

## Programma Nazionale “Equità nella Salute” 2021-2027

### Contrastare la povertà sanitaria

#### 1. PIANO DI INTERVENTI dell’Azienda Sanitaria Locale LECCE

Responsabile dell’attuazione	Dott. Luigi Negro
Referente amministrativo	Dott.ssa Anna Maria De Donno

#### 2. DESCRIZIONE DEL CONTESTO (COMUNE A TUTTI I PROGETTI)

Breve descrizione delle **attività ed esperienze pregresse** di medicina di prossimità in *outreach* attraverso motorhome ed equipe multidisciplinare

##### 1. Attività in outreach:

Dopo la partecipazione al Progetto “Su.Pr.Eme” negli anni 2020 e 2021, la Asl Lecce ha partecipato al Progetto “P.I.U. Su.Pr.Eme” per l’anno 2023 – Percorsi individualizzati di uscita dallo sfruttamento e supporto ed integrazione delle azioni del progetto Su.Pr.Eme di contrasto sistemico ed integrazione delle azioni del progetto Su.Pr.Eme. Di contrasto sistemico allo sfruttamento – PON Inclusione (FSE 2114-2020) – OT.9- OS 9.2.3 – WP 1 – Task n. 4 – “Interventi di outreaching con prevenzione sanitaria” - CUP B 35B190002500065.

Per il Progetto “P.I.U. Su.Pr.Eme” gli interventi hanno riguardato in particolare gli ospiti (lavoratori agricoli extracomunitari) della Foresteria Boncuri di Nardò (LE), peraltro sede del Coordinamento del Progetto che si è svolto presso numerose altre località del territorio provinciale dove sono presenti comunità di stranieri extracomunitari. La tipologia di interventi ha riguardato: Alfabetizzazione sanitaria; informazioni giuridiche sulle corrette best practice da seguire per muoversi nella legalità; consulenza giuridica e psicosociale; consulenza medica; sicurezza sul lavoro; incontri interculturali; momenti di svago e divertimento.

I soggetti coinvolti: cittadini stranieri extracomunitari.

Adesione e risultati ottenuti: uno dei principali obiettivi raggiunti è essere riusciti ad acquisire la fiducia degli utenti inizialmente molto restii e diffidenti nel dialogare con le persone della équipe multidisciplinare. Il programma di sensibilizzazione e consulenza ha instaurato un ottimo rapporto con tutti coloro che hanno preso parte agli incontri, creando sempre maggiore fiducia e collaborazione all’interno della foresteria Boncuri e nelle strutture ospitanti sul territorio. Numero e il profilo degli operatori: il Progetto “P.I.U. Su.Pr.Eme” ASL LE ha visto come “Soggetto Attuatore” (con apposita convenzione per la realizzazione degli interventi di outreaching la Croce Rossa Italiana – Comitato di Lecce che ha condotto gli interventi tramite l’équipe multidisciplinare costituita da: n.1 medico; n. 1 infermiere; n. 1 assistente sociale; n. 1 psicologo; n. 1 mediatore culturale; n. 1 Assistente legale; n. 1 autista soccorritore. Criticità emerse: iniziale diffidenza poi superata; alleviare le cicatrici fisiche e psicologiche di persone attraversate da storie il cui racconto ha lasciato il segno anche sugli operatori per l’orrore e la sofferenza che, queste persone, hanno dovuto subire. Necessità di rafforzare la collaborazione tra il terzo settore e la pubblica amministrazione per facilitare la condivisione di risorse, competenze, esperienze e buone pratiche, oltre a stimolare l’innovazione sociale e la sussidiarietà.

L’attività in outreach, durata dal 01.08.2023 al 31.10.2023, è stata realizzata a valere sul finanziamento della Commissione Europea – Decisione C (2014) 10130 del 17.12.2014, come modificata con decisione di esecuzione C (2017) n. 8881 del 15.12.2023 e Decisione di esecuzione C (2018) 8586 del

06.12.2018 – Approvazione PON Inclusione il quale prevede, all'Asse prioritario 3 – Obiettivo tematico 9 – l'obiettivo specifico 9.2.3 – Progetti integrati di inclusione attiva rivolti alle vittime della violenza, di tratta e grave sfruttamento, ai minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età, ai beneficiari di protezione internazionale sussidiaria ed umanitaria ed alle persone a rischio di discriminazione. La Regione Puglia risulta beneficiario capofila per la realizzazione della proposta progettuale "P.I.U. Su.Pr.Eme" (Decreto Direttoriale n. 35 del 08.03.2019 della D.G. Immigrazione – Divisione I

Le U.O. coinvolte sono il Distretto Socio Sanitario di Nardò, Direttore Dr. Oronzo Borgia – Dipartimento di Prevenzione, Direttore Dr. Alberto Fedele – Area Socio Sanitaria, Direttore Dr. Luigi Negro.

Nell'ambito della medicina di prossimità, inoltre, sono già attivi ambulatori di prossimità; in tutti i 10 Distretti Socio Sanitari della Asl Lecce sono presenti gli uffici per il rilascio del codice STP.

Le aree del territorio segnalate come più urgenti sono quelle con presenza non solo di stranieri lavoratori extracomunitari ma anche di Stranieri irregolari, anche di minore età.

**2. Utilizzo di motorhome:** (inserire eventuale disponibilità)

Non sono presenti motorhome attrezzati sul territorio dell'Azienda.

**3. Co-progettazione con ETS:**

Per il Progetto P.I.U. Su.Pr.Eme, la Asl Le ha stipulato apposita convenzione con C.R.I. - Comitato Provinciale Lecce in qualità di Soggetto Attuatore.

Non sono presenti elenchi/albi di riferimento di ETS.

**4. Attività di alfabetizzazione e orientamento per vulnerabili e migranti:**

Sono state effettuate attività di alfabetizzazione nell'ambito del progetto o "P.I.U. Su.Pr.Eme" per gli operatori.

Non sono presenti attività di orientamento per i destinatari.

## INFORMAZIONI DI SINTESI PIANO DI INTERVENTI

### 3. Costo totale Piano di Interventi

Progetti	Codice progetto	FESR max Euro	FSE+ max Euro	TOTALE max Euro
Costituzione delle equipe multidisciplinari per attività clinica	<b>IN.4k.1_02</b>		2.932.582,80 €	2.932.582,80 €
Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitari	<b>IN.4k.1_04</b>		1.545.726,69 €	1.545.726,69 €
Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni	<b>IN.4k.2_02</b>		138.250,33 €	138.250,33 €
Mediazione di sistema	<b>IN.4k.3_01</b>		31.839,47 €	31.839,47 €
Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di <i>outreach</i>	<b>IN.4.5.1_01</b>	1.669.055,41 € (di cui max 1.151.340,60 € personale)		1.669.055,41 €
Acquisizione di protesi odontoiatriche per persone in povertà sanitaria	<b>IN.4.5.1_03</b>	1.315.472,86 €		1.315.472,86 €
Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria presso la popolazione target	<b>IN.4.5.2_03</b>	33.515,23 €		33.515,23 €
<b>Totale</b>		<b>3.018.043,50</b>	<b>4.648.399,29</b>	<b>7.666.442,79</b>

#### 4. Indicatori output e risultato

##### 4.1- INDICATORI DI OUTPUT PREVISTI – FSE+

Cod indicatore	Indicatore	Unità di Misura	Target intermedio (2024)	Target finale (2029)
EECO01	Numero totale dei partecipanti	Numero partecipanti	84	3.356
EECO13	Cittadini Paesi Terzi	Numero partecipanti	34	1.343

##### 4.2 - INDICATORI DI RISULTATO PREVISTI - FSE+

Cod indicatore	Indicatore	Unità di Misura	Target finale (2029)
ISR4_2IT	Numero partecipanti che alla conclusione degli interventi si trovano in una situazione migliorativa	Numero Partecipanti	1.678

##### 4.3 - INDICATORI DI OUTPUT PREVISTI - FESR

Cod indicatore	Indicatore	Unità di Misura	Target intermedio (2024)	Target finale (2029)
RCO69	N° max di persone che possono essere servite dalla struttura sanitaria nuova o modernizzata		239	4.783

##### 4.4 - INDICATORI DI RISULTATO PREVISTI - FESR

Cod indicatore	Indicatore	Unità di Misura	Target finale (2029)
RRC73	Numero annuale di utenti delle strutture di assistenza sanitaria nuove o modernizzate	Numero utenti per anno	777

SCHEDA PROGETTO 1

1. INFORMAZIONI GENERALI	
Titolo del progetto:	<b>Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica</b>
Codice progetto	<b>IN.4k.1_02</b>
Inizio progetto	<b>01 Maggio 2024 – 01 Dicembre 2029</b>
Fine progetto	
Priorità	<b>1 – Servizi sanitari più equi e inclusivi (FSE+)</b>
Costo totale del progetto	<b>2.932.582,80</b>
2. DESCRIZIONE DEL PROGETTO	
<p><b>ELPIS – progetto di Engagement nei percorsi di cura delle persone a rischio marginalità socio - sanitaria</b></p> <p>Il Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 (PNES) mira a ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari e migliorare la presa in carico dei bisogni di salute delle persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico. <b>Questo obiettivo è perseguito attraverso il paradigma della sanità pubblica di prossimità, dell'inclusione attiva, dell'integrazione sociosanitaria e del coinvolgimento della comunità.</b> La nostra proposta di progetto prevede l'implementazione di n. 2 ambulatori mobili: uno equipaggiato per offrire servizi per la salute odontoiatrica e l'altro equipaggiato per attività clinica a supporto della persona e l'individuazione di n. 15 consultori di prossimità, di cui 5 saranno allestiti per consulenze e prestazioni ad alta complessità in ambito odontoiatrico, nei luoghi periferici .La mappatura dei luoghi di intervento degli ambulatori mobili, nonché la scelta delle zone in cui intervenire, attraverso i consultori di prossimità, sarà frutto di un'azione di partecipazione tra ASL – LECCE; ENTI DEL TERZO SETTORE; AMBITI DI ZONA (IN.4K.2_02); ciò al fine di attivare servizi di prossimità quanto più aderenti alle specificità del territorio e ai bisogni del target in oggetto. La metodologia individuata, a supporto delle attività di progetto, si baserà sull'adozione di un modello di lavoro équipe integrato e multidisciplinare, nel quale fare integrare figure professionali dedicate all'ascolto e all'engagement della persona target (in particolare un/una professionista esperto in medicina narrativa. Le indagini cliniche effettuate all'interno del consultorio clinico mobile saranno inviate, tramite piattaforma i-care, ai singoli specialisti; per una valutazione veloce e puntuale del paziente preso in carico. Le piattaforme di telemedicina sono già attive all'interno dell'ASL LECCE.</p> <p>Il contributo socio – sanitario delle attività proposte ovvero la risposta concreta per la cura delle persone in condizioni di marginalità è profonda e reale e raggiunge i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Potenziamento dei servizi di benessere e cura delle persone target;</b></li> <li>- <b>Accesso alle cure facilitato attraverso l'utilizzo di ambulatori mobili attrezzati e accesso facilitato ai consultori di prossimità;</b></li> <li>- <b>Promozione di percorsi e processi di engagement nei percorsi di cura sui target individuati;</b></li> <li>- <b>Innovazione tecnologica e manageriale a supporto della cura dei pazienti in situazione di marginalità;</b></li> <li>- <b>Mappatura dei luoghi di prossimità e attivazione di protocolli d'intesa con la rete ETS della comunità in oggetto;</b></li> <li>- <b>Monitoraggio e valutazione costante del cambiamento in essere e degli obiettivi raggiunti sul target individuato;</b></li> <li>- <b>Sensibilizzazione per l'Empowerment individuale, organizzativo e sociale per la gestione e la presa in carico della cura alle persone in situazioni di grave marginalità.</b></li> </ul>	

L'analisi del fabbisogno del personale è avvenuta tramite n. 4 incontri partecipati tra figure manageriali di diverse aree: Socio – Sanitario – Epidemiologico – Amministrativo – Legale e Gestione del personale.

