

La Diabetes Intelligence (DIA&INT AMD) e il Core Curriculum Comprovato (CCC) del diabetologo

Riassunto

L'Associazione Medici Diabetologi (AMD) ha voluto creare un Core Competence Curriculum (CCC) del diabetologo, la cui peculiarità è la correlazione fra attività/conoscenze/competenze e l'impatto che esse producono sugli outcome in diabetologia, correlazione ottenuta con un metodo scientificamente rigoroso: la valutazione dell'impatto sociale (*Social Return On Investment*, SROI) delle attività diabetologiche.

Il diabete è una pandemia con un trend di insostenibilità economica accertato. Ciò che oggi più preoccupa è da un lato l'aumento del costo medio per paziente, associato alla crescita del numero dei pazienti¹⁻³, destinato in breve a minare la sostenibilità del sistema di erogazione delle cure, dall'altro l'aumento dei costi per i ricoveri a fronte della riduzione delle prestazioni ambulatoriali⁴, che si pone in controtendenza rispetto all'unico modello sostenibile di cura cronica, il *Chronic Care Model* (CCM) basato sulla medicina integrata, la continuità assistenziale e la territorialità del sistema. Di positivo, secondo una recente analisi della *London School of Economics*, emerge come il costo medio per paziente del diabete in Italia sia circa la metà rispetto agli altri paesi europei⁵; un risultato legato all'organizzazione dell'assistenza diabetologica nel nostro Paese, unica per la presenza di una rete di strutture specialistiche capillari.

Il CCM è un modello di assistenza medica ai pazienti cronici che propone una serie di cambiamenti nei sistemi sanitari tali da favorire il miglioramento della condizione dei malati, suggerendo un approccio "proattivo" tra personale sanitario e pazienti, considerati parte integrante del processo assistenziale. L'obiettivo è di passare da un modello di "medicina d'attesa" a una "sanità d'iniziativa", creando percorsi specifici per patologie croniche come il diabete. Il CCM rappresenta uno dei pochi modelli per una cronicità sostenibile, attraverso cui realizzare una cura personalizzata ed efficace, integrando le diverse professionalità coinvolte nell'assistenza, per migliorare concretamente la vita del malato e ridurre l'impatto economico del diabete. Un simile modello è implementabile in una diabetologia moderna solo se nel team diabetologico si associano, alle competenze professionali specialistiche, quelle educative, relazionali, gestionali, organizzative e comunicative. Le competenze biomediche non sono più sufficienti: occorrono competenze di team building, tecniche andragogiche, gestione di processi complessi e tecniche di *empowerment*^{6,7}. Emerge quindi la necessità che gli operatori siano adeguatamente formati.

Ciò è noto da tempo l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) da anni garantisce una crescita culturale in tal senso; ora è necessario che queste

Nicoletta Musacchio¹
Rita Zilich²

¹ Presidente Fondazione AMD, Past President AMD;
² Partner Mix-x

Parole Chiave

Core Competence Curriculum
del Diabetologo
Competenze/Attività
Outcome

Indirizzo per la corrispondenza

NICOLETTA MUSACCHIO
nicoletta.musacchio@gmail.com

competenze specialistiche, che si traducono in specifiche attività, vengano anche riconosciute dal sistema sanitario. Le istituzioni hanno ben compreso la necessità di riferirsi a tale modello per un corretto approccio al diabete, ma esiste tutt'ora un forte gap tra la teoria di approccio alla cronicità e la sua implementazione⁸. Nonostante le diffuse dimostrazioni del “peso” del diabete, attività importanti in quanto specifiche e qualificanti, e ben evidenziate nel CCM, sono fuori dal sistema riconosciuto, cioè dai LEA e dai tariffari regionali, e quindi non vengono percepite; l'operare dei medici rischia di sembrare inappropriato e si rischia una banalizzazione della specialità diabetologica. Infatti, in questi due documenti vengono declinate le uniche attività/prestazioni erogabili, in quanto riconosciute e rimborsabili, come strumenti che permettono all'operatore di raggiungere gli obiettivi di salute richiesti⁹. Tutto ciò crea un reale gap tra il modello che ci viene richiesto di applicare e gli strumenti che ci vengono riconosciuti per la sua realizzazione. In questo momento di forte cambiamento è fondamentale fare chiarezza sul ruolo e su come la diabetologia debba essere organizzata per ottimizzare il suo valore terapeutico e assistenziale. AMD intende farsi carico di ciò e ha messo in atto il progetto “Diabetes Intelligence AMD”^{10 11}, che ha l'obiettivo di valutare in modo oggettivo le attività del team diabetologico per poterne misurare concretamente i risultati. Per fare questo AMD ha scelto di usare strumenti accreditati:

- di analisi organizzativa: per misurare e valorizzare il ruolo dell'assistenza diabetologica con strumenti specifici (*Social Return On Investment*, SROI);
- di gestione dati con strumenti all'avanguardia (*Business Intelligence*).

