volontariato, sia interventi di servizio e progetti finanziati da enti regionali, nazionali e fondazioni private. Nel territorio dell'ASL Napoli 2 Nord, Il Mandorlo è stato partner del Progetto "Nessuno escluso: inserimento lavorativo per giovani disabili", con l'obiettivo di rafforzare le azioni già realizzate dal capofila AIAS Casoria, a favore della popolazione disabile giovanile mediante la realizzazione di interventi che oltre a favorire l'integrazione sociale, intendono offrire opportunità di inserimento lavorativo nel settore della ristorazione, uno dei pochi in crescita in Campania, oltre che strumenti per orientarsi in maniera mirata nel mondo del lavoro. All'interno del progetto "Devi volerti bene", sosterrà il rafforzamento di un'azione di sistema finalizzata a realizzare e sperimentare un modello per ampliare l'accesso alle prestazioni di screening oncologico da parte dei soggetti con vulnerabilità socioeconomica. Ciò attraverso misure di intercettazione e accoglienza, orientamento e assistenza alle prestazioni con un approccio integrato multi-azione e incentivante e servizi personalizzati, al fine di stimolare l'adesione ai tre programmi nazionali di screening (collo dell'utero, mammella e colon-retto), mettendo a disposizione figure professionali qualificate e i propri volontari. LA COOPERATIVA SOCIALE MAGMA è ente di formazione accreditato in Regione Campania e potrà curare l'azione progettuale dedicata alla formazione del personale, al fine di

rendere più efficace ed efficiente l'offerta dei servizi di promozione e sensibilizzazione allo svolgimento degli screening, grazie a personale formato e per il quale sia stata stimolata una capacity building adeguata, anche in relazione alla presa in carico del post-screening. Magma ha maturato le seguenti attività affini: - Corsi di formazione in collaborazione con altri enti del terzo settore, agenzie formative ed aziende del territorio rivolti a persone in condizione di vulnerabilità sociale, finalizzati all'acquisizione di competenze nel settore della ristorazione, della gestione degli spazi comuni e del turismo sociale nonché nella creazione di impresa e nell'auto-imprenditorialità; - Laboratori di empowerment per l'acquisizione di soft skills e competenze trasversali utili all'inserimento lavorativo, con un focus su comunicazione, gestione del tempo e problem solving; - Progetti di formazione e inclusione sociale in collaborazione con enti del terzo settore e istituzioni locali, volti a favorire il reinserimento lavorativo attraverso metodologie innovative di apprendimento attivo. All'interno del progetto, Magma curerà l'implementazione di programmi formativi per gli operatori dedicando i primi sei mesi alla formazione degli operatori professionali coinvolti e i successivi 6 mesi alla formazione dei volontari, oltre a mettere a disposizione figure professionali qualificate per ulteriori attività di progetto. LA COOPERATIVA SOCIALE PASS, nell'ottobre del 2024 si è aggiudicata l'affidamento in Convenzione della gestione dei "Laboratori di riabilitazione" da parte dell'ASL NAPOLI 2 NORD (Delibera n. 1865 del 03/10/2024), rivolti ai giovani del territorio di affetti da dipendenza patologica o a rischio di dipendenza. La sede presso la quale opera è il Ser.D. di Casavatore (lotto 3). Il Centro Diurno dell'ASL Napoli 2 NORD attraverso la Cooperativa P.A.S.S. offre servizi e attività incentrate sulla definizione di percorsi esperienziali e laboratoriali. Il Laboratorio di riabilitazione è una realtà di utilità sociale con finalità educative e riabilitative, orientata ai giovani del territorio che abbiano storie personali di dipendenze o che siano a rischio di addiction. All'interno del territorio dell'ASL Napoli 2 Nord è stata partner nei progetti - "Game over", per creare risposte integrate per il supporto alle persone affette da dipendenza da gioco favorendo percorsi di autonomia e fuoriuscita dai circuiti devianti. A tal fine sono state potenziate le attività di riabilitazione presenti nei due 2 centri della Asl e avviato un modulo per il gioco d'azzardo presso un centro diurno gestito da un partner. - "Casa Bartimeo" per offrire accoglienza e assistenza, sia materiale che morale, per essere un sostegno tangibile a chi si trova in condizioni di vulnerabilità, attraverso una varietà di servizi, tra cui accoglienza, ascolto, opportunità di inserimento lavorativo e attività artistico-culturali capaci di generare bellezza e riscatto sociale. In virtù dell'esperienza acquisita nel contatto con persone vulnerabili di origine straniera e ROM, all'interno del progetto, la Cooperativa PASS curerà prioritariamente le attività educative per la promozione degli screening tra le comunità Rom tramite momenti di dialogo informale con il personale sanitario, l'attivazione di un canale di comunicazione quotidiano tra alcune famiglie e l'ASL e l'individuazione di operatori dedicati alla cura delle relazioni con le famiglie RSC.