Al fine di definire un piano per la programmazione e il coinvolgimento delle risorse umane di progetto, sostenibile a breve e a lungo termine si sono analizzati i seguenti punti:

- **Valutazione del Servizio e delle Esigenti della Comunità di intervento:** demografia della popolazione servita; tipo di assistenza garantita; volume di pazienti previsti.
- **Definizione dei Ruoli e delle Responsabilità:** medici e specialisti da coinvolgere; Infermieri e OSS; consulenti psicologi e sociali; personale amministrativo; autista/manutentore del veicolo.
- **Calcolo del Fabbisogno del Personale;** tempi e carichi di lavoro; turni e coperture; assenze e permessi.
- **Valutazione delle Competenze Necessarie:** formazione e qualifica; esperienza.
- **Pianificazione del Reclutamento:** risorse interne; partnership con ETS; strategia di reclutamento.
- **Monitoraggio e Valutazione:** performance del personale; feedback dei pazienti; adattamenti e miglioramento.

Ciò premesso e al fine di rispondere ai bisogni emersi si sono individuate le seguenti figure professionali:

A. Figure professionali dell'equipe integrata e multidisciplinare,

RUOLO	NUMERO DI PERSONALE	ORE SETTIMANALI	ORE TURNI GIORNALIERI	MODALITA' DI RECLUTAMENTO
MEDICO DI MEDICINA GENERALE	2	38	6	Specifico avviso pubblico di selezione
INFERMIERE	1	36	6	Specifico avviso pubblico di selezione
OSS	2	36	6	Specifico avviso pubblico di selezione
PSICOLOGO	1	38	3	Specifico avviso pubblico di selezione
MEDIATORI CULTURALE	A chiamata in base al bisogno individuato	36	3	Specifico avviso pubblico di selezione
ASSISTENTE SOCIALE	1	36	3	Specifico avviso pubblico di selezione
ESPERTO IN MEDICINA NARRATIVA	1	36	3	Specifico avviso pubblico di selezione
AUTISTA	1	36	6	Specifico avviso pubblico di selezione
ESPERTO IN DATA ENTRY/ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1	36	6	Specifico avviso pubblico di selezione
PROJECT MANAGER/COORDINATOR E DI PROGETTO	1	36	6	Specifico avviso pubblico di selezione
UN ESPERTO IN COMUNICAZIONE - GIORNALISTA	1	36	6	Specifico avviso pubblico di selezione

## 2.1 GOVERNANCE

Si costituirà un team di lavoro direttivo, la cui politica intende rispecchiare la necessità di lasciare autonomia ai responsabili, scelti secondo criteri di competenza e pertinenza, e di creare tutte le basi per avviare un metodo di gestione agevole del lavoro in cui il confronto produca la linea decisionale operativa unica e le capacità del singolo producano quotidianamente azioni responsabili. Il confronto diretto e puntuale tra il responsabile unico; il referente amministrativo; il coordinatore di progetto servirà a definire percorsi e metodologie per l'engagement dell'équipe multidisciplinare che si sentirà parte di un progetto unico.

### A supporto della gestione del progetto:

- n. 1 Project Manager che coordinerà tutte le attività di progetto; comunicherà con il Comitato Direttivo; monitorerà i progressi e gestirà gli eventuali scollamenti.
- n. 1 esperto in data entry/assistente amministrativo;
- n. 1 esperto in comunicazione che coordinerà la comunicazione interna ed esterna del progetto

Specifiche delle Risorse umane:

<i>RUOLO</i>	<i>QUALIFICA ED ESPERIENZA</i>	<i>ADEGUATEZZA DEL RUOLO</i>
<i>REFERENTE UNICO</i>	<i>Il dott. Luigi Negro è sociologo - Direttore dell'Area Socio Sanitaria dell'ASL di LECCE</i>	<i>Ruolo di supervisor e di contatto con INMP</i>
<i>REFERENTE AMMINISTRATIVO</i>	<i>La dott.ssa Annamaria De Donno è sociologa – Responsabile Ufficio Progetti di Piano</i>	<i>Ruolo di Supervisor Amministrativo di progetto.</i>
<i>MEDICO DI MEDICINA GENERALE</i>	<i>La figura selezionata dovrà essere in possesso dei titoli di legge per esercitare la professione</i>	<i>Il medico di medicina generale è fondamentale per l'analisi clinica del paziente e avrà la funzione di coordinare l'équipe multidisciplinare</i>
<i>INFERMIERE</i>	<i>La figura selezionata dovrà essere in possesso dei titoli di legge per esercitare la professione</i>	<i>Figura che rileva i bisogni socio assistenziali e programma degli interventi assistenziali di presa in carico</i>
<i>OSS</i>	<i>La figura selezionata dovrà essere in possesso dei titoli di legge per esercitare la professione</i>	<i>Figura di supporto all'infermiere per il soddisfacimento dei bisogni primari del paziente</i>
<i>PSICOLOGO</i>	<i>La figura selezionata dovrà essere in possesso dei titoli di legge per esercitare la professione</i>	<i>Figura di supporto emotivo al paziente e all'équipe</i>
<i>ASSISTENTE SOCIALE</i>	<i>La figura selezionata</i>	<i>Figura di facilitazione</i>

	<i>dovrà essere in possesso dei titoli di legge per esercitare la professione</i>	<i>dell'accesso nei percorsi di cura.</i>
<i>MEDIATORE CULTURALE</i>	<i>La figura selezionata dovrà essere in possesso dei titoli di legge per esercitare la professione</i>	<i>Supporta la gestione del paziente cittadino straniero</i>
<i>ESPERTO IN MEDICINA NARRATIVA</i>	<i>La figura selezionata dovrà essere in possesso dei titoli di legge per esercitare la professione</i>	<i>Supporta l'équipe medica attraverso una fase di raccolta della narrazione della storia del paziente.</i>
<i>AUTISTA</i>	<i>La figura selezionata dovrà essere in possesso dei titoli di legge per esercitare l'attività</i>	<i>Autista /responsabile del mezzo</i>
<i>COORDINATORE DI PROGETTO/PROJECT MANAGER</i>	<i>Laurea e comprovata esperienza di anni 5 nell'ambito di selezione</i>	<i>Figura di governance a supporto del progetto</i>
<i>Un operatore data Entry</i>	<i>La figura selezionata dovrà essere in possesso dei titoli di legge per esercitare l'attività</i>	<i>Figura di supporto alla governance</i>
<i>Esperto in comunicazione</i>	<i>La figura selezionata dovrà essere in possesso dei titoli di legge per esercitare l'attività e comprovata esperienza nel settore</i>	<i>Figura di governance a supporto del progetto</i>

La natura multidisciplinare dell'équipe rappresenta la capacità logistica e professionale di prendere in carico persone in condizioni di estrema marginalità sanitaria. Il modello organizzativo punta alla flessibilità dei processi e all'engagement della persona target di progetto, incluse le comunità RSC.

Il coinvolgimento partecipato delle ETS e dei referenti degli ambiti di zona permetterà una lettura precisa e puntuale dei bisogni del territorio che permetterà una mappatura dei luoghi da raggiungere tra cui le comunità RSC presenti nella Provincia di riferimento.

### 3. CRONOPROGRAMMA

#### Fasi di progetto e tempi di attuazione da settembre 2024 al 1/12/2029

n. fase	Descrizione	Tempi di attuazione
I	Kick off di progetto – definizione della cabina di regia /gruppo di governance. Presentazione del progetto alla comunità locale e alla rete di ETS presenti sul territorio – Definizione dell'immagine coordinata di progetto	Settembre2024 – Novembre 2024
II	Procedura di Selezione delle figure professionali individuate attraverso avvisi pubblici e/o utilizzo di graduatorie già attive; recruiting interno del personale ASL Lecce; procedure di Selezione della rete degli ETS a supporto del progetto.	Novembre 2024 – Gennaio 2025
III	Sensibilizzazione per il recruiting del target in oggetto, presso la rete degli ETS coinvolti e presso gli ambiti di zona. Calendarizzazione delle attività dei consultori mobili e mappatura digitale dei luoghi (app)	Gennaio 2025 – Febbraio 2025
IV	Coinvolgimento dell'équipe multidisciplinare attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione; partecipazione; condivisione della metodologia, della mission e della tempistica di progetto tra i diversi gruppi individuati e in particolare condivisione dei percorsi e dei processi tra i vari consultori</li> </ul>	Febbraio 2025 - Marzo 2025
V	Inizio Attività dell'équipe multidisciplinare ed erogazione del servizio; Start del supporto organizzativo a sostegno dell'équipe (Calendarizzazione delle attività dei consultori mobili e erogazione dei servizi; mappatura dei tempi; registrazione delle attività)	Marzo 2025 –Aprile-2025
V	Svolgimento attività equipe multidisciplinare ed erogazione del servizio, senza soluzione di continuità, considerata la marginalità sociale del target da raggiungere anche nei periodi estivi e/o festivi.	Aprile 2025- Novembre 2029
	Presentazione dei risultati finali	dicembre 2029
V	Monitoraggio e rendicontazione a cadenza bimestrale: individuazione degli indicatori di output e di risultato intermedio e finale	Primo monitoraggio: Novembre 2024 Ultimo monitoraggio: Dicembre 2029
VI	Comunicazione e sensibilizzazione	AZIONE TRASVERSALE a tutta la durata del progetto.

**PIANO ANNUALE DI RENDICONTAZIONE**

2024	2025	2026	2027	2028	2029
146.979,14	587.916,56	734,645,7	587.916,56	440.937,42	440.937,42

**4. EVENTUALI CRITICITÀ E MODALITÀ DI SUPERAMENTO**

- Pur rispettando la programmazione temporale della spesa, ovvero il 5% relativo all'anno 2024, considerato che le attività progettuali saranno avviate a seguito della valutazione, prevista in data 22 Luglio 2024, ci riserviamo di rivalutare in seguito il dato previsto per l'anno corrente.
- Le criticità che potrebbero emergere riguardano la comunicazione interna tra il team multidisciplinare e il nucleo direttivo di staff. Criticità che si supererà grazie alla presenza di un project manager e alla definizione di un piano di comunicazione interno che prevederà l'utilizzo di tool di comunicazione smart.

