Programma Nazionale "Equità nella Salute" 2021-2027

Contrastare la povertà sanitaria

PIANO DI INTERVENTI dell'Azienda Sanitaria Locale SULCIS IGLESIENTE

Responsabile dell'attuazione	Dott. Aldo Atzori
Referente amministrativo	Dott.ssa Francesca Piras

1DESCRIZIONE DEL CONTESTO

L'ambito territoriale di competenza dell'ASL n.7 è quello della provincia del Sulcis Iglesiente (Figura 1), la sua popolazione complessiva è pari a 117.921 abitanti e comprende 23 Comuni.

La ASL n.7 Sulcis Iglesiente si articola in 3 Distretti Sociosanitari (Figura 2):

- Distretto Sociosanitario di Iglesias;
- Distretto Sociosanitario di Carbonia;
- Distretto Sociosanitario delle Isole Minori;

Figura 1 - Territorio ASL SULCIS Iglesiente

Tra i tre distretti il più popoloso è quello di Carbonia con 54.341 abitanti, pari a circa il 46 % del totale (Tabella 1).

Tabella 1 - Composizione e demografia per Distretto

Distretto	Comuni	Maschi	Femmine	Totale	Val. %
Carbonia	13	26.543	27.798	54.341	**46**
Iglesias	7	21.607	22.589	44.196	**38**
Isole minori	3	9.592	9.792	19.384	**16**
Totale	23	57.742	60.179	117.921	

Fonte: Istat – Demo al 01/01/2024

DISTRETTI ASL SULCIS IGLESIENTE

Il Distretto è un'articolazione territoriale, organizzativa e funzionale della Asl n. 7 del Sulcis Iglesiente, e rappresenta la struttura nella quale si realizza il modello di integrazione fra servizi sanitari e socio-sanitari, grazie alla creazione di una rete tra ASL ed Enti Locali; inoltre, è lo strumento attraverso il quale l'Azienda risponde in maniera coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione ai sensi degli art 3- quinques del D.Lgs. 502/1992 e LR 24/2020.

L'organizzazione delle attività distrettuali è articolata tenendo conto delle singole realtà territoriali ed è volta ad assicurare:

- il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- la presa in carico dei bisogni del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
- la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione dei PLUS;
- la promozione, anche in stretta collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria;
- l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
- *la presa in carico della persona nei punti unici di accesso per la fruizione dei servizi, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri in un'ottica di gestione in rete; l'attuazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e riabilitativi adottati dalla azienda.*
- Al Distretto compete, inoltre, una funzione di garanzia, con attenzione prioritaria ai soggetti deboli, fragili, più vulnerabili, quale centrale interesse della sanità pubblica. Ciò richiede interventi dedicati sia ai singoli portatori di specifici bisogni, sia alla comunità in cui vivono, che costituisce risorsa di cura.

Figura 2 - Distretti ASL SULCIS Iglesiente

CARBONIA	IGLESIAS	ISOLE MINORI
Il Distretto comprende i seguenti Comuni: Carbonia, Giba, Masainas, Nuxis, Perdaxius, Piscinas, Portoscuso, S. Giovanni Suergiu, S. Anna Arresi, Santadi, Tratalias, Villaperuccio;	Il Distretto comprende i seguenti Comuni: Buggerru, Domusnovas, Fluminimaggiore, Gonnesa, Iglesias, Musei, Villamassargia	Il Distretto comprende i seguenti Comuni: Calasetta, Carloforte e S. Antioco.

I Punti Unici di Accesso (PUA).

La capacità di individuare i problemi sociosanitari dei soggetti più deboli e di agire in modo unitario per soddisfarli sintetizza e definisce la funzione dei Punti Unici di Accesso, istituiti dall'Azienda Sanitaria ASL Sulcis Iglesiente per facilitare l'approccio del cittadino al servizio sociosanitario e per indirizzarlo alle strutture più adatte a soddisfare le sue esigenze, seguendolo passo a passo. Obiettivo del servizio è superare le attuali disuguaglianze nell'accesso e la disomogeneità delle risposte, limitando il rischio di riservare un'assistenza migliore e più rapida soltanto a chi sappia meglio esprimere le proprie necessità.

Il Punto Unico d'Accesso è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere qualsiasi informazione relativa ai servizi dell'Azienda n.7, alle prestazioni erogate, alle modalità e tempi di accesso. Rivolto in particolare a persone anziane e con disabilità, è gestito da uno staff di operatori (Assitenti Sociali ed Infermieri dei Distretti) che ascoltano e analizzano i bisogni dell'utente e dei familiari, individuano con loro il percorso terapeutico più adatto, li accompagnano in ogni fase.

Il Punto Unico d'Accesso rappresenta il modello assistenziale basato sulla "presa in carico", frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento oltrechè alle situazioni più fragili.

Il Punto Unico d'Accesso è pertanto la risposta all'esigenza di una maggiore equità e uniformità nell'erogazione dei servizi.

Un principio affermato anche dalla Legge regionale n° 23 del 23/12/2005 (art. 32), che coordina il sistema integrato dei servizi alla persona, cioè l'insieme di attività, servizi e prestazioni volte a favorire il benessere di tutti coloro che si trovano in situazioni di bisogno sociosanitario.

I Piani Locali Unitari dei Servizi alla Persona (PLUS)

In riferimento ai suddetti interventi ed in accordo con la normativa applicabile (articolo 3 septies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i., LR 23/2005, LR 17/2016 e s.m.i.), anche la ASL Sulcis Iglesiente è chiamata a garantire l'integrazione socio-sanitaria con i comuni associati, attraverso una regia distrettuale, con la programmazione integrata degli interventi e dei servizi socio-sanitari di rispettiva competenza all'interno del Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona di cui all'articolo 20 della L.R. n. 23/2005 (PLUS). In particolare, la LR 10/2005 dispone che le ASL partecipino alla programmazione del Plus con il Direttore Generale ovvero con il Direttore del Servizio Socio Sanitario e con il Direttore del Distretto (art. 14, comma 4, LR 10/2005). Il Piano Unitario Locale dei Servizi alla Persona (PLUS), rappresenta nei fatti un patto sociale attraverso il quale le istituzioni presenti sul territorio uniscono le forze per sostenere le persone attraverso servizi sociali e socio sanitari integrati.

Tale Piano permette ai diversi soggetti (ASL, Provincia, Comuni, Attori professionali, Soggetti sociali e solidali, cittadini, organizzazioni sindacali), di determinare gli obiettivi e le priorità, programmando e disponendo in modo integrato gli interventi sociali, sanitari e socio sanitari.
L'obiettivo primario è rendere, sulla base di una corretta analisi della domanda sociale, l'offerta più adeguata ai molteplici bisogni dei cittadini, ottenendo un miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia generale nonché della qualità degli interventi, avendo cura di differenziare nello specifico i contesti e le realtà territoriali. L'obiettivo ultimo è quello di favorire il benessere delle persone e delle famiglie che si trovano in situazioni di bisogno sociale.

Nel territorio della ASL Sulcis Iglesiente sono presenti 3 ambiti PLUS:

- PLUS di Carbonia
- PLUS di Iglesias
- PLUS dell'Unione dei comuni dell'Arcipelago del Sulcis

Tra le attività promosse dai PLUS della ASL Sulcis Iglesiente, rivestono particolare importanza i "Centri servizi per il contrasto alla povertà"; essi, svolgono in diversi comuni delle attività di accoglienza (vitto, alloggio, fornitura di vestiario), affiancamento, orientamento e supporto informativo in materia di inclusione e contrasto in favore delle persone in condizioni di povertà estrema o marginalità.

Inoltre, la presenza del "Banco del farmaco", sostenuta in collaborazione con la Caritas, prevede l'erogazione di un bonus a favore delle persone indigenti le quali possono ritirare i farmaci di cui necessitano presso le farmacie convenzionate della città.

La popolazione straniera residente nei Comuni della ASL Sulcis Iglesiente.

La rilevazione ISTAT al 1° gennaio 2023 sui cittadini stranieri residenti nei Comuni della ASL Sulcis Iglesiente (Figura 3), fornisce un primo dato utile per comprendere l'evoluzione del fenomeno migratorio che riguarda anche il territorio dell'Azienda e porre le basi per la costruzione ed il rafforzamento della rete socio-assistenziale integrata con le peculiarità sanitarie della suddetta popolazione.

Come si evince dalla Figura 3, è presente un rilevante numero di cittadini e cittadine provenienti dalla Romania e il cui fenomeno può, in prima ipotesi, essere relato alla crescente richiesta da parte delle famiglie di badanti per l'assistenza di soggetti fragili.

Figura 3 – Popolazione Straniera Residente nella ASL SULCIS Iglesiente (suddivisa per Distretti e Comuni)

Distretti ASL Sulcis Iglesiente	n.	% su tot.ab.	Paesi di provenienza
Distretto Carbonia			
Carbonia	442	1,7	Romania, Repubblica Popolare Cinese, Senegal
Giba	71	3,7	Polonia, Romania, Marocco
Masainas	24	2	Romania, Marocco
Narcao	60	2	Marocco, altro Europa
Nuxis	37	2,6	Marocco
Perdaxius	6	0,5	Romania, Marocco, altro Europa
Piscinas	11	1,4	Romania, Marocco
Portoscuso	65	1,3	Marocco, Repubblica Popolare Cinese
San Giovanni Suergiu	72	1,3	Marocco
Sant'Anna Arresi	52	2	Romania
Santadi	18	0,6	Romania, Tunisia, Marocco
Tratalias	4	0,4	Romania, Kirghizistan
Villaperuccio	29	2,9	Romania, Albania, Repubblica Popolare Cinese, Marocco
Distretto Iglesias			
Buggerru	19	1,8	Romania, Sud America, Asia
Domusnovas	42	0,7	Romania
Fluminimaggiore	48	1,8	Romania
Gonnesa	68	1,5	Romania, Repubblica Popolare Cinese
Iglesias	512	2	Romania, Senegal, Repubblica Popolare Cinese
Musei	9	0,6	Marocco, Senegal
Villamassargia	33	1	Romania
Distretto Isole Minori			
Calasetta	51	1,8	Romania, Germania
Carloforte	134	2,1	Romania, Repubblica Popolare Cinese

Sant'Antioco	149	1,4	Romania, Repubblica Popolare Cinese

La Comunità ROM nel Sucis Iglesiente.