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)

La presenza di una rete partenariale composita, costituita da Cooperative e Associazioni, già presenti sul territorio della Provincia di Napoli da numerosi anni, è garanzia di una pluralità notevole di risorse umane e competenze disponibili a dare sostegno e continuità alle iniziative intraprese e conferiranno solidità all'intervento. La governance di rete sarà realizzata attraverso una struttura a matrice che consente di coordinare sia gli aspetti territoriali, sia gli aspetti contenutistici relativi alle diverse azioni e ai servizi da erogare. L'obiettivo è garantire una fluida gestione del progetto attraverso una chiara suddivisione dei compiti di coordinamento e una strategia di comunicazione interna efficace. La governance di rete vedrà al vertice la CABINA DI REGIA sopra descritta. La Cabina di Regia, guidata dal capofila, sarà anche l'interlocutrice dell'ASL Napoli 2 Nord e della Regione Campania in fase di coprogettazione. Si occuperà dell'elaborazione di eventuali linee guida per l'attuazione degli interventi; effettuerà la ricognizione periodica e puntuale sullo stato di attuazione degli interventi, esaminerà le tematiche e gli specifici profili di criticità segnalati dalle "antenne sociali" territoriali, trasmetterà, per il tramite del Responsabile di progetto, alla Regione Campania una relazione sullo stato di attuazione nonché ogni elemento utile a valutare lo stato di avanzamento degli interventi, il loro impatto e l'efficacia rispetto agli obiettivi perseguiti. Il RESPONSABILE DI PROGETTO espresso dal capofila, che farà da referente dell'intero Partenariato per la gestione delle azioni progettuali. In sintesi si occuperà di: predisporre l'organizzazione del progetto; convocare la Cabina di regia; fornire supporto metodologico agli enti partner; presenziare ad eventi pubblici e di promozione del progetto; mantenere una comunicazione costante con i referenti istituzionali garantendo pronta reperibilità, interfacciandosi periodicamente con gli uffici regionali e relazionando sulle attività; partecipare agli incontri organizzativi o di aggiornamento richiesti dal Committente; fungere da raccordo tra il partenariato, l'ASL Napoli 2 Nord e la Regione Campania in relazione a tutti gli aspetti connessi alla gestione del progetto. Il Responsabile di progetto verrà affiancato, nella prima parte di progetto, da un PROGETTISTA ESCUTIVO, e durante lo svolgimento delle attività, dalla figura di un MEDICO ESPERTO che potrà fungere da consulente tecnico e da uno o più COMMUNITY MAKER che terranno le fila di animazione territoriale e di rete per le 3 aree geografiche di cui si compone il territorio dell'ASL NA 2 Nord. Per realizzare un controllo finanziario e tecnico capillare e costante, in grado di garantire una corretta gestione economica e organizzativa, ogni ETS partner metterà a disposizione una o più RISORSE UMANE QUALIFICATE PER LA RENDICONTAZIONE E/O LA SEGRETERIA. Questa struttura di gestione della rete garantirà una direzione forte ed univoca, seppure partecipata, pronta ad intervenire in caso di bisogno per rimodulare azioni e tempistiche, utile per raggiungere gli obiettivi di progetto. L'utilizzo di meccanismi comunicativi e di condivisione degli strumenti consentirà di essere efficaci nell'apportare eventuali modifiche e