<b>Piano finanziario</b>	
<b>Voci di spesa</b>	<b>Importi previsti (euro)</b>
<b>A) Costi diretti</b>	
Spese per team di progetto (coordinatore/project manager; esperto in data entry, esperto in comunicazione)	<b>€ 702.578</b>
Spese per l'équipe multidisciplinare	<b>€ 2.227.075,15</b>
<b>A) Tot. Costi diretti</b>	<b>€ 2.929.653,15</b>
<b>B) Costi indiretti (0,1% costi diretti – art. 7.2 della Convenzione)</b>	<b>€ 2.929,65</b>
<b>Costo totale del progetto (A+B)</b>	<b>€ 2.932.582,80</b>

Richiesta dell'anticipo dell'1%	<p style="text-align: center;"><i>xSi</i></p> <p style="text-align: center;"><math>\frac{1}{2\pi}</math> <i>No</i></p>
---------------------------------	--

SCHEDA PROGETTO 2

1.	
INFORMAZIONI GENERALI	<b>Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (FSE+)</b>
<b>Codice progetto</b>	<b>IN.4k.1_04</b>
<b>Inizio progetto</b>	<b>1 Giugno 2024 – 31 Dicembre 2029</b>
<b>Fine progetto</b>	
<b>Priorità</b>	<b>1 – Servizi sanitari più equi e inclusivi (FSE+)</b>
<b>Costo totale del progetto</b>	<b>1.545.726,69</b>
2. DESCRIZIONE DEL PROGETTO	
<p>Il Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 (PNES) mira a ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari e migliorare la presa in carico dei bisogni di salute delle persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico. <b>Questo obiettivo è perseguito attraverso il paradigma della sanità pubblica di prossimità, dell'inclusione attiva, dell'integrazione sociosanitaria e del coinvolgimento della comunità.</b></p> <p><b>DISTRIBUZIONE FARMACI</b></p> <p>La nostra proposta di progetto prevede la distribuzione dei Farmaci in Fascia C e in Fascia A.</p> <p>La metodologia individuata, a supporto delle attività di progetto, si baserà sull'adozione del seguente modello di lavoro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acquisizione e dotazione di farmaci di fascia C e di fascia A che saranno distribuiti esclusivamente nell'ambito della presa in carico dei vulnerabili per cui si rende necessario, per il buon esito della cura, l'utilizzo di farmaci le cui spese sarebbero a carico del cittadino. <b>Si specifica che per i farmaci in fascia A solo la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino sarà a carico del budget progettuale.</b></li> <li>- <b>l'approvvigionamento dei farmaci</b> avverrà tramite apposita Convenzione con Distributore intermedio in base alle necessità terapeutiche delle persone che saranno prese in carico.</li> <li>- <b>modalità di reclutamento dei destinatari:</b> la segnalazione della necessità della presa in carico dei vulnerabili, previo accertamento del possesso dei requisiti e caratteristiche del target di progetto, potrà essere effettuata da: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rete Enti Terzi Settore -ETS</li> <li>• Dalla rete dei Leader di Comunità</li> <li>• Servizi Sociali Comunali o di Ambito</li> <li>• Specialisti Ambulatoriali e Ospedalieri</li> <li>• Unità Operative Ospedaliere per pazienti in fase di dimissione</li> <li>• Medici di Medicina Generale</li> <li>• Pediatri di Libera Scelta</li> </ul> </li> </ul> <p>La prescrizione su modello adottato nell'ambito della documentazione in uso per il Progetto, verrà presa in carico dalla Farmacia distrettuale di competenza territoriale della ASL Lecce, che provvederà all'approvvigionamento ed erogazione del Farmaco tramite consegna diretta al paziente o tramite ETS appositamente individuato.</p> <p>L'Ente o il Soggetto che riceverà il Farmaco firmerà per ricevuta con data e ora.</p> <p>La spesa farmacologica sarà a carico delle risorse rivenienti dal Progetto e individuabile tramite Chiave Contabile.</p> <p>Trimestralmente sarà effettuata una ricognizione dei farmaci erogati con relativo costo.</p>	

## 2.1 GOVERNANCE

### PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE

La nostra proposta di progetto prevede l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio sanitarie di secondo livello, incluse le prestazioni diagnostiche.

TARGET in condizioni di povertà e marginalità contestuale.

In considerazione dell'allungamento delle liste d'attesa, soprattutto per alcune prestazioni diagnostiche, molti cittadini, appartenenti a nuclei familiari in condizioni di povertà ISEE inferiore a 10.000 euro o cittadini con codice STP e ENI rinunciano a curarsi pur essendo portatori accertati di patologie gravi o in ogni caso di sintomatologia che necessiterebbe di una diagnosi e presa in carico.

Accertati il possesso dei requisiti e caratteristiche definite per il target di Progetto e quindi l'eleggibilità del paziente, il medico effettua la prenotazione presso gli ambulatori distrettuali/ospedalieri della ASL che hanno aderito al Progetto.

Le visite, le prestazioni sanitarie effettuate e tutte le attività rivolte ai pazienti e da imputare al Progetto saranno rendicontate su apposita piattaforma.

Tale modello organizzativo comporta il rafforzamento dei servizi sanitari e socio sanitari in termini di garanzia di tempi e modi di erogazione di prestazioni di base e specialistiche a favore di persone in condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale. La presa in carico di persone non altrimenti coinvolte nel circuito sanitario ritorna a tutto beneficio, oltre che della persona interessata, anche dell'ambiente familiare, sociale e sanitario con possibile miglioramento della qualità di vita.

Per la governance del progetto si costituirà un comitato direttivo composto dalle principali parti interessate; nello specifico: ASL di Lecce; ETS individuate per la consegna del farmaco; Ambiti di Zona dei Comuni interessati. Il comitato direttivo avrà il compito di fornire una direzione strategica e supervisione; approvare il piano esecutivo di co-progettazione; monitorare l'allineamento con gli obiettivi da raggiungere.

#### **A supporto della gestione del progetto:**

- n. 1 Project Manager che coordinerà tutte le attività di progetto; comunicherà con il Comitato Direttivo; monitorerà i progressi e gestirà gli eventuali scollamenti.

- n. 1 data entry

n. 2 farmacisti distrettuali.

Da un'analisi dei fabbisogni i costi del personale saranno per 18 ore settimanali (part time).

### 3. CRONOPROGRAMMA

#### Fasi di progetto e tempi di attuazione da settembre 2024 al 31 dicembre 2029

n. fase	Descrizione	Tempi di attuazione
<i>I</i>	Kick off scheda progetto – definizione della cabina di regia /gruppo di governance.	Settembre 2024
<i>II</i>	Perfezionamento dell'Accordo Quadro e successiva stipula contratto con Distributore intermedio. Coinvolgimento in rete delle farmacie distrettuali della ASL. Individuazione specialisti ambulatoriali disponibili ad erogare prestazioni sanitarie in favore dei soggetti coinvolti nel Progetto. Procedure di Selezione della rete degli ETS a supporto del progetto per la consegna dei farmaci.	Ottobre – Novembre 2024
<i>III</i>	Sensibilizzazione per il recruiting del target in oggetto, presso la rete degli ETS coinvolti, gli ambiti di zona, gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri, medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta.	Novembre – dicembre 2024
<i>IV</i>	Coinvolgimento degli operatori coinvolti a vario titolo nella gestione del progetto, con particolare riferimento alla presente scheda attraverso:  - Formazione; partecipazione; condivisione della metodologia, della tempistica di progetto tra i diversi gruppi individuati e in particolare condivisione dei percorsi e dei processi	Gennaio 2025 – Febbraio 2025
<i>V</i>	Erogazione prestazioni con farmaci di fascia C e di fascia A	Da Marzo 2025–a Dicembre 2029
<i>VI</i>	Presentazione dei risultati finali	Dicembre 2029
<i>VII</i>	Monitoraggio e rendicontazione a cadenza bimestrale:  individuazione degli indicatori di output e di risultato intermedio e finale	Primo monitoraggio: novembre 2024  Ultimo monitoraggio Dicembre 2029

#### PIANO ANNUALE DELLE SPESE:

2024	2025	2026	2027	2028	2029
77.286,33	309.145,338	386.431,672	309.145,338	231.859,004	231.859,004

### 4. EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO

**Criticità:**

Richieste di prescrizioni farmaci e di prestazioni socio sanitarie da parte di cittadini non rientranti nel target di progetto.

**Superamento:**

1) Si accoglierà la richiesta specificando la natura del progetto e i destinatari, favorendo l'orientamento verso soluzioni alternative eventualmente non ancora praticate dal cittadino. Es. diritto ad esenzione ticket, utilizzo liste tutor ecc.

2) Rafforzamento della campagna di comunicazione e pubblicità delle attività del progetto

**Criticità:**

Difficoltà a raggiungere le fasce più marginali della società: clochard, comunità RSC, cittadini stranieri in condizioni di invisibilità.

**Superamento:**

Accordi con gli ETS, Leader di Comunità, Comuni. Allestimento di un servizio di consegna del farmaco direttamente alla persona.

Pur rispettando la programmazione temporale della spesa, ovvero il 5% relativo all'anno 2024, considerato che le attività progettuali saranno avviate a seguito della valutazione, prevista in data 22 Luglio 2024, ci riserviamo di rivalutare in seguito il dato previsto per l'anno corrente.

Piano finanziario	
Voci di spesa	Importi previsti (euro)
<b>A) Costi diretti</b>	
Spese per acquisto farmaci fascia C e fascia A (compartecipazione alla spesa) senza nota AIFA	€ 838.182,51
Spese servizi forniti da ETS	€ 200.000,00
Spese del personale (*)	€ 506.000,00
<b>A) Tot. Costi diretti</b>	<b>€ 1.544.182,51</b>
<b>B) Costi indiretti (0,1% costi diretti – art. 7.2 della Convenzione)</b>	<b>€ 1.544,18</b>
<b>Costo totale del progetto (A+B)</b>	<b>1.545.726,69</b>

Richiesta dell'anticipo dell'1%	<p style="text-align: center;"><i>xSi</i></p> <p style="text-align: center;"><math>\frac{1}{2\pi}</math> <i>No</i></p>
---------------------------------	--

SCHEDA PROGETTO 3

1. INFORMAZIONI GENERALI	
Titolo del progetto:	<b>Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni</b>
Codice progetto	<b>IN.4k.2_02</b>
Inizio progetto	<b>1° giugno 2024 – 31 Dicembre 2029</b>
Fine progetto	
Priorità	<b>1 – Servizi sanitari più equi e inclusivi (FSE+)</b>
Costo totale del progetto	<b>138.250,33</b>
2. DESCRIZIONE DEL PROGETTO	
<p><b>Co-progettazione realizzata degli ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni</b></p> <p>L'obiettivo che si dovrà raggiungere attraverso un tavolo di co. Progettazione tra l'ASL di Lecce e la rete degli ETS, presenti sul territorio e da anni impegnati nell'erogazione di servizi dedicati al benessere dei cittadini e delle cittadine a rischio povertà socio sanitaria, sarà quello di favorire la corretta integrazione tra le attività sanitarie e quelle socio -assistenziali in modo da creare un raccordo tra i due ambiti di intervento, potenziando di conseguenza la medicina territoriale e promuovendo azioni per il coinvolgimento attivo e l'accesso alla cura dei soggetti target di progetto. Le modalità previste per l'identificazione dei partner di co-progettazione da affiancare all'Asl al fine di individuare strategie condivise per l'engagement della persona in condizioni di povertà e per la gestione e erogazione di servizi accessibili e dunque raggiungibili da tutti, prevederanno un momento di partecipazione. In particolare l'Asl di Lecce organizzerà n. 2 seminari partecipati, gestiti da facilitatori esperti, per la condivisione della mission e delle azioni di progetto. Saranno chiamati a partecipare tutti gli ETS del territorio regolarmente iscritte al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS). Saranno, inoltre, coinvolti i referenti territoriali degli ambiti di zona dei Comuni. Output dell'azione di partecipazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi dei bisogni delle aree territoriali e dei setting che si potrebbero interessare nell'attività di outreach;</li> <li>- Mappatura degli ETS del territorio che si occupano di supporto alle povertà;</li> <li>- Mappatura dei servizi socio/sanitari erogati dagli ETS.</li> </ul> <p>A seguito dell'azione di partecipazione e dell'analisi dell'output dell'azione specifica l'Asl di Lecce pubblicherà una manifestazione di interesse rivolta agli ETS regolarmente iscritti al RUNTS per l'individuazione della/delle realtà idonea alla co-progettazione e alla definizione del piano di azioni da attivare per la modalità di applicazione dei modelli alle attività di outreach e referral: nonché i setting in cui promuovere le attività.</p> <p>Il coinvolgimento nelle azioni di outreach e referral; attraverso un'azione di co-progettazione è fondamentale per garantire l'engagement del target di riferimento e dunque la sostenibilità dell'intera idea progettuale. La collaborazione delle organizzazioni non profit, che per loro natura, hanno una posizione dialogante ed empatica, nonché di risposta ai bisogni delle fragilità, costituirà un'opportunità di efficacia nella disseminazione delle informazioni e dell'empowerment dei servizi proposti, attraverso le azioni delle singole schede di progetto, nonché di "segnalazione" delle persone in condizioni di povertà, spesso invisibili e stigmatizzate.</p> <p>Le attività di outreach, dunque le attività di sensibilizzazione e di interventi sul territorio mireranno a creare empowerment, individuale, sociale e organizzativo sulla mission del progetto e sulle singole azioni e richiederanno il supporto organizzativo e logistico degli ETS del territorio.</p>	