La presenza nel Sulcis Iglesiente di una strutturata comunità ROM richiede di porre in essere vie di accesso ai servizi sanitari ed interventi mirati per contrastare le condizioni di grave marginalità sociale, deprivazione materiale e scarsa integrazione che ancora oggi riguardano tale popolazione. Le predette condizioni, infatti, in combinazione con stili di vita e comportamenti a rischio, incidono negativamente sulla salute di queste comunità, anche sul piano del disagio psico-sociale, e le rendono oggetto di doverosa attenzione da parte della sanità pubblica. La vigente normativa garantisce la possibilità di accedere alle cure anche ai cittadini stranieri o comunitari che non sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, tramite codice STP., ma nonostante ciò, si evidenziano ancora difficoltà nell'accesso ai servizi e alle cure delle comunità rom, soprattutto per quanto riguarda i programmi di prevenzione e la salute mentale.

Come nel resto d'Italia, anche in Sardegna la ridotta disponibilità di informazioni statistiche socio-demografiche ed economiche scientificamente attendibili sulla popolazione rom risulta, con tutta evidenza, una delle principali cause che concorrono a rendere difficile l'individuazione puntuale delle problematiche che investono le condizioni di vita di parte di questo eterogeneo gruppo di cittadini. A sua volta, la mancanza di una quantificazione puntuale delle presenze e delle caratteristiche principali che aiutino a stilare un quadro sulla complessa situazione della popolazione rom, incide negativamente sulla possibilità di elaborare politiche pubbliche efficaci e mirate e di utilizzare al meglio le risorse disponibili per finanziare percorsi di inclusione sociale e/o promozione culturale. Sarà cura di questa Azienda, pertanto, promuovere percorsi e processi di inclusione, integrazione e promozione a vari livelli.

INFORMAZIONI DI SINTESI PIANO DI INTERVENTI

1Costo totale Piano di Interventi

Progetti	Codice progetto	FESR max Euro	FSE+ max Euro	TOTALE max Euro
Costituzione delle equipe multidisciplinari per attività clinica	**IN.4k.1_02**		823.063,36 €	823,063,36 €
Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitari	**IN.4k.1_04**		433,826,11 €	433,826,11 €
Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni	**IN.4k.2_02**		38.801,56 €	38.801,56 €
Mediazione di sistema	**IN.4k.3_01**		8.936,12 €	8.936,12 €
Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di *outreach*	**IN.4.5.1_01**	468.439,75 € di cui Max 323.137,09 € di personale		468.439,75 €
Acquisizione di protesi odontoiatriche per persone in povertà sanitaria	**IN.4.5.1_03**	369.202,71 €		369.202,71 €
Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria presso la popolazione target	**IN.4.5.2_03**	9.406,44 €		9.406,44 €
Totale		**847.048,90**	**1.304.627,15**	**2.151.676,05**

2Indicatori 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	24	949
EECO13	Cittadini Paesi Terzi	Numero partecipanti	9	378

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	472

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		67	1.347

4.4 - INDICATORI DI RISULTATO PREVISTI - FESR

Cod indicatore	**Indicatore**	Unità di Misura	Target finale (2029)
RCR73	Numero annuale di utenti delle strutture di assistenza sanitaria nuove o modernizzate	Numero utenti per anno	219

La compilazione dei box di progetto non deve superare i 5.000 caratteri (spazi esclusi).

SCHEDA PROGETTO 1

1INFORMAZIONI GENERALI	
Titolo del progetto:	**Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica**
Codice progetto	**IN.4k.1_02**
Inizio progetto	**01 Maggio 2024 – 01 Dicembre 2029**
Fine progetto	
Priorità	**1 – Servizi sanitari più equi e inclusivi (FSE+)**
Costo totale del progetto	**823.063,36 €**

2 DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Nel territorio della Asl SULCIS Iglesiente si intende proporre un'offerta sanitaria e sociosanitaria rivolta ad una popolazione target che ricomprenda, in particolare fasce di popolazione che si trovano in condizioni di vulnerabilità socio-economica, tra queste anche Rom Sinti e Caminanti, favorendo la presa in carico di tutte le persone che non riescono ad accedere ai servizi sanitari sia per la loro condizione socioeconomica sia a causa di altri fattori quali la difficoltà a raggiungere i presidi sanitari di riferimento (HUB e Spoke).
In particolare, si intende costituire due equipe multidisciplinari sanitarie e socio-sanitarie, una stabile e una variabile, che con ambulatori mobili si recheranno presso i comuni della Asl SULCIS Iglesiente, al fine di promuovere la tutela della salute e supportare la pratica di corretti stili di vita.

L'equipe stabile, così definita poiché la sua componente è definita per tutta la durata del progetto, sarà costituita da:

1 assistente amministrativo
1 assistente sociale
1 mediatore transculturale o culturale
1 autista
1 psicologo
1 terapista della riabilitazione
1 OSS

L'equipe variabile, così definita poiché i suoi componenti sono intercambiabili in funzione delle adesioni e dei bisogni emersi, sarà costituita da:

1 medico cardiologo
1 medico diabetologo
1 medico pneumologo
1 medico ginecologo
1 medico geriatra
1 o più infermiere/ostetrica
Il progetto si svilupperà in sinergia con gli Enti locali, i Plus e gli enti del terzo settore che daranno un contributo fondamentale nell'individuazione della popolazione target, così come descritto nella scheda progetto IN.4K.2_02
.
L'equipe stabile si compone di figure che in sinergia tra loro dovranno dare risposte puntuali ai bisogni in dinamica evoluzione della popolazione. Il personale che la compone verrà reclutato dall'esterno attraverso la pubblicazione di bandi per manifestazione di interesse per un impegno orario definito come segue:

1 assistente amministrativo (30h/settimana)
1 assistente sociale (12h/settimana)
1 mediatore transculturale o culturale (14h/settimana)

1 autista (12h/settimana)
1 psicologo (12h/settimana)
1 terapista della riabilitazione / educatore (14h/settimana)
1 OSS (13h/settimana)
I professionisti verranno remunerati secondo i Contratti della Amministrazione pubblica attualmente in vigore in base al profilo professionale e contrattati a tempo determinato.

Per quanto riguarda l'equipe variabile, composta da personale medico specialistico e infermieristico, si farà ricorso a professionisti interni all'azienda che saranno reclutati tramite bandi per manifestazione di interesse e che svolgeranno la loro attività in prestazioni aggiuntive, remunerate in ragione della vigente normativa. In mancanza di adesione da parte di dipendenti dell'Azienda si farà ricorso a professionisti esterni.

I medici e gli infermieri andranno reclutati attraverso una manifestazione di interesse intraAziendale, secondo le disposizioni della normativa delle prestazioni aggiuntive il cui regolamento Aziendale è attualmente in fase di predisposizione ai sensi della normativa Nazionale di riferimento, per un totale di 12 h alla settimana per il personale medico e di 15 h /sett per il personale infermieristico, distribuendo le ore per ogni professionista in base alle esigenze riscontrate nella erogazione delle attività e secondo le esigenze delle varie fasi del progetto .
La spesa per ogni ora di attività è di 100 euro/h per i medici e 50 euro/h per il personale infermieristico.

Equipè Variabile :

1 medico cardiologo
1 medico diabetologo
1 medico pneumologo
1 medico ginecologo
1 medico geriatra
1 o più infermieri

2.1 GOVERNANCE

Modello organizzativo per il raggiungimento degli obiettivi:

Il progetto intende trasferire la presa in carico sanitaria e socio-sanitaria su un modello biopsicosociosanitario. L'iniziativa prevede l'integrazione con la realtà territoriale comprendente il bacino d'utenza della ASL 7 del SULCIS Iglesiente, che presenta differenze orografiche, culturali e sociali e pertanto l'organizzazione verterà a differenziare gli interventi sulla base della tipologia di bisogno del contesto affinandosi per raggiungere la popolazione più fragile e maggiormente esposta a situazioni di povertà sanitaria attraverso l'utilizzo dei motorhome clinico. Tale modalità consente di raggiungere i centri abitati più lontani dai principali Presidi Sanitari, le aree periferiche e le zone extraurbane dei principali centri.
Per i RSC saranno riprogrammati specifici interventi con gli ETS che si occupano di questo target, finalizzati a sensibilizzare informare e orientare rispetto al bisogno di salute che incide nelle loro possibilità di cura ma anche di emancipazione sociale.
Funzionali a tale modalità operativa saranno gli accordi di co-progettazione degli interventi con gli Enti del Terzo settore (ETS) e il coinvolgimento, nel partenariato operativo, dei PLUS, dei servizi sociali dei Comuni, al fine di facilitare l'ingaggio e la compliance delle persone in povertà sanitaria e promuovere l'attivazione delle reti di comunità.

Qualifiche ed esperienza delle singole risorse coinvolte:

Autista*: aver conseguito la patente di guida necessaria per condurre Motorhome (Clinici e Odontoiatrici). L'autista avrà il dovere di accertare l'efficienza e la sicurezza del veicolo affidato autoveicoli, essere in possesso della certificazione rilasciata dall'Ente regionale preposto del superamento del percorso formativo previsto (trasporto sanitario semplice); avere una buona conoscenza della viabilità e dell'area geografica di attività, avere competenza nell'utilizzo dei sistemi di navigazione satellitare terrestre e di radio tele comunicazione.*
Tale figura concorre insieme alla altre figure professionali presenti in equipe al raggiungimento dell'obiettivo dell'equita nella salute cosi come previsto dalle aree di intervento del Programma.

