



Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

**PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2018**

***DATI GENERALI DEL PROGETTO***

TITOLO: Definizione e implementazione di un modello operativo innovativo di *task shifting* per promuovere l'engagement e la *literacy* alimentare nella prevenzione del Diabete Mellito e delle sue complicanze: il protocollo FooDia-Net

ENTE PARTNER:

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 5

REGIONI COINVOLTE:

numero: 5

elenco:

*Nord* Lombardia

*Centro* Lazio, Toscana, Marche

*Sud* Puglia

DURATA PROGETTO (max 24 mesi): 24 mesi

COSTO: 446.000 euro (quattrocentoquarantaseimila euro)

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: Dr.ssa Elisabetta Anna Graps

struttura di appartenenza: Area Valutazione e Ricerca - Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale, Puglia

n. tel: 080 5403171 n. fax:080 5403411 E-mail: e.graps@aress.regione.puglia.it

## TITOLO: Definizione e implementazione di un modello operativo innovativo di *task shifting* per promuovere l'engagement e la *literacy* alimentare nella prevenzione del Diabete Mellito e delle sue complicanze: il protocollo FooDia-Net

### ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

#### *Descrizione ed analisi del problema*

Il Diabete Mellito rappresenta una delle patologie croniche a più ampia diffusione nel mondo ed è previsto che le persone affette da DM aumenteranno a livello globale da 400 milioni a 600 milioni entro il 2035<sup>1</sup>. Tale aumento risulta particolarmente marcato nei Paesi industrializzati; attualmente, in Italia, vivono almeno 3 milioni di persone con DM (dati ISTAT 2017<sup>2</sup>). Sotto il profilo economico, il diabete costituisce una delle più rilevanti e costose malattie sociali della nostra epoca (il consumo di risorse sanitarie delle persone con diabete è 2,5 volte superiore rispetto a quello delle persone non diabetiche di pari età e sesso, con una spesa totale, pari a 11 milioni di dollari e una previsione di crescita entro il 2030 di oltre il 14%)<sup>3</sup>.

**Stili di vita non salutari, in particolare per quanto riguarda il regime alimentare, risultano essere uno dei fattori principali di rischio per l'insorgenza del DM e delle sue complicanze.** Al contrario, l'adozione di un regime alimentare corretto (generalmente ispirato alla dieta mediterranea) risulta essere un fattore protettivo per l'insorgenza e il decorso del DM. Tuttavia spesso il cittadino/paziente appare poco consapevole di questi rischi e poco equipaggiato di competenze e conoscenze utili a sostenere un adeguato stile di vita e a prevenire il rischio di DM. Di conseguenza appare urgente promuovere iniziative di sensibilizzazione ed educazione rivolte ai pazienti affetti da DM al fine di renderli più consapevoli ed informati (*health literacy*) non solo circa le specificità della loro patologia e del relativo trattamento, **ma anche in merito all'importanza di adottare comportamenti proattivi di gestione dello stile di vita (modificazione del regime alimentare e promozione dell'esercizio fisico) e della terapia farmacologica.** Infatti, nel caso del DM sono diverse le richieste comportamentali finalizzate ad una buona e corretta autogestione della malattia e della cura, definibile anche come *self-management*: esse includono la capacità di gestire l'assunzione corretta di farmaci, l'automonitoraggio glicemico, le modificazioni nello stile alimentare e nell'attività fisica, le visite periodiche con il team diabetologico. **In particolare il controllo del regime alimentare e il cambiamento dello stile di vita sono le sfere più impegnative da gestire in autonomia per il cittadino/paziente, che spesso riporta una scarsa conoscenza e consapevolezza del razionale alla base delle richieste degli operatori sanitari ed esperienze di frustrazione e fatica sul piano psicologico nell'aderirvi** (negli studi dedicati alla sola sfera farmacologica la prevalenza di aderenza si aggira intorno a percentuali alquanto basse che arrivano fino al 46%<sup>4</sup>). La cosiddetta *literacy alimentare*, cioè l'**alfabetizzazione del paziente circa la corretta valutazione ed impostazione della propria alimentazione, inclusa quando raccomandata la conta dei carboidrati, è considerata oggi un'area cruciale per garantire l'efficace gestione della malattia e la prevenzione delle sue complicanze.** Tuttavia i cittadini/pazienti sono spesso in difficoltà nell'autogestione di questa area del loro stile di vita e lamentano la mancanza di **indicazioni chiare, efficaci e soprattutto coordinate da parte degli operatori sanitari che li hanno in carico e la difficoltà di tradurre principi astratti in pratiche alimentari corrette.**

La mancanza di approcci multidisciplinari ed intersettoriali nella presa in carico del paziente con DM e nella progettazione ed erogazione di iniziative di prevenzione **costituisce una mancata opportunità per sperimentare forme di risposta adeguate a prevenire la diffusione e l'aggravamento del DM.** Al contrario l'adozione di approcci finalizzati alla prevenzione e cura del DM in cui vengano mobilitate **le diverse risorse e le competenze professionali presenti sul territorio in un modello raccordato e continuativo può contribuire ad azioni più efficaci ed appropriate.**

La letteratura scientifica e le evidenze cliniche sottolineano l'importanza di operare un cambiamento culturale in sanità volto alla valorizzazione del team multidisciplinare e della collaborazione tra le diverse professionalità per una migliore promozione dell'*engagement* delle persone nei loro percorsi sanitari sia di prevenzione che di gestione di una malattia. Il coinvolgimento attivo delle persone con una domanda di cura nel loro percorso di prevenzione e di gestione della malattia, infatti, passa attraverso la responsabilizzazione non solo della persona stessa – destinataria di iniziative educative e di cura – bensì di tutti gli attori professionali e laici (i.e. associazioni di cittadini/pazienti) che ruotano attorno alla buona gestione della salute.

Al fine di meglio ottimizzare le risorse professionali disponibili, meglio rispondere all'evoluzione dei bisogni di salute (sia nel contesto delle malattie croniche in generale sia nell'ambito specifico del DM) e per rispondere all'esigenza di strutturare i servizi secondo una logica di intersettorialità e *network* territoriale risulta necessario proporre un ripensamento dei modelli organizzativo-lavorativi esistenti.

In quest'ottica, il Task Shifting (TS) rappresenta una possibile strategia. L'OMS (2008) ha definito il Task Shifting come "*la ridistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario, grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri di qualificazione formale meno elevata*". Nel nostro contesto nazionale, tale modello si configura come **un'opportunità di innovazione di sistema nella direzione di un uso più efficiente delle risorse professionali disponibili.**

L'esito auspicato di tale strategia è **propriamente quella di far emergere nuovi ruoli e compiti dei professionisti che vengono a essere coinvolti attivamente piuttosto che prevedere un mero passaggio di nozioni o competenze (secondo una logica di delega non regolamentata o de-responsabilizzazione).**

La gestione delle malattie croniche necessita propriamente di un approccio multidisciplinare e il lavoro in *team* rappresenta uno strumento strategico. Al fine di meglio raggiungere obiettivi di salute dichiarati (diagnosi corretta e precoce, gestione della malattia o *disease management* e prevenzione primaria e secondaria) risulta fondamentale da un lato promuovere una valorizzazione delle competenze di tutti gli attori coinvolti nei processi di prevenzione e/o assistenza e cura e dall'altro sostenere una definizione chiara dei diversi ruoli.

