



OGGETTO: "Progetti relativi al Piano Nazionale della Prevenzione 2005 -2007 (intesa Stato, Regioni, Province autonome - 23 Marzo 2005). Linee operative per la presentazione dei Piani Regionali." Revoca e sostituzione della DGR 837 del 30/06/05

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Assistenza Ospedaliera dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'art. 16, comma 1, lettera a) della Legge regionale 15.10.2001, n. 20 in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità del Dirigente del Servizio Assistenza ospedaliera e l'attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva, né potrà derivare, un impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Direttore del Dipartimento Servizi alla persona e alla comunità;

VISTO l'art. 25 dello Statuto regionale;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

di approvare la revoca e sostituzione della DGR 837 del 30/06/05 "Progetti relativi al Piano Nazionale della Prevenzione 2005 -2007 (intesa Stato, Regioni, Province autonome - 23 Marzo 2005). Linee operative per la presentazione dei Piani Regionali."

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA REGIONALE
(Dr. Bruno BRANDONI)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(Dr. Gian Mario SPACCA)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per verifica e controfirma

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'
(Dr. Giuseppe ZUCCATELLI)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Per mero errore materiale, nel proporre la Delibera riguardante i progetti relativi al Piano Nazionale della Prevenzione 2005 -2007 (intesa Stato, Regioni, Province autonome - 23 Marzo 2005), poi approvata dalla Giunta regionale con DGR 837 del 30 giugno 2005, sono state omesse alcune pagine.

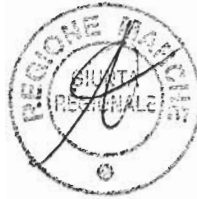
Il presente atto, che contiene oltre che la parte presente nel documento approvato, anche le pagine erroneamente omesse, sostituisce integralmente la DGR 837 del 30 giugno 2005.

Per tutto quanto sopra considerato,

SI PROPONE

di approvare la revoca e sostituzione della DGR 837 del 30/06/05 "Progetti relativi al Piano Nazionale della Prevenzione 2005 -2007 (intesa Stato, Regioni, Province autonome - 23 Marzo 2005). Linee operative per la presentazione dei Piani Regionali."

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dr. Claudio M. MAFFEI)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità della presente deliberazione ed attesta che dalla stessa non deriva, né potrà derivare, un impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dr. Claudio M. MAFFEI)

PROPOSTA DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'

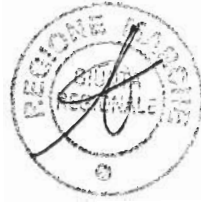
Il sottoscritto, esaminato il documento istruttorio e visto il parere del Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità, propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
(Dr. Giuseppe ZUCCATELLI)

La presente deliberazione si compone di n. 93 pagine, di cui n. 89 di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dr. Bruno BRANDONI)

BRANDONI



**Piano Nazionale della Prevenzione
2005-2007
*I progetti della Regione Marche***

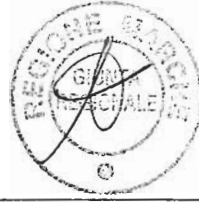
Premessa

Nell'ambito dell'intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome del 23 marzo 2005 è stato previsto che le Regioni e le Province presentino entro il 30 giugno i progetti regionali in applicazione al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 allegato all'intesa. Questa assegna al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) il compito di definire le linee operative per i progetti regionali, fornire assistenza tecnica e, successivamente, controllare l'attuazione dei piani regionali.

Con nota dell'8 giugno 2005 il CCM ha chiarito che i progetti regionali previsti in applicazione del Piano Nazionale trovano graduale applicazione secondo questo programma:

- a) presentazione entro il 30 giugno dei progetti relativi a:
- screening oncologici;
 - vaccinazioni;
 - introduzione della carta del rischio cardiovascolare;
 - tecniche di gestione integrata del diabete;
- a) presentazione entro il 31 dicembre dei progetti relativi a:
- interventi sull'obesità;
 - prevenzione delle ricadute degli eventi cardiovascolari maggiori;
 - sorveglianza e prevenzione degli incidenti.