Medici specialisti*:*
Agevolano un'offerta attiva di prestazioni e rimodulazione dei servizi in un'ottica di maggiore permeabilità e

fruibilità, grazie al lavoro di rete e di efficientamento dei processi organizzativi, modalità nuove di erogazione dei servizi, offerta attiva di prestazioni e orientamento alle strutture sanitarie attraverso i motorhome clinici nei vari comuni agevolando il coinvolgimento della popolazione in particolare dei beneficiari del progetto. Collabora con il team composto da odontoiatri, infermieri, assistenti sociali, psicologi, OSS, mediatori, che operano per la presa in carico dei beneficiari all'interno di percorsi clinico-assistenziali, nelle attività di sensibilizzazione, prevenzione (screening) e alle campagne di comunicazione mirate all'alfabetizzazione e all'educazione sanitaria. Scopo del motorhome è quello di identificare precocemente, tra le persone che rientrano nel target di riferimento, quelle che sono in condizioni di rischio aumentato per Malattie Croniche Non trasmissibili e altre patologie, attraverso l'erogazione di visite e valutazione di specialisti, quali il diabetologo e il cardiologo per lo screening cardio-metabolico, il ginecologo per screening ginecologico-ostetrico mirato alla valutazione di problematiche inserenti le algie pelviche croniche, malattie sessualmente trasmesse, gravidanza e menopausa, dello pneumologo per lo screening delle malattie respiratorie croniche, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva e l'enfisema polmonare.Tale figura concorre insieme alla altre figure professionali presenti in equipe al raggiungimento dell'obiettivo dell'equità nella salute cosi come previsto dalle aree di intervento del Programma.

Infermiere e/o ostetrica : *hanno il compito di promuovere la salute e la prevenzione nei processi di salute dei beneficiari, all'interno dei percorsi clinico-assistenziali, nelle attività di sensibilizzazione, prevenzione (screening) e alle campagne di comunicazione mirate all'alfabetizzazione e all'educazione sanitaria. Hanno un ruolo di assistenza al paziente per la promozione della salute e insegnamento di corretti stili di vita e di comportamenti adeguati. Inoltre svolgono funzioni di supporto all'equiper variabile sia per quanto riguarda la gestione del paziente che per l'approvigionamento dei materiali di consumo necessari.*

Mediatore Culturale*: per agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie di persone appartenenti a etnie diverse si rende necessario reclutare un Professionista con esperienza documentata nel settore della mediazione culturale per agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie di persone appartenenti a etnie diverse. Le competenze richieste sono le seguenti: parlare una o più lingue straniere, conoscere usi, costumi tradizioni dei paesi degli assistiti, saper gestire i conflitti, conoscere il settore in cui si opera, avere capacità relazionali, di lavoro in team, ascolto e comunicazione.*
Tale figura concorre insieme alla altre figure professionali presenti in equipe al raggiungimento dell'obiettivo dell'equità nella salute cosi come previsto dalle aree di intervento del Programma.

OSS*: deve essere in possesso dell'attestato di qualifica di operatore socio sanitario, conseguito a seguito del superamento del corso di formazione previsto dalla normativa vigente. Rientrano tra le competenze richieste: lo svolgimento di attività di cura con semplici apparecchi medicali e l'aiuto nell'assunzione dei farmaci;la rilevazione dei parametri vitali dell'assistito, l'esecuzione di semplici medicazioni o altre minime prestazioni di carattere sanitario. Le attività dell'OSS sono rivolte alla persona e in questo caso svolge funzione di supporto nella gestione della prestazione sanitaria e del Progetto in generale.*
Tale figura concorre insieme alla altre figure professionali presenti in equipe al raggiungimento dell'obiettivo dell'equità nella salute cosi come previsto dalle aree di intervento del Programma.

Amministrativo*: svolge all'interno dell'equipe attività amministrative di una certa complessità, a supporto delle attività del Referente amministrativo del progetto, quali predisposizione di bandi per il reclutamento del personale, gestione della rendicontazione dei progetti, nonchè la compilazione di documenti e modulistica, operazioni di natura contabile, stesura di report, mediante l'utilizzo delle tecnologie e delle piattaforme previste nel Progetto. Collabora, inoltre, all'attività di sportello, ricezione e istruttoria di documenti, compiti di segreteria, attività di informazioni ai cittadini e collaborazione per monitoraggio e rendicontazione periodica.*
Tale figura concorre insieme alla altre figure professionali presenti in equipe al raggiungimento dell'obiettivo dell'equità nella salute cosi come previsto dalle aree di intervento del Programma.

Assistente Sociale: *profilo professionale del ruolo socio sanitario: assistente sociale. svolge in base ai contenuti e alle attribuzioni previste da art 1 della legge 23/03/1993 nr 84, le attività attinenti alla sua competenza professionale e specifica. Tale figura concorre insieme alla altre figure professionali presenti in equipe al raggiungimento dell'obiettivo all'equità nella salute cosi come previsto dalle aree di intervento del Programma.Tale figura sarà altresì inserita nei PLUS*

Psicologo: *contribuisce nella cura del benessere mentale offrendo supporto psicologico. Collabora con l'equipe multidisciplinare nella realizzazione di un modello di cura che comprenda l' accoglienza,l'ascolto, l'attenzione alle esigenze della singola persona legate alla sua storia di vita e alla sofferenza emotiva per innescare piccoli*

cambiamenti nella quotidianità dell'individuo per risolvere piccole difficoltà o prevenirle nel rispetto delle diverse etnie. Partecipa nelle attività di sensibilizzazione, prevenzione e alle campagne di comunicazione mirate all'alfabetizzazione e all'educazione sanitaria. Tale figura concorre insieme alla altre figure professionali presenti in equipe al raggiungimento dell'obiettivo dell'equità nella salute cosi come previsto dalle aree di intervento del Programma.

Terapista della riabilitazione/ educatore : *Il Terapista della Riabilitazione Psichiatrica si occuperà di condurre interventi riabilitativi finalizzati all'implementazione di strategie specifiche per la gestione delle situazioni stressanti, con l'obiettivo di potenziare i processi decisionali, la resilienza e uno sviluppo emotivo sano. Sarà responsabile della facilitazione dell'avvio di gruppi di supporto tra pari, con l'intento di favorire la condivisione di esperienze e strategie di coping. Inoltre, il terapista lavorerà per sensibilizzare la comunità e le istituzioni riguardo alle sfide che i giovani con disagio possono incontrare durante la fase di transizione verso l 'età adulta.*

La gestione del magazzino e dei materiali in uso e di consumo, la gestione dei materiali necessari per il funzionamento del Motor Home clinico sarà assegnata all'infermiere e all'OSS che di concerto, con l'assistente amministrativo dovranno monitorare e definire consumi e fabbisogni.

3 CRONOPROGRAMMA

Tabella con inserimento delle varie fasi :

	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
1° semestre		1) Presa in carico destinatari del progetto . 2) *Coordinamento della fase di co-progettazione (ASL,ETS,Comuni,ecc.) finalizzato alla identificazione e proposta dei modelli più efficaci per l'erogazione delle prestazioni in outreach e della presa in carico a bassa soglia* 3) *Attività di co-progettazione:identificazioneETS,mappaturaquali-quantitativa dei bisogni, attuazione dei modelli di governance e delle procedure operative*	Consolidamento progettazione e presa in carico dei destinatari del Progetto.	Consolidamento progettazione e presa in carico dei destinatari del Progetto.	Consolidamento progettazione e presa in carico dei destinatari del Progetto.	Consolidamento progettazione e presa in carico dei destinatari del Progetto.

		all'interno di percorsi clinico-assistenziali *4)Informazione mirata(disseminazione di materiali informativi*				
2° semestre	1) Predisposizione e pubblicazione procedure di selezione per reclutamento personale (con priorità per la figura dell'assistente amministrativo 2) Costituzione e avvio delle equipe stabile e variabile 3) Procedura acquisto motorhome clinico		Consolidamento progettazione e presa in carico dei destinatari del Progetto.	Consolidamento progettazione e presa in carico dei destinatari del Progetto.	Consolidamento progettazione e presa in carico dei destinatari del Progetto.	Consolidamento progettazione e presa in carico dei destinatari del Progetto.

Piano annuale di rendicontazioni delle spese all'OI.

IN.4k.1_02	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
Spese personale Equipè Stabile	€ 5.772,00	€ 69.264,00	€ 69.264,00	€ 69.264,00	€ 69.264,00	€ 63.613,12
Spese personale Equipè Variabile	€ 7.800,00	€ 93.600,00	€ 93.600,00	€ 93.600,00	€ 93.600,00	€ 93.600,00
Totale anno	€ 13.572,00	€ 162.864,00	€ 162.864,00	€ 162.864,00	€ 162.864,00	€ 157.213,12
TOTALE						**€ 822.241,12**

4 EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO

Il cronoprogramma potrà subire variazione in base ai tempi di immatricolazione dei Motorhome, alla disponibilità immediata dei professionisti , alle date concordate con i comuni per ospitare i mezzi e iniziare la campagna di comunicazione e presa in carico dei destinatari del progetto.