Anche il cittadino/paziente viene visto quale soggetto esperto, avente diritti, doveri e responsabilità all'interno del team diabetologico; in virtù di tale posizione lo stesso cittadino/paziente entra a far parte del team diabetologico a pieno titolo. Tale

visione è stata enfatizzata dalla prima Conferenza di Consenso Italiana sul *Patient Engagement* (CCIFE) che ha qualificato il cittadino/paziente come co-autore nei percorsi di socio-sanitari di prevenzione e/o cura.

**Un'area cruciale in cui è importante promuovere *task shifting* e l'intersectorialità professionale è l'educazione terapeutica.** Infatti, affinché questa risulti un valido strumento clinico è necessario che l'educazione sia **strutturata, organizzata, multiprofessionale, interdisciplinare e intersectoriale e comprendente il lavoro in rete. Inoltre, deve essere realizzata attraverso operatori sanitari (OS) formati e competenti.** L'obiettivo è quello di fornire al cittadino informazioni riguardo la prevenzione delle malattie e, laddove sia già ammalato, fornire al paziente corrette ed aggiornate informazioni sulla gestione della malattia, e sulla prevenzione delle sue complicanze. Tutto ciò permette al cittadino/paziente di diventare competente e, attraverso un cambiamento permanente del proprio stile di vita, di gestire nel quotidiano la propria condizione, attraverso scelte corrette e consapevoli, in autonomia e nella piena consapevolezza del proprio ruolo nella prevenzione delle malattie o delle loro complicanze.

#### *Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche*

Il presente progetto si inserisce in questa prospettiva ed è **prioritariamente volto a sperimentare un modello operativo innovativo di *task shifting* volto a promuovere una più efficace gestione multi-professionale e inter-settoriale della prevenzione del DM e/o delle sue complicanze mediante l'implementazione di iniziative di educazione alimentare e di supporto all'engagement dei cittadini/pazienti.** Il progetto ambisce anche a **contribuire alla formazione, sensibilizzazione e al coinvolgimento dei diversi attori professionali e "laici" dedicate alla prevenzione del diabete mellito e/o delle sue complicanze** (i.e. diabetologo, medico di medicina generale, psicologo, farmacista, podologo, pneumologo, oculista, neurologo, case manager, pediatra di famiglia o ospedaliero, cardiologo, nefrologo, infermiere, dietista, assistente sanitario, insegnanti, associazioni di cittadini/pazienti/familiari, ...) rispetto all'importanza di promuovere nuove forme coordinate e transettoriali di prevenzione e di promozione dell'*engagement* del cittadino/paziente e della sua *literacy* alimentare, **secondo la logica del *task shifting*.**

Infine il progetto costituirà l'occasione per **co-generare una piattaforma tecnologica a supporto delle iniziative di formazione, coordinamento tra i diversi attori coinvolti nel progetto e storage dei dati raccolti.**

Più nel dettaglio, il progetto propone la realizzazione delle seguenti soluzioni/interventi:

- una prima fase del progetto sarà finalizzata a **compiere una mappatura, censimento e ricognizione strategica delle risorse professionali presenti sul territorio e dedicate alla prevenzione del DM e/o delle sue complicanze in ottica di *task shifting*** (i.e. identificazione dei potenziali *task shifter* e *task shiftee*);
- parallelamente, una seconda azione del progetto sarà volta a **compiere una mappatura, censimento e ricognizione strategica delle risorse "laiche", cioè con riferimento alle associazioni di cittadini/pazienti e familiari coinvolti in azioni di nella prevenzione del DM e delle sue complicanze;**
- una terza fase del progetto sarà finalizzato a **diagnosticare in modo sistematico i livelli di literacy alimentare e di engagement della persona nella prevenzione del DM per sviluppare iniziative di educazione e counselling appropriate e personalizzate secondo la logica del *task shifting*;**
- **la quarta fase del progetto sarà dedicata a ideare e co-progettare un modello operativo di *task shifting* (Protocollo FoodIA-Net) per la promozione della literacy alimentare e dell'engagement nella prevenzione del DM e delle sue complicanze;**
- la quinta fase del progetto sarà finalizzata a **co-generare e validare una piattaforma digitale a supporto delle attività previste dal protocollo FoodIA-Net;**
- la sesta e settima fase del progetto saranno finalizzate a **promuovere iniziative di sensibilizzazione e formazione dei diversi professionisti sanitari coinvolti nella prevenzione del DM alla logica del *task shifting* per la promozione della literacy alimentare e dell'engagement:** In particolare, la sesta fase sarà dedicata all'erogazione di percorsi di "formazione dei formatori" al fine di facilitare la diffusione e disseminazione sul campo delle competenze formate; la settima fase sarà poi finalizzata ad estendere la formazione ai principi del *task shifting* per la promozione della literacy alimentare e dell'engagement al team allargato degli operatori (*task shiftee*) e delle associazioni di cittadini/pazienti e familiari coinvolti nella prevenzione del DM e delle sue complicanze;
- l'ultima fase del progetto sarà finalizzata a **sperimentare e valutare appropriatezza ed efficacia del protocollo FoodIA-Net e a favorire l'adozione da parte dei territori coinvolti nel progetto di azioni coordinate, raccordate e continuative di promozione della literacy alimentare e dell'engagement del cittadino/paziente nella prevenzione del DM e/o delle sue complicanze.**

#### *Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti*

Eventuali rischi previsti connessi al raggiungimento degli obiettivi proposti dal progetto possono insorgere nella realizzazione delle azioni sopra descritte. In particolare possono emergere (1) difficoltà nell'attività di valutazione sistematizzata dei livelli di *literacy alimentare* e di *engagement* nella prevenzione del DM; i problemi possono essere di natura pragmatico-organizzativa (ad esempio, mancanza di tempo all'interno delle attività già consolidate, carenza di una adeguata strumentazione, possibile perdita dei dati raccolti, gestione della *privacy* e dei dati sensibili) o di natura umana (mancanza di dimestichezza con strumentazione tecnologica, resistenze di natura psicologica). Inoltre, (2) elementi di difesa della propria autonomia lavorativa o di tendenza all'autoreferenzialità dei diversi operatori sanitari coinvolti nel progetto possono rappresentare un elemento di criticità alla realizzazione della rete ostacolando la messa in atto di azioni e modelli di *task shifting*. Inoltre (3) la proposta volta agli operatori sanitari di partecipare a iniziative di formazione e sensibilizzazione sul tema del *task shifting*, della *literacy alimentare* e della promozione dell'engagement della persona nel DM può creare delle forme di resistenza al cambiamento. Infine (4) lo sviluppo ed applicazione di una soluzione tecnologica per favorire il coordinamento, la continuità delle iniziative preventive e le azioni di *task shifting* può risultare complicata per elementi di compatibilità infrastrutturale della rete informatica, per ragioni di *literacy* informatica degli operatori e dei cittadini/pazienti oltre che per ragioni di gestione dei dati e della *privacy*.