9



Il presente atto definisce le modalità progettuali con le quali la Regione Marche intende perseguire gli obiettivi nazionali della prevenzione 2005-2007 corrispondenti alla scadenza del 30 giugno. La presentazione dei singoli progetti viene fatta precedere da una descrizione dell'approccio complessivo della Regione Marche al piano della prevenzione.

Il Piano Nazionale della Prevenzione nella Regione Marche: alcune considerazioni complessive

Per inquadrare il Piano della Prevenzione della Regione Marche occorre puntualizzare alcuni aspetti di carattere generale sull'aspetto istituzionale e sulla organizzazione delle attività di prevenzione in questa Regione.

A seguito della approvazione della L.R. 13/03 la Regione Marche ha dal 1.1.04 una Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) che ricomprende tutte le "vecchie" tredici Aziende Sanitarie Locali oggi Zone Territoriali. A livello regionale operano il Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità, con compiti di programmazione, indirizzo e controllo, e l'Agenzia Regionale Sanitaria, con compiti di supporto tecnico al livello regionale.

In ogni Zona Territoriale opera un Dipartimento di Prevenzione, mentre i distretti sanitari sono 24, coincidenti con gli ambiti sociali. Ai Dipartimenti di Prevenzione afferiscono le attività di prevenzione orientate alle comunità (vaccinazioni, promozione della salute, sicurezza nei luoghi di lavoro, incidenti) e la funzione epidemiologica a supporto della Rete Epidemiologica delle Marche, coordinata dalla Agenzia Regionale Sanitaria. Gli interventi rivolti alla persona, specie se con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, di prevenzione sia primaria, che secondaria e terziaria, afferiscono per lo più ai distretti.

Per quanto riguarda i quattro progetti del Piano di Prevenzione che verranno di seguito presentati ed articolati, vanno tenute presenti diverse considerazioni:



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1. gli screening del cancro della cervice e del seno sono già operativi, pur con diversi problemi;
2. lo screening del cancro del colon-retto va invece avviato ex-novo;
3. per il disease management del diabete è invece in atto una esperienza pilota di cinque centri diabetologici della Regione Marche in collaborazione con alcuni medici di medicina generale (circa una decina per centro);
4. per la prevenzione della cardiopatia coronarica è in corso una esperienza pilota coordinata dalla Agenzia Regionale Sanitaria nell'ambito di un progetto regionale sul profilo di assistenza dell'evento coronarico acuto che coinvolge tutte le cardiologie, la rete del soccorso territoriale e le medicine d'urgenza-pronto soccorso della Regione;
5. il piano vaccinazioni è già attivo;
6. la Regione gestisce a budget le Aziende/Zone con assegnazione ad inizio anno di risorse ed obiettivi includendo in questo processo risorse ed obiettivi del Piano Sanitario Nazionale compresi quelli della prevenzione;
7. la messa a regime dei progetti dovrà essere in alcuni progressiva per la necessità di liberare risorse attualmente non disponibili (ad esempio quelle necessarie per mettere a regime lo screening del cancro del colon-retto);
8. in altri casi la progressività è resa necessaria per i tempi richiesti alla validazione del modello operativo e al coinvolgimento dei medici di medicina generale (carta del rischio cardio-vascolare e gestione integrata dei pazienti diabetici).

Date queste considerazioni, il Piano Regionale di Prevenzione:

- a) porterà rapidamente a regime il piano vaccinazioni;
- b) utilizzerà la seconda parte del 2005 per il completamento della fase pilota dei due

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

progetti "diabete" e "cuore" già in corso;

c) utilizzerà la seconda parte del 2005 per l'approfondimento dell'analisi dello stato degli screening per il cancro del seno e della cervice e per la ridefinizione di dettaglio del nuovo programma relativo agli stessi screening;

d) utilizzerà la seconda parte del 2005 per la definizione di dettaglio del progetto screening del cancro del colon-retto e l'avvio in un'area della regione dello screening stesso;

e) utilizzerà la seconda parte del 2005 per l'inserimento nel budget e nella valutazione dei direttori 2006 di obiettivi e risorse del Piano di Prevenzione della Regione Marche;

f) porterà a regime tutti i progetti entro il primo semestre 2007.