Piano finanziario	
Voci di spesa	Importi previsti (euro)
A) Costi Diretti	**€ 822.241,12**
Spese personale Equipè Stabile : **1 assistente amministrativo** (30h/settimana – 12 euro h) **1 assistente sociale** (12h/settimana – 13 euro h) **1 mediatore transculturale o culturale** (14h/settimana – 13 euro h) **1 autista** (12h/settimana – 11 euro h) **1 psicologo** (12h/settimana – 24 euro h) **1 terapista della riabilitazione / educatore** (14h/settimana – 13 euro h) **1 OSS** (13h/settimana)	€ 346.441,12
Spese personale Equipè Variabile (100 euro h x 12 h /sett Medici / 50 euro h x 15 h /sett infermieri) : **1 medico cardiologo** **1 medico diabetologo** **1 medico pneumologo** **1 medico ginecologo** **1 medico geriatra** **1 o più infermieri**	€ 475.800,00
B) Costi Indiretti (0,1 % dei costi diretti)	**€ 822,24**
Costo totale del progetto (A+B)	**€ 823.063,36**
Richiesta dell'anticipo dell'1%	☐***X Si*** ☐*No*

SCHEDA PROGETTO 2

1INFORMAZIONI GENERALI	
Titolo del progetto:	**Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (FSE+)**
Codice progetto	**IN.4k.1_04**
Inizio progetto	**1 Giugno 2024 – 31 Dicembre 2029**
Fine progetto	
Priorità	**1 – Servizi sanitari più equi e inclusivi (FSE+)**
Costo totale del progetto	**433.826,11 €**

2 DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Un ruolo chiave all'interno del processo di integrazione socio-sanitaria è la coprogettazione tra i "co-attori" del territorio con il coinvolgimento dei Servizi Sociali, Farmacie e ETS che prevede l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie per le persone in condizioni di vulnerabilità socio-economica all'interno di percorsi clinico-assistenziali, compresa la distribuzione di farmaci, con il coinvolgimento delle Farmacie dei Comuni del Distretto di Carbonia Iglesias e Isole minori, anche attraverso gli Enti del Terzo Settore.
L'attività consiste nel ricostruire "insieme" il territorio partendo dai bisogni sociosanitari, nell'acquisizione e dotazione dei farmaci di fascia C e di fascia A, che saranno distribuiti esclusivamente nell'ambito della presa in carico delle persone coinvolte nel progetto.

Approvvigionamento dei Farmaci

I farmaci saranno forniti tramite approvvigionamento e/o accordi e convenzioni con le farmacie del territorio ed eventualmente con il banco del farmaco per i farmaci di fascia C, per i farmaci di fascia A (per cui è prevista una compartecipazione) sarà compito della equipe stabile del Progetto definire, attraverso un regolamento, le modalità di erogazione anche in accordo con i medici curanti se presenti ed assegnati ai singoli pazienti.

Modalità di reclutamento dei destinatari, inclusive dei destinatari della Comunità RSC:

Dalla co-progettazione tra gli attori del territorio, a partire dai servizi sociali dei Comuni, gli ETS, è possibile individuare i destinatari che devono includere le Comunità RSC e tutte quelle persone che per motivi di vulnerabilità socio-economica e culturale rifiutano le cure.

PERSONE IN CONDIZIONI DI SVANTAGGIO SOCIO-ECONOMICO

- *basso livello di reddito o di istruzione*
- *anziani fragili*
- *persone prive di reti relazionali di sostegno*
- *senza fissa dimora*
- *popolazione straniera (40% dei destinatari attesi dovranno essere cittadini dei paesi terzi)*
- *persone hard to reach population*

Modalità di erogazione dei farmaci

I farmaci verranno erogati dalle farmacie e/o banco del farmaco presenti sul territorio della Asl Sulcis Iglesiente, previo "accordo" direttamente con il paziente e/o a personale dedicato messo a disposizione dagli enti locali o dagli ETS , selezionati con avvisi di manifestazione di interesse e con accordi di programma.
La presenza capillare delle farmacie e banco del farmaco sul territorio favorisce la diffusione dei farmaci alle persone coinvolte, garantendo una rete di sicurezza con l'accesso al SSN 7 giorni su 7.

2.1 GOVERNANCE

Gli ETS collaboreranno con l'equipe nella attuazione di una campagna di sensibilizzazione e informazione di educazione sanitaria, al fine di favorire l'accesso alle cure, secondo il seguente modello:

-Individuare la modalità organizzativa nella fase di erogazione nella prestazione sanitaria;
-Strutturare e organizzare la campagna di erogazione del Farmaco con i soggetti coinvolti nel Piano e monitorare i risultati ottenuti;
-Individuazione delle modalità di coinvolgimento dei leader di comunità, degli ETS e degli attori coinvolti .

La modalità integrata di collaborazione dovrà prevedere:

- la focalizzazione su «presa in carico» del paziente, aderenza alle terapie e monitoraggio (attenzione su cronicità, fragilità, comunità RSC e tutte quelle persone che per motivi di vulnerabilità socio-economica e culturale rifiutano le cure);
- lo sviluppo di programmi di Prevenzione, screening e attività di promozione della salute (corretti stili di vita);
- la telemedicina e programmi digitalizzazione: accreditamento della rete delle farmacie nel SSR, sperimentazione e sviluppo opportunità di integrazione con le nuove tecnologie, offerta nuovi servizi per le comunità;

Per quanto riguarda le modalità di coinvolgimento degli ETS e dei servizi sociali dei Comuni al fine dell'efficace presa in carico dei destinatari si siglerà un protocollo d'intesa tra i "co-attori" coinvolti.

Descrizione del modello organizzativo previsto che comporti il rafforzamento dei servizi sanitari:

Si intende promuovere un modello biopsicosociosanitario che riduca le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico, preveda la rimodulazione dei servizi in un'ottica di maggiore permeabilità e fruibilità ed il coinvolgimento della popolazione trasferendo un modello di presa in carico sanitaria e socio-sanitaria che integra:

- le discipline mediche
- l'antropologia medica
- la psicologia e l'etno-psichiatria
- la mediazione transculturale
- la rete dei servizi sociali

3 CRONOPROGRAMMA

In questa sezione dovrà essere illustrata, in forma tabellare, l'articolazione del progetto lungo il tempo, almeno per semestre, indicando le due attività:

IN.4k.1_04	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
1° semestre		*1)Stipula accordi con Farmacie e/o banco del Farmaco* *2) Erogazione prestazioni con farmaci di fascia C e di fascia A*	*Erogazione prestazioni con farmaci di fascia C e di fascia A*	*Erogazione prestazioni con farmaci di fascia C e di fascia A*	*Erogazione prestazioni con farmaci di fascia C e di fascia A*	*Erogazione prestazioni con farmaci di fascia C e di fascia A*
2° semestre	1) Stipula accordi con Farmacie e/o banco del	*Erogazione prestazioni con farmaci di fascia C e di*	*Erogazione prestazioni con farmaci di fascia C e*	*Erogazione prestazioni con farmaci di fascia C e di*	*Erogazione prestazioni con farmaci di fascia C e di*	*Erogazione prestazioni con farmaci di fascia C e di*

	Farmaco 2) Stipula convenzioni con ETS e Servizi sociali	*fascia A*	*di fascia A*	*fascia A*	*fascia A*	*fascia A*

Piano annuale di rendicontazioni delle spese all'OI.

IN.4k.1_04	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
Acquisto farmaci (15% compartecipazione farmaci fasca A e 85% acquisto farmaci fascia C)	€ 45.000,00	€ 77.678,56	€ 77.678,54	€ 77.678,54	€ 77.678,54	€ 77.678,54
Totali Anno	€ 45.000,00	€ 77.678,56	€ 77.678,54	€ 77.678,54	€ 77.678,54	€ 77.678,54
TOTALE						**€ 433.392,72**

4 EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO

Il cronoprogramma potrà subire variazione in base alle difficoltà riscontrate per la stipula delle convenzioni con le farmacie e con gli attori sociali (banco del farmaco), in base alla disponibilità immediata dei professionisti e alle difficoltà riscontrate per la pubblicazione dei bandi .

Piano finanziario

Voci di spesa	Importi previsti (euro)
A) Costi Diretti	**€ 433.392,72**
Acquisto farmaci (15% compartecipazione farmaci fascia A) e 85% acquisto farmaci fascia C)	€ 433.392,72
B) Costi Indiretti (0,1 % dei costi diretti)	**€ 433,39**
Costo totale del progetto	**€ 433.826,11**
Richiesta dell'anticipo dell'1%	☐***X Si*** ☐*No*

SCHEDA PROGETTO 3

1INFORMAZIONI GENERALI	
Titolo del progetto:	**Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni**
Codice progetto	**IN.4k.2_02**
Inizio progetto	**1 Giugno 2024 – 31 Dicembre 2029**
Fine progetto	
Priorità	**1 – Servizi sanitari più equi e inclusivi (FSE+)**
Costo totale del progetto	**38.801,56 €**

2 DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Garantire la tutela della salute a persone in condizione di fragilità, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, richiede uno sforzo innovativo teso al ri-orientamento dei servizi sanitari e sociosanitari finalizzato a potenziare la fruibilità degli stessi riducendo, di riflesso, gli interventi erogati in emergenza dal SSN e\o il cronicizzarsi di complesse condizioni di salute. Nel perseguire tale complesso obiettivo, le ASL necessitano di rinforzare la rete di collaborazione tra Enti del territorio e, in un'ottica di sussidiarietà, necessitano di costruire collaborazioni con le realtà più vicine agli abitanti, quali i Comuni e gli ETS.

Questa ASL Sulcis Iglesiente ha già stipulato degli accordi in ottica di collaborazione con gli Enti locali, in particolare, il Distretto Socio Sanitario di Carbonia, nel mese di Febbraio 2024, ha stipulato un Accordo di Programma con il "PLUS Carbonia" e con il "PLUS dell'Unione dei Comuni dell'Arcipelago del Sulcis" denominato "Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità" (recepito con Delibera del Direttore Generale ASL Sulcis Iglesiente n. 281 dello 04.04.2024) volto alla realizzazione di percorsi assistenziali integrati.

Al fine di garantire azioni efficaci ed efficienti e risultati di successo, si rende necessario potenziare tale rete di collaborazione con i Comuni e gli ETS attraverso il loro coinvolgimento attivo nelle azioni del Progetto. I Comuni, nella loro forma singola o associata (PLUS) svolgeranno un ruolo centrale e cruciale nella iniziale mappatura degli ETS attivi (in coerenza con le finalità del Progetto). A tal fine questa ASL promuoverà la costituzione di tavoli di confronto con i Comuni ed i Servizi Sociali territoriali e porterà avanti azioni propedeutiche di sensibilizzazione, rispetto alla tematica, degli ETS segnalati.

