

PROGETTO

Gestione integrata del diabete per la prevenzione delle complicanze

*Progetto Integrazione, Gestione e Assistenza del diabete (IGEA)
Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007*

PREMESSA

La Regione Lazio intende partecipare al progetto IGEA - Integrazione, Gestione e Assistenza al Diabete - attraverso un “progetto pilota” esteso ad un ambito territoriale sub-regionale, costituito da 3 Aziende USL e 1 Azienda Ospedaliera.

INTRODUZIONE

Dimensione del fenomeno a livello regionale

Il diabete mellito costituisce un importante problema sanitario a causa dell'elevata prevalenza – in costante aumento – e delle rilevanti morbosità e mortalità cui si associa, correlate prevalentemente alle complicanze croniche della malattia.

In Italia si stima una prevalenza del diabete noto di circa il 3-4% e oltre 2 milioni di persone affette dalla malattia. Nel Lazio dati ISTAT, basati sul numero degli individui che dichiarano di soffrire di diabete (Indagine Multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” Anni 1999-2000), stimano una prevalenza del 3,4%; proiettando tale prevalenza alla popolazione residente nella regione all'inizio del 2000, si stima un numero di diabetici noti pari a circa 180.000 soggetti.

La morbosità e la mortalità per malattie cardiovascolari sono nei diabetici notevolmente più elevate rispetto alla popolazione generale. Il diabete rappresenta la prima causa di cecità nei soggetti fra 25 e 74 anni, di amputazione degli arti inferiori a causa di problemi neurologici e vascolari periferici, ed una delle principali cause di insufficienza renale cronica in dialisi; nell'anno 2003, nel Lazio, il 16,6% dei nuovi ingressi in dialisi ha come nefropatia di base il diabete, e il 22% ha il diabete come causa di nefropatia o come patologia associata.

La rilevanza del problema sanitario è inoltre rappresentata dal notevole impatto che il diabete mellito ha sul Servizio sanitario nazionale sia in termini di complessità di cura, sia in termini di impiego di risorse economiche. I numerosi aspetti dell'assistenza al diabetico – legati al carattere cronico della malattia, allo sviluppo di complicanze a carico di molteplici distretti e a lungo termine invalidanti – sono infatti i determinanti di tale complessità. Il costo medio per l'assistenza di un paziente diabetico di tipo 2 in Italia – stimato nello studio Costs of Diabetes in Europe type 2

(CODE-2) – ammontava, nel 1998, a quasi 6 milioni di vecchie lire (equivalenti a circa 3.100 Euro) l'anno, con una spesa annua per il diabete di circa 10.000 miliardi di vecchie lire (equivalenti a circa 5 miliardi di Euro), pari al 6,65% della spesa sanitaria nazionale, pubblica e privata.

I costi medi annui del soggetto diabetico aumentano progressivamente in relazione alla presenza di complicanze; la principale voce di costo risulta essere rappresentata dai ricoveri ospedalieri (60%).

In Italia nel 2003 si è registrato un tasso di ricoveri per diabete di 115 per 100.000 (ricoveri per acuti in regime ordinario, diagnosi principale codici ICD9-CM 250*. Ministero della Salute-dati SDO), con un range che va dal 24 per 100.000 della Valle D'Aosta al 190 per 100.000 della Sicilia; nella Regione Lazio si registra un tasso di 130 per 100.000.

L'urgenza di sperimentare strategie volte ad implementare comportamenti efficaci ed appropriati emerge anche da alcuni studi italiani volti a descrivere il pattern di cura del diabete mellito e che rilevano come l'assistenza spesso si diversifichi dalle principali raccomandazioni per la gestione della malattia.

Più recentemente lo Studio QuADRI (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane), effettuato tramite intervista a un campione casuale di diabetici di 18-64 anni (pari a 203 interviste), ha prodotto risultati relativi all'assistenza dei diabetici in Italia e nelle singole regioni, evidenziando importanti criticità, confermate anche per il Lazio (vedi Tabella seguente).