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROGETTO PREVENZIONE DELLE
COMPLICANZE DEL DIABETE

g



PROGETTO PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE

Epidemiologia

Il diabete mellito, con le sue complicanze, è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti e la sua prevalenza è in continuo aumento, tale da indurre gli esperti a parlare di epidemia mondiale di diabete.

Esistono 2 forme principali di diabete mellito:

- il diabete di tipo 1, che rappresenta l'8% dei casi, è una forma prevalentemente infantile-giovanile, richiede il trattamento insulinico sin dall'inizio ed è causato dall'interazione fra predisposizione genetica e cause ambientali non ancora chiare;

- il diabete di tipo 2, che rappresenta oltre il 90% dei casi, è caratteristico dell'età adulta – senile ed è spesso controllabile per anni con dieta, esercizio fisico e/o ipoglicemizzanti orali, mentre il trattamento insulinico si rende di solito necessario dopo un certo numero anni di malattia.

La prevalenza del diabete di tipo 1 in Italia risulta essere tra lo 0,4 e l'1 per mille. L'incidenza è compresa tra i 6 e i 10 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 0 a 14 anni, mentre è stimata in 6,72 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 15 a 29 anni.

La prevalenza di diabete di tipo 2 è in continua crescita a causa dell'aumento dell'obesità e della sedentarietà. La malattia nei primi anni è spesso asintomatica e non di rado la diagnosi viene posta in occasione di ricoveri per complicanze già in atto. Da questo discende che la prevalenza della malattia nota è stimata intorno al 3-4%, mentre indagini mirate con curva da carico di glucosio forniscono percentuali sensibilmente più elevate, del 6-11%. Il fenomeno del diabete tipo 2 misconosciuto è pertanto molto importante. Poiché esso si associa spessissimo ad altre condizioni quali obesità, ipertensione, dislipidemia, che concorrono a definire la cosiddetta "sindrome metabolica", la sua presenza va sempre cercata nelle persone che presentino una o più componenti della sindrome metabolica.

Nelle Marche non esiste un registro dei pazienti diabetici e la stima deve rifarsi a quella nazionale che vede una valutazione che può andare dal 3-4 % della popolazione (casi che sanno di averlo) al 6-11 % di popolazione che ne è effettivamente affetta. Pertanto sul milione e cinquecentomila abitanti della Regione Marche si può stimare una prevalenza della patologia tra 90.000 e 165.000 pazienti, consapevoli o meno.

Breve descrizione del sistema regionale per l'assistenza ai pazienti diabetici

9



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Attualmente nella Regione Marche esistono 14 centri di diabetologia, 7 dei quali collegati in rete che gestiscono elettronicamente le informazioni riguardanti i 64.000 pazienti diabetici seguiti sul territorio regionale, in modo da permetterne ai diabetologi la piena condivisione, senza alcuno sforzo di raccolta/ricerca, e ai pazienti di potersi recare in qualsiasi centro, tra quelli collegati, senza essere costretto a sottoporsi ad inutili ripetizioni di esami.

Il sistema è stabile da circa due anni, avendo trovato nella Regione Marche una valida interfaccia in grado di supportarlo. Nell'arco dei prossimi mesi anche i restanti 7 centri di diabetologia verranno collegati in rete (giugno 2006).

Da questo data base di utenti è stato possibile estrarre una prima fotografia della situazione diabetologica nelle Marche e una lista di 42 indicatori di qualità del servizio prestato, procedura che potrà essere ripetuta annualmente con estrema semplicità ed offrire utili indicazioni sui possibili miglioramenti assistenziali e gestionali.

Si può pertanto concretamente ipotizzare che l'estensione del sistema già esistente e validato, con conseguente condivisione degli archivi e degli interventi con i MMG, potrebbe essere la soluzione semplice ed efficace del problema nodale di comunicazione che ha inficiato fino ad ora il risultato.

Il progetto ha una organizzazione di raccolta dati che è unica ma la gestione integrata avviene all'interno di ogni Centro Diabetologico di ogni zona territoriale.