Attività ipotizzate:

Canali di sensibilizzazione Innovativi:

- **Arte e Racconti Visivi:** Utilizzare mezzi creativi come fumetti o photovoice, dove i membri della comunità usano fotografie per rappresentare i loro problemi. Questo metodo è stato utilizzato con successo per evidenziare problemi di salute e coinvolgere le comunità in modo visivo.
- **Approccio Multi-canale:** Combinare vari canali di comunicazione come interazioni faccia a faccia, chiamate vocali, messaggi di testo (inclusi WhatsApp e Viber) e media tradizionali come radio e bacheche comunitarie. Questa strategia multi-canale garantisce che il messaggio raggiunga le persone attraverso il mezzo con cui sono più a loro agio...

Coinvolgimento Attraverso Attività Quotidiane:

- **Cliniche Mobili e Programmi di Outreach:** Allestire cliniche mobili e fiere della salute nei luoghi dove si radunano le popolazioni vulnerabili, come mercati, eventi comunitari e rifugi. Questo non solo fornisce accesso diretto ai servizi sanitari, ma facilita anche la diffusione delle informazioni sanitarie in un ambiente più accogliente.

Workshop Educativi e Sessioni Interattive:

- **Workshop di Educazione Sanitaria:** Condurre workshop in collaborazione con organizzazioni comunitarie per educare le persone sui loro diritti sanitari e sui servizi disponibili. Le sessioni interattive possono aiutare a demistificare le informazioni mediche e renderle più accessibili.

Adottando queste strategie, il progetto può garantire un raggiungimento più efficace delle popolazioni target. Combinando metodi di outreach tradizionali con strategie di comunicazione innovative, si può colmare il divario e migliorare l'equità sanitaria tra i gruppi vulnerabili.

**Risultati attesi:**

- Implementazione di nuovi servizi socio/sanitari a supporto delle persone target in oggetto
- Engagement delle persone target in oggetto nei percorsi di cura a breve e a lungo termine
- Miglioramento dei servizi esistenti di supporto alle fragilità;
- Costruzione di un modello generativo e accessibile ai servizi socio/assistenziali per le persone in condizioni di povertà nel territorio in oggetto.

**Output dei risultati raggiunti tramite le attività di outreach:** attività di ricerca e di pubblicazione della buona prassi.

A seguito dell'individuazione degli ETS idonee si istituirà il tavolo di co - progettazione che vedrà la presenza dell'ASL di Lecce e dei referenti dei Servizi Sociali dei Comuni. Tra i compiti del tavolo di co- progettazione la definizione della mappatura dei bisogni di salute della popolazione target e la pianificazione dell'erogazione dei servizi in modalità outreach.

**Il ruolo degli ETS nella iniziale mappatura dei bisogni di salute della popolazione target:**

- **Raccolta Dati e Informazioni:** gli ETS, che faranno parte del tavolo di co – progettazione, saranno realtà territoriali che operano a stretto contatto con le comunità locali e che già erogano servizi di assistenza socio – sanitaria al target obiettivo. Il legame profondo tra gli ETS e i suoi volontari e le persone in situazioni di vulnerabilità e marginalità socio – sanitaria rappresenterà la “chiave di accesso” non solo per la raccolta di informazioni, preziose e precise, sui bisogni di salute e sociali presenti sul territorio oggetto dell'intervento, ma anche per l'engagement della popolazione target (in particolare cittadini/cittadine stranieri; abitanti delle comunità RSC; homeless).
- **Valutazione Partecipativa:** gli ETS avranno il ruolo di facilitatori dei processi, coinvolgendo direttamente le persone in situazioni di grave marginalità socio – sanitaria, nella rivelazione dei propri bisogni. Questo approccio potrà rivelarsi particolarmente utile per identificare esigenze specifiche che potrebbero non emergere

attraverso i canali tradizionali.

- Analisi dei bisogni: a seguito della raccolta dei dati, ETS, ASL e Servizi Sociali analizzeranno le informazioni e identificheranno le priorità.

### **Il ruolo degli ETS nell' Erogazione delle Prestazioni in Outreach**

- Prossimità ai Beneficiari: tra i ruoli degli ETS vi è certamente quello di promuovere nel tavolo di co-progettazione l'approccio "di prossimità" facilitando l'erogazione delle prestazioni a persone e/gruppi di persone che diversamente potrebbero avere difficoltà ad accedere ai servizi sanitari e sociale. Oltre alla promozione della metodologia, gli ETS interverranno nella mappatura dei luoghi di intervento al fine di facilitare l'accesso ai servizi di cura.
- Interventi Personalizzati: Grazie alla loro conoscenza approfondita della comunità, gli ETS offriranno interventi su misura che rispondono specificamente alle esigenze dei singoli. Questo è particolarmente importante per persone con condizioni complesse o situazioni sociali difficili.
- Sensibilizzazione e Informazione: gli ETS svolgeranno un ruolo chiave nell'informare la popolazione sui servizi disponibili e nel promuovere comportamenti salutari. Inoltre gli ETS avranno un ruolo attivo sull'ideazione, organizzazione, facilitazione e partecipazione nelle attività di outreach precedentemente ipotizzate; che saranno definite a seguito dell'analisi dei bisogni e dell'individuazione e il coinvolgimento di tutti gli attori del tavolo di co-progettazione.

La metodologia individuata per la mappatura dei bisogni della popolazione:

#### **Obiettivo della Mappatura**

L'obiettivo della mappatura sarà quello di identificare e comprendere i bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione target per garantire che le risorse e le attività progettuali siano adeguatamente orientate.

La prima fase della mappatura prevederà il coinvolgimento dei seguenti attori territoriali:

- stakeholder
- leader di comunità
- ETS regolarmente iscritte al RUNTS
- Servizi sociali dei Comuni/ Distretti socio sanitari.

#### **Esempio di Struttura della Metodologia**

##### **1. Obiettivo della Mappatura**

- Identificare e comprendere i bisogni sanitari della popolazione target di progetto.

##### **2. Raccolta dei Dati**

- Interviste:
- Focus Group:
- Dati Secondari: Analisi dei report epidemiologici regionali, aziendali (es. numero di persone che hanno rinunciato alle cure)

##### **3. Analisi dei Dati**

- Temi Qualitativi: Analisi tematica delle interviste e focus group.

##### **4. Validazione dei Risultati**

- Presentazione preliminare agli stakeholder.
- Workshop di validazione con feedback e discussione.

## 5. Reporting

- Relazione finale con risultati dettagliati.
- Raccomandazioni per interventi e allocazione delle risorse.

## 2.1. GOVERNANCE

Per la governance del progetto si costituirà un comitato direttivo composto dalle principali parti interessate; nello specifico: ASL di Lecce; ETS individuate per la co-progettazione; Ambiti di Zona dei Comuni interessati. Il comitato direttivo avrà il compito di fornire una direzione strategica e supervisione; approvare il piano esecutivo di co-progettazione; monitorare l'allineamento con gli obiettivi da raggiungere.

La governance nella co-progettazione, un processo che coinvolge in modo attivo diversi attori sociali nella definizione e realizzazione. In questo contesto, gli Enti del Terzo Settore (ETS) e i servizi sociali assumono ruoli cruciali, complementari e sinergici.

### Ruolo degli Enti del Terzo Settore (ETS)

- **Mappatura dei bisogni:** gli ETS, essendo spesso radicati nel territorio e a stretto contatto con le persone, saranno in grado di identificare bisogni specifici e latenti che potrebbero non emergere attraverso le tradizionali modalità di raccolta dati.
- **Co-progettazione:** Parteciperanno attivamente alla progettazione dei servizi, apportando idee innovative e soluzioni personalizzate, basate sulla loro esperienza diretta con le persone e le comunità.
- **Erogazione dei servizi:** gli ETS saranno direttamente coinvolti nell'erogazione dei servizi, garantendo un approccio più umano e personalizzato, che terrà conto delle specificità individuali.
- **Rappresentanza della comunità:** gli ETS fungeranno da portavoce delle esigenze delle comunità, assicurando che le loro voci siano ascoltate e tenute in considerazione nel processo decisionale.
- **Individuazione e coinvolgimento** dei beneficiari delle azioni

### Ruolo dei Servizi Sociali

I Servizi Sociali, da parte loro, apportano un know-how specifico e risorse fondamentali:

- **Coordinazione:** I servizi sociali assumeranno un ruolo di coordinamento, facilitando la collaborazione tra i diversi attori coinvolti nel processo di co-progettazione.
- **Definizione delle politiche:** Contribuiranno alla definizione delle politiche sociali a livello locale, individuando le priorità degli interventi.
- **Monitoraggio e valutazione:** Saranno coinvolti nell'azione di monitoraggio e della valutazione dei servizi erogati, garantendo che gli obiettivi prefissati vengano raggiunti e che i bisogni della popolazione siano soddisfatti.
- **Garanzia di standard qualitativi:** Assicurano il rispetto degli standard qualitativi dei servizi, sia in termini di efficacia che di efficienza.
- **Individuazione dei beneficiari** delle azioni.

## Governance condivisa e partecipata

Tuttavia, va evidenziato, che la governance nella co-progettazione si basa su una logica di condivisione e partecipazione, dove le decisioni vengono prese in modo collegiale e trasparente e che dovrà rispondere ai seguenti principi fondamentali

- **Sussidiarietà:** Le decisioni verranno prese al livello più vicino ai cittadini, valorizzando il ruolo delle comunità locali.
- **Partecipazione:** Tutti gli attori coinvolti avranno la possibilità di partecipare al processo decisionale, esprimendo le proprie opinioni e contribuendo alla definizione delle soluzioni.
- **Trasparenza:** Le informazioni relative al processo di co-progettazione saranno rese pubbliche e accessibili a tutti gli interessati.
- **Collaborazione:** La collaborazione tra i diversi attori sarà fondamentale per il successo della co-progettazione.

### A supporto della gestione del progetto:

- n. 1 Project Manager che coordinerà tutte le attività di progetto; comunicherà con il Comitato Direttivo; monitorerà i progressi nell'ambito dell'ambito di progetto e gestirà gli eventuali scollamenti.

- n. 1 Amministrativo che si occuperà di gestire il budget e le risorse di progetto.

### Team di Progetto:

**Composizione:** n. 1 facilitatore dei processi; un comunicatore esperto in campagne di sensibilizzazione; n. 1 social media manager; n. 1 esperto di animazione territoriale; n. 1 mediatore culturale; n. 1 esperto in medicina narrativa e photovoice.