La ASL Sulcis Iglesiente provvederà a selezionare gli ETS interessati a partecipare alle attività del Progetto mediante apposito Avviso pubblico/bando di co-progettazione all'interno del quale verranno specificati i dettagli della partnership.

Una volta identificati, tramite bando, gli ETS da coinvolgere, la ASL emanerà un ATTO motivato a cui farà seguito la pubblicazione dell'Accordo di collaborazione sottoscritto con gli ETS, singoli od eventualmente associati, selezionati sulla base delle proposte progettuali maggiormente rispondenti agli obiettivi del Progetto.

Una volta conclusa la procedura di selezione e redatto l'atto formale, questa ASL, in qualità di responsabile del procedimento, avvia dei Tavoli di co-progettazione coinvolgendo gli ETS selezionati, i Comuni nella loro forma singola o associata (PLUS) con specifico riferimento ai Servizi Sociali territoriali, il mediatore Linguistico-Culturale. I tavoli di co-progettazione così costituiti definiranno azioni e strategie condivise ai fini della mappatura dei bisogni di salute della Popolazione target. Gli ETS, in questo modo, potranno facilitare la "presa in carico" delle persone da inserire nei percorsi clinici assistenziali anche in collaborazione con i servizi sociali comunali e con le altre risorse presenti e attive sul territorio. La rete di collaborazione con gli ETS , sarà caratterizzata da un modello che comprende azioni di co-costruzione degli interventi basate sul principio di co-responsabilità.

Accanto all'istituzione dei Tavoli di co-progettazione, verranno istituiti anche tavoli periodici di confronto tra ASL, Comuni e Servizi Sociali, ETS.

Il percorso di co-progettazione si svilupperà secondo le modalità di seguito indicate:

- **Istituzione di tavoli di confronto** con i Comuni, in forma singola o associata (PLUS) e con i Servizi Sociali territoriali, anche mediante la convocazione di un Gruppo Tecnico di Progettazione (GtP), al fine di eseguire una prima mappatura degli ETS attivi e avviare azioni di sensibilizzazione e pubblicizzazione dei contenuti del progetto;

- **Pubblicazione di manifestazione di interesse** per coinvolgere gli ETS attivi sul territorio della Asl Sulcis Iglesiente ed Identificazione della Commissione di valutazione;

- **Selezione degli ETS** che rispondono alla manifestazione di interesse, prediligendo gli Enti con comprovata esperienza sul territorio con riferimento alle fasce fragili;

- **Pubblicazione, con Atto motivato, della graduatoria degli ETS ammessi;**

- **Definizione di specifici protocolli operativi dettagliati** di co-programmazione e co-gestione di attività e compiti con sottoscrizione degli Accordi e individuazione dei dettagli delle spese dei Servizi erogati;

- **Istituzione dei Tavoli di co-progettazione** con gli ETS ed i Servizi Sociali **territoriali al fine di mappare il fabbisogno sanitario territoriale ed individuare i possibili setting di intervento** (assicurandosi che questi ultimi siano facilmente raggiungibili/accessibili dalla popolazione target). L'attività di mappatura potrà avvenire anche attraverso la somministrazione di interviste semplici (guidate da una traccia condivisa in sede di tavolo di co-progettazione) da parte degli ETS, i quali potranno operare tali azioni di rilevamento direttamente "sul campo", recandosi in aree maggiormente popolate da persone fragili\invisibili e restituendo i risultati in sede dei tavoli di co-progettazione. In una fase propedeutica alle attività di mappatura del bisogno e del territorio sarà fondamentale definire un cronoprogramma delle attività da svolgere:

- Costruzione di sistemi di rilevazione e registrazione dei dati relativi alla mappatura del fabbisogno;

- Individuazione di criteri per la costruzione di un ordine di priorita' ed urgenza;

- Analisi dei dati raccolti e definizione del piano d'azione\programmazione degli interventi e degli obiettivi raggiunti in un'ottica di valutazione partecipata.

Tutte le azioni ed i risultati verranno costantemente monitorati attraverso la predisposizione di un sistema di monitoraggio dei dati e dei risultati raggiunti da applicare ex ante, in itinere ed ex-post. A tal fine verranno predisposte e somministrate alla popolazione target che accede al servizio, anche delle schede (strutturate in maniera semplificata) di valutazione della qualità del servizio percepita. I risultati così monitorati verranno riportati all'interno di un report .

Risultati attesi:

- costruzione di un nuovo modello sanitario basato sull'integrazione tra attori vari e più vicino al territorio;

- riduzione degli ostacoli al processo di inclusione sociosanitaria;

- costruzione di una rete di operatori sociali e sanitari "agenti del processo inclusione".

2.1. GOVERNANCE

La strutturazione di una governance di progetto, come di seguito dettagliata, consentirà di perseguire un risultato soddisfacente rispetto agli obiettivi.

La costruzione di una rete solida con i Servizi Sociali del territorio e con gli ETS selezionati, costituirà il punto forte della governance di progetto. Tutte le azioni saranno improntate sul modello della trasparenza, riservatezza, efficacia, efficienza e responsabilità condivisa.

I Servizi Sociali territoriali e gli ETS, quali Enti territorialmente più vicini alla popolazione, custodiscono dati fondamentali relativi al territorio ed ai bisogni della popolazione, informazioni essenziali per l'avvio delle attività del Progetto.

Gli ETS individuati con gli appositi bandi e sensibilizzati mediante le attività dei tavoli di confronto in sinergia con i Servizi Sociali territoriali, svilupperanno le seguenti attività :

•Supportare la ASL nella mappatura dei bisogni di salute, facilitando la presa in carico efficace dei destinatari ;

•Individuazione dei setting di intervento;

•Calendarizzazione delle attività di outreach e di referral delle persone verso altre strutture sanitarie idonee;

•Valutazione partecipata attraverso l'analisi dei feedback raccolti per eventuale rimodulazione dei percorsi di presa in carico.

Al fine di garantire il perseguimento di risultati soddisfacenti, la strutturazione della governance di Progetto prevede l'identificazione, in sede dei Tavoli di co-progettazione, di una figura di coordinamento operativo delle attività previste, individuato tra gli stessi stakeholder coinvolti e mediante un accordo interno scritto e sottoscritto tra le parti.

Il coordinatore operativo avrà il compito, sempre in un'ottica di condivisione, di:

- coordinare e favorire le relazioni tra i diversi stakeholder,

- favorire, organizzare e propone riunioni periodiche con i vari stakeholder;

- gestire e garantire le azioni di analisi dei dati raccolti relativamente al fabbisogno e definire un piano di gestione delle priorità ed urgenze.

3 CRONOPROGRAMMA

	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
1° semestre		*1) Avvio delle fasi di co-programmazione e creazione di protocolli operativi* *2) Mappatura del fabbisogno e monitoraggio dei risultati*	*Consolidamento delle attività*	*Consolidamento delle attività*	*Consolidamento delle attività*	*Consolidamento delle attività*
2° semestre	1)Istituzione di Tavoli di confronto con i Comuni/PLUS per l'individuazione degli ETS attivi sul territorio e propedeutiche attività di sensibilizzazione verso gli stessi 2)Pubblicazione di Avvisi pubblici e selezione degli ETS con relativa stesura di atti ufficiali;	*Consolidamento delle attività*	*Consolidamento delle attività*	*Consolidamento delle attività*	*Consolidamento delle attività*	*Consolidamento delle attività*

Piano annuale di rendicontazione delle spese OI

IN.4k.2_02	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
Spese per servizi e Attività di co-progettazione forniti dagli ETS	€ 3.762,80	€7.000,00	€7.000,00	€7.000,00	€7.000,00	€7.000,00
Totali Anno	€ 3.762,80	€7.000,00	€7.000,00	€7.000,00	€7.000,00	€7.000,00
TOTALE						***€ 38.762,80***

4 EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO

Difficoltà nell'individuazione degli ETS ed eventuali rallentamenti sulle procedure amministrative necessarie .
Sensibilizzazione delle Direzioni Strategiche e dei rappresentanti locali per la gestione delle attività e degli interventi.

Piano finanziario	
Voci di spesa	Importi previsti (euro)
A) Costi Diretti	***€ 38.762,80***
Spese servizi per Attività di co-progettazione forniti dagli ETS	€ 38.762,80
B) Costi Indiretti (0,1 % dei costi diretti)	**€ 38,76**
Costo totale del progetto	***€ 38.801,56***
Richiesta dell'anticipo dell'1%	☐***X Si*** ☐*No*

SCHEDA PROGETTO 4

1INFORMAZIONI GENERALI	
Titolo del progetto:	**Mediazione di sistema**
Codice progetto	**IN.4k.3_01**
Inizio progetto	**01 Luglio 2025 – 1 Dicembre 2029**
Fine progetto	
Priorità	**1 – Servizi sanitari più equi e inclusivi (FSE+)**
Costo totale del progetto	**8.936,12 €**

2 DESCRIZIONE DEL PROGETTO:

La sempre maggiore complessità che caratterizza i bisogni socio-sanitari delle persone, spinge i servizi verso la necessità di avviare un processo di trasformazione organizzativa al fine di garantire risposte articolate ai bisogni emergenti ma spesso sommersi ed invisibili. Nella macro area dei bisogni complessi e delle fasce fragili ed invisibili rientra anche quella fetta, sempre più consistente, di cittadini stranieri; ciò rende necessario riorganizzare i servizi anche in chiave interculturale.
Agire in un'ottica di Mediazione di sistema può favorire pari opportunità nell'esercizio del diritto alla tutela della salute, rendendo anche la popolazione più fragile soggetto attivo all'interno di un modello di intervento partecipativo e sistemico, garantendo capacità di risposta anche ai bisogni di persone di provenienza diversa.
La figura del leader di comunità favorirà l'incontro tra servizi e comunità, avrà il compito di curare i rapporti di collaborazione con i diversi attori (specialisti e non) impegnati nella fase di esecuzione del progetto, collaborando con gli stessi nei vari ambiti di progettazione ed intervento e favorendo la costruzione di un canale comunicativo e relazionale tra gli agenti della domanda e dell'offerta. La rete dei Leader di comunità dovrà collaborare con gli altri attori del progetto al fine di garantire la costruzione di relazioni di qualità fra gli operatori socio-sanitari e le popolazioni target da coinvolgere.
L'individuazione dei leader di comunità avverrà nel corso delle fasi propedeutiche all'operatività del progetto e si inserirà nelle azioni di mappatura del territorio e del fabbisogno. Si prediligerà, laddove possibile, l'individuazione di leader di comunità "informali" scelti all'interno della stessa "comunità fragile", esperti rispetto alle dinamiche ed ai bisogni riguardanti il proprio gruppo di vita. La mappatura dei leader di comunità e delle Associazioni di rappresentanza da coinvolgere nel Progetto avverrà in sede di tavoli di lavoro nella fase di avvio delle azioni del Progetto col ruolo attivo dei Servizi Sociali territoriali e degli ETS coinvolti. L'individuazione andrà operata nelle fasi iniziali dell'avvio del Progetto al fine di favorire l'attiva partecipazione dei leader di comunità e delle Associazioni di rappresentanza che verranno individuati alle fasi di co-progettazione con la finalità di garantire un approccio inclusivo nella progettazione.