Sebbene queste criticità siano realistiche, il progetto ambizioso qui presentato si avvale di un fondato paradigma scientifico ed applicativo che rassicura rispetto alla realizzabilità della proposta. Inoltre il progetto è ispirato ai principi e modelli di azione prescritti scientificamente dal modello di *task shifting* nella prevenzione sanitaria e dalle Raccomandazioni per l'*engagement* e la promozione della *literacy alimentare*. Inoltre l'adesione al consorzio di Regioni che hanno già da tempo sperimentato iniziative di *task shifting* nella presa in carico e nella prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili permetterà non solo di capitalizzare

su quanto appreso dalle esperienze precedenti ma anche di applicare la sperimentazione del modello di intervento proposto in territori già “maturi” e pronti a questo tipo di innovazione.

Inoltre, il progetto si propone come uno spazio partecipativo e collaborativo tra i diversi attori implicati (in *primis* il cittadino/paziente, ma anche la sua famiglia, gli operatori sanitari, le strutture sanitarie implicate nel progetto) e questo faciliterà la declinazione delle diverse azioni in un modo sintonico alle necessità, aspettative ed esperienze dei diversi attori. Infine, la proposta di utilizzo delle nuove tecnologie (piattaforma) e le resistenze organizzative e/o psicologiche che ne possono derivare potranno essere gestite nella fase di *piloting* che risulta strategica per promuovere un adattamento e una co-creazione di azioni volte alla implementazione e semplificazione nell’uso di supporti tecnologici. In particolare, UCSC avrà la funzione di cabina di regia tecnica che - con metodi scientifici partecipativi - effettuerà una periodica revisione dello stato di avanzamento dei lavori sulle attività legate allo sviluppo degli specifici obiettivi di ricerca attivando azioni correttive coerenti con i contenuti ed i tempi previsti dal cronoprogramma.

Infine per contrastare il rischio di non adattabilità o difficoltà di *feasibility* della piattaforma al contesto specifico di azione si adatterà una modalità “cloud” di *storage* e gestione dei dati per garantirne e facilitarne l’accesso dalle diverse postazioni territoriali e professionali.

#### *Aree territoriali interessate e trasferibilità degli interventi*

Il progetto coinvolgerà un consorzio ampio di territori con particolare attenzione all’arruolamento di partner operanti al Nord, Centro e Sud e con attenzione a bilanciare tra Regioni/territori già “maturi” in tema di sperimentazione ed adozione del modello operativo di *task shifting* previsto dal protocollo FooDia-Net e di modelli integrati e trans-settoriali di promozione della *literacy* alimentare e dell’engagement nella prevenzione del DM e delle sue complicanze e nella promozione di stili di vita salutari. Il progetto coinvolgerà le seguenti aree:

- Regione Lombardia: Centro di Ricerca EngageMinds Hub – Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano
- Regione Lombardia: ATS della Brianza
- Regione Lombardia - ASST Lecco
- Regione Lazio – UOC Diabetologia e dietologia - ASL 1 Roma
- Regione Toscana – ARS Toscana
- Regione Marche – INRCA Irccs
- Regione Puglia – ARESS Puglia

Coordinatore scientifico del progetto è la dott.sa Elisabetta Anna Graps, Direttore medico Area Valutazione e Ricerca - Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale, Regione Puglia.

#### *Ambito istituzionale e programmatico di riferimento per l’attuazione degli interventi proposti (anche in riferimento a piani e programmi regionali)*

Le azioni previste dal progetto si pongono in **continuità e coerenza con gli orientamenti strategici presenti in numerosi piani di programmazione sanitaria su base nazionale e regionale.**

Il PNP 2014-2019, ad esempio, nell’ambito della prevenzione delle MCNT si basa su un approccio complessivo di promozione della salute, per definizione orientata all’*empowerment* di comunità, attraverso il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici, alle comunità locali e all’*empowerment* individuale per potenziare le risorse personali al fine dell’adozione consapevole di comportamenti e stili di vita corretti. In quest’ottica si inseriscono anche le tematiche del coinvolgimento attivo (*Engagement*) delle persone nella prevenzione della malattia e/o delle sue complicanze, dell’importanza del team multidisciplinare e del *task shifting*, inteso come l’uso più efficiente delle risorse professionali disponibili, per una maggiore efficacia ed efficienza degli interventi clinico-assistenziali.

In particolare, il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica (2012) e il Piano Nazionale della Cronicità (2016) enfatizzano la necessità di promuovere il coinvolgimento attivo (*Engagement*) della persona con una domanda di salute al fine di aumentare l’efficacia degli interventi clinico-assistenziali. Anche la Regione Lombardia nel documento “Regole di gestione del servizio sociosanitario 2018” ha inserito quale orientamento prioritario delle iniziative socio-sanitarie le raccomandazioni della prima conferenza di consenso italiana per la promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche (CCIFE). Infine, anche gli Standard italiani per la cura del Diabete Mellito (2018) a cura di AMD e SID così come le recenti raccomandazioni ADA-EASD 2018 valorizzano la centralità di un approccio orientato al coinvolgimento attivo della persona quale elemento centrale dei processi di gestione del diabete. D’altro canto, il valore di operare nella direzione di un approccio di team multidisciplinare secondo una logica orientata al *task shifting* nella gestione della patologia cronica – quale il diabete mellito - è evidente in alcuni documenti programmatici quali il Patto della salute 2014-2016; il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018; il DPCM 12 gennaio 2017; l’art. 5 Legge n.3 11 gennaio 2018; il CCNL Comparto sanità 2016-2018.

#### *Bibliografia*

1. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract* 2014; 103: 137-49.
2. <https://www.istat.it/it/archivio/202600>
3. Piano sulla malattia diabetica [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1885\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf)
4. Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. *Diabet Med*. 2015 Jun;32(6):725-37.
5. Graffigna G, Barelo S, Libreri C., Bosio C.A. How to engage type-2 diabetic patients in their own health management: implications for clinical practice. *BMC Public Health*. 2014; 14: 648.
6. Piano nazionale della cronicità [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf)
7. Raccomandazioni CCIFE [http://recentiprogressi.it/r.php?v=2812&a=28441&l=332587&f=allegati/02812\\_2017\\_11/fulltext/04\\_Rassegna%20-%20Graffigna.pdf](http://recentiprogressi.it/r.php?v=2812&a=28441&l=332587&f=allegati/02812_2017_11/fulltext/04_Rassegna%20-%20Graffigna.pdf)

8. [http://www.standarditaliani.it/skin/www.standarditaliani.it/pdf/STANDARD\\_2016\\_June20.pdf](http://www.standarditaliani.it/skin/www.standarditaliani.it/pdf/STANDARD_2016_June20.pdf)
9. <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>
10. [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_044351\\_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf)
11. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2285\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf)
12. <http://aemmedi.it/wp-content/uploads/2009/06/AMD-Standard-unico1.pdf>
13. DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9944866.pdf>
14. LEGGE 11 gennaio 2018, n. 3 Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonche' disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato422706.pdf>
15. CCNL 2016-2018 del comparto Sanità [https://www.aranagenzia.it/attachments/article/9016/CCNL%20comparto%20SANITA'%20definitivo\\_sito%20.pdf](https://www.aranagenzia.it/attachments/article/9016/CCNL%20comparto%20SANITA'%20definitivo_sito%20.pdf)
16. WHO 2008. TS: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global Recommendations and Guidelines. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43821/9789241596312\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43821/9789241596312_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract* 2014; 103: 137-49.
18. <https://www.istat.it/it/archivio/202600>
19. Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. *Diabet Med*. 2015 Jun;32(6):725-37.
20. Piano nazionale della cronicità [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf)
21. Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2285\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf)
22. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, Kernan WN, Mathieu C, Mingrone G, Rossing P, Tsapas A, Wexler DJ, Buse JB. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2018 Oct 4

## OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

**OBIETTIVO GENERALE:** il progetto si propone di definire, co-generare e sperimentare un modello operativo innovativo e sostenibile di *task shifting* (**protocollo FooDIA-Net**) che permetta una promozione della *literacy alimentare* e dell'*engagement* nella prevenzione del DM e/o delle sue complicanze più coordinata, continuativa, efficace ed appropriata.