Finalità generali ed obiettivi specifici

- Creare fra i MMG e i centri specialistici di diabetologia un collegamento bidirezionale con la cartella clinica informatizzata (Eurotouch) già esistente e validata, che renda possibile la comunicazione permanente tra i vari attori del sistema: MMG, Servizi specialistici, Amministratori, Paziente attraverso uno strumento di facile e sicuro utilizzo identificato nel Web;
- accrescere l'appropriatezza degli interventi del diabetologo e del MMG, attraverso un incremento della motivazione e della riqualificazione dei MMG sul diabete, una forte opera di sensibilizzazione e aggiornamento rivolta ai MMG, in funzione della condivisione dei dati e dei protocolli con lo specialista e il miglioramento della diagnosi precoce del diabete e della sua prevenzione primaria;
- mettere in campo, in definitiva, una strategia di prevenzione di tipo primario, secondario ed a volte terziario.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PIANO OPERATIVO

Fase preliminare

Individuazione di un Comitato di Coordinamento Regionale per la Gestione del Progetto Diabete (CCRGD), costituito da:

- i 5 centri pilota della Regione Marche (INRCA Ancona, Pesaro San Salvatore, Urbino Zona Territoriale n. 2, Fermo Zona Territoriale n. 11 e San Benedetto Zona Territoriale n. 12);
- rappresentanti dei Medici di Medicina Generale;
- operatori delle Rete Epidemiologica Marchigiana (REM);
- un rappresentante del Dipartimento servizi alla Persona e alla Comunità.

Tale comitato avrà i seguenti compiti:

- gestione sovraordinata del progetto;
- definizione degli indicatori necessari per la valutazione del progetto;
- analisi e valutazione dei risultati;
- predisposizione dei progetti formativi per gli operatori coinvolti nel progetto;
- rapporti con i nodi della rete (costituiti da: Centri Diabetologici, Medici di Medicina Generale, Distretti sanitari).

I cosiddetti “nodi della rete” (costituiti da: Centri Diabetologici, Medici di Medicina Generale, Distretti sanitari) dovranno condividere, adattare e promuovere localmente il progetto di gestione integrata del diabete.

1° FASE

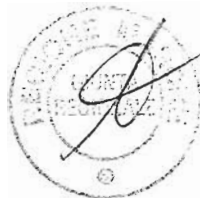
Identificazione dei Centri Diabetologici aderenti al progetto e dei Medici di Medicina generale coinvolti nella prima fase del progetto.

Identificazione di:

- amministratori del sistema;
- garante sicurezza: privacy ,firma digitale, protocolli d’accesso (ID PW);
- dati sensibili ed indicatori di processo e di risultato.

2° FASE

U



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Valutazione dei risultati del sistema nei centri specialistici che hanno già avviato in via sperimentale il sistema.

3° FASE

- individuazione (reclutamento) su base volontaria di almeno 10 MMG per ciascuna Zona Territoriale coinvolta nella seconda fase;
- fornitura della linea ADSL e della “smart card” personale del medico di medicina generale;
- formazione all’utilizzo della cartella Eurotouch –Web dei medici di medicina generale;
- adattamento e condivisione locale del protocollo di Gestione Integrata AMD–SID–SIMMG tra il singolo Centro ed i MMG collegati con questo tramite riunioni locali;
- condivisione complessiva tra tutti i partecipanti allo studio dei vari adattamenti effettuati localmente sul protocollo di Gestione Integrata AMD –SIMMG tramite 1 riunione generale.

4° FASE

Attuazione sperimentale protocollo SIMMG-AMD adattato alla specificità di ogni Zona Territoriale e di ogni Medico di Medicina generale

5° FASE

Validazione degli indicatori scelti con elaborazione statistica dei risultati

Gli indicatori che inizialmente verranno utilizzati saranno gli stessi pubblicati dalla Associazione Medici Diabetologi . Questa scelta permetterà di effettuare un confronto anche con organizzazioni di altre regioni, avendo la lista degli indicatori una valenza nazionale. Ovviamente nulla impedirà un allargamento ad altri specifici indicatori.

Il Comitato di Coordinamento Regionale per la Gestione del Progetto Diabete (CCRGD) provvederà in fase preliminare ad individuare gli indicatori di processo ed esito ed a definire le relative modalità di raccolta dati, che verranno valutati con cadenza annuale all’interno dello stesso Comitato che avrà anche il compito di identificare le eventuali criticità e proporre le relative soluzioni.