L'assetto progettuale di cui sopra troverà realizzazione attraverso le seguenti azioni:

- **Mappatura dei leader di comunità e delle Associazioni di rappresentanza attive sul territorio**; tale azione verrà garantita dal confronto attivo con Servizi Sociali territoriali e con gli ETS coinvolti già eventualmente in possesso di dati e contatti;
- **Pubblicazione di manifestazione di interesse per il coinvolgimento delle Associazioni di rappresentanza;**
- **Stipula di accordi e atti formali per il riconoscimento del ruolo, delle responsabilità e dei compiti dei leader di comunità individuati;**
- **Attività di formazione\sensibilizzazione** (con il coinvolgimento attivo delle Associazioni di rappresentanza aderenti) rivolta a tutti gli attori coinvolti nel progetto (operatori della Asl, dei Servizi Sociali, degli ETS, leader di comunità, Mediatori Linguistico Culturali), con la finalità di ottenere una reciproca sensibilizzazione e formazione rispetto ai temi legati alla vulnerabilità della popolazione target individuata, da realizzarsi attraverso tavoli di lavoro e di consultazione periodici;
- **Valutazione condivisa dei risultati in termini di coinvolgimento delle associazioni di rappresentanza e dei leader di comunità.**

2.1 GOVERNANCE

La governance di progetto sarà strutturata con la piena valorizzazione e coinvolgimento dei vari attori presenti sul territorio, in un'ottica di progettazione partecipata, inclusiva ed efficace, in continuità con quanto definito nel Progetto IN.4k.2_02 . Attraverso mirate azioni di comunicazione e pubblicizzazione della mission e delle azioni del Progetto, si coinvolgerà una rete ampia di Enti e Servizi e, come azione di riflesso, ci si attende che aumenti il numero delle persone fragili segnalate e coinvolgibili.
I tavoli di co-progettazione partecipata ed inclusiva, nei quali verranno coinvolti anche i leader di comunità, consentiranno di studiare e costruire azioni "vicine" alla popolazione target, di accedere a quest'ultima con maggiore facilità e di costruire una rete di accoglienza più prossima ai bisogni di quest'ultima.
L'obiettivo ultimo è rappresentato dal raggiungere un numero consistente di persone vulnerabili, perfezionando il modello di intervento nel corso delle varie annualità progettuali, affinchè si sviluppi con efficacia un'azione di prevenzione rispetto ai bisogni sanitari, evitando la cronicizzazione di patologie. In esito alle azioni realizzate attraverso un modello di progettazione partecipata ed inclusiva ci si attende che la popolazione target sulla quale si interverrà sviluppi una forte consapevolezza rispetto al proprio diritto alla salute ed alla prevenzione. La popolazione così raggiunta, se adeguatamente sensibilizzata (anche mediante le importanti azioni previste dal progetto IN.4.5.2_03), potrebbe andare a costituire un'ampia rete di "leader di comunità" incidendo notevolmente, con un'azione di "passaparola", nel favorire l'incontro tra i Servizi sanitari e altri soggetti fragili/vulnerabili.

Risultati attesi nel medio-lungo termine:

- riduzione dell'azione sanitaria in emergenza, favorendo l'accesso ai servizi prima del manifestarsi della fase acuta del bisogno;

- prevenzione della cronicizzazione di stati di salute precari;

- costruzione di una rete di operatori sociali e sanitari "agenti del processo inclusione";

- miglioramento della qualità di vita della popolazione vulnerabile.

3 CRONOPROGRAMMA

	Anno 2025 (luglio –dicembre)	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
		1) Avvio delle fasi di co-programmazione con gli Enti coinvolti al fine di definire le linee operative per l'individuazione ed il coinvolgimento dei leader di comunità con il coinvolgimento del Mediatori Linguistico Culturali. *2) Creazione di protocolli operativi e specifici accordi per il riconoscimento del ruolo del leader di comunità.*	*Consolidamento attività*	*Consolidamento attività*	*Consolidamento attività*

		3)Formazione\ sensibilizzazione del personale coinvolto anche in continuità con la Progettazione 3.			
luglio - dicembre	*1) Mappatura delle Associazioni id rappresentanza e dei leader di comunità* *2) Individuazione e selezione delle associazioni di rappresentanza (sono strettamente legate al target individuato)mediante appositi avvisi pubblici id manifestazione di interesse*	*Consolidamento attività*	*Consolidamento attività*	*Consolidamento attività*	*Consolidamento attività*

Piano annuale di rendicontazioni delle spese all'OI.

IN.4k.3_01	Anno 2025 (luglio-dicembre)	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
Spese di partenariato (costituzione e mantenimento della rete di comunità)	€ 927,19	€ 2.000,00	€ 2.000,00	€ 2.000,00	€ 2.000,00
Totali anno	€ 927,19	€ 2.000,00	€ 2.000,00	€ 2.000,00	€ 2.000,00
TOTALE					**€ 8.927,19**

4 EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO

Le criticità sono soprattutto dovute alla forte eterogeneità dei gruppi sociali coinvolti se si esclude la comunità ROM che ha invece una sua "organizzazione" abbastanza definita. Inoltre le tematiche che comportano l'inserimento delle ASL nelle Comunità fragili non sono state sviluppate negli anni precedenti dalle ASL e pertanto è necessario del tempo per definire e studiare le dinamiche del Territorio.
Il lavoro per il superamento delle criticità sarà soprattutto basato sul forte coordinamento e supporto con i soggetti del Sociale come i Comuni, gli ETS e gli altri attori coinvolti.

Piano finanziario	
Voci di spesa	Importi previsti (euro)
A) Costi Diretti	**€ 8.927,19**
Spese di partenariato (costituzione e mantenimento della rete di comunità)	€ 8.927,19
B) Costi Indiretti (0,1 % dei costi diretti)	**€ 8,93**
Costo totale del progetto	***€ 8.936,12***
Richiesta dell'anticipo dell'1%	☐***X Si*** ☐*No*

SCHEDA PROGETTO 5

1INFORMAZIONI GENERALI	
Titolo del progetto:	**Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale all'implementazione delle attività di *outreach***
Codice progetto	**IN.4.5.1_01**
Inizio progetto	**10 gennaio 2025 – 01 Dicembre 2029**
Fine progetto	
Priorità	**1 – Servizi standard di qualità (FSE+)**
Costo totale del progetto	**€ 468.439,75 (di cui max € 323.137,09 di personale)**

2 DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il Progetto prevede la realizzazione di erogazione di servizi sanitari dedicati alla popolazione Target residente nei centri dell'ambito territoriale della ASL SULCIS Iglesiente, con modalità itineranti, attraverso l'utilizzo delle Unità Ambulatoriali Mobili per raggiungere i comuni coinvolti. L'obiettivo perseguito è quello di favorire la fruibilità dei servizi sanitari alle fasce di popolazione in condizioni di vulnerabilità e di abbattere le barriere di accesso ai servizi sanitari mediante interventi volti a soddisfare i bisogni di salute della quota di cittadinanza che generalmente non accede ad essi. Per lo svolgimento di dette attività, la ASL SULCIS Iglesiente utilizzerà nr 2 motorhome attrezzati, nello specifico: 1 ambulatorio mobile clinico e 1 ambulatorio mobile odontoiatrico. Specialisti odontoiatri e di altre discipline sanitarie, dotati di strumentazione odontoiatrica e clinica d'emergenza, raggiungeranno i pazienti Target individuati che abbiano difficoltà a recarsi presso le tradizionali strutture sanitarie sia perché versano in precarie condizioni socio economiche sia perchè totalmente sconosciuti al SSN, quali ad esempio nomadi, sinti, camminanti, invisibili. Tappe programmate saranno previste presso: Case famiglia, Rsa, istituti di pena, campi nomadi e nelle piazze dei comuni. Con la collaborazione delle associazioni e dei servizi istituzionali presenti sul territorio, saranno individuati i soggetti svantaggiati che devono ricorrere alle cure.

Di seguito si riporta la composizione dell'equipe odontoiatrica:

–1 odontoiatra 10 h settimana;
–1 assistente alla poltrona 9 h settimana.

Per la realizzazione degli interventi si farà ricorso a figure interne all'Azienda in prestazioni aggiuntive reclutate a tempo determinato attraverso avvisi di manifestazione di interesse, o a figure esterne reclutate tramite convenzioni con professionisti del settore sopra indicati per le altre figure professionali-o ad altre procedure di selezione per individuare disponibilità nel Territorio .
Le equipe individuate , sulla base di un organizzazione che terrà conto della disponibilità di 2 MH , potranno gestire i percorsi assistenziali e di cura per il target individuato , secondo modelli atti a definire le priorità e le modalità di accesso ai Servizi erogati. In modo particolare quella odontoiatrica dovrà oltrechè prestare le cure specifiche , collaborare nella individuazione e nella selezione delle persone che necessitano di protesizzazione mobile anche attraverso l'adozione di algoritmi decisionali.