correttivi e comunicare in modo efficace con i diversi partner, con l'ASL Napoli 2 Nord e con la Regione Campania. Il metodo proposto poggia su una responsabilizzazione e contaminazione della comunità educante Pubblico/Privato sociale che unisce le forze nella creazione di una EQUIPE TERRITORIALE INTEGRATA (ETI), composta da Personale sanitario, Psicologo, Mediatore culturale, Assistente sociale, Educatore e Sociologo, che lavoreranno all'interno degli Sportelli a bassa soglia e delle Unità mobili di strada, con lo scopo di attivare spazi di condivisione per una maggiore copertura degli screening oncologici e per la successiva presa in carico in caso di diagnosi infausta. L'ETI attua un intervento di "Adozione Sociale" avvalendosi dell'integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie e della fruizione dei servizi educativi in un'ottica di sistema per gli utenti intercettati, così da apportare un'alta specializzazione sui temi della presa in carico socio-sanitaria. La coprogettazione dei casi e la costruzione dei percorsi personalizzati per gli utenti avvengono in tavoli multidisciplinari tra servizi sanitari e operatori del privato sociale, per favorire la diagnosi precoce e per garantire interventi coordinati. Per la SELEZIONE DEGLI OPERATORI si terrà conto di: Positiva esperienza in progetti; Titoli professionali; Iscrizione all'Albo professionale di riferimento; Eventuali ed ulteriori specializzazioni acquisite anche con corsi di formazione precedenti; Ruoli professionali agiti in passato durante eventuali esperienze lavorative nel settore di riferimento; Grado di sensibilità verso l'area professionale. Oltre ai titoli e alle esperienze richieste, le professionalità impiegate possiederanno i seguenti requisiti: capacità di ascolto, di collaborazione, di comunicazione empatica; disponibilità di tempo e flessibilità oraria; capacità di problem solving. Tutto il personale coinvolto nel progetto dovrà essere disponibile a progettare insieme e ad assumere lo strumento del lavoro di gruppo come principale metodo di progettazione, monitoraggio e valutazione degli interventi; garantire il massimo di segretezza professionale per tutto quanto si riferisce alle informazioni sull'utente; interagire con le altre figure (operatori sociali, personale sanitario, volontari, ecc.); proporre quanto ritenga utile, opportuno e vantaggioso per l'utente; partecipare alle attività di formazione e di approfondimento metodologico. Le figure saranno impiegate in modo razionale e flessibile così da garantire la risposta ai bisogni della popolazione target. La programmazione periodica e il calendario settimanale aiuteranno a garantire l'organizzazione funzionale delle figure in équipe. Le attività saranno tutte registrate e documentate attraverso gli strumenti di progettazione, documentazione, di monitoraggio e valutazione, in modo da consentirne la verifica. **RUOLI, FUNZIONI, AMBITI DI RESPONSABILITÀ NELLA COSTRUZIONE DELL'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE.** La gestione delle risorse umane verrà affidata a un COORDINATORE D'EQUIPE, individuato tra gli operatori che la compongono e che dedicherà parte del suo monte ore per raccordare le risorse messe a disposizione dalla Regione con le esigenze degli utenti intercettati. I compiti del coordinatore saranno: Predisporre l'organizzazione dell'attività (avvio del servizio, tempistica degli incontri con i cittadini, gestione degli spazi, modalità di comunicazione e di verifica); Coordinare il lavoro di rete dell'équipe per sviluppare strategie di intervento personalizzate e integrate che tengano conto delle specifiche difficoltà sociali dei cittadini intercettati; Gestire i turni degli operatori presso gli Sportelli e le Unità mobili; Fungere da raccordo tra gli operatori, la Cabina di regia e l'ASL in relazione a tutti gli aspetti connessi alla gestione del