**OBIETTIVO SPECIFICO 1: Creazione di tavolo Inter-regionale ed intersettoriale degli Enti Partner**

**Risultato atteso 1:** Favorire il raggiungimento dei risultati degli obiettivi seguenti e coadiuvare il coordinatore nella gestione e nel monitoraggio delle attività previste dal progetto

**OBIETTIVO SPECIFICO 2:** Compiere una **mappatura, censimento e ricognizione strategica delle risorse professionali** presenti sul territorio e dedicate alla prevenzione del DM e/o delle sue complicanze in ottica di *task shifting*

**Risultato atteso 2:** ottenere una **mappatura e un censimento** delle risorse umane e professionali oltre che delle competenze presenti sui territori coinvolti nel progetto

**OBIETTIVO SPECIFICO 3:** Compiere una **mappatura, censimento e ricognizione strategica delle risorse "laiche"**, cioè con riferimento alle associazioni di cittadini/pazienti e familiari coinvolti in iniziative di prevenzione del DM e/o delle sue complicanze

**Risultato atteso 3:** ottenere una **mappatura e un censimento** delle risorse "laiche" presenti sui territori coinvolti nel progetto.

**OBIETTIVO SPECIFICO 4: Ideare, co-progettare e sperimentare un modello operativo innovativo e sostenibile di *task shifting* (protocollo FooDia-net) per la promozione della literacy alimentare e dell'engagement nella prevenzione del DM e/o delle sue complicanze**

**Risultato atteso 4:** definizione di un **modello operativo** di *task shifting* per orientare le fasi successive del progetto a raggiungimento degli obiettivi 6,7,8

**OBIETTIVO SPECIFICO 5: Sviluppo di una piattaforma cloud e GDPR compliant che supporti le azioni del progetto e l'archiviazione dei dati di ricerca**

**Risultato atteso 5:** Generazione della piattaforma digitale abilitante le attività del progetto

**OBIETTIVO SPECIFICO 6: Diagnosticare in modo sistematico i livelli di *literacy alimentare* e di *engagement* nella prevenzione e promozione di stili di vita salutari della persona con DM**

**Risultato atteso 6: ricognizione epidemiologica (report)** sui territori coinvolti nel progetto con mappatura estensiva dei bisogni psico-sociali di supporto ed educazione alla prevenzione e promozione di stili di vita salutari dei cittadini/pazienti con DM e della rete "laica" (i.e. associazioni di cittadini/pazienti e familiari).

**OBIETTIVO SPECIFICO 7: Formazione dei formatori**

**Risultato atteso 7:** costituzione di un gruppo di operatori sanitari (GP e diabetologi) formati, e competenti circa la promozione della *literacy alimentare* e dell'*engagement* nella prevenzione del DM e delle sue complicanze e nella promozione di stili di vita salutari, sensibilizzati alla logica del *task shifting* che possano a loro volta formare e supervisionare altri operatori

**OBIETTIVO SPECIFICO 8: Formazione allargata al team (*task shiftee*) e alla rete laica (associazioni di cittadini, pazienti e familiari)**

**Risultato atteso 9:** condivisione, diffusione e accrescimento delle conoscenze e competenze circa la prevenzione del DM e/o delle sue complicanze, ed in particolare circa la promozione della *literacy alimentare* e dell'*engagement* quali strategie per favorire la realizzazione di un cambiamento culturale e organizzativo nella prevenzione e in sanità.

**OBIETTIVO SPECIFICO 10: Piloting, implementazione e monitoraggio dell'ecosistema di azioni di *task shifting* (protocollo FooDIA-Net) nei territori coinvolti nel progetto**

**Risultato atteso 10:** acquisizione di dati relativi alla proponibilità, fattibilità, efficacia e sostenibilità delle azioni implementate in coerenza con il protocollo FooDia-Net.

<b>REFERENTE PROGETTO: ELISABETTA ANNA GRAPS</b>		
<b>UNITA' OPERATIVE COINVOLTE</b>		
<b>Unità Operativa 1</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
ARES REGIONALE PUGLIA	Dott.ssa E. A GRAPS Prof. Francesco GIORGINO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• coordinamento e supervisione metodologica del progetto;</li> <li>• co-generazione del modello operativo di task shifting</li> <li>• co-generazione della piattaforma tecnologica</li> <li>• identificazione e arruolamento dei centri clinici, dei professionisti sanitari e dei cittadini (pazienti e attori "laici") da cooptare per il progetto;</li> <li>• definizione dei contenuti clinico-scientifici per le attività formative</li> <li>• attivazione del percorso "formazione ai formatori";</li> <li>• implementazione delle attività previste dal protocollo FooDia-Net</li> <li>• implementazione delle azioni di monitoraggio</li> <li>• azioni di monitoraggio e azioni correttive</li> <li>• diffusione dei risultati</li> </ul>
<b>Unità Operativa 2</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
ATS MONZA-BRIANZA e ATS LECCO – REGIONE LOMBARDIA	Dr FRANCHETTI Dr CASTELLI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identificazione e arruolamento dei centri clinici, dei professionisti sanitari e dei cittadini (pazienti e attori "laici") da cooptare per il progetto attraverso (tutte le ASST) convenzione firmata con ASST e obiettivi negoziali, strutture private accreditate (Direzione sanitaria, PAAPSS), Poliambulatori autorizzati (ISP), Dipartimento Cure Primarie, MMG, Ordine Medici, Presa in carico paziente (Enti gestori, Ufficio Epidemiologico), Associazioni Pazienti diabete (Dir San), Gruppi di cammino, Associazioni Datoriali e Conciliazione, Comuni (sportello Welfare), PRESST, survey, stesura protocollo di intesa, campagna informativa (ufficio comunicazione) ed arruolamento. Figure professionali coinvolte (risorse ora).</li> <li>• attivazione del percorso "formazione ai formatori" (UOS Intersett., personale IAN – Promosal, asst, ordine medici, sistemi informatici).</li> <li>• implementazione delle attività previste dal protocollo FooDia-Net</li> <li>• implementazione delle azioni di monitoraggio</li> <li>• riattivazione e potenziamento di un tavolo intersettoriale e interaziendale multiprofessionale del Diabete, definizione di un set di azioni intersettoriali quali la cartella</li> </ul>