ALGORITMO DECISIONALE PER L'ASSEGNAZIONE DELLE PROTESI ODONTOIATRICHE

FATTORE CLINICO-SOCIALE

•Riduzione dell'efficienza masticatoria con assenza di almeno 4 posteriori, esclusi i terzi molari;
•Danno estetico-sociale con assenza di almeno 1 dente anteriore;
•Altre situazioni di deterioramento valutate critiche dall'Equipe odontoiatrica.

2.1 GOVERNANCE

- Contrasto alle diseguaglianze in salute

- Progettazione e sperimentazione di modelli innovativi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria di qualità a vantaggio di soggetti in stato di particolare vulnerabilità socio-economica e attività di collaborazione per attività di screening e presa in carico in soggetti hard to reach anche con l'utilizzo dell'unità mobile.

- Supporto e collaborazione nei percorsi di presa in carico in campo odontoiatrico infettivologico, ginecologico, dermatologico e nei percorsi di tutela della salute di genere per i pazienti migranti con l'intervento di mediatori transculturali antropologi e assistenti sociali;

- Attività di collaborazione in ambito clinico, anche attraverso il teleconsulto.

- Sviluppo di progettualità di ricerca medica e biomedica su tematiche di interesse comune;

- Condivisione di dati disaggregati per le attività inerenti le ricerche sulle disuguaglianze socioeconomiche nella salute.

Costituzione dell'equipè odontoiatrica-:

***L'odontoiatra**:* Favorisce un'offerta attiva di prestazioni e orientamento alle strutture sanitarie con motorhome odontoiatrici dotati di attrezzature sanitarie di medio-bassa complessità tecnologica, che opera per la presa in carico dei beneficiari all'interno di percorsi clinico-assistenziali e nell'erogazione di fornitura di protesi odontoiatriche mobili. Tale figura concorre insieme alla altre figure professionali presenti in equipe al raggiungimento dell'obiettivo dell'equità nella salute, cosi come previsto dalle aree di intervento del Programma. L'odontoiatra svolge attività inerenti la prevenzione, la diagnosi e la terapia di malattie e anomalie congenite e acquisite dei denti, della bocca, delle ossa mascellari, delle articolazioni temporo-mandibolari e dei relativi tessuti. Inoltre si occupa della riabilitazione odontoiatrica, prescrivendo tutti i medicamenti ed i presidi necessari.

Assistente alla poltrona: dovrà aver conseguito il titolo richiesto per lo svolgimento della professione attraverso la frequenza di corsi specifici professionalizzanti**.** Ha il compito di preparare l'ambiente di lavoro; il suo lavoro va a toccare e coinvolgere tutti i passaggi che portano alla preparazione di un campo operatorio. Opera a stretto contatto col paziente e la sua attività coadiuva quella dell'odontoiatra.
Nello specifico si occupa di:

- *Decontaminazione, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti di lavoro,*
- *Sanificazione dell'ambiente di lavoro, della disinfezione all'applicazione dei sistemi barriera,*
- *Preparazione degli strumenti per la procedura operativa,*
- *Controllo e della preparazione delle attrezzature da utilizzare durante la procedura,*
- *Riordino dopo la procedura.*

L'ambulatorio itineranti dovrà erogare le prestazioni nel pieno rispetto delle normative igienico sanitarie e garantire la qualità dei prodotti forniti. Il personale impiegato dovrà essere selezionato tra i professionisti con le competenze e le certificazioni adeguate. IL coordinamento delle azioni dovrà garantire oltrechè le attività professionali anche l'erogazione di materiali di consumo e protesici a norma. Dovrà inoltre essere presente un sistema di indicatori per il monitoraggio delle attività e del consumo dei materiali forniti e per garantire la qualità dei servizi offerti anche attraverso questionari di gradimento.

3 CRONOPROGRAMMA

	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
1° semestre	1) Procedura di acquisto Motorhome	Consolidamento delle attività	Consolidamento delle attività	Consolidamento delle attività	Consolidamento delle attività
2° semestre	2)Istituzione equipé e formazione. 3Inizio delle attività	Consolidamento delle attività	Consolidamento delle attività	Consolidamento delle attività	Consolidamento delle attività

Piano annuale di rendicontazioni delle spese all'OI.

IN.4.5.1_01	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
Spese per Acquisto Motorhome	€ 210.000,00				
Spese personale Equipè odontoiatrica (odontoiatra x 10 h/sett + Ass. Poltrona x 9 h/sett)	€ 51.594,35	€ 51.594,35	€ 51.594,36	€ 51.594,36	€ 51.594,36
Totali Anno	€ 261.594,35	€ 51.594,35	€ 51.594,36	€ 51.594,36	€ 51.594,36
TOTALE					**€ 467.971,78**

4 EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO

La criticità principale è dovuta alle difficoltà di arruolare le risorse fondamentali per il Progetto, soprattutto gli odontoiatri, in quanto sicuramente per la loro adesione dovranno prevalere elementi etici – deontologici e non economici data la scarsità delle risorse a disposizione ed i costi presenti nel mercato per le prestazioni e i materiali necessari che non si limitano alle sole amalgame .
IL superamento di questa criticità è legata ad un buon intervento di sensibilizzazione sul territorio e al coinvolgimento formale – informale degli attori nella mission.

Piano finanziario	
Voci di spesa	Importi previsti (euro)
A) Costi Diretti	**€ 467.971,78**
Acquisto Motorhome	€ 210.000,00
Spese personale Equipè odontoiatrica (odontoiatra x 10 h/sett + Ass. Poltrona x 9 h/sett)	€ 257.971,78
B) Costi Indiretti (0,1 % dei costi diretti)	**€ 467,97**
Costo totale del progetto	***€ 468.439,75***
Richiesta dell'anticipo dell'1%	☐***X Si*** ☐*No*

SCHEDA PROGETTO 6

1INFORMAZIONI GENERALI	
Titolo del progetto:	**Acquisizione e dotazione di protesi odontoiatriche**
Codice progetto	**IN.4.5.1_03**
Inizio progetto	**1 Ottobre 2024 – 1 Dicembre 2029**
Fine progetto	
Priorità	**2 – Servizi sanitari di qualità (FESR)**
Costo totale del progetto	**369.202,71 €**

2 DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il Progetto definisce i processi di prevenzione, informazione, sulla odontoiatria sociale e prepara gli interventi previsti in questo ambito in collaborazione con quanto definito nell'insieme delle Progettazioni inserite nel Piano di intervento .Per l'attuazione del Progetto ed il raggiungimento degli obiettivi sono previste le seguenti attività:

•Attività di promozione della salute orale e di prevenzione;
•Modalità di coinvolgimento degli utenti nel rispetto del target assegnato;
•Screening sanitari odontoiatrici;
•Erogazione di prestazioni odontoiatriche, ortodontiche e protesiche, per la popolazioni in condizioni di vulnerabilità, secondo i criteri definiti nel regolamento approvato;
•Modalità di coinvolgimento dei professionisti;

Le attività si svolgeranno presso il MH odontoiatrico dove operano gli odontoiatri in regimi di prestazione aggiuntiva o nelle forme contrattuali definite . Gli odontotecnici coinvolti e reclutati a seguito di procedure di evidenza pubblica , contribuiranno alla fornitura delle protesi odontoiatriche mobili.

A tal fine poiché si prevede la stipulazione di contratti per la dotazione di protesi, si prendono in considerazione i seguenti aspetti:

-modalità di approvvigionamento delle protesi odontoiatriche mobili (ad esempio stipula di contratti con laboratori odontotecnici);
-modalità di dotazione delle protesi odontoiatriche.

Il raggiungimento dell'obiettivo è condizionato dalla capacità di rimuovere o comunque ridurre le criticità riscontrate nell'accesso alle cure odontoiatriche delle fasce di popolazione più fragili e che per motivi vari (economici, di integrazione, di isolamento) non riescono ad accedere alle cure . Pertanto l'impegno della rete creata attraverso le Progettazioni di questo piano che vede coinvolta la ASL con le Comunità locali , il volontariato sociale , il privato sociale , ognuno con la sua storia e le sue peculiarità, in grado di assicurare l'assistenza odontoiatrica protesica gratuità alle persone in difficoltà .

Nel raggiungimento dell'obiettivo svolge un ruolo centrale la figura dell'odontotecnico , con le seguenti responsabilità :

L'Odontotecnico: progetta e realizza i dispositivi medici, come protesi dentarie e apparecchi ortodontici, sulla base delle impronte dentali e delle radiografie fornite dall'odontoiatra. L'odontotecnico non può effettuare alcun intervento o semplice manipolazione nella bocca del paziente, come invece fanno il dentista e l'igienista dentale.

È un professionista a cui sono richieste conoscenze in anatomia dell'apparato boccale, in biomeccanica, in fisica e in chimica. Lavora all'interno di laboratori attrezzati dove, tra i diversi compiti:

- *realizza il calco in gesso dove riprodurre il modello di mascella*
- *costruisce i denti "artificiali" del colore, forma e posizione il più possibile simile al dente naturale*
- *fabbrica gli apparecchi ortodontici mobili di vario tipo per correggere malformazioni acquisite o congenite della mascella, dei denti o del palato*

2.1 GOVERNANCE

Il progetto è governato dagli stessi organismi già identificati nelle Progettazioni 1/3/4/5/6 e pertanto sono da definire in modo specifico le modalità di coinvolgimento dei professionisti e dei laboratori odontotecnici al fine di consentirne l'accesso alla rete , non essendo tali attività svolte nel sistema pubblico , in modo particolare devono essere sviluppate le seguenti fasi:

-ruolo dei laboratori odontotecnici;
-Modalità di inserimento dell'odontotecnico nella catena delle cure anche come consulente dell'odontoiatra per la manifattura delle protesi;
-modalità organizzativa nella fase di erogazione delle cure odontoiatriche che coinvolga l'equipe di cui al progetto IN.4.5.1_01;
-Protesizzazione e controlli pre e post impianto.