progetto; Segnalare eventuali criticità; Garantire pronta reperibilità per il monitoraggio dei servizi. La motivazione del lavoro di rete all'interno dell'équipe multidisciplinare è sorretta da ragioni concrete connesse all'agire pratico degli operatori: la co-progettazione sui singoli casi dà quasi sempre origine a soluzioni non parziali ma integrate del caso stesso. Il ruolo del coordinatore è funzionale proprio alla corretta realizzazione dell'attività di coordinamento con i servizi sanitari specialistici per le adesioni agli screening e l'eventuale invio a strutture di secondo livello. Il PERSONALE SANITARIO svolgerà un ruolo attivo nel portare la prevenzione "fuori dalle mura" degli ospedali e degli ambulatori, rendendola più accessibile, comprensibile e vicina alle persone. La loro competenza professionale, unita a capacità comunicative e relazionali efficaci, è fondamentale per aumentare l'adesione ai programmi di screening e contribuire alla riduzione dell'incidenza e della mortalità per i tumori. Presso gli Sportelli e le UdS saranno presenti diverse professionalità a seconda delle attività specifiche svolte: - OPERATORI SANITARI per accoglienza; anamnesi; gestione degli appuntamenti e delle prenotazioni; attività di informazione, educazione alla salute e promozione degli screening a livello comunitario; - TECNICI PER LA DIAGNOSTICA: per gli esami di prevenzione primaria previsti dai servizi incentivanti; - MEDICI (generici o specialisti): per fornire supporto nella lettura dei test, consulenze più approfondite nel caso di diagnosi incerte o infauste, consulenze previste dai servizi incentivanti (nutrizionista, dentista, ecc.). La figura dell'OPERATORE SOCIALE svolge un ruolo complementare a quello del personale sanitario poiché la loro azione è mirata allo sviluppo dell'empowerment dell'utenza. Il suo focus principale è sulla promozione della salute e sulla diffusione di consapevolezza tra la comunità, agendo come un facilitatore del cambiamento di comportamenti e un ponte tra i servizi sanitari e la popolazione. Gli operatori sociali sono una macro-categoria di personale impiegato che ricopre diverse mansioni e svolge molteplici tipologie di attività, come di seguito elencate: L'EDUCATORE promuoverà la cultura della prevenzione traducendo le informazioni complesse in messaggi chiari e accessibili e motivando all'adozione di comportamenti preventivi. La sua presenza contribuisce a rendere l'offerta di screening più accessibile, aumentando la probabilità di un'adesione consapevole e partecipata da parte della popolazione. Il suo compito è: - Fornire informazioni dettagliate e comprensibili sui tumori prevenibili attraverso lo screening, sui fattori di rischio, sui benefici della diagnosi precoce e sui percorsi di screening disponibili; - Adattare il linguaggio e i materiali informativi alle diverse fasce di popolazione e ai diversi livelli di alfabetizzazione sanitaria; - Utilizzare metodologie educative partecipative e strategie di comunicazione per motivare le persone a aderire ai programmi di screening, affrontando le loro paure e preoccupazioni; - Aiutare le persone a sviluppare la consapevolezza e le competenze necessarie per prendere decisioni informate sulla propria salute e per partecipare attivamente ai programmi di prevenzione, offrendo sostegno emotivo e incoraggiamento e creando un ambiente di ascolto e supporto, per ridurre l'ansia e il disagio legati al contatto con i servizi sanitari; - Nelle attività di informazione e di promozione, organizzare e condurre attività di sensibilizzazione (eventi informativi, laboratori, incontri pubblici) insieme ai VOLONTARI da formare e coinvolgere per aumentare la consapevolezza sull'importanza della prevenzione e dello screening, valorizzare le esperienze positive e i benefici individuali e collettivi derivanti dalla prevenzione e favorire la creazione di reti di