Complicanze	almeno una complicanza		37%
	le più frequenti sono		
	oculari		24%
	cardiovascolari		17%
Ipertensione	ne soffre		57%
	di cui segue terapia farmacologica specifica		86%
Ipercolesterolemia	ne soffre		40%
	di cui segue terapia farmacologica specifica		55%
	di cui segue norme igienico-dietetiche		17%
Eccesso ponderale	Soprappeso		44%
	Obeso		29%
Fumo	Fuma al momento dell'intervista		35%
Emoglobina glicosilata	non conosce l'esame		31%
	di cui diagnosi di diabete da almeno 5 anni		66%
	conosce l'esame		69%
	di cui non ha eseguito l'esame negli ultimi 4 mesi		32%
Non ha effettuato/ricevuto negli ultimi	6 mesi	visita approfondita apparato cardiovascolare e arti inferiori da MMG o CD	50%
	12 mesi	esame dei piedi da MMG o CD	71%
		esame del fondo oculare	41%
		misurazione dell'albumina urinaria	38%
		dosaggio colesterolo ematico	15%
		vaccinazione antinfluenzale	48%
	4 mesi	misurazione della pressione arteriosa da MMG o CD	26%

Dei pazienti trattati con farmaci è informato sulla gestione dell'ipoglicemia			68%
Conosce l'importanza dell'autoispezione dei piedi			40%
Principale erogatore di cure	CD		65%
	MMG		27%
Non si è recato	nell'ultimo anno	presso un CD	30%
		presso il MMG	10%
	in vita sua	presso un CD	13%
Giudica complessivamente ottimo o buono il servizio offerto			82%
Ha atteso più di un'ora presso il CD all'ultimo controllo			22%
Giudica insufficiente o appena sufficiente il coordinamento tra i diversi servizi o professionisti			43%
MMG: Medico di Medicina Generale CD: Centro Diabetologico			

Anche altre indagini condotte dall'Agenzia di Sanità Pubblica nell'ambito regionale, tra cui un trial randomizzato controllato a cluster (IMPLEMEG ISRCTN80116232) su un campione rappresentativo di MMG informatizzati del Lazio, sembrano confermare da dati preliminari l'insufficiente aderenza alle raccomandazioni per la cura della persona con diabete.

Sistema regionale per l'assistenza ai pazienti diabetici

La Regione Lazio, in attuazione alla legge nazionale 115/87 sulla prevenzione e cura del diabete mellito, ha emanato varie disposizioni riguardanti il rilascio della tessera personale per il diabetico e l'erogazione dei presidi. Nel 1993 ha recepito l'Atto di intesa Stato-Regioni che riprende i presupposti della Legge 115/87, con particolare riferimento ai criteri di uniformità strutturali e organizzativi dei servizi diabetologici e al sistema integrato di assistenza.

Al 1993, nell'ambito del Progetto Lazio Diabete, risale il censimento dei servizi diabetologici ospedalieri pubblici e l'individuazione di Servizi diabetologici destinati all'attuazione della dichiarazione di S. Vincent; nel 2000 sono stati individuati i Servizi regionali di riferimento per il diabete in età pediatrica. Nel 1994 è stata costituita, come previsto dall'Atto di Intesa, la Commissione regionale di coordinamento delle attività di prevenzione ed assistenza del diabete mellito, attiva fino al 1996 e successivamente non rinnovata.

La rete dei servizi prevede il mantenimento di un rapporto di collaborazione continuativo ed integrato fra MMG, servizi diabetologici ambulatoriali e servizi diabetologici di 2° livello.

Con particolare riferimento ai criteri di istituzione delle strutture diabetologiche e parametri organizzativi dei servizi, l'Atto di Intesa Stato-Regioni caratterizza i servizi specialistici diabetologici ambulatoriali e i servizi di diabetologia a livello ospedaliero.

I primi possono essere ospedalieri (di norma aggregati a divisioni o servizi di medicina generale o di endocrinologia) o extraospedalieri (ove operanti in servizi extraospedalieri delle unità sanitarie locali possono essere affidati a specialisti convenzionati). Il bacino di utenza viene individuato in circa 200.000 abitanti; nel caso di aree a popolazione particolarmente dispersa e/o con difficoltà di

collegamento si possono predisporre anche bacini d'utenza più ristretti. Devono garantire la piena accessibilità al servizio, un'assistenza plurispecialistica (in particolare consulenza dietologica, oftalmologica, cardiovascolare, neurologica e specialistica in generale), l'attuazione di programmi di educazione sanitaria, l'integrazione con gli altri livelli di assistenza.