### Modalità di coinvolgimento degli ETS e dei Servizi Sociali e di calendarizzazione delle attività di outreach e referral

Il processo di governance prevede: 24 incontri di aggiornamento, facilitazione e formazione per la rete dei partner, distribuiti durante l'arco del percorso. Gli incontri avranno l'obiettivo di riportare lo stato di avanzamento delle attività, mettere a sistema le differenti competenze e le molteplicità degli interventi, così che ogni realtà abbia il suo spazio di espressione e di leadership e possa sviluppare un'attitudine collaborativa e di co-creazione di azioni congiunte in un quadro collettivo definito dalla strategia del progetto. Strumenti utilizzati: il World Café, l'OST, il Fishbowl, Setting. Tutte le comunicazioni interne saranno gestite attraverso strumenti digitali di collaborazione e comunicazione (Google tools).

## 3. CRONOPROGRAMMA

### Fasi di progetto e tempi di attuazione da settembre 2024 al 31 dicembre 2029

n. fase	Descrizione	Tempi di attuazione
---------	-------------	---------------------

<i>I</i>	Kick off di progetto – definizione della cabina di regia/gruppo di governance. Presentazione del progetto alla comunità locale e alla rete degli ETS presenti sul territorio	Settembre – ottobre 2024
<i>II</i>	Attivazione di n. 2 seminari partecipati per il coinvolgimento degli ETS del territorio. Pubblicazione della manifestazione di interessi (avviso pubblico) per l'individuazione degli ETS da coinvolgere per la co-progettazione	Novembre - Dicembre 2024
<i>III</i>	Analisi dei bisogni e mappatura dei luoghi di intervento delle attività outreach e referral	Gennaio 2025 – Febbraio 2025
<i>IV</i>	Calendarizzazione delle attività di outreach e referral Si calendarizzeranno le attività da marzo 2025 a dicembre 2029 e si prevedono n. 2 interventi di outreach al mese	Febbraio 2025 - Marzo 2025
<i>V</i>	Start prima attività di sensibilizzazione per l'engagement delle persone necessarie di cure in condizioni di povertà.	Marzo 2025 – aprile 2025
<i>VI</i>	Erogazione dei servizi delle attività di outreach. Si prevedono n. 2 attività di outreach al mese sui setting individuati e a seguito della mappatura dei bisogni	Da: Marzo 2025 a Dicembre 2025 Gennaio 2026 a Dicembre 2026 Gennaio 2027 a Dicembre 2027 Gennaio 2028 a Dicembre 2028 Gennaio 2029 a Dicembre 2029
<i>VII</i>	Monitoraggio e rendicontazione a cadenza bimestrale: individuazione degli indicatori di output e di risultato intermedio e finale	Primo monitoraggio Novembre 2024 Ultimo monitoraggio: Dicembre 2029

PIANO ANNUALE DELLE SPESE:

2024	2025	2026	2027	2028	2029
6.912,51	27.650,00	34.562,58	27.650,00	20.737,54	20.737,54

#### 4. EVENTUALI CRITICITÀ E MODALITÀ DI SUPERAMENTO

Una criticità che si potrebbe manifestare, in un piano di outreach per l'engagement nei percorsi di cura delle persone in condizioni di povertà, è l'inaccessibilità; in particolare:

- le barriere geografiche (se si vive in aree rurali o zone periferiche);
- le barriere economiche ( i costi indiretti, come il trasporto)
- le barriere sociali (paura dello stigma della povertà).

Soluzioni:

- Implementare dei consultori mobili per raggiungere le aree remote.
- Collaborazione con organizzazioni locali per creare punti di accesso più vicini alle comunità in difficoltà.
- Collaborazioni con gli ETS e con i referenti dei Piani di Zona, per raggiungere direttamente le persone in condizioni di povertà.

**Pur rispettando la programmazione temporale della spesa, ovvero il 5% relativo all'anno 2024, considerato che le attività progettuali saranno avviate a seguito della valutazione, prevista in data 22 Luglio 2024, ci riserviamo di rivalutare in seguito il dato previsto per l'anno corrente.**

Piano finanziario	
Voci di spesa	Importi previsti (euro)
<b>A) Costi diretti</b>	
Spese per i servizi forniti da ETS	€ 138.112,22
<b>A) Costi diretti</b>	<b>€ 138.112,22</b>
<b>B) Costi indiretti (0,1% costi diretti – art. 7.2 della Convenzione)</b>	<b>€ 138,11</b>
<b>Costo totale del progetto (A+B)</b>	<b>€ 138.250,33</b>
Richiesta dell'anticipo dell'1%	X Sì

SCHEDA PROGETTO 4

1. INFORMAZIONI GENERALI	
<b>Titolo del progetto:</b>	<b>Mediazione di sistema</b>
<b>Codice progetto</b>	<b>IN.4k.3_01</b>
<b>Inizio progetto</b>	<b>1 Luglio 2025 – 1 Dicembre 2029</b>
<b>Fine progetto</b>	
<b>Priorità</b>	<b>1 – Servizi sanitari più equi e inclusivi (FSE+)</b>
<b>Costo totale del progetto</b>	<b>31.839.47</b>
2. DESCRIZIONE DEL PROGETTO	
<p>Il potenziamento dei servizi, promossi attraverso le azioni dell'intero programma Elpis, nonché il raggiungimento dell'obiettivo focus di progetto ovvero ingaggiare nei percorsi di cura, esseri umani in forte condizione di marginalità e spesso di invisibilità sociale, non sarebbe possibile senza il coinvolgimento attivo e propositivo dei leader di comunità e senza la promozione del dialogo all'interno dei territori, in particolare quelli oggetto di intervento, tra cui le comunità RSC.</p> <p>Il progetto Elpis rappresenta un'occasione di ridisegnare gli interventi del welfare mettendo la persona al centro del sistema con l'obiettivo strategico di promuovere processi di facilitazione tra i leader di comunità che se ben valorizzati, informati e coinvolti nei processi e nei programmi di progetto rappresenteranno una preziosissima "comunità di facilitatori", in grado di raggiungere, in modo credibile in target individuato. La mediazione di sistema non sarà un'azione di progetto ma sarà un approccio di progetto; l'attivazione delle risorse locali sarà la metodologia per promuovere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empowerment individuale, sociale e organizzativo, sull'importanza di sistemi socio/sanitari accessibili, fruibili e inclusivi;</li> <li>- Raggiungere e ingaggiare i soggetti più vulnerabili in particolare: clochard, cittadini stranieri; comunità RSC.</li> <li>- Ridurre i momenti di conflitto e costruire rapporti di solidarietà all'interno della comunità.</li> </ul> <p><b>Modalità di coinvolgimento dei leader di comunità e le associazioni di rappresentanza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seminari partecipati per il coinvolgimento nella fase di kick off di progetto dei leader di comunità, delle ETS; delle Parrocchie; dei movimenti alla salute; degli ambiti di zona e di tutto coloro che a vario titolo si occupano di prevenzione, salute e marginalità socio/sanitaria. <b>Output: realizzazione di un piano strategico di mediazione di sistema condiviso.</b></li> <li>- Istituzione di un Comitato di consulenza permanente composto da rappresentanti delle comunità target, delle associazioni locali e degli enti del Terzo Settore. <b>Output: costituzione di uno sportello sociale informativo.</b></li> <li>- Coinvolgimento attivo dei leader di comunità nella definizione delle strategie di comunicazione e sensibilizzazione ovvero delle azioni di outreach e referral e della selezione dei setting.</li> <li>- Organizzazione di incontri periodici per la raccolta dei feedback, l'ascolto dei leader di comunità per eventuali "scollamenti" del territorio rispetto alle azioni di progetto.</li> </ul> <p><b>Atti formali per l'integrazione dei leader di comunità nei processi decisionali:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memorandum d'intesa che definisca i ruoli, le responsabilità e le modalità di partecipazione dei leader di comunità al progetto.</li> <li>- Formazione specifica per i leader di comunità sui temi della salute orale, dell'inclusione sociale e dei servizi offerti dal Progetto ELPIS.</li> </ul>	

## 2.1 GOVERNANCE

Il modello di governance per la gestione del progetto relativo alla mediazione di sistema sarà di tipo orizzontale al fine di promuovere un dialogo costante tra l'Asl di Lecce e i Leader di Comunità.

### - **Struttura di Governance:**

#### **Il comitato direttivo:**

composta dal responsabile unico del progetto; dal responsabile amministrativo del progetto; referente degli ambiti di zona della Provincia di LECCE; i referenti delle ETS che si occupano di sostegno alle fragilità e un referente espresso dal comitato dei leader di comunità.

Il comitato direttivo e di coordinamento avrà le seguenti funzioni:

- Definire i ruoli specifici di ogni attore presente nel comitato direttivo;
- Individuare un Responsabile della Mediazione Culturale così da designare uno o più responsabili della mediazione culturale all'interno delle ASL per fungere da punti di contatto principali con i leader di comunità.
- Promuovere gruppi di lavoro su temi specifici inerenti la gestione del progetto;
- Promuovere formazione dedicata ai leader di comunità del comitato
- Stabilire canali di comunicazione diretti e continui, come riunioni periodiche, piattaforme digitali e linee telefoniche dedicate, per facilitare lo scambio di informazioni e l'ascolto delle esigenze della comunità
- Implementare meccanismi per la raccolta di feedback dalla comunità, come sondaggi, focus group e incontri pubblici, per monitorare l'efficacia delle iniziative e apportare miglioramenti.
- Definire indicatori di performance chiari per valutare l'impatto delle attività di mediazione e collaborazione.
- Produrre rapporti periodici per documentare i progressi, identificare le sfide e proporre soluzioni.
- Definire le strategie generali del progetto e monitorarne l'andamento.
- Approvare il piano di lavoro annuale e il relativo budget.
- Valutare i risultati e l'impatto del progetto.
- Favorire la comunicazione e la collaborazione tra tutti gli attori coinvolti.

Il comitato direttivo si incontrerà regolarmente per discutere e promuovere le iniziative in essere e per definire le esigenze della comunità (si ipotizza n. 1 incontro al mese per tutta la durata del progetto)

#### Il comitato dei Leader di Comunità

Figure individuate all'interno di ogni comunità target. Possono essere operatori sociali, mediatori culturali o altri soggetti con comprovata esperienza nel lavoro con la comunità. Il comitato dei Leader di comunità esprimerà un referente interno, che farà parte del comitato direttivo, e che avrà il ruolo di mediare tra l'Asl Lecce e il gruppo dei leader di comunità. Il referente leader di comunità presiederà al tavolo direttivo e di coordinamento e si farà portavoce del comitato dei Leader di comunità.