supporto tra pari per attività di storytelling che coinvolgono singoli cittadini nella condivisione del proprio percorso di prevenzione. Durante le azioni di animazione territoriale, avrà particolare importanza l'impiego dell'EDUCATORE DI STRADA che avrà il compito specifico di fare da "ponte" tra i servizi dell'ASL, il personale e gruppi target della popolazione (es. soggetti in situazione di svantaggio economico, ROM, ecc.) che vivono ai margini del sistema sanitario, identificando i bisogni di specifiche comunità, organizzando attività di sensibilizzazione "porta a porta", stabilendo contatti e attivando collaborazioni con associazioni, parrocchie e altre realtà del territorio per diffondere informazioni sugli screening. L'ASSISTENTE SOCIALE ricopre un ruolo cruciale nell'identificare e affrontare le barriere sociali, economiche ed emotive che possono ostacolare l'accesso e l'adesione ai programmi di prevenzione. La sua presenza è fondamentale per garantire che i programmi di screening oncologici raggiungano efficacemente anche le fasce di popolazione più vulnerabili, contribuendo a ridurre le disuguaglianze. La sua prospettiva si concentra sul benessere globale della persona e sul contesto in cui vive. Il suo compito consiste in: - Valutare i bisogni sociali, effettuando colloqui individuali per comprendere la situazione socio-economica, familiare, abitativa e relazionale degli utenti intercettati e identificando eventuali fattori di vulnerabilità sociale (isolamento, precarietà economica, difficoltà linguistiche, mancanza di supporto familiare, problemi di salute mentale, dipendenze) che possono influenzare la capacità di accedere allo screening; - Fornire informazioni e orientamento ai servizi sociali disponibili (supporto economico, alloggiativo, legale, psicologico, di trasporto, di assistenza domiciliare) e sulle modalità di accesso, per affrontare le loro problematiche specifiche, creando un ambiente di fiducia; - Aiutare le persone a sviluppare la consapevolezza dei propri diritti, compreso quello alla salute, e delle proprie risorse, supportandole nel processo di auto-aiuto e nell'attivazione di reti di sostegno; - Intervenire sulle Barriere all'Accesso, identificando quelle che impediscono l'adesione allo screening (difficoltà di trasporto, problemi di conciliazione lavoro-famiglia, costi degli spostamenti o di eventuali ticket), utilizzando i servizi incentivanti per superarle (es. trasporto sociale, orientamento al lavoro, ecc.); - Svolgere attività di advocacy e di invio ai servizi sociali nei casi di vulnerabilità socio-economica, stabilendo e mantenendo contatti le reti sociali formali e informali del territorio (enti locali, associazioni di volontariato, gruppi di auto-aiuto) per facilitare l'accesso allo screening, promuovere una maggiore inclusione sociale e agire come "voce" dei bisogni delle persone vulnerabili; - Sensibilizzare l'equipe di lavoro e le istituzioni sull'impatto dei fattori sociali sulla salute e sulla necessità di adottare un approccio equo e inclusivo nella promozione della prevenzione oncologica. Il MEDIATORE CULTURALE faciliterà la comunicazione e la comprensione tra il personale sanitario e le persone provenienti da contesti culturali e linguistici diversi, per superare le barriere che possono ostacolare l'accesso e l'adesione ai programmi di prevenzione. La sua competenza specifica è fondamentale per raggiungere efficacemente le comunità straniere e ROM, garantendo che anche loro possano beneficiare dei programmi di screening oncologico e contribuendo a ridurre le disuguaglianze in salute. Le sue principali attività sono: - Fornire traduzione orale e scritta di materiali informativi, consensi informati e altra documentazione rilevante nelle lingue parlate dagli utenti; - Offrire interpretariato linguistico durante i colloqui informativi, le anamnesi, le spiegazioni sulle procedure di screening e le eventuali comunicazioni di