Questa scelta è legata alla volontà di evitare qualsiasi autoreferenzialità e/o opinabilità dei risultati, garantendo un approccio rigoroso e scientifico.

Con questo progetto si vuole favorire l'implementazione del CCM in modo “evidence”, attraverso un chiaro collegamento tra le attività espletate e i risultati richiesti, in modo da far emergere le attività imprescindibili in una diabetologia moderna: ovvero quelle attraverso cui si ottengono i migliori outcome. In questo modo sarà possibile evidenziare le azioni che ottimizzano le scarse risorse e proporre un valido supporto per le attuali scelte istituzionali di revisione del sistema.

In sostanza il programma DIA& INT AMD vuole far emergere le *best practice*, identificando le attività di maggior valore e il modello SROI consente di mettere in relazione attività e risultati attesi e quindi di attribuire delle priorità (un valore diverso) alle attività assistenziali.

Per prima cosa, basandosi sul documento “Standard Italiani per la Cura del Diabete”, linee guida nazionali di riferimento per l'intera comunità diabetologica e medica, e frutto della collaborazione di AMD e Società Italiana di Diabetologia (SID), sono state identificate le attività riconosciute e validate come essenziali nella pratica clinica (Tab. I). Per quanto riguarda i

risultati attesi, essi sono stati estrapolati dal “Piano nazionale per la malattia diabetica” e dal “Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete”; sono stati così declinati i 19 outcome attesi, di ordine clinico e assistenziale (Tab. II). Si è poi proceduto alla loro “pesatura”, con un'intervista da parte di 214 diabetologi, che hanno consentito di elaborare i primi risultati e realizzato una prima fotografia, destinata a diventare un processo dinamico grazie alla piattaforma di business intelligence (quindi attraverso tecnologie informatiche che utilizzano algoritmi matematici per analizzare le informazioni), che lo renderà continuo nel tempo e allargabile a tutto l'universo della diabetologia italiana. Il programma è stato però concepito per coinvolgere tutti i nostri soci: dal punto di vista operativo la pesatura del modello chiede all'intervistato di esprimere la propria opinione su due aspetti: a) quanto ognuno dei 19 outcome influenzi la qualità dell'assistenza diabetologica nel suo complesso; b) quanto ciascuna delle 25 attività identificate influenzi ogni singolo outcome.

Ne sono emerse due scale di priorità (Figg. 1-2). Gli outcome di maggior peso, come ci si poteva attendere, sono risultati quelli di tipo squisitamente clinico e di autonomizzazione del paziente, ma nelle prime posizioni ce ne sono anche alcuni organizzativi: ad esempio, a fianco di “ottimizzazione del controllo metabolico” e “riduzione dell'incidenza di complicanze croniche” o di “controllo e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare”, compare “ottimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con attivazione di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori)”. Ciò significa che è riconosciuta l'importanza dell'abilità manageriale nel CCM, ossia di come venga organizzata la struttura. Di interesse, per quanto riguarda le attività, il fatto che le prime nel ranking di priorità siano quelle di autonomizzazione della persona, di empowerment: “garantire l'attività di terapia educativa come parte integrante del piano assistenziale”, “definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato” oppure “valutare la fragilità (ad es. età, etnia, genere) e altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete”. Ma il risultato che emerge con sorprendente chiarezza, non da un'opinione bensì dall'esperienza quotidiana di un campione ben rappresentativo, è che le attività prioritarie, prevalentemente di tipo assistenziale, producono i loro benefici maggiori su outcome di tipo clinico, posizionati quasi tutti fra i primi 10 del loro ranking. A sottolineare proprio come le competenze e le azioni di carattere relazionale, gestionale, organizzativo e comunicativo assicurino pari, se non maggiore, efficacia ed efficienza di quelle professionali biomediche.

Creazione del Core Competence Curriculum del diabetologo

Tra gli obiettivi principali di questo lavoro è stata, poi, la creazione di un *Core Competence Curriculum* (CCC) del diabetologo.

Tabella I. Attività in diabetologia tratte dagli Standard di cura AMD/SID.