		<p>sanitaria, lo stile di vita, la valutazione del rischio,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• predisposizione di materiale informativo dedicato. (personale IAN)</li> </ul>
<b>Unità Operativa 3</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
UOC Diabetologia e dietologia ASL 1 – Roma – Regione Lazio	Dott. F. CHIARAMONTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• coprogettazione e supervisione alla realizzazione delle attività di formazione ai formatori</li> <li>• identificazione e arruolamento dei centri clinici, dei professionisti sanitari e dei cittadini (pazienti e attori “laici”) da cooptare per il progetto</li> <li>• attivazione del percorso “formazione ai formatori”</li> <li>• implementazione delle attività previste dal protocollo FooDia-Net</li> </ul>
<b>Unità Operativa 4</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
CENTRO DI RICERCA ENGAGEMINDS HUB – UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE DI MILANO	Prof. G. GRAFFIGNA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-progettazione dei contenuti per la formazione di cittadini e operatori</li> <li>• Co-generazione del modello operativo di task shifting</li> <li>• Co-generazione della piattaforma tecnologica</li> <li>• Coordinamento delle attività di coprogettazione e implementazioni delle azioni del protocollo FooDia-Net</li> <li>• Progettazione e implementazione degli indicatori di valutazione e monitoraggio delle attività del progetto</li> <li>• Analisi dei dati per il monitoraggio</li> <li>• Reporting</li> </ul>
<b>Unità Operativa 5</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
ARES TOSCANA	Dott. FRANCESCONI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identificazione e arruolamento dei centri clinici, dei professionisti sanitari e dei cittadini (pazienti e attori “laici”) da cooptare per il progetto</li> <li>• partecipazione al percorso formativo</li> <li>• implementazione delle attività previste dal protocollo FooDia-Net</li> </ul>
<b>Unità Operativa 6</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
MARCHE - INRCA Irccs	Dott. GENCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identificazione e arruolamento dei centri clinici, dei professionisti sanitari e dei cittadini (pazienti e attori “laici”) da cooptare per il progetto</li> <li>• partecipazione al percorso formativo</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"><li>• implementazione delle attività previste dal protocollo FooDia-Net</li></ul>
--	--	---

**PIANO DI VALUTAZIONE**

<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	Definire, co-generare e sperimentare un ecosistema sostenibile di azioni di <i>task shifting</i> ( <b>FoodIA-Net</b> ) che permetta una promozione della <i>literacy alimentare</i> e dell' <i>engagement</i> nella prevenzione del DM e delle sue complicanze più coordinata, continuativa, efficace ed appropriata
<b>Risultato atteso</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il progetto auspica ad un maggiore radicamento ed intensificazione di azioni di <i>task shifting</i> nei territori coinvolti nel progetto nelle funzioni di promozione della <i>literacy alimentare</i> e dell'<i>engagement</i> nella prevenzione.</li> <li>2. Il progetto si aspetta di riscontrare un impatto significativo sui livelli di <i>literacy alimentare</i>, Engagement e sulla frequenza di comportamenti preventivi del DM e delle sue complicanze da parte dei cittadini/pazienti coinvolti nel progetto;</li> <li>3. Inoltre, si attende un incremento delle competenze e delle conoscenze in merito al ruolo dell'alimentazione nella prevenzione e gestione del DM da parte della rete "laica" di riferimento del cittadino/paziente, e un aumentato Engagement della stessa.</li> </ol>
<b>Indicatore/i di risultato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di cittadini/pazienti coinvolti nel progetto</li> <li>2. Numero di associazioni di pazienti, familiari, cittadini coinvolti nel progetto</li> <li>3. Numero di professionisti sanitari coinvolti nel progetto (come <i>task shifter</i> e come <i>task shiftee</i>)</li> <li>4. Soddisfazione dei soggetti (operatori e cittadini/pazienti) coinvolti nel progetto valutata attraverso uno strumento ad hoc</li> <li>6. Livelli di <i>literacy alimentare</i> ed Engagement dei cittadini/pazienti e dei membri della loro rete "laica" coinvolti nel progetto valutati tramite scale validate (es. PHE-s, TOFLA) e/o questionario ad hoc</li> </ol>
<b>Standard di risultato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Almeno 150 cittadini/pazienti coinvolti nel progetto</li> <li>2. Almeno 3 associazioni coinvolte</li> <li>3. Almeno 50 operatori coinvolti nel progetto</li> <li>4. Almeno il 65% delle persone coinvolte soddisfatte</li> <li>7. Aumento il 65% delle persone coinvolte nel progetto dimostra un livello sufficiente di <i>literacy alimentare</i> e di <i>Engagement</i></li> </ol>

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 1</b>	<b>Creazione di tavolo Inter-regionale ed intersettoriale degli Enti Partner</b>
<b>Indicatore/i di risultato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costituzione gruppo di lavoro</li> <li>2. Numero di riunioni del gruppo di lavoro</li> <li>3. Report di monitoraggio con analisi delle criticità e relative azioni correttive</li> </ol>
<b>Standard di risultato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Almeno 8 membri attivi del gruppo di lavoro</li> <li>2. Almeno 5 riunioni di progetto con il gruppo di lavoro</li> <li>3. Almeno il 10% delle strutture-stakeholders presenti sul territorio messi in rete</li> <li>4. Almeno 4 report di monitoraggio, ogni 6 mesi di progetto</li> </ol>
<b>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definizione, revisione e attribuzione delle responsabilità per argomento/progetto</li> <li>2. Creazione della rete a supporto delle attività del progetto (ad esempio convenzione firmata con ASST e obiettivi negoziali, strutture private accreditate (Direzione sanitaria, PAAPSS), Poliambulatori autorizzati (ISP), Dipartimento Cure Primarie, MMG, Ordine Medici, enti per la presa in carico paziente (Enti gestori, Ufficio Epidemiologico), Associazioni Pazienti diabeti (Dir San), Gruppi di cammino, Associazioni Datoriali e Conciliazione, Comuni (sportello Welfare), PRESST....ecc)</li> <li>3. Operazionalizzazione degli indicatori di monitoraggio e di esito</li> <li>4. Monitoraggio attività</li> <li>5. Azioni correttive – miglioramento</li> </ol>

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 2</b>	Compiere una <b>ricognizione strategica delle risorse professionali</b> presenti sul territorio e dedicate alla prevenzione del DM o delle sue complicanze in ottica di <i>Task Shifting</i> (i.e. identificazione dei potenziali <b>task shifter</b> e <b>task shiftee</b> )
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di Registri compilati (i.e. uno per territorio coinvolto)</li> <li>2. Numero di strutture sanitarie/centri dedicati alla prevenzione del DM censiti</li> <li>3. Numero di sessioni di analisi delle competenze</li> <li>4. Numero di sessioni di analisi dei bisogni formativi</li> <li>5. Numero di professionisti inclusi nel registro (come task shifter o task shiftee)</li> <li>6. Report sull'azione di ricognizione strategica delle risorse professionali</li> </ol>
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Almeno 3 registri compilati</li> <li>2. Almeno il 75% strutture sanitarie/centri dedicati alla prevenzione del DM censiti</li> <li>3. Almeno 50 sessioni analisi delle competenze erogate</li> <li>4. Almeno 50 sessioni di analisi dei bisogni formativi erogate</li> <li>5. Almeno il 75% dei professionisti inclusi nel registro</li> <li>6. Completamento del report entro il 3 mesi dall'avvio del progetto</li> </ol>
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costruzione di un registro di professionalità (i.e. tipologia di professionisti, numero di professionisti per ogni tipologia, struttura di appartenenza, numero pazienti in carico...) per ogni territorio incluso nel progetto</li> <li>2. Identificazione e mappatura delle risorse professionali per popolamento del registro distinguendo tra task shifter e task shiftee</li> <li>3. Sessioni di intervista per profilare le competenze tecnico-professionali e comunicativo-relazionali di ciascuna risorsa professionale inclusa nel registro</li> <li>4. Sessioni di intervista per identificare i bisogni formativi nell'area della comunicazione, educazione e coinvolgimento dei cittadini/pazienti nella prevenzione del DM e delle sue complicanze</li> <li>5. Costruzione e compilazione di un report</li> </ol>