Gli indicatori dovranno in ogni caso valutare almeno i seguenti ambiti:

- 1) aggiornamento continuo dei dati assistenziali nella cartella clinica;
- 2) riduzione ricoveri inappropriati per DRG “diabete mellito”;
- 3) riduzione della duplicazione di esami clinici: “budget etico”;

ey



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- 4) aderenza alle raccomandazioni della buona pratica clinica (verifica compliance prescrizione farmaceutica etc);
- 5) motivazione e riqualificazione sull'argomento specialistico del MMG;
- 6) attuazione della pratica di gestione integrata del diabete Ospedale-Territorio, modulata in funzione di un protocollo nazionale condiviso e della disponibilità/capacità del singolo medico coinvolto;
- 7) prevenzione primaria del diabete tipo 2 legata alla motivazione e riqualificazione del MMG.

6° FASE

Estensione dell'archivio unico centralizzato della cartella Eurotouch all'utilizzo via Web a tutti i rimanenti Centri Diabetologici della Regione Marche. e ai MMG che parteciperanno su base volontaria al progetto.

7° FASE

Estensione del progetto a tutti i Centri Diabetologici e Medici di Medicina generale della Regione Marche sulla base di un accordo regionale nell'ambito della convenzione tra Regione Marche e medici di medicina generale.

Cronogramma

- 1° e 2° Fase : quattro mesi (a partire da luglio 2005)
- 3° Fase : 2 mesi
- 4° Fase: 1 anno (tutto il 2006)
- 5° Fase : 2 mesi (febbraio 2007)
- 6° Fase : da 2006 in poi In contemporanea con il funzionamento della restante parte del progetto)
- 7° Fase : da settembre 2006

cy



SOTTOPROGETTO CALL CENTER (IPOTESI DI LAVORO)

Background del progetto

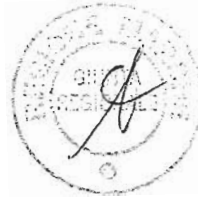
La gestione quotidiana del diabete è, come in ogni malattia cronica, affidata in grande parte al paziente stesso, che prende ogni giorno decisioni rilevanti che riguardano la propria salute. Scelte riguardanti l'alimentazione, l'attività fisica, il controllo domiciliare dei livelli glicemici e, spesso, degli interventi sulla terapia quotidiana sono compito del paziente stesso. Le informazioni che il paziente utilizza per arrivare a queste decisioni si originano nel rapporto con l'equipe medica, ma la loro tempestiva disponibilità è spesso ostacolata dalla carenza di tempo nel rapporto strutturato equipe-paziente e dalla indisponibilità del personale medico (specialista e della Medicina generale) nel momento in cui si genera l'esigenza.

Una recente esperienza internazionale ha indicato come un supporto organizzato e strutturato da parte di un call center proattivo, che agevoli il paziente nella pratica costante di opportune azioni che intervengono sullo stile di vita e nell'attenzione al follow up indicato nelle normali routine previste dai protocolli clinici standard, possa portare ad un miglioramento del controllo glicemico ed a un innalzamento della qualità della vita del paziente, e conseguentemente favorire la riduzione dell'insorgenza delle complicanze della malattia.

Obiettivi principali del programma

1. definire un protocollo di gestione integrata dei pazienti diabetici tramite il supporto di un call center proattivo unico a livello regionale, mirante al miglioramento del compenso glicemico e alla prevenzione delle complicanze del diabete ;
2. progettare e realizzare un call center proattivo per la gestione domiciliare del paziente diabetico basato su operatori di provenienza non medica addestrati (clinician non physician), sotto supervisione di personale medico (infermieristico e medico) specializzato, e tramite l'utilizzo di un software specificamente disegnato per la gestione del diabete;
3. verificare l'efficacia del supporto al trattamento del diabete fornito dal call center proattivo sul miglioramento del controllo della glicemia nei pazienti diabetici e sulla riduzione dei costi complessivi tramite un minore accesso ai servizi sanitari e tramite la diminuzione dell'insorgenza di complicanze.

9



PIANO OPERATIVO

Workpackages, protocolli e metodologia

Il progetto, che verrà avviato nel gennaio 2006, si articolerà in 5 fasi monitorate mediante un continuo processo di coordinamento e revisione ed eventuale re-indirizzo per tutta la durata del progetto nel corso dei 24 mesi.