#### Funzioni del comitato dei leader di comunità:

- Facilitare il dialogo e la collaborazione tra il progetto e la comunità.
- Segnalare bisogni ed esigenze specifiche della comunità.
- Promuovere il progetto e sensibilizzare la comunità sui temi della salute orale e dell'inclusione sociale.
- Partecipare alla formazione specifica.
- Promuovere sondaggi e/o focus group.
- Produrre report periodici per il monitoraggio delle azioni.
- Partecipare agli incontri periodici promossi dal comitato direttivo

### 3. CRONOPROGRAMMA

#### Fasi di progetto e tempi di attuazione dal 1 luglio 2025 al 1 dicembre 2029

n. fase	Descrizione	Tempi di attuazione
I	Kick off di progetto – definizione della cabina di regia /gruppo di governance. Presentazione del progetto alla comunità locale e alla rete degli ETS presenti sul territorio	Luglio 2025–Agosto 2025
II	Attivazione dei seminari partecipati per il coinvolgimento dei Leader di Comunità, ETS; Comuni. Individuazione e selezione dei leader di comunità	Settembre - Dicembre 2025
III	Adozione Atti Formali di Integrazione dei Leader	Gennaio 2026 – Febbraio 2026
IV	Predisposizione del piano di attività condivisa e individuazione dei setting delle azioni	Marzo 2026
V	Attivazione dello sportello di comunità gestito dai leader di comunità a supporto delle persone del target in oggetto e start delle azioni di coinvolgimento del target	Aprile 2026 – Dicembre 2029
VI	Monitoraggio e rendicontazione a cadenza bimestrale:  individuazione degli indicatori di output e di risultato intermedio e finale	Primo monitoraggio:  Novembre 2024  Ultimo monitoraggio:  Dicembre 2029

#### PIANO ANNUALE DELLE SPESE:

2024	2025	2026	2027	2028	2029
1.591,97	6.367,89	7.959,86	6.367,89	4.775,92	4.775,92

### 4. EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO

**Difficoltà di raggiungere le comunità più remote e isolate:** Barriere geografiche, infrastrutture inadeguate, carenze di trasporto e comunicazione possono ostacolare l'accesso al progetto per le persone più vulnerabili.

**Scarsa consapevolezza del progetto:** Mancanza di informazioni o difficoltà di accesso a canali informativi possono limitare la conoscenza del Progetto ELPIS tra le comunità target.

**Esigenze specifiche di diverse comunità:** Diversità culturali, linguistiche e sociali possono richiedere approcci e strategie di coinvolgimento differenti.

Inclusione sociale:

**Barriere socioeconomiche:** Povertà, disoccupazione, mancanza di accesso ai servizi sanitari possono ostacolare la partecipazione al progetto.

**Stigma e discriminazione:** Preconcetti e stereotipi legati alla salute orale possono scoraggiare le persone dal cercare aiuto.

**Difficoltà di comunicazione:** Barriere linguistiche o culturali possono ostacolare la comprensione delle informazioni e l'accesso ai servizi.

### **Coinvolgimento attivo della comunità:**

**Rafforzamento della collaborazione con i leader di comunità:** Creare reti di supporto e collaborazione con leader di comunità influenti e attivi.

**Istituzione di un Comitato di consulenza permanente:** Assicurare una rappresentanza inclusiva e diversificata del Comitato.

**Organizzazione di incontri periodici:** Favorire la comunicazione aperta e il dialogo continuo con la comunità.

**Coinvolgimento dei leader di comunità nella comunicazione:** Utilizzare i canali di comunicazione locali e le reti sociali per raggiungere le comunità target.

**Formalizzazione del ruolo dei leader di comunità:** Stabilire accordi chiari e trasparenti che definiscano le loro responsabilità e il loro contributo al progetto.

**Formazione specifica per i leader di comunità:** Fornire loro le conoscenze e gli strumenti necessari per promuovere il progetto e supportare le persone vulnerabili.

**Rimborsi spese e compensi adeguati:** Riconoscere il valore del tempo e del contributo dei leader di comunità.

### **Superamento delle barriere all'accesso:**

**Collaborazione con organizzazioni locali:** Coinvolgere associazioni di volontariato, enti del Terzo Settore e operatori sanitari locali per raggiungere le comunità più remote.

**Impiego di canali di comunicazione diversificati:** Utilizzare radio, televisione locale, social media e materiale informativo cartaceo per diffondere la conoscenza del progetto.

**Sviluppo di programmi di sensibilizzazione mirati:** Adattare i messaggi e le strategie di comunicazione alle diverse esigenze e caratteristiche delle comunità target.

**Garanzia di accessibilità linguistica:** Offrire servizi di traduzione e interpretazione per superare le barriere linguistiche.

**Promozione di modelli di cura flessibili tramite i consulenti mobili:** Adattare orari e modalità di erogazione dei servizi alle esigenze specifiche delle comunità.

**Promozione dell'inclusione sociale:**

**Collaborazione con organizzazioni che si occupano di inclusione:** Coinvolgere enti e associazioni che lavorano con gruppi vulnerabili per identificare e raggiungere le persone più a rischio.

**Sensibilizzazione sui temi dello stigma e della discriminazione:** Promuovere campagne di informazione e sensibilizzazione per contrastare i pregiudizi e favorire l'inclusione.

**Formazione del personale sanitario sulla comunicazione interculturale:** Garantire una comunicazione efficace e rispettosa delle diversità culturali e linguistiche.

**Sviluppo di servizi di supporto psicologico e sociale:** Offrire supporto emotivo e sociale alle persone che ne hanno bisogno per superare le barriere all'accesso alle cure.

**Pur rispettando la programmazione temporale della spesa, ovvero il 5% relativo all'anno 2024, considerato che le attività progettuali saranno avviate a seguito della valutazione, prevista in data 22 Luglio 2024, ci riserviamo di rivalutare in seguito il dato previsto per l'anno corrente.**

<b>Piano finanziario</b>	
Voci di spesa	Importi previsti (euro)
<b>a) Costi diretti</b>	
<b>Spese di partenariato: costituzione e mantenimento della Rete di Comunità</b>	<b>€ 31.807,66</b>
<b>a) Tot. Costi diretti</b>	<b>€ 31.807,66</b>
<b>b) Tot. Costi indiretti</b>	<b>€ 31,81</b>
Costo totale del progetto (a+b)	<b>€ 31.839,47</b>
Richiesta dell'anticipo dell'1%	<i>xSi</i>

## SCHEDA PROGETTO 5

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

<b>Titolo del progetto:</b>	<b>Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di outreach</b>
<b>Codice progetto</b>	<b>IN.4.5.1_01</b>
<b>Inizio progetto</b>	<b>10 Gennaio 2025 – 1° dicembre 2029</b>
<b>Fine progetto</b>	
<b>Priorità</b>	<b>2 – Servizi sanitari di qualità (FESR)</b>
<b>Costo totale del progetto</b>	<b>1.669.055,41</b>

### 2. DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Le attività previste sono mirate a visite specialistiche di odontoiatria e stomatologia, con lo scopo di prevenzione e cura di tutte le patologie del cavo orale a carico di tessuti molli e duri, in primis per il carcinoma del cavo orale. Troppo spesso la popolazione socialmente vulnerabile non accede alle cure odontoiatriche anche a quelle pubbliche, per una assenza sul territorio di attenzioni e risposte alle patologie orali nelle fasce di età 0-100 anni, pertanto controlli e trattamenti sullo stato di salute del cavo orale, interventi di detartrasi, terapie conservative/endodontiche, bonifiche del cavo orale, indicazioni ed informazioni sulle norme comportamentali in particolare a favore della prima infanzia e della età evolutiva ,potranno produrre condizione di prevenzione, salute e benessere, migliorando la qualità di vita di queste fasce deboli ,riducendo patologie infettivo-infiammatorie locali o a distanza ( patologie d'organo).

Le unità dei MH in numero di due, una clinica ed una odontoiatrica saranno sufficienti a controllare il territorio e ad eseguire screening e prese in carico dei pazienti inclusi nel progetto.

Il fabbisogno del personale odontoiatrico è così proposto:

- N. 1 medico odontoiatra;
- N. 1 assistente alla poltrona;
- N. 1 Igienista dentale.
- N. 1 autista;

Ove il paziente preso in carico dovesse seguire parte del trattamento terapeutico presso strutture ambulatoriali dei distretti asl , sarà necessario richiedere la prestazione a personale individuato mediante pubblicazione di avviso con manifestazione di interesse, riguardante le precedenti due qualifiche: odontoiatra ed assistente di studio odontoiatrico (aso), peraltro già individuati per il conferimento dell'incarico in equipe per MH che completerebbero l'iter presso sedi distrettuali individuate ed allestite all'uopo. Le sedi individuate da allestire:

1) DSS LECCE-P.zza Bottazzi, 2) P.O. "V.Fazzi", 3) DSS Nardò , 4) DSS Maglie, 5) DSS Gallipoli, 6) DDS Gagliano del Capo.

#### **Fabbisogno di personale odontoiatrico:**

sarà indetta manifestazione di interesse-per la scelta e l'arruolamento del personale idoneo alla tipologia di prestazioni del progetto INMP.

RUOLO	NUMERO DI PERSONALE	ORE SETTIMANALI	ORE TURNI GIORNALIERI	MODALITA' DI RECLUTAMENTO
MEDICO ODONTOIATRA	1	38	6	Specifico avviso pubblico di selezione
IGIENISTA DENTALE	1	36	6	Specifico avviso pubblico di selezione
ASSISTENTE ALLA POLTRONA	1	36	6	Specifico avviso pubblico di selezione
AUTISTA	1	36	6	Specifico avviso pubblico di selezione

#### Supporto per la logistica:

- allestimento delle sedi ambulatoriali su citate, rese idonee con l'acquisto di n° 7-8 riuniti odontoiatrici completi di accessori,
- allestimento del MH con kit di prima visita, materiali odontoiatrici, piccolo strumentario per la terapia conservativa / endodonzia, 2-3 set di pinze per estrazione, leve, kit per suture = portaaghi, pinzette, forbici, suture)

Beni strumentali, dispositivi medici ed accessori, saranno conservati in magazzino idonei, la cui responsabilità e custodia sarà a carico del supervisore/responsabile

- Scanner intraorale completo di pc : dispositivo medico utile alla lettura digitale , utilizzato per raccogliere informazioni su forma e dimensioni delle arcate dentarie attraverso l'emissione di un fascio luminoso (raggio laser) sulla superficie dei denti risultando metodica rapida, precisa e ripetibile , da preferirsi alla presa d'impronta classica con materiali "manuali".
- Piezosurgery dentale: dispositivo medico utile ad eseguire interventi di bonifica del cavo orale, più specificatamente osteotomie/ostectomie senza danneggiamento dei tessuti molli/strutture nervose.

Tali dispositivi medici ridurranno di fatto, in maniera sostanziale, ogni eventuale complicità e/o fenomeno avverso legato alle prestazioni del personale arruolato durante l'esercizio delle varie attività sia di prevenzione che di cure ad ogni livello, dal più semplice fino ai trattamenti a media e alta complessità: per questi ultimi sarà sempre informato il supervisore che sarà a disposizione nella esecuzione degli stessi, pianificati presso le strutture dei distretti. Le buone regole, la buona pratica sanitaria odontoiatrica, il coinvolgimento di colleghi dotati di esperienza e di capacità gestionali dei casi più critici e complessi. saranno in grado di produrre risultati di alta qualità.

#### 2.1 GOVERNANCE

L'arruolamento degli odontoiatri avverrà tramite avviso pubblico con la scelta delle professionalità dotate di esperienze nel settore specifico (odontoiatria di comunità / sociale), stesso criterio di selezione varrà per la ASO ed eventualmente per l'igienista orale. Il supervisor avrà il ruolo di monitoraggio delle attività e di confronto con il direttivo di progetto: composto dal referente unico di progetto e dal referente amministrativo.