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 3</b>	Compiere una <b>ricognizione strategica delle risorse "laiche"</b> , cioè con riferimento alle associazioni di cittadini, pazienti e famigliari pertinenti per azioni di prevenzione del DM e delle sue complicanze
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di registri compilati</li> <li>2. Numero di associazioni censite</li> <li>3. Numero di pratiche/iniziative di prevenzione promosse dalle associazioni censite</li> <li>4. Report sull'azione di ricognizione strategica delle risorse "laiche"</li> </ol>
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Almeno 1 registro compilato</li> <li>2. Almeno il 60% delle Associazioni di pazienti, cittadini, famigliari presenti sui territori coinvolti nel progetto censite</li> <li>3. Almeno 10 iniziative di prevenzione promosse dalle associazioni censite</li> <li>4. Completamento del report entro 3 mesi dall'avvio del progetto</li> </ol>
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costruzione di un registro di "risorse laiche" (i.e. associazioni di cittadini-pazienti e famigliari)</li> <li>2. Identificazione e mappatura delle risorse laiche per popolamento del registro</li> <li>3. Strutturazione e diffusione di un questionario auto-compilato dal referente dell'associazione per rendicontare iniziative e pratiche messe in atto dall'Associazione per sostenere la iniziative di prevenzione del DM e delle sue complicanze</li> <li>4. Costruzione e compilazione di un report</li> </ol>

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 4</b>	<b>Diagnosticare in modo sistematico i livelli di <i>literacy alimentare</i> e di <i>engagement</i> della persona nella prevenzione del DM e delle sue complicanze</b>
<b>Indicatore/i di risultato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di cittadini/pazienti sottoposti alla compilazione dei questionari</li> <li>2. Livello di compliance all'indagine degli arruolati (numero di questionari restituiti rispetto a numero di questionari somministrati)</li> <li>3. Report sui risultati ottenuti dalla somministrazione dei questionari</li> </ol>
<b>Standard di risultato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Somministrazione del questionario ad almeno il 10% dei cittadini/pazienti in carico nelle strutture sanitarie coinvolte nel progetto</li> <li>2. Livello di compliance all'indagine (numero di questionari restituiti rispetto a numero di questionari somministrati) almeno del 10%</li> <li>3. Produzione di un report riportante i risultati derivanti dalla somministrazione dei questionari entro 6 mesi dall'inizio del progetto</li> </ol>
<b>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costruzione di un questionario auto-compilato dai cittadini/pazienti e contenente scale validate di misurazione dei livelli di <i>literacy alimentare</i> e di <i>engagement</i></li> <li>2. Identificazione del target di cittadini/pazienti a cui sottoporre il questionario</li> <li>3. Somministrazione del questionario e azione recalling a 1 mese dal lancio della survey</li> <li>4. Creazione di una banca dati contenente gli input al questionario</li> <li>5. Analisi dei dati e reporting</li> </ol>

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 5</b>	<b>Ideare e co-progettare un modello operativo di <i>task shifting</i> (Protocollo <b>FoodIA-Net</b>) per la promozione della <i>literacy alimentare</i> e dell'<i>engagement</i> nella prevenzione del DM e delle sue complicanze</b>
<b>Indicatore/i di risultato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modello operativo con le azioni di <i>task shifting</i> previste dal protocollo</li> <li>2. Numero di figure professionali/operatori sanitari identificati nel protocollo come <i>task shifter</i> e <i>task shiftee</i></li> <li>3. Report descrittivo del protocollo</li> </ol>
<b>Standard di risultato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Definizione del modello operativo di <i>task shifting</i> entro il 9 mese dall'inizio del progetto</li> <li>3. Almeno 6 figure professionali/operatori sanitari identificati nel protocollo come <i>task shifter</i> e <i>task shiftee</i></li> <li>6. Almeno 1 documento descrittivo del protocollo di <i>task shifting</i></li> </ol>
<b>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definizione di un modello operativo di <i>task shifting</i>, cioè di un eco-sistema di azioni (protocollo FoodIA-net) per la promozione della <i>literacy alimentare</i> e dell'<i>engagement</i> nella prevenzione del DM e delle sue complicanze</li> <li>2. Declinazione ed adattamento del protocollo FoodIA-net alla luce delle diverse specificità cliniche, culturali ed organizzative dei territori inclusi nel progetto</li> <li>3. Identificazione delle figure di <i>task shifters</i> e <i>task shiftee</i> e relative azioni e responsabilità da arruolare nella formazione (vedi obiettivo 6) e nella fase pilota (vedi obiettivo 8).</li> <li>4. Costruzione e compilazione di un report</li> </ol>

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 6</b>	<b>Sviluppo di una piattaforma cloud che supporti le azioni del progetto, e l'archiviazione dei dati di ricerca</b>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Piattaforma tecnologica coerente con gli obiettivi del progetto e GDPR compliant</li> <li>2. Livello di usability percepita dagli utenti</li> </ol>
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sviluppo e implementazione di 1 piattaforma tecnologica per l'abilitazione delle azioni di <i>task shifting</i> entro il mese 12 dall'inizio del progetto</li> <li>2. Almeno il 50% degli utenti soddisfatti in termini di usability</li> </ol>
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Co-progettazione della piattaforma tecnologica sia a livello di contenuto che di interfaccia</li> <li>2. Definizione del perimetro dell'utenza</li> <li>3. Costruzione di un questionario per la valutazione della soddisfazione degli utenti rispetto all'utilizzo della piattaforma</li> <li>4. Validazione e primo <i>testing</i> (test di <i>usability</i>) di un prototipo di piattaforma tra i partner del progetto e con potenziali <i>users</i></li> <li>5. Eventuale adattamento della piattaforma sulla base dei feedback ricevuti</li> <li>6. Sviluppo della versione definitiva della piattaforma</li> <li>7. Lancio della piattaforma con gli utenti</li> <li>8. Costruzione e compilazione di un report</li> </ol>