I Servizi di diabetologia a livello ospedaliero hanno competenza multizonale e ambito di riferimento provinciale. E' previsto che siano dotati di posti letto di degenza e/o di day hospital. Di norma hanno autonomia funzionale ed apicalità. Devono garantire la diagnosi e la terapia del diabete e delle sue complicanze e l'applicazione di regimi di terapia intensiva. Devono coordinare lo svolgimento di diverse prestazioni specialistiche (assistenza oculistica completa, assistenza nefrologica, cardiovascolare, neurologica, odontostomatologica, ostetrico-ginecologica e neonatologica, podologica e ortopedica, dermatologica) ed essere dotati di appropriata dotazione organica. Essi esplicano inoltre le funzioni dei servizi specialistici ambulatoriali di diabetologia nelle unità sanitarie locali di competenza territoriale.

Da una revisione degli atti aziendali relativi alle 12 Aziende USL della Regione risultano previsti un totale di 16 centri diabetologici, di cui 5 strutture complesse e 11 semplici.

A fronte di una normativa esaustiva, alcuni studi – quali il Rapporto sociale 2003 dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) e lo studio DAI (Diainf- gruppo di studio Diabete e Informatica, AMD e Istituto Superiore di Sanità; svolgimento settembre '98-giugno '99) – hanno evidenziato importanti criticità. La caratterizzazione delle strutture diabetologiche italiane mostra una discreta disomogeneità, con particolare riferimento alla disponibilità di personale dedicato (fra cui infermieri professionali e dietisti), alle prestazioni erogate (screening delle complicanze) e alla collaborazione con i MMG (solo il 29% delle strutture dichiara di collaborare attivamente con il MMG).

Finalità generali ed obiettivi specifici

Sperimentare un modello di gestione integrata per la cura della malattia diabetica. Si prevede quindi l'attivazione di un programma di presa in carico e gestione integrata del paziente diabetico, che veda la partecipazione attiva di MMG e CD presenti sul territorio aziendale, con la finalità di qualificare l'assistenza al paziente diabetico nel territorio regionale. La gestione del paziente diabetico sarà attuata attraverso l'applicazione delle raccomandazioni contenute all'interno di una linea guida diagnostico/terapeutico/organizzativa, di buona qualità, adattata allo specifico contesto assistenziale, con l'obiettivo di valutarne l'applicabilità e l'efficacia in termini di esiti di salute e di compliance dei pazienti.

All'interno del progetto particolare rilievo assumerà la partecipazione attiva del paziente alla gestione della malattia, promossa ed attuata attraverso programmi di educazione con il coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti.

Si individuano i seguenti obiettivi specifici:

- definizione ed attuazione di protocolli integrati di gestione del paziente diabetico;
- adesione alle raccomandazioni della Linea guida prescelta sulla base di indicatori predefiniti;
- sviluppo ed implementazione di un sistema informatizzato di monitoraggio dell'assistenza erogata;
- sviluppo ed implementazione di sistemi di comunicazione tra i soggetti coinvolti nell'assistenza al diabetico;
- formazione degli operatori coinvolti nel progetto attraverso la predisposizione di moduli formativi ad hoc;
- coinvolgimento del paziente nella gestione della patologia attraverso l'attuazione di specifici programmi di educazione terapeutica e la predisposizione di materiale informativo.

PIANO OPERATIVO

Individuazione dell'ambito territoriale di effettuazione del progetto

L'attuazione del progetto avrà inizio nell'ambito delle Aziende USL RMB, RME e RMG e Azienda Ospedaliera S.Filippo Neri (ambito territoriale dell'Azienda USL RME), ove sono presenti operatori sanitari che hanno già partecipato a progetti volti al miglioramento dell'assistenza al paziente diabetico. Già ad oggi esiste la possibilità di coinvolgere nel progetto almeno altre 2 ASL, nelle quali si intende sperimentare, entro tempi brevi, il modello assistenziale.

Individuazione e arruolamento dei medici partecipanti

I MMG, aderenti volontariamente al progetto, saranno individuati preferibilmente sulla base di una pregressa esperienza di collaborazione/integrazione con il CD e di partecipazione a progetti volti alla qualificazione dell'assistenza al paziente diabetico.

Requisito indispensabile è l'utilizzo di strumenti informatici.

Individuazione e arruolamento dei pazienti

I pazienti saranno arruolati in modo opportunistico e su base volontaria, dai MMG e dai CD, in base ai seguenti specifici criteri di inclusione:

- o persone diabetiche di entrambi i sessi, di età compresa tra 20 e 75 anni

Saranno esclusi i pazienti con patologie concomitanti gravi che possano precludere la partecipazione al progetto.