La prima fase (mesi 1-6) del programma prevede la definizione dei percorsi clinici, del modello operativo in riferimento alle attività e ai compiti dei diversi attori del progetto (i pazienti, i centri diabetologici, i Medici di Medicina Generale, le associazioni dei pazienti, il call center proattivo), e dei criteri di valutazione finale. In questa fase verranno tra l'altro definiti le categorie dei pazienti ed i criteri di reclutamento.

La seconda fase (mesi 5-8) prevede la progettazione del modello tecnologico e funzionale del Call Center e della rete, che dovrà supportare l'integrazione tra i diversi attori del programma. L'infrastruttura di condivisione dei dati (applicazione e database) verrà progettata allo scopo di consentire a tutti gli utenti abilitati (MMG, medici dei centri diabetologici, operatori del Call Center) di accedere in tempo reale e in maniera integrata a tutti i dati dei pazienti, sia in inserimento sia in visualizzazione, secondo policy di autorizzazione prestabilite. La raccolta dei dati sarà organizzata in modo tale da consentire l'analisi dei risultati, la loro validazione sulla base degli indicatori identificati durante la prima fase, e la produzione di resoconti periodici, generali ed suddivisibile per centro o per singolo MMG.

La piattaforma informatica e l'architettura tecnologica (un'unica applicazione con un unico database) permetteranno una gestione unica dei pazienti nonostante la dislocazione distribuita dei centri diabetologici e dei MMG che avranno la possibilità di accedere da remoto a tutti i dati per i quali saranno stati abilitati.

La terza fase (mesi 8-9) prevede la realizzazione del Call Center Proattivo dedicato al supporto del trattamento del diabete. In questa fase verranno selezionati e formati gli operatori telefonici che dovranno interagire con i pazienti. Nella selezione si porrà particolare attenzione alle capacità di comprensione e comunicazione degli operatori. La formazione degli operatori non medici avverrà congiuntamente con quella del personale infermieristico e medico che, nel Call Center, svolgerà i compiti di supervisione e riferimento. Con la prima disponibilità degli elementi di progettazione tecnologica e funzionale essenziali, verranno predisposte le



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

procedure e il materiale per il training degli operatori, nonché le infrastrutture necessarie per la implementazione del call center.

Tra le caratteristiche del call center indichiamo come particolarmente qualificanti:

- utilizzo di un'infrastruttura di condivisione in rete dei dati
- disponibilità degli operatori per 5 giorni alla settimana, ore 9-18
- supervisione da parte di un infermiere specializzato dedicato al call center, cui riferire problematiche che esulano dai compiti e dalla formazione del personale non-medico quali ad esempio suggerimenti relativi alla dieta ed attività fisica, e con il compito della selezione dei pazienti da inviare ad una consultazione diabetologica extra routine.

La quarta fase (mesi 10-21) prevede l'arruolamento e il follow-up dei pazienti reclutati secondo le modalità definite nella prima fase. I pazienti saranno arruolati su indicazione dei MMG o del Diabetologo. All'associazione dei pazienti viene richiesta una costante monitorizzazione dell'attività del call center, per individuare problematiche emergenti non sanitarie o non previste nel protocollo e raccogliere segnalazioni e critiche direttamente dai pazienti e fornire al coordinamento scientifico del progetto un fondamentale ritorno di informazioni (feed-back). Tali segnalazioni potranno portare alla revisione dei percorsi clinici ed educativi in tempi rapidi.

La quinta fase (mesi 22-24) prevede l'analisi e la validazione dei dati, secondo i criteri identificati nella fase iniziale, nonché la produzione di un report, che consenta la diffusione dei risultati alla comunità scientifica, alle altre associazioni e ai pazienti stessi.

La sesta ed ultima fase prevede la messa a sistema definitiva del Call Center.

REGIONE MARCHE - GIUNTA REGIONALE
SERVIZIO SEGRETERIA

La presente copia, composta di n. ⁹³ fogli,
è conforme all'originale depositato presso questo
ufficio (art. 18, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e
viene rilasciata in carta libera per uso amministrativo.

Ancona, il 20.07.2005.....

L'INCARICATO
(Patosi Annazita)

Patosi



9