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 7</b>	<b>Formazione dei formatori (<i>task shifters</i>)</b>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produzione del programma di formazione <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di sessioni formative</li> <li>2. Numero di docenti coinvolti nella formazione</li> <li>3. Numero di collaborazioni attivate con società scientifiche e professionali di riferimento</li> <li>4. Numero di operatori sanitari (MMG e diabetologi) formati come formatori</li> <li>5. Albo dei formatori</li> </ol> </li> </ol>
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizzazione del programma di formazione entro il mese 15 dall'inizio del progetto</li> <li>2. Almeno 1 giornata formativa erogata</li> <li>3. Almeno 4 docenti coinvolti nella docenza</li> <li>4. Almeno 2 collaborazioni con società scientifiche o professionali attivate</li> <li>5. Almeno operatori sanitari tra MMG e diabetologi formati e inclusi nell'albo dei formatori</li> <li>6. Grado di partecipazione all'attività formativa (sommatoria presenze osservate vs. sommatoria presenze attese)</li> <li>7. Grado di competenze acquisite valutate tramite questionario (sommatoria risposte esatte vs. sommatoria risposte) e relativi standard</li> </ol>
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Progettazione di un percorso formativo "per formatori" (ispirato al modello ETS per pazienti diabetici in vigore nell'ASL Roma1)</li> <li>2. Individuazione dei luoghi in cui svolgere l'attività formativa</li> <li>3. Definizione di un questionario finalizzato alla certificazione delle competenze acquisite a seguito della formazione</li> <li>4. Identificazione dei docenti da coinvolgere nel corso e attivazione di patrocini e collaborazioni con le società scientifiche e professionali di riferimento</li> <li>5. Identificazione degli operatori sanitari da coinvolgere nella formazione come formandi</li> <li>6. Erogazione delle giornate formative</li> <li>7. Valutazione dell'attività formativa svolta</li> <li>8. Certificazione delle competenze acquisite mediante la formazione</li> <li>9. Costruzione di un "albo dei formatori" in cui includere gli operatori (MMG e diabetologi) formati</li> </ol>

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 8</b>	<b>Formazione allargata al team (<i>task shiftee</i>) e rappresentanti di associazioni di cittadini/pazienti/familiari</b>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programma di formazione</li> <li>2. Numero di sessioni formative realizzate</li> <li>3. Numero di formatori coinvolti</li> <li>4. Numero di risorse professionali coinvolte nella formazione</li> <li>5. Numero di risorse laiche coinvolte nella formazione</li> <li>6. Grado di partecipazione all'attività formativa da parte del team e delle risorse laiche (sommatoria presenze osservate vs. sommatoria presenze attese)</li> <li>7. Grado di competenze acquisite valutate tramite questionario (sommatoria risposte esatte vs. sommatoria risposte)</li> </ol>
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizzazione del programma di formazione entro il mese 18 dall'inizio del progetto</li> <li>2. Almeno 3 sessioni formative per ogni territorio coinvolto</li> <li>3. Almeno 2 formatori (dall'albo dei formatori) coinvolti per ogni territorio</li> <li>4. Almeno 3 figure professionali (i.e. infermiere, dietista/dietologo/nutrizionista, psicologo, farmacista, pneumologo, podologo, oculista, neurologo) formate per ogni territorio.</li> <li>5. Almeno 3 rappresentanti di associazioni formate</li> <li>6. Partecipazione ad almeno il 75% degli incontri</li> <li>7. Almeno 80% di risposte esatte al questionario di valutazione</li> <li>8. Costruzione e compilazione di un report</li> </ol>
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Progettazione di un percorso formativo per i task shiftee (ispirato al modello ETS per pazienti diabetici in vigore nell'ASL Roma1)</li> <li>2. Identificazione ed arruolamento degli operatori sanitari da coinvolgere nel progetto (con riferimento al registro generato in OBIETTIVO 1)</li> <li>3. Identificazione ed arruolamento delle associazioni di cittadini, pazienti, famigliari da coinvolgere (con riferimento al registro generato in OBIETTIVO 2)</li> <li>4. Identificazione dei formatori da coinvolgere nel corso</li> <li>5. Erogazione delle giornate formative</li> <li>6. Definizione di un questionario finalizzato alla certificazione delle competenze acquisite</li> <li>7. Certificazione delle competenze acquisite mediante valutazione dei risultati emersi da questionari somministrati al termine del percorso formativo</li> <li>8. Costruzione e compilazione di un report</li> </ol>

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 9</b>	<b>Applicare e sperimentare il modello operativo di <i>task shifting</i> (Protocollo FoodIA-Net)</b> per la promozione della <i>literacy</i> alimentare e dell'engagement nella prevenzione del DM e delle sue complicanze
<b>Indicatore/i di risultato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizzazione delle azioni di <i>task shifting</i> previste dal protocollo <i>FoodIA-net</i></li> <li>2. Livelli di <i>literacy</i> alimentare degli utenti della piattaforma</li> <li>3. Livello di <i>Engagement</i> degli utenti della piattaforma</li> </ol>
<b>Standard di risultato</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Azioni pilota volte a sperimentare il protocollo FoodIA-Net nei territori coinvolti nel progetto entro 23 mesi dall'avvio del progetto)</li> <li>2. Almeno il 65 % dei cittadini/pazienti presentano un punteggio adeguato di <i>literacy alimentare</i> nelle risposte al questionario</li> <li>3. Almeno il 65 % dei cittadini/pazienti presentano un punteggio adeguato di <i>engagement</i> nelle risposte al questionario</li> </ol>
<b>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificazione delle sedi di sperimentazione del protocollo <i>FoodIA-net</i></li> <li>2. Kick off della sperimentazione e attività di stakeholders engagement</li> <li>3. Realizzazione di azioni di <i>task shifting</i> in linea con il protocollo</li> <li>4. Identificazione e/o costruzione ad hoc dei questionari per la valutazione della <i>literacy</i> alimentare e dell'engagement (i.e. PHE scale)</li> <li>5. Somministrazione dei questionari ai cittadini/pazienti coinvolti nel progetto (Patient Health Engagement), al momento dell'avvio e al momento della conclusione del percorso</li> <li>6. Costruzione e compilazione di un report</li> </ol>





	<b>Attività 3</b> Interviste per profilazione delle competenze di ciascuna risorsa	X	X																				
	<b>Attività 4</b> Interviste per identificazione dei bisogni formativi	X	X																				
	<b>Attività 5</b> Costruzione e compilazione di un report			X																			
Obiettivo specifico 3	<b>Attività 1</b> Costruzione di un registro di “risorse laiche” per ogni territorio incluso nel progetto	X	X	X																			
	<b>Attività 2</b> Identificazione e mappatura delle risorse laiche per popolamento del registro	X	X	X																			
	<b>Attività 3</b> Strutturazione e diffusione di un questionario per rendicontare iniziative e pratiche	X	X	X																			
	<b>Attività 4</b> Costruzione e compilazione di un report			X																			
Obiettivo specifico 4	<b>Attività 1</b> Costruzione e diffusione di un questionario da somministrare ai cittadini-pazienti contenente scale validate di <i>literacy</i> alimentare ed engagement			X	X																		

	<b>Attività 2</b> Identificazione del target di cittadini/pazienti a cui sottoporre il questionario			X																			
	<b>Attività 3</b> Somministrazione del questionario e azioni di recalling a 1 mese dopo la survey				X																		
	<b>Attività 4</b> Creazione di una banca dati (input al questionario)				X	X																	
	<b>Attività 5</b> Analisi dei dati e reporting						X																
Obiettivo specifico 5	<b>Attività 1</b> Definizione di modello operativo di task shifting (protocollo FooDia-Net)				X	X	X																
	<b>Attività 2</b> Declinazione e adattamento del protocollo in base alle specificità territoriali							X	X														
	<b>Attività 3</b> Identificazione delle figure di task-shifters e task-shiftee e relative azioni e responsabilità						X	X	X														
	<b>Attività 4</b> Costruzione e compilazione di un report									X													
Obiettivo specifico 6	<b>Attività 1</b> Co-progettazione della piattaforma tecnologica							X	X														
	<b>Attività 2</b> Definizione del perimetro dell'utenza							X	X														