Preliminarmente all'inserimento degli assistiti nel progetto verrà predisposto un modello di consenso informato alla partecipazione e al trattamento dei dati, da sottoscrivere al momento dell'arruolamento.

I pazienti saranno inseriti in un registro appositamente predisposto secondo le modalità successivamente descritte.

Modalità di adozione/contestualizzazione delle linee guida per l'assistenza al paziente diabetico e piano di formazione degli operatori partecipanti

Il Comitato Scientifico del progetto - gruppo multidisciplinare che vede rappresentate le figure coinvolte nell'assistenza al diabetico nella nostra Regione e i pazienti stessi – definirà, sulla base delle raccomandazioni della Linea guida di riferimento, il percorso diagnostico terapeutico. Il gruppo lavorerà, ai fini di una migliore contestualizzazione del percorso, anche in stretta collaborazione con operatori impegnati nell'assistenza al diabetico a livello di ciascuna ASL; un'ulteriore condivisione si attuerà successivamente nell'ambito della formazione relativa al progetto.

Il corso di formazione sarà rivolto ai MMG partecipanti e a tutti gli altri professionisti coinvolti, e caratterizzato dalla multidisciplinarietà sia dei docenti che dei discenti. Si prevede la trattazione delle tematiche generali del progetto, la presentazione e condivisione del percorso diagnostico-terapeutico, l'illustrazione dello strumento per la registrazione informatizzata dei dati. A tale primo momento formativo potranno seguire successivi incontri finalizzati all'analisi delle eventuali criticità emergenti e alla condivisione delle relative soluzioni.

Piano di attività educativo – formative rivolte ai pazienti

Le attività saranno orientate all'autogestione della malattia e alla prevenzione delle complicanze. Sono previsti interventi di educazione terapeutica strutturati, possibilmente con il coinvolgimento anche delle Associazioni dei pazienti. In tale ambito si prevede la predisposizione di materiale informativo di supporto per il paziente.

Definizione degli indicatori di processo e di esito

Vengono adottati indicatori di processo e di esito in coerenza con quelli proposti nell'ambito del progetto IGEA. Una più puntuale definizione degli indicatori e la loro costruzione saranno attuate sulla base delle raccomandazioni contenute nella linea guida adottata.

Indicatori di processo (per anno)

Numero di visite presso l'MMG ed il CD

Numero di ECG

Proporzione di soggetti:

- in autocontrollo glicemico
- a cui è stata eseguita almeno due determinazioni di HbA1c
- con almeno una valutazione del profilo lipidico
- con almeno una misurazione della pressione arteriosa
- monitorati per nefropatia
- monitorati per retinopatia diabetica
- monitorati per neuropatia
- monitorati per il piede

Indicatori di esito intermedio

questi indicatori saranno definiti sulla base di

HbA1c

Glicemia

BMI

Profilo lipidico

Pressione arteriosa

Microalbuminuria

Proteinuria

Trattamenti farmacologici

Punteggio di rischio cardiovascolare

Soggetti fumatori

Attività fisica

Indicatori di esito

Ricoveri in ospedale per qualsiasi motivo

Accesso al Pronto Soccorso per qualsiasi motivo

Eventi cerebrovascolari (TIA, ICTUS)

Infarto del miocardio

Angina

Rivascolarizzazione

Claudicatio

Retinopatia

Nefropatia

Neuropatia

Definizione delle modalità di acquisizione dei dati per la valutazione degli indicatori di processo e di esito

I dati necessari per la costruzione degli indicatori saranno registrati su base informatica, attraverso uno specifico software messo a disposizione degli operatori partecipanti, con possibilità di condivisione delle informazioni da parte del MMG e CD.

Definizione delle modalità di costruzione e aggiornamento del registro dei pazienti

Il primo passo per la costruzione del registro sarà rappresentato dall'individuazione della popolazione di soggetti diabetici, attraverso specifici criteri d'inclusione.

Si provvederà quindi alla predisposizione degli strumenti per l'avvio e l'aggiornamento del registro che sono essenzialmente:

- la scheda di accertamento della patologia
- la scheda d'inclusione per i nuovi ingressi nel registro
- la scheda di chiusura per i soggetti che escono dal registro

Sarà poi definito il debito informativo e individuato lo strumento da utilizzare per la raccolta e la registrazione dei dati, nonché predisposto il modulo di consenso informato per i pazienti.