esito; - Facilitare la comunicazione tra operatori sanitari e utenti provenienti da culture diverse, spiegando le norme culturali, i valori, le credenze e le pratiche sanitarie del contesto di provenienza dell'utente; - Aiutare il personale sanitario a comprendere le eventuali resistenze, paure o incomprensioni legate allo screening che possono derivare da differenze culturali nella percezione della salute, della malattia e del corpo; - Aiutare a superare eventuali malintesi o conflitti comunicativi dovuti a differenze culturali. Nelle attività di informazione e di animazione territoriale, collabora per organizzare eventi informativi e di sensibilizzazione sugli screening oncologici all'interno dei loro contesti e contribuisce allo sviluppo di strategie mirate per superare queste barriere. Lo PSICOLOGO fornisce supporto emotivo, affronta le ansie e le paure legate alla prevenzione e alla possibile diagnosi e promuove un approccio consapevole alla salute e migliorare la gestione psicologica delle diverse fasi del processo. Le sue funzioni sono: - Offrire ascolto attivo ed empatico alle persone che si rivolgono al servizio, creando un ambiente di fiducia e non giudicante; - Aiutare a esplorare e gestire le emozioni legate alla prevenzione oncologica, come ansia, paura dell'esame, preoccupazione per i risultati, timore della malattia; - Fornire tecniche di gestione dello stress per affrontare l'attesa degli esiti o l'eventuale necessità di ulteriori accertamenti; - Offrire un supporto psicologico mirato a chi ha avuto esperienze negative pregresse con la sanità o con la malattia oncologica in famiglia; - Effettuare valutazioni psicologiche preliminari per identificare eventuali fattori di vulnerabilità psicologica (es. elevati livelli di ansia, depressione, disturbi del sonno) che potrebbero influenzare l'adesione allo screening o la gestione emotiva degli esiti; - Segnalare e orientare verso servizi di salute mentale specialistici i casi che necessitano di un supporto più approfondito. - Promuovere un atteggiamento proattivo verso la prevenzione, incoraggiando la partecipazione consapevole e motivata agli screening; - Rinforzare le risorse psicologiche individuali per affrontare le sfide legate alla salute. Oltre alla presenza presso Sportelli e UdS, la figura dello psicologo verrà impiegata nei percorsi di supporto psico-oncologico in caso di esiti positivi o dubbi dello screening, aiutando le persone ad affrontare l'ansia, l'incertezza e la necessità di ulteriori accertamenti. In uno sportello e in un'unità mobile di strada dedicati alla prevenzione degli screening oncologici, il SOCIOLOGO apporta una prospettiva unica e complementare, focalizzandosi sulle dinamiche sociali, culturali, economiche e organizzative che influenzano l'adesione ai programmi di prevenzione e l'accesso ai servizi sanitari. Il suo ruolo si concentra sulla raccolta dei dati, l'analisi dei contesti e l'identificazione di strategie per superare le disuguaglianze sociali in salute. Le sue principali attività sono: - Studiare fattori socio-economici (reddito, istruzione, occupazione, condizione abitativa), fattori culturali (credenze, valori, norme sociali), reti sociali, capitale sociale e contesto territoriale influenzano la consapevolezza, gli atteggiamenti e i comportamenti nei confronti della prevenzione oncologica. - Identificare i gruppi sociali con tassi di adesione allo screening più bassi e analizzare le ragioni strutturali di queste disparità; - Progettare e condurre ricerche qualitative (es. interviste) e quantitative (sondaggi) per comprendere le percezioni, le motivazioni, le barriere e i bisogni specifici delle diverse popolazioni target rispetto agli screening oncologici; - Analizzare i dati raccolti per identificare trend, correlazioni e fattori predittivi dell'adesione. - Valutare l'impatto sociale delle iniziative di promozione dello screening; Individuare le barriere culturali,