	<b>Attività 3</b> Costruzione di un questionario per la valutazione della soddisfazione degli utenti						X																
	<b>Attività 4</b> Validazione e primo testing (usability) di un prototipo di piattaforma						X	X															
	<b>Attività 5</b> Eventuale adattamento della piattaforma sulla base dei feedback ricevuti							X															
	<b>Attività 6</b> Sviluppo della versione definitiva della piattaforma								X														
	<b>Attività 7</b> Lancio della piattaforma con gli utenti									X													
	<b>Attività 8</b> Costruzione e compilazione di un report										X												
Obiettivo specifico 7	<b>Attività 1</b> Progettazione di un percorso formativo per “formatori										X	X											
	<b>Attività 2</b> Individuazione dei luoghi in cui svolgere l’attività formativa										X	X											
	<b>Attività 3</b> Definizione di un questionario finalizzato alla certificazione delle competenze										X	X											
	<b>Attività 4</b>										X	X											

	Identificazione dei docenti da coinvolgere nel corso e attivazione di patrocini e collaborazioni con società scientifiche e professionali di riferimento																						
	<b>Attività 5</b> Identificazione degli operatori sanitari da coinvolgere nella formazione									X	X												
	<b>Attività 6</b> Erogazione delle giornate formative											X	X										
	<b>Attività 7</b> Valutazione dell'attività formativa svolta													X	X								
	<b>Attività 8</b> Certificazione delle competenze acquisite mediante la formazione													X	X								
	<b>Attività 9</b> Costruzione di un albo dei formatori in cui includere gli operatori formati													X	X								
Obiettivo specifico 8	<b>Attività 1</b> Progettazione e di un percorso formativo per i task-shiftee													X	X								
	<b>Attività 2</b> Identificazione e arruolamento degli operatori sanitari													X	X								
	<b>Attività 3</b> Identificazione e arruolamento delle associazioni di cittadini,													X	X								

	pazienti, famigliari da coinvolgere																					
	<b>Attività 4</b> Identificazione dei formatori													X	X							
	<b>Attività 5</b> Erogazione delle giornate formative															X	X					
	<b>Attività 6</b> Definizione di un questionario di certificazione delle competenze acquisite													X	X							
	<b>Attività 7</b> Certificazione delle competenze acquisite mediante valutazione dei risultati emersi da questionari somministrati al termine del percorso formativo																	X	X			
	<b>Attività 8</b> Costruzione e compilazione di un report																	X	X			
Obiettivo specifico 9	<b>Attività 1</b> Identificazione delle sedi di sperimentazione del protocollo FooDia-Net																X	X				
	<b>Attività 2</b> kick off della sperimentazione e azioni di stakeholders engagement																	X	X			
	<b>Attività 3</b> Realizzazione di azioni taskshifting in linea con il protocollo																		X	X		

<b>Attività 4</b> Identificazione/costruzione di un questionario ad hoc per valutare <i>literacy</i> alimentare ed engagement																			X	X			
<b>Attività 5</b> Somministrazione dei questionari ai cittadini-pazienti coinvolti nel progetto																					X	X	
<b>Attività 6</b> Costruzione e compilazione di un report																						X	X

## Allegato 4

### PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa - Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale, Regione Puglia		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	-Coordinamento del progetto (Project manager) - -	30.000
<i>Beni</i> - -	- -	
<i>Servizi</i> - -	- tecnologie per lo sviluppo di una piattaforma cloud e GDPR compliant (hardware e software) - acquisizione spazio cloud per lo storage dei dati - acquisto dominio dedicato - logistica per organizzazione eventi formativi	-66.000
<i>Missioni</i> - -	-Viaggi e trasferte -	- 8.000
<i>Spese generali</i> -	- -	- 12.000

Unità Operativa - Centro di Ricerca EngageMinds Hub – Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	- 1 assegnista di ricerca (per due annualità) - un consulente di ricerca	40.000

<b>Beni</b>		
<b>Servizi</b>	Stampa materiali didattici e di ricerca Co-finanziamento piattaforma	31.000
<b>Missioni</b> Viaggi e spese di trasferta	- -	5.000
<b>Spese generali</b> Spese per pubblicazione dei risultati scientifici e organizzazione di iniziative di dissemination	- -	5.000

<b>Unità Operativa Regione Lombardia: ATS della Brianza e ATS Lecco</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<b>Personale</b>	- Referente progetto - ricercatore -	- 30.000
<b>Beni</b> - -		
<b>Servizi</b> - -	-Co-finanziamento per la piattaforma -Co-finanziamento attività didattica -	-22.000 - 5.000
<b>Missioni</b> - -	- -	- 4.000



<i>Spese generali</i>	-	- 5.000
-	-	

<b>Unità Operativa Regione Lazio – UOC Diabetologia e dietologia ASL 1 Roma</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale</i>	- Referente progetto - ricercatore -	- 30.000
<i>Beni</i>		
-		
-		
<i>Servizi</i>	-Co-finanziamento per la piattaforma -Co-finanziamento attività didattica -	-30.000
-		
-		
<i>Missioni</i>	-	- 4.000
-	-	
-		
<i>Spese generali</i>	-	- 3.000
-	-	

<b>Unità Operativa Regione Toscana – ARS Toscana</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>

<i>Personale</i>	- Referente progetto - ricercatore -	- 25.000
<i>Beni</i> - -	-Co-finanziamento per la piattaforma -Co-finanziamento attività didattica -	-21.000 - 5.000
<i>Servizi</i> - -	- -	-
<i>Missioni</i> - -	- -	- 4.000
<i>Spese generali</i> -	- -	- 3.000

<b>Unità Operativa - Regione Marche – INRCA Irccs</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale</i>	- Referente progetto - ricercatore -	- 25.000
<i>Beni</i> - -	-Co-finanziamento per la piattaforma -Co-finanziamento attività didattica -	-21.000 - 5.000
<i>Servizi</i> - -	- -	-

<i>Missioni</i>	-	- 4.000
-	-	
-		
<i>Spese generali</i>	-	- 3.000
-	-	

### PIANO FINANZIARIO GENERALE – SINTESI (importi complessivi di progetto)

Voce di spesa	Descrizione	Importo (€)
Personale	Figure volte al coordinamento del progetto, alla gestione e rendicontazione del budget e all'attivazione del percorso formativo previsto dal progetto	180.000
Beni e servizi	sviluppo di una piattaforma tecnologica per la raccolta dei dati sull'engagement dei pazienti e per facilitare le iniziative di task shifting previste dal protocollo FooDia-net  Organizzazione ed erogazione degli eventi formativi e altri eventi previsti dal programma - Spese per i materiali didattici, per la comunicazione e disseminazione dei risultati raggiunti dal progetto, per eventuali materiali di consumo	206.000
Missioni	- Viaggi e trasferte	29.000
Spese generali	- Spese generali	31.000
<b>Totale</b>		<b>446.000</b>

*\* Le spese complessive della voce di personale non potranno essere superiori al 40% del costo totale del progetto*