E' da prevedere un report annuale, attraverso il quale si potranno conoscere le numerosità dei pazienti presenti, dei nuovi pazienti inclusi e di quelli usciti dal registro.

MONITORAGGIO DEL PROGETTO

E' previsto, in coerenza con il protocollo del progetto IGEA, un follow-up di 3 anni. Si effettuerà dunque la periodica rilevazione dei dati per la costruzione di indicatori intermedi e per la valutazione finale.

DEFINIZIONE DELLE MODALITA' DI COORDINAMENTO DEL PROGETTO PRESSO LA REGIONE

Il progetto è coordinato dall'Assessorato alla Sanità e dall'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Il progetto prenderà avvio dalla data di approvazione prevedendo, come precedentemente accennato, un follow-up di 3 anni e il graduale coinvolgimento, dopo il primo anno, di ulteriori strutture diabetologiche e MMG in coerenza con il progetto nazionale.

Referente regionale per il progetto: Dott.ssa Amina Pasquarella, responsabile servizio "Assistenza territoriale", Agenzia di sanità pubblica del Lazio, via di S. Costanza, 53, Roma-00198. Tel. 06-83060429/445; fax: 06-83060463; mail: pasquarella @asplazio.it

Piano Nazionale Prevenzione: cronoprogramma del progetto di disease management del diabete

Regione Lazio

N° fase	Fase (Descrizione attività)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Indicatore/ Pietra miliare	Eventuali Vincoli o Criticità	Data inizio effettiva	Data termine effettiva	Valore rilevato indicatore pietra miliare (%)
1	Costituzione Comitato coordinamento regionale	Febbraio 2006	Febbraio 2006	Formalizzazione dell'istituzione del gruppo				
2	Costituzione Comitato Scientifico	Febbraio 2006	Febbraio 2006	Formalizzazione dell'istituzione del gruppo				
3	Costituzione Comitato Buget	Febbraio 2006	Febbraio 2006	Formalizzazione dell'istituzione del gruppo				
4	Convocazione 1° riunione Comitato Scientifico	Marzo 2006	Marzo 2006	Comunicazione convocazione				
5	Effettuazione 1° riunione Comitato Scientifico	Marzo 2006	Marzo 2006	Verbalì riunioni				
6	Costituzione gruppi di lavori specifici	Marzo 2006	Marzo 2006	Verbalì riunioni				
7	Individuazione Linea guida di riferimento	La revisione e l'aggiornamento della LG di riferimento sono organizzati a livello nazionale		Documento LG				
8	Definizione del percorso diagnostico-terapeutico	Aprile 2006, compatibilmente con la disponibilità del prodotto di cui alla fase 7	Giugno 2006	Documento percorso diagnostico-terapeutico				
9	Censimento strutture diabetologiche; ricognizione prestazioni garantite, risorse umane/strutturali/funzionali, sistemi informatici in uso nelle strutture diabetologiche delle ASL RMB, RME, RMG.	Aprile 2006	Giugno 2006	Schede di rilevazione compilate				
10	Individuazione strutture diabetologiche e MMG partecipanti progetto	Luglio 2006, a conclusione della fase 9	Luglio 2006	Campione MMG e CD				
11	Costituzione gruppi operativi territoriali	Luglio 2006, a conclusione della fase 10	Luglio 2006	Verbalì riunioni				
12	Contestualizzazione protocollo diagnostico terapeutico: incontri a livello di ASL (gruppi operativi territoriali) per adattamento locale del percorso, predisposizione dei relativi accordi da formalizzare, valutazione risorse necessarie per adeguamento alla realizzazione del percorso.	Settembre 2006, a conclusione delle fasi 8 e 11	Ottobre 2006	Documento operativo del percorso diagnostico-terapeutico, con relativi accordi da formalizzare ed eventuali risorse aggiuntive per l'adeguamento.				
13	Incontro per condivisione del lavoro attuato a livello delle singole ASL (vedi sopra) e predisposizione dell'adeguamento CD e MMG per la realizzazione del percorso	Novembre 2006, a conclusione della fase 12	Novembre 2006	Documenti conclusivi relativi ai percorsi diagnostico-terapeutico e relativi accordi. Approvazione spese per l'adeguamento.				
14	Adeguamento CD e MMG per la realizzazione del percorso; formalizzazione degli accordi.	Dicembre 2006, a conclusione della fase 13	Gennaio 2007	Attestazione formale				