### 3. CRONOPROGRAMMA

#### Fasi di progetto e tempi di attuazione da gennaio 2025 a 1/12/2029

n. fase	Descrizione	Tempi di attuazione
I	Kick off di progetto – definizione della cabina di regia /gruppo di governance. Presentazione del progetto alla comunità locale e alla rete di ETS presenti sul territorio – Definizione dell’immagine coordinata di progetto	Gennaio 2025 – Febbraio 2025
II	Procedura di Selezione delle figure professionali individuate attraverso avvisi pubblici e/o utilizzo di graduatorie già attive; recruiting interno del personale ASL Lecce	Marzo – Aprile 2025
III	Sensibilizzazione per il recruiting del target in oggetto, presso la rete degli ETS coinvolti e presso gli ambiti di zona. Calendarizzazione delle attività dei consultori mobili e mappatura digitale dei luoghi (app)	Maggio – Giugno 2025
IV	Coinvolgimento dell’equipe:  - Formazione; partecipazione; condivisione della metodologia, della mission e della tempistica di progetto tra i diversi gruppi individuati e in particolare condivisione dei percorsi e dei processi tra i vari consultori	Luglio – Settembre 2025
V	Inizio Attività erogazione del servizio; (Calendarizzazione delle attività dei consultori mobili e erogazione dei servizi; mappatura dei tempi; registrazione delle attività)	Ottobre - Dicembre 2025
VI	Erogazione del servizio presso i consultori di prossimità e attraverso il consultorio mobile	da Dicembre 2025 a Dicembre 2029
V	Monitoraggio e rendicontazione a cadenza bimestrale:  individuazione degli indicatori di output e di risultato intermedio e finale	Primo monitoraggio Marzo 2025  Ultimo monitoraggio Dicembre 2029
VI	Comunicazione e sensibilizzazione	AZIONE TRASVERSALE

#### PIANO ANNUALE DELLE SPESE:

2024	2025	2026	2027	2028	2029
83.452,77	333.811,082	417,263,852	333,811,082	250.358,321	250.358,321

#### 4. EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO

Ogni complicanza sanitaria, emergenza e criticità verrà valutata di volta in volta dai medici di equipe o dai professionisti esterni coinvolti. Mentre ogni difficoltà nella gestione dei pazienti presi in carico, verrà posta all'attenzione del supervisore per la migliore risoluzione utilizzando le migliori risorse.

**Pur rispettando la programmazione temporale della spesa, ovvero il 5% relativo all'anno 2024, considerato che le attività progettuali saranno avviate a seguito della valutazione, prevista in data 22 Luglio 2024, ci riserviamo di rivalutare in seguito il dato previsto per l'anno corrente.**

Piano finanziario	
Voci di spesa	Importi previsti (euro)
<b>A) Costi diretti</b>	
Spese per acquisto ambulatori mobili attrezzati (clinici e odontoiatrici)	€ 200.500,00
Spese per acquisto/manutenzione attrezzature e allestimenti di ambulatori di prossimità	€ 353.772,72
Spese per acquisto/manutenzione attrezzature tecniche per l'attività di odontoiatria sociale	€ 188.115,3
Spese del personale team odontoiatrici (*)	€ 925.000,00
<b>A) Tot. Costi diretti</b>	<b>€ 1.667.388,02</b>
<b>B) Tot. Costi indiretti (0,1% costi diretti – art. 7.2 della Convenzione)</b>	<b>€ 1.667,39</b>
<b>Costo totale del progetto (A+B)</b>	<b>€ 1.669.055,41</b>
Richiesta dell'anticipo dell'1%	

SCHEDA PROGETTO 6

1. INFORMAZIONI GENERALI	
Titolo del progetto:	<b>Acquisizione e dotazione di protesi odontoiatriche</b>
Codice progetto	<b>IN.4.5.1_03</b>
Inizio progetto	<b>1° ottobre 2024 – 1° dicembre 2029</b>
Fine progetto	
Priorità	<b>2 – Servizi sanitari di qualità (FESR)</b>
Costo totale del progetto	<b>1.315.472,86</b>
2. DESCRIZIONE DEL PROGETTO	
<p>Le attività previste sono mirate a visite specialistiche di odontoiatria e stomatologia, con lo scopo di prevenzione e cura di tutte le patologie del cavo orale a carico di tessuti molli e duri. Spesso le carenze di risposta al fabbisogno della popolazione vulnerabile dal punto di vista sociale e sanitario, creano difficoltà di accesso persino ai LEA , spesso del tutto assenti sul territorio. Pertanto saranno effettuati controlli sullo stato di salute del cavo orale, interventi di detartrasi, terapie conservative/endodontiche, e bonifiche del cavo orale con trattamenti estrattivi lì dove necessari, biopsie diagnostiche o escissionali per condurre il cavo orale e masticatorio in condizione di salute e benessere, evitando patologie infettivo-infiammatorie locali o a distanza (patologie d'organo) causate o aggravate da focolai infettivi odontogeni.</p> <p>In presenza di edentulia parziale e/o totale si provvederà alla richiesta di manufatti protesici mobili totali o parziali per consentire funzionalità masticatoria ed estetica, informando sempre il supervisore.</p> <p>Le protesi dentarie mobili verranno richieste dal medico odontoiatra una volta terminato il percorso di cure, prendendo un'impronta dentale e richiedendo al laboratorio odontotecnico reclutato in convenzione, il manufatto protesico specifico per quel paziente su apposito modulo preliminare. Prove e controlli di quanto richiesto saranno effettuati dal medico odontoiatra alla presenza dell'odontotecnico fino a che con la consegna finale. il medico inserirà la protesi al paziente, compilando un modulo di attestazione di corretta fornitura.</p>	
2.1 GOVERNANCE	
<p>I laboratori odontotecnici, verosimilmente in numero di 3, avranno il compito di realizzare protesi dentarie mobili su indicazione del medico, garantendone qualità, funzionalità ed estetica, garantendo inoltre prove intermedie di quanto richiesto, fino all'atto ultimo di consegna che dovrà avvenire in presenza del medico e del paziente. Qualora la protesi non dovesse rispondere ai requisiti del medico prescrittore, sarà compito del laboratorio farsi carico di eventuali modifiche o rifacimento della stessa, e sarà anche compito del laboratorio odontotecnico fornire il materiale di consumo necessario all'impronta preliminare e/o definitiva, oltre che ogni altro tipo di materiale di consumo necessario per tutte le fasi della protesi richiesta.</p> <p>Nella organizzazione delle cure odontoiatriche, i pazienti visitati ed arruolati al percorso di ripristino della salute orale, saranno presi in carico della equipe di medico odontoiatra, assistente alla poltrona ed igienista, e all'interno del MH verranno sottoposti ad ogni trattamento necessario al raggiungimento dello scopo, ossia visite e controlli, igiene, cure dentarie ed estrazioni. Nel caso in cui il paziente preso in carico per ragioni legate alla critica fragilità sanitaria o alla esecuzione di particolari e complesse prestazioni non potrà eseguire tutto il percorso a bordo del MH, verrà indirizzato presso ambulatorio del distretto più vicino per completare il ciclo di cure: per ogni evoluzione dei percorsi, sarà utile ed opportuno informare il supervisore.</p>	

Sarà necessario procedere a pubblicazione di un avviso con manifestazione di interesse riguardante laboratori odontotecnici: la valutazione sulla individuazione del laboratorio/i ritenuto/i più idonei. I laboratori odontotecnici utili, in numero di 2- 3, verranno contrattualizzati, ed i rapporti saranno regolamentati con apposita modulistica tra medico odontoiatra richiedente e laboratorio, con la costante partecipazione del coordinatore/supervisore del progetto in questione: un modulo iniziale ( MODULO RICHIESTA PROTESI DENTARIA) con cui il medico richiede la protesi mobile con dettagli e specifiche tecniche (forma, dimensione, materiali, ecc) anagrafica del paziente, e effettuate tutte le prove intermedie necessarie alla regolare e perfetta realizzazione del manufatto sempre in presenza sia del medico che dell'odontotecnico, la fase finale di consegna, sarà appositamente segnalata sul modulo finale (MODULO ATTESTAZIONE CORRETTA FORNITURA) a garanzia della certificazione di corretta fornitura della protesi richiesta, pena il rifacimento della stessa da parte del laboratorio interessato. Le protesi dentarie terminate e regolarmente consegnate non saranno soggette ad ulteriori modifiche da parte del laboratorio, mentre il paziente preso in carico potrà essere sottoposto a visite di controllo e follow-up fino a scadenza del progetto.

Tutta la rendicontazione protesica sarà gestita dalla chiave contabile.

La realizzazione delle attività delle cure odontoiatriche sarà gestita interamente sul MH, provvisto di materiali di consumo di ogni genere necessari al regolare e corretto svolgimento di trattamenti di igiene e terapie conservative, estrattive e di piccola chirurgia in assoluta sicurezza. Il MH sarà dotato di beni strumentali e materiali di consumo utili e necessari ad ogni prestazione odontoiatrica. Tutte le prestazioni odontoiatriche che non potranno essere eseguite su MH, verranno effettuate in ambito territoriale.

### 3. CRONOPROGRAMMA

#### Fasi di progetto e tempi di attuazione da ottobre 2024 a dicembre 2029

Descrizione	Tempi di attuazione
Kick off di progetto – definizione della cabina di regia /gruppo di governance. Presentazione del progetto alla comunità locale e alla rete di ETS presenti sul territorio – Definizione dell'immagine coordinata di progetto	Ottobre - Novembre 2024
Procedura di Selezione pubblicazione di un avviso con manifestazione di interesse riguardante laboratori odontotecnici	Novembre - Dicembre 2024
Sensibilizzazione per il recruiting del target in oggetto, presso la rete degli ETS coinvolti e presso gli ambiti di zona e individuazione dei setting	Gennaio 2025 – Febbraio 2025
Coinvolgimento dell'équipe: - Attivazione dei servizi	Febbraio 2025 – Ottobre 2029
Monitoraggio e rendicontazione a cadenza bimestrale: individuazione degli indicatori di output e di risultato intermedio e finale	Primo monitoraggio: Dicembre 2024  Ultimo monitoraggio Dicembre 2029

PIANO ANNUALE DELLE SPESE:

2024	2025	2026	2027	2028	2029
65.773,64	263.094,00	328.868,21	263.094,00	197.320,92	197.320,92

**4. EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO**

**La criticità potrebbe essere rilevata nel percorso di follow up necessario alla fornitura della protesi odontoiatrica, in particolare per le povertà estreme quali clochard e/o cittadini stranieri.**

**Modalità di superamento:**

- Implementare dei consultori mobili per raggiungere le aree remote.
- Collaborazione con organizzazioni locali per creare punti di accesso più vicini alle comunità in difficoltà.
- Collaborazioni con le ETS e con i referenti dei Piani di Zona, per raggiungere direttamente le persone in condizioni di povertà.