L'approccio integrato e multidisciplinare alla governance e all'organizzazione delle cure odontoiatriche garantirà il raggiungimento degli obiettivi , contribuendo al raggiungimento del target e fornendo un servizio di qualità alle persone in stato di povertà sanitaria. Inoltre la collaborazione in rete con la equipe odontoiatriche e con gli operatori coinvolti garantirà interventi di più ampio spettro.

3 CRONOPROGRAMMA

	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
1° semestre						
2° semestre	Avvio delle procedure per l'identificazione del target e avvio delle cure.	Consolidamento procedure e cure con erogazione delle protesi	Consolidamento procedure e cure con erogazione delle protesi	Consolidamento procedure e cure con protesi	Consolidamento procedure e cure con protesi	Consolidamento procedure e cure con protesi

Piano di rendicontazione annuale delle spese all'OI:

IN.4.5.1_03	Anno 2024	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
Spese per fornitura protesi odontoiatriche	€ 18.833,88	€ 50.000,00	€ 75.000,00	€ 75.000,00	€ 75.000,00	€ 75.000,00
Totali Anno	€ 18.833,88	€ 50.000,00	€ 75.000,00	€ 75.000,00	€ 75.000,00	€ 75.000,00
TOTALE						**€ 368.833,88**

4 EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO
Difficoltà nel reperimento di specialisti odontoiatri e laboratori odontotecnici che aderiscono alla progettazione. Per il superamento di tale criticità prevediamo la collaborazione con studi odontotecnici di rifermento per le progettazioni eventualmente avviate da altri territori del contesto Regionale.

Piano finanziario	
Voci di spesa	Importi previsti (euro)
A) Costi Diretti	**€ 368.833,88**
Spese per fornitura di protesi odontoiatriche	€ 368.833,88
B) Costi Indiretti (0,1 % dei costi diretti)	**€ 368,83**
Costo totale del progetto	***€ 369.202,71***
Richiesta dell'anticipo dell'1%	☐***X Si*** ☐*No*

SCHEDA PROGETTO 7

1INFORMAZIONI 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	**9.406,44 €**

2 DESCRIZIONE DEL PROGETTO:

Per perseguire l'obiettivo dell'incontro tra servizi e popolazione target~~,~~ organizzare un'adeguata campagna di diffusione delle informazioni circa l'esistenza di servizi socio-sanitari dedicati e di sensibilizzazione sanitaria. Il materiale che verrà prodotto, risponderà al criterio della semplicità e della massima chiarezza dei contenuti e del linguaggio al fine di renderlo fruibile ed efficace; considerato che il territorio di questa ASL accoglie anche, in maniera consistente, popolazione straniera tra cui la comunità RSC, si prevede di predisporre materiale informativo multilingue, con il supporto del Mediatore Linguistico Culturale previsto nella spesa della scheda progetto n.~~3~~ IN.4k.1_02 sulla base della popolazione individuata nelle fasi di co-progettazione.
Il materiale informativo verrà predisposto stipulando apposita convenzione con una tipografia del territorio individuata tramite procedura di selezione e verrà diffuso per il tramite dei Servizi della ASL e degli ETS coinvolti, dei Servizi Sociali territoriali e, soprattutto, avvalendosi dell'azione dei leader di comunità individuati attraverso il progetto IN.4k.3_01~~;~~ Si sceglie di svolgere tali attività di informazione e sensibilizzazione sanitaria in setting che siano il più vicino possibile alle popolazioni target al fine di favorire uno scambio diretto che porti alla costruzione di una relazione di fiducia che abbatta la diffidenza e faciliti l'accesso nonchè la diffusione dell'informazione attraverso il passaparola. Tutte le attività svolte sul territorio prevederanno l'utilizzo del MH appositamente brandizzato al fine di garantire la pubblicizzazione dell'attività da progetto, così come previsto all'art. 9 della Convenzione sottoscritta.
Al fine di garantire il perseguimento dell'obiettivo di cui alla presente scheda progettuale, verranno poste in essere le seguenti azioni:

- I tavoli di cooprogettazione si occuperanno della predisposizione del materiale informativo, da definire nei contenuti e nella forma, con azioni partecipate e condivise. Saranno curate la chiarezza e l'immediatezza dei messaggi da trasmettere per la successiva fase di stampa;
- Progettazione grafica , realizzazione e stampa, a cura della tipografia selezionata, di materiale informativo in formato brochure , poster e manifesti~~;~~
- diffusione del materiale informativo per il tramite degli ETS, dei Servizi Sociali territoriali, dei servizi della Asl e dei leader di comunità;
- organizzazione\calendarizzazione, in sede di co-progettazione attraverso un lavoro sinergico tra la ASL, i Servizi Sociali Territoriali, gli ETS selezionati ed i leader di comunità, delle attività di informazione ed orientamento;
Al fine di una più ampia diffusione dell'informazione circa gli eventi di sensibilizzazione programmati, si provvederà a posizionare materiale in formato poster/cartellonistica in spazi facilmente fruibili e strategici, individuati per il tramite dei Servizi Sociali del territorio, degli ETS e dei leader di comunità.

2.1 GOVERNANCE

L'attività di educazione e sensibilizzazione sanitaria mira a perseguire l'obiettivo di diffondere la conoscenza del diritto alla salute, l'orientamento ai servizi sanitari disponibili sul Territorio nonché intervenire sulla prevenzione.

La popolazione target alla quale rivolgere le azioni di sensibilizzazione sanitaria verrà individuata nelle fasi della co-progettazione tra i vari stakeholders.

Il tecnico esperto in comunicazione, che verrà individuato tra il personale interno alla ASL, parteciperà a tavoli di co-progettazione, costituiti da altri rappresentanti della Asl Sulcis Iglesiente, dei Comuni, degli ETS selezionati, dal Mediator Linguistico Culturale e dal leader di comunità, al fine di definire in maniera condivisa i contenuti e la forma del materiale informativo. Sarà compito dei vari stakeholder, nei tavoli di co-progettazione, organizzare e calendarizzare le attività di divulgazione delle informazioni e del materiale nonché calendarizzare riunioni periodiche per il monitoraggio delle azioni e la valutazione della loro efficacia.

Le attività di informazione ed educazione/sensibilizzazione sanitaria saranno rivolte alla popolazione target, come definita nel Disciplinare INMP. La strategia della diffusione delle informazioni anche attraverso attività itineranti, da svolgersi sui territori individuati durante i tavoli di co-progettazione, è finalizzata a raggiungere anche la popolazione "invisibile" dimorante in contesti di forte deprivazione.

In tale fase di diffusione delle informazioni i Servizi Sociali territoriali, i leader di comunità e gli ETS svolgeranno un ruolo cruciale al fine dell'individuazione dei setting di outreach. Sarà cura in primis di questa ASL favorire la circolazione delle informazioni tra Enti al fine di rendere nota e chiara la finalità del Progetto e la tipologia della popolazione target. Tutti gli stakeholder coinvolti verranno sensibilizzati rispetto alla diffusione del materiale informativo prodotto ed alla pubblicizzazione della mission del Progetto.

Si prevede di realizzare almeno 3 incontri annuali con le popolazioni target che verranno individuate.

3 CRONOPROGRAMMA

	Anno 2024-2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
Fine 2024 e 1° semestre	*1)Progettazione del materiale informativo* *2) Predisposizione e pubblicazione di apposite procedure di selezione di attività commerciali per la progettazione e la stampa del materiale informativo.*	*Consolidamento attività* *Consolidamento attività ed eventuali azioni migliorative*	*Consolidamento attività* *Consolidamento attività ed eventuali azioni migliorative*	*Consolidamento attività* *Consolidamento attività ed eventuali azioni migliorative*	*Consolidamento attività* *Consolidamento attività ed eventuali azioni migliorative*
2° semestre	*1)Stampa edel materiale e personalizzazione dei MH* *2)Organizzazione e calendarizzazione delle attività di diffusione del materiale informativo*	*Consolidamento attività ed eventuali azioni migliorative*	*Consolidamento attività ed eventuali azioni migliorative*	*Consolidamento attività ed eventuali azioni migliorative*	*Consolidamento attività ed eventuali azioni migliorative*

Piano annuale di rendicontazioni delle spese all'OI.

IN.4.5.2_03	Anno 2024-2025	Anno 2026	Anno 2027	Anno 2028	Anno 2029
Spese per personalizzazione e stampa dei materiali informativi	€ 7.397,04	€ 500,00	€ 500,00	€ 500,00	€ 500,00
Totali Anno	€ 7.397,04	€ 500,00	€ 500,00	€ 500,00	€ 500,00
TOTALE					***€ 9.397,04***

4 EVENTUALI CRITICITA' E MODALITA' DI SUPERAMENTO

Diffidenza della popolazione target e difficoltà di accesso ai loro contesti di vita: tale criticità verrà affrontata mediante azioni sul campo volte a costruire relazioni di fiducia nonché avvalendosi della presenza\mediazione del leader di comunità.

Piano finanziario	
Voci di spesa	Importi previsti (euro)
A) Costi Diretti	***€ 9.397,04***
Spese per personalizzazione e stampa dei materiali informativi	€ 9.397,04
B) Costi Indiretti (0,1 % dei costi diretti)	**€ 9,40**
Costo totale del progetto	***€ 9.406,44***
Richiesta dell'anticipo dell'1%	☐***X Si*** ☐*No*

ALLEGATI	□Domanda di finanziamento del Piano di interventi e dichiarazioni; □Delibera di nomina del soggetto responsabile dell'attuazione del Piano di interventi.