15	Definizione dei dati da raccogliere per il monitoraggio e costruzione degli indicatori; definizione degli strumenti per la raccolta dati e per il sistema di richiamo del medico.	Settembre 2006	Novembre 2006, contestualmente alla conclusione della fase 13 e compatibilmente con la disponibilità del prodotto di cui alla fase 7 (a livello nazionale sarà formulato, contestualmente all'aggiornamento della LG, anche il minimum data set).	Documento indicatori (tipologia e modalità di calcolo)				
16	Definizione delle caratteristiche tecniche del prodotto informatizzato. Identificazione del responsabile e degli amministratori del sistema informatico. Realizzazione del sistema informatico.	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2008	Specifiche tecniche. Nomina del responsabile e degli amministratori del sistema. Sw gestionale via web.				
17	Distribuzione e messa in opera del sistema informatico	Febbraio 2007, a conclusione della fase 16	Febbraio 2007	Rete informatizzata				
18	Predisposizione del programma della formazione e avvio procedura di accreditamento	La formazione dei formatori e la predisposizione dei pacchetti formativi di base è programmata a livello nazionale . Compatibilmente con la disponibilità centrale, ottobre 2006.	Novembre 2006	Documento di programmazione della formazione regionale; inoltre richiesta accreditamento.				
19	Formazione di tutti gli operatori su progetto, percorso diagnostico-terapeutico, strumento informatico e indicatori per la valutazione.	Febbraio 2007, a conclusione delle fasi 16 e 18	Marzo 2007	Effettuazione corsi; N. partecipanti; indice di gradimento.				
20	Formazione degli operatori su specifici temi diabetologici di interesse	Febbraio 2007, a conclusione delle fasi 16 e 18	Marzo 2007	Effettuazione corsi; N. partecipanti; indice di gradimento.				
21	Programmazione di incontri periodici a livello di ASL/distretto per analisi criticità avanzamento progetto	Febbraio 2007	Marzo 2007	Date incontri				
22	Sviluppo materiale informativo per il paziente relativo alla carta dei servizi diabetologici nella ASL di appartenenza e circa il percorso predisposto	Dicembre 2006, a conclusione della fase 13	Febbraio 2007	Materiale di distribuzione				
23	Predisposizione materiale informativo di supporto al paziente per l'autogestione della patologia	Dicembre 2006	Febbraio 2007	Materiale di distribuzione				
24	Arruolamento dei pazienti e registrazione dati	Febbraio 2007	Aprile 2007	Registrazione pazienti Consenso informato pazienti				
25	Avvio sperimentazione	Maggio 2007	Aprile 2008					
26	Calcolo indicatori in itinere per verifica dei processi (dati a 6 mesi)	Novembre 2007	Dicembre 2007	Misura degli indicatori				
27	Valutazione conclusiva e stesura rapporto finale	Maggio 2008	Luglio 2008	Rapporto finale				
28	Presentazione dei risultati	Settembre 2008	Settembre 2008	Convegno				
29	Pianificazione diffusione degli interventi sperimentati sul territorio regionale	Settembre 2008	Novembre 2008	Documento di programmazione				

Note:

Costituzione del Comitato coordinamento regionale: gruppo di lavoro per il coordinamento e monitoraggio complessivo delle attività condotte nei vari territori. Rappresentanti ASP e Regione.

Costituzione del Comitato Scientifico: Rappresentanti dell'ASP, MMG, Società Scientifiche diabetologiche (SID; AMD), Associazioni dei pazienti, Direttori Sanitari (o loro delegati) delle ASL coinvolte.

Costituzione di gruppi di lavoro specifici: fra questi ad esempio Gruppo per il sistema informatico, Gruppo per la Formazione, Gruppo per individuazione indicatori

Censimento strutture diabetologiche: è prevista, nell'ambito della programmazione di un gruppo di lavoro regionale sul diabete, una ricognizione delle strutture diabetologiche della Regione Lazio

Valutazione conclusiva: se, accanto agli indicatori desumibili dal SW ad hoc utilizzato dai soggetti coinvolti, fossero previsti indicatori costruiti a partire dai dati dei Sistemi informativi correnti, la valutazione di questi non potrà essere attuata nei tempi indicati; infatti la disponibilità dei dati definitivi del Sistema Informativo Assistenza Specialistica, del Sistema Informativo Ospedaliero e del Sistema Informativo dell' Emergenza Sanitaria richiede periodi di tempo più lunghi.