**Pur rispettando la programmazione temporale della spesa, ovvero il 5% relativo all'anno 2024, considerato che le attività progettuali saranno avviate a seguito della valutazione, prevista in data 22 Luglio 2024, ci riserviamo di rivalutare in seguito il dato previsto per l'anno corrente.**

**Piano finanziario**

Voci di spesa	Importi previsti (euro)
<b>A) Costi diretti</b>	
Spese per fornitura di protesi odontoiatriche	<b>€ 1.314.158,70</b>
<b>B) Costi indiretti (0,1% costi diretti – art. 7.2 della Convenzione)</b>	<b>€ 1.314,16</b>
<b>Costo totale del progetto (A+B)</b>	<b>€ 1.315.472,86</b>
Richiesta dell'anticipo dell'1%	

## SCHEDA PROGETTO 7

1. INFORMAZIONI GENERALI	
Titolo del progetto:	Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria presso la popolazione target
Codice progetto	IN.4.5.2_03
Inizio progetto	1° ottobre 2024 – 1 Dicembre 2029
Fine progetto	
Priorità	2 – Servizi sanitari di qualità (FESR)
Costo totale del progetto	33.515,23
2. DESCRIZIONE DEL PROGETTO	
<p><b>OBIETTIVO DEL PROGETTO:</b> Creare strumenti utili alla diffusione della conoscenza del sistema sanitario; delle strutture e dei servizi, dell'ASL di Lecce, a supporto dei cittadini e delle cittadine in condizione di marginalità socio sanitaria; sensibilizzare sui fattori di rischio per la salute collegati alla rinuncia ad attività di prevenzione e di cura.</p> <p><b>POPOLAZIONE TARGET:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cittadini/cittadine stranieri che vivono in condizione di marginalità socio/sanitaria;</li> <li>- abitanti delle comunità RSC;</li> <li>- homeless;</li> <li>- cittadini/cittadini residenti della provincia in oggetto che vivono in condizioni di marginalità socio sanitaria.</li> </ul> <p>All'avvio delle attività del progetto Elpis si realizzerà il tool di comunicazione integrata dei materiali informativi necessari alla divulgazione del messaggio e delle azioni. Il materiale che si andrà a produrre sarà chiaro e specifico per il target in oggetto e tradotto in più lingue.</p> <p>Il materiale informativo sarà finalizzato a supportare le attività di educazione sanitaria che si andranno a realizzare presso gli ambulatori di prossimità e attraverso gli ambulatori mobili.</p> <p>La produzione, nei diversi format cartacei e digitali sarà realizzata in base alle esigenze specifiche rilevate attraverso la mappatura dei bisogni.</p> <p>Il materiale grafico che si andrà a realizzare seguire le direttive indicate nelle "linee guida per la grafica del programma" e fornite da INMP.</p> <p><b>Modalità di somministrazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Distribuzione diretta</u>: La brochure e i volantini saranno distribuiti direttamente ai destinatari del progetto presso ambulatori, centri sociali, centri per l'impiego, Caritas, etc.</li> <li>- <u>Affissione</u>: Le locandine saranno affisse in luoghi pubblici come bacheche, consultori medici, farmacie, supermercati, etc.</li> <li>- <u>Online</u>: La brochure, il sito web e i social media saranno i canali principali per la diffusione online delle informazioni.</li> <li>- <u>Collaborazione con enti locali</u>: Si collaborerà con enti locali, associazioni e organizzazioni del terzo settore per diffondere le informazioni sul progetto ELPIS attraverso i loro canali di comunicazione.</li> <li>- Collaborazione con le Scuole;</li> <li>- Collaborazione con i leader di Comunità.</li> </ul>	

### Personalizzazione:

I materiali informativi saranno personalizzati in base alle diverse esigenze dei destinatari ma sempre tenendo presente le linee guida per la grafica fornita da INMP.

Ad esempio, la brochure potrà essere tradotta in diverse lingue, mentre i volantini potranno essere adattati a specifici contesti territoriali o gruppi di persone.

### Valutazione:

L'efficacia del piano di comunicazione sarà valutata attraverso il monitoraggio del numero di persone raggiunte dai messaggi, del numero di contatti ricevuti e del numero di persone che hanno usufruito dei servizi ELPIS.

## 2.1 GOVERNANCE

### - Responsabile della Comunicazione:

Il responsabile avrà la responsabilità di coordinare tutte le attività di comunicazione del progetto.

Redigerà il piano di comunicazione e ne curerà l'implementazione.

Monitorerà l'efficacia delle attività di comunicazione e apporterà le necessarie modifiche.

### - Comitato di Pilotaggio:

Il comitato di pilotaggio sarà composto da rappresentanti dell'ASL Lecce, degli Enti del Terzo Settore e degli Ambiti di Zona.

Fornirà indicazioni e consigli al responsabile della comunicazione.

Approverà il piano di comunicazione e le sue modifiche.

### - Gruppo di Lavoro per la Comunicazione:

Il gruppo di lavoro sarà composto da persone con competenze in materia di comunicazione, marketing, grafica e web.

Svilupperà i materiali informativi e si occuperà della loro diffusione.

Collaborerà con il responsabile della comunicazione per il monitoraggio e la valutazione delle attività.

### - Valutazione:

Il piano di comunicazione sarà valutato in base ai seguenti criteri:

-Numero di persone raggiunte;

-Livello di comprensione delle informazioni;

-Soddisfazione dei destinatari;

-Effetto sul numero di persone che usufruiscono dei servizi.

## 3. CRONOPROGRAMMA

### Fasi di progetto e tempi di attuazione da ottobre 2024 al 1 dicembre 2029

Descrizione	Tempi di attuazione
Definizione del Piano di comunicazione	Ottobre - Novembre 2024
Realizzazione del tool di comunicazione e diffusione tra la rete dei supporters di progetto; realizzazione dei materiali informativi e dei contenuti	Dicembre 2024 - febbraio 2025

Diffusione tra la rete dei supporters di progetto; realizzazione dei materiali informativi e dei contenuti; distribuzione del materiale informativo	Marzo 2025 – Dicembre 2029 AZIONE TRASVERSALE
Diffusione dei messaggi e promozione del progetto	Marzo 2025 a Dicembre 2029
Monitoraggio e rendicontazione a cadenza bimestrale: individuazione degli indicatori di output e di risultato intermedio e finale	Primo monitoraggio: Dicembre 2024  Ultimo monitoraggio: Dicembre 2019

PIANO ANNUALE DELLE SPESE:

2024	2025	2026	2027	2028	2029
1.675,76	6.703,04	8.378,80	6.703,04	5.027,28	5.027,28

#### 4. EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO

**Rischi:**

I principali rischi per la comunicazione del progetto sono i seguenti:

- Scarsa diffusione dei materiali informativi;
- Bassa comprensione delle informazioni da parte dei destinatari;
- Scarsa partecipazione della popolazione target.

Per mitigare questi rischi, è importante pianificare attentamente le attività di comunicazione e monitorarne l'efficacia.

Comunicazione interna:

È importante garantire una buona comunicazione interna al progetto per assicurare la collaborazione di tutti gli attori coinvolti.

Saranno organizzati incontri periodici per informare il personale sull'andamento del progetto e sulle attività di comunicazione.

Verrà creato un forum online per facilitare la comunicazione e la condivisione di informazioni.

La governance del progetto garantirà che la comunicazione sia pianificata, attuata e valutata in modo efficace.

**Pur rispettando la programmazione temporale della spesa, ovvero il 5% relativo all'anno 2024, considerato che le attività progettuali saranno avviate a seguito della valutazione, prevista in data 22 Luglio 2024, ci riserviamo di rivalutare in seguito il dato previsto per l'anno corrente.**

<b>Piano finanziario</b>	
Voci di spesa	Importi previsti (euro)
<b>A) Costi diretti</b>	
Spese per fornitura di materiali informativi	<b>€ 33.481,75</b>
<b>B) Costi indiretti (0,1% costi diretti – art. 7.2 della Convenzione)</b>	<b>€ 33,48</b>
<b>Costo totale del progetto (A+B)</b>	<b>€ 33.515,23</b>
Richiesta dell'anticipo dell'1%	

<b>ALLEGATI</b>	<p>X Domanda di finanziamento del Piano di interventi e dichiarazioni;</p> <p>X Nomina del soggetto responsabile dell'attuazione del Piano di interventi</p>
-----------------	--



**STEFANO ROSSI**  
06.09.2024  
12:52:06 UTC

**Segreteria Commissione valutazione piani di interventi PNES  
UOC Governance affari amministrativi e legali**

Al Responsabile dell'Organismo  
Intermedio INMP  
PN Equità nella Salute  
Dott.ssa Carmela Pierri

e, p.c., Alla Direzione Generale INMP  
Alla Direzione Amministrativa INMP  
Alla Direzione Sanitaria INMP

**Oggetto:** Riscontro all'invio dei Piani di Interventi – seconda rimodulazione - presentati dalle Aziende Sanitarie beneficiarie del PNES – area “*Contrastare la povertà sanitaria*” – Aziende Sanitarie: esito positivo della valutazione.

La Commissione di valutazione dei Piani di Intervento per il PNES, istituita con la Deliberazione INMP n. 161 del 20 giugno 2024, facendo seguito, da ultimo, alle note relative alla seconda rimodulazione dei Piani di Interventi chiesta dalla Commissione medesima, prot. nn. 5503 del 17.09.2024, 5613, 5614, 5615, 5616 e 5617 del 23.09.2024, all'esito della riunione n. 22 del 26.09.2024, ha dato mandato alla scrivente UOC, in qualità di Segreteria Tecnica della citata Commissione, di trasmettere con nota protocollata al Responsabile dell'Organismo Intermedio INMP il riepilogo delle Aziende Sanitarie i cui Piani di Interventi, all'esito della predetta seconda rimodulazione, sono stati valutati con esito positivo, come di seguito indicate:

**BASILICATA:**

- Matera;
- Potenza.

**CALABRIA:**

- Catanzaro;
- Crotona;
- Reggio Calabria.

**CAMPANIA:**

- Benevento;
- Caserta;
- Napoli 1;
- Napoli 3.

**MOLISE:**

- ASREM Molise.

**PUGLIA:**

- Bari;
- Foggia;
- Lecce.

**SARDEGNA:**

- Nuoro;
- Ogliastra;
- Oristano;
- Sassari;
- Sulcis.

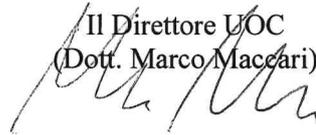
SICILIA:

- Agrigento;
- Caltanissetta;
- Enna;
- Palermo;
- Ragusa;
- Siracusa;
- Trapani.

Nel rimanere a disposizione per ogni eventuale chiarimento, si inviano cordiali saluti.

Referente: Segreteria Commissione di valutazione  
Piani di intervento PNES

Il Direttore UOC  
(Dott. Marco Maccari)





**Organismo Intermedio PNES**

Alla c.a **Dott. Marco Maccari**

Direttore UOC Governance affari  
amministrativi e legali  
Segreteria Commissione valutazione piani  
di interventi PNES

E,p.c., **Alla Direzione Generale INMP**  
**Alla Direzione Amministrativa INMP**  
**Alla Direzione Sanitaria INMP**

**Oggetto:** Presa d'atto degli esiti del lavoro della Commissione di valutazione dei Piani di intervento delle Aziende Sanitarie beneficiarie del PNES – area “Contrastare la povertà sanitaria” – Prot. Int. 0005705.26-09-2024

Con la presente si prende atto degli esiti del lavoro della Commissione di valutazione dei Piani di intervento delle Aziende Sanitarie beneficiarie del PNES – area “Contrastare la povertà sanitaria” trasmessi con nota prot. n. 0005705 del 26.09.2024, relativi alla valutazione positiva alla seconda rimodulazione dei Piani di Intervento delle seguenti Aziende Sanitarie:

**BASILICATA**

- Matera
- Potenza

**CALABRIA**

- Catanzaro
- Crotone
- Reggio Calabria

**CAMPANIA**

- Benevento
- Caserta
- Napoli 1
- Napoli 3

**MOLISE**

- ASREM Molise

**PUGLIA**

- Bari
- Foggia
- Lecce

#### SARDEGNA

- Nuoro
- Ogliastra
- Oristano
- Sassari
- Sulcis

#### SICILIA

- Agrigento
- Caltanissetta
- Enna
- Palermo
- Ragusa
- Siracusa
- Trapani

Si richiede pertanto la predisposizione delle relative delibere di approvazione, secondo lo schema approvato dalla Direzione Amministrativa.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

Responsabile per  
l'Organismo Intermedio

INMP  
Dott.ssa Carmela Pierri