linguistiche, di fiducia, di accesso geografico o organizzative che ostacolano l'adesione allo screening per specifici gruppi sociali; - sulla base dell'analisi dei determinanti sociali e delle barriere identificate, contribuire allo sviluppo di strategie di comunicazione, sensibilizzazione e intervento mirate a specifici gruppi sociali (es. comunità migranti, persone a basso reddito, residenti in aree rurali). All'interno del progetto, la figura del Sociologo verrà impiegata, insieme a un Esperto conduttore di tavoli di co-progettazione per l'implementazione di un sistema strutturato di indicatori per la creazione di un modello replicabile tramite incontri di confronto tra i referenti delle ASL campane. Il sociologo valuterà l'impatto sociale delle azioni di promozione dello screening previste dal presente progetto e supporterà l'organizzazione di processi partecipativi per garantire che siano rispondenti ai loro bisogni e contesti specifici. Agirà come mediatore tra le esigenze dei cittadini e l'organizzazione dei servizi sanitari, facilitando la creazione di servizi più accessibili e culturalmente competenti. La sua prospettiva è fondamentale per garantire che le iniziative di promozione degli screening oncologici non siano "neutre" dal punto di vista sociale, ma tengano conto delle diverse realtà e dei bisogni specifici delle diverse comunità, contribuendo a ridurre le disuguaglianze e a migliorare l'efficacia complessiva degli interventi. Oltre alle risorse umane sopracitate, il progetto prevedrà l'impiego di: PERSONALE QUALIFICATO PER LA FORMAZIONE delle risorse umane; OPERATORI WEB per lo sviluppo, la gestione e l'aggiornamento della Piattaforma dedicata inter-operabile con i sistemi informativi regionali; OPERATORI per il servizio incentivante di ORIENTAMENTO AL LAVORO presso sportelli di ricerca per utenza in mancanza di reddito e lavoro, con lo scopo di supportare nell'emersione delle competenze e nella ricerca occupazionale; AUTISTA delle UdS e del servizio di trasporto sociale. La COLLABORAZIONE EFFICACE TRA L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE E IL PERSONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE diventa cruciale per raggiungere una maggiore copertura degli screening oncologici e garantire un percorso fluido e completo per il cittadino. L'obiettivo primario è assicurare che le persone, che aderiscono a un programma di screening e presentano risultati sospetti o necessitano di ulteriori accertamenti, vengano indirizzate in modo efficiente e tempestivo alle strutture sanitarie appropriate per la diagnosi e il trattamento e ricevano continuità assistenziale, facendo in modo che le informazioni rilevanti sulla situazione del paziente vengano condivise in modo adeguato tra i diversi livelli. Ciò si concretizza nelle procedure di REFERRAL, successive all'effettuazione dello screening. Presso lo Sportello e le UdS, per gli utenti che aderiscono al programma di screening, vengono forniti i contatti di un referente a cui la persona può rivolgersi per eventuali dubbi o difficoltà. La ragione più comune per un referral è un risultato dello screening che indica una potenziale anomalia o un rischio elevato. L'operatore coinvolge il personale medico impiegato nel progetto per offrire supporto nella lettura dei test. Nel frattempo, revisiona la Scheda utente, compilata all'atto dell'adesione al programma, assicurandosi di avere i dati anagrafici corretti della persona e le informazioni relative allo screening effettuato (tipo di test, data, risultato). Successivamente raccoglie informazioni aggiuntive sulla storia clinica della persona, eventuali fattori di rischio o sintomi correlati e segue i protocolli definiti dall'ASL sulla base dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PTDA) validati dalla Regione Campania per l'indirizzamento alle strutture specialistiche. Si cercherà di indirizzare la persona verso strutture con tempi di attesa ragionevoli, tenendo conto, se possibile, anche delle preferenze del cittadino. Le modalità dell'invio si concretizzano nella compilazione di una Lettera di Referral, contenente i dati della persona, il tipo di screening effettuato, il risultato e il motivo del referral e nella Prenotazione del primo appuntamento presso la struttura sanitaria indicata per facilitare la presa in carico, tramite la piattaforma digitale e/o contattando direttamente il personale amministrativo delle strutture sanitarie. Questo semplifica notevolmente il processo per il cittadino e riduce il rischio di "dispersione". Se la prenotazione diretta non è possibile, l'operatore fornisce alla persona informazioni dettagliate sulla struttura a cui rivolgersi e le istruzioni su come prendere l'appuntamento. Sarà importante offrire sostegno emotivo e rassicurare la persona, soprattutto in caso di risultati sospetti, proponendo la possibilità di supporto psicologico presso lo sportello e le UdS. La co-progettazione con i referenti dell'ASL Napoli 2 Nord in Cabina di regia stabilirà accordi e protocolli con le strutture sanitarie per garantire percorsi preferenziali per gli utenti inviati dalle Unità mobili e dagli Sportelli, riducendo i tempi di attesa per gli approfondimenti diagnostici e le eventuali terapie. La formazione congiunta per il personale dell'equipe multidisciplinare, che lavora presso le "antenne sociali" attivate, e quello delle strutture sanitarie consentirà di uniformare le procedure, migliorare la comunicazione e creare un clima di collaborazione. L'implementazione di un sistema strutturato di indicatori favorirà il feedback reciproco tra gli Sportelli, le UdS e le strutture sanitarie per identificare aree di miglioramento sia nell'indirizzamento al programma degli screening che nelle procedure di referral e valutare l'efficacia del sistema. Sarà importante, inoltre, integrare i Medici di Medicina Generale (MMG) nel processo di referral, informandoli degli screening effettuati dai loro pazienti per garantire una presa in carico globale, e collaborare con i servizi sociali territoriali per raggiungere le fasce di popolazione più vulnerabili e per fornire un supporto più completo nel percorso di screening e follow-up. Rilevante sarà il coinvolgimento della rete e delle risorse del territorio. Allo scopo, saranno istituiti protocolli d'intesa per formalizzare i rapporti di collaborazione, le modalità di segnalazione/invio/presa in carico dei destinatari, il supporto alle attività fornito dagli enti del territorio. In una logica di rafforzamento del welfare comunitario, verranno coinvolti partner esterni pubblici e privati per il potenziamento, anche di carattere innovativo, delle attività di prevenzione oncologica e i servizi di orientamento e assistenza sanitaria. Tali stakeholder (Comuni, farmacie, studi medici, consultori, associazioni, parrocchie, ecc.) potranno essere, altresì, mappati di continuo affinché la rete territoriale possa allargarsi.

COSTO TOTALE DEL PROGETTO

Costo attività di progetto ammissibili al netto del Cofinanziamento

Costi indiretti (max 7% dei costi diretti ammissibili)

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

Costo totale del Progetto a valere sul FSE+

2757081

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

55141.62

Costo Totale Progetto

2812222.62

PIANO DEI COSTI

Piano dei Costi

pianodeicosti.p7m

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

Presa 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