N. attività	Descrizione attività
A1	Assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico e la valutazione biomedica
A2	Valutare la condizione psicosociale individuale (fattori economici, sociali, culturali, contesto familiare ecc.)
A3	Valutare la fragilità (età, etnia, genere ecc.) e altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete
A4	Garantire la definizione e la condivisione del contratto di cura con la persona con diabete
A5	Garantire l'attività di terapia educativa come parte integrante del piano assistenziale
A6	Garantire lo screening e il trattamento appropriato delle complicanze croniche
A7	Implementare protocolli clinici per la prevenzione e il trattamento delle emergenze diabetologiche (ipo-iperiperglicemie, piede)
A8	Gestire l'iperglicemia in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in donne con diabete) – follow-up della donna con progresso GDM – contraccezione nelle diabetiche in età fertile
A9	Definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato (obiettivi metabolici, terapia farmacologica personalizzata, terapia medica nutrizionale)
A10	Gestire la transizione dell'adolescente con diabete al servizio di diabetologia dell'adulto
A11	Garantire l'assistenza diabetologica nel paziente ospedalizzato (critico e non critico)
A12	Garantire un autocontrollo strutturato (prescrizione, erogazione, registrazione, educazione, interpretazione dei risultati, verifica)
A13	Implementare programmi di screening e prevenzione del diabete mellito tipo 2
A14	Implementare programmi di miglioramento degli stili di vita
A15	Valutare e trattare i fattori di rischio cardiovascolare
A16	Favorire l'autonomizzazione alla gestione della terapia (anche con microinfusori per insulina)
A17	Favorire l'autonomizzazione alla gestione delle emergenze metaboliche
A18	Utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza
A19	Implementare la registrazione dei dati in una cartella clinica informatizzata condivisa
A20	Garantire percorsi di addestramento all'uso delle tecnologie
A21	Garantire le attività di certificazione medico-legale
A22	Favorire l'applicazione della logica del team building nell'attività lavorativa
A23	Conoscere e condividere le strategie aziendali
A24	Assicurare una corretta comunicazione intra- ed extrastrutturale
A25	Garantire un'appropriata prescrizione ortesica

Per ciascuna attività sono state dettagliate le conoscenze e le competenze (sapere e saper fare) necessarie e tali elementi sono strettamente correlati agli Standard italiani per la cura del diabete mellito, che sono le linee guida di riferimento nazionale. Inoltre, la peculiarità del CCC è il suo collegamento alla logica del CCM: attività e outcome sono stati selezionati coerentemente con i modelli di gestione della patologia cronica e per tutte le attività è stata valutata, col metodo SROI, la capacità di quell'attività di favorire una reale implementazione del CCM. Questa informazione, ovvero la sua posizione nella graduatoria di priorità, è inserita nel CCC per ciascuna delle attività elencate.

Altro elemento che caratterizza la peculiarità di questo CCC è l'indicazione, sempre per ciascuna delle attività, del relativo grado di specificità rispetto a un approccio squisitamente diabe-

tologico. Questa informazione potrà risultare determinante per facilitare l'implementazione di PDTA integrati, che necessitano di chiarezza sulle complementarità fra le diverse figure professionali coinvolte nel processo assistenziale.

La Tabella III descrive un esempio della costruzione del CCC del diabetologo, un prodotto distintivo del progetto DIA&INT e approvato dal Consiglio Direttivo di AMD. Ognuna delle 25 attività è stata esplosa come dall'esempio riportato in Tabella.

Discussione

Il motivo che ha spinto AMD a elaborare un progetto così complesso e articolato nasce dall'esigenza di dimostrare quanto le attività non esclusivamente cliniche o non identificabili come cliniche ab-

Tabella II. Outcome in diabetologia tratti dal Piano Nazionale Diabete e dal Manifesto dei diritti e doveri della persona con diabete.

N. outcome	Descrizione outcome
01	Ottimizzazione del controllo metabolico in relazione al paziente (personalizzazione degli obiettivi del trattamento)
02	Controllo e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare
03	Riduzione delle ospedalizzazioni/accessi DEA
04	Riduzione delle giornate di degenza del paziente con diabete in qualsiasi reparto
05	Aumento dell'appropriatezza nell'uso delle tecnologie
06	Aumento della partecipazione attiva/adesione alla cura da parte della persona con diabete
07	Prevenzione e cura delle donne diabetiche in gravidanza e delle donne con diabete gestazionale, al fine di ottenere outcome materno-fetali come nelle donne non diabetiche
08	Aumento delle competenze e delle strategie per prevenire il diabete tipo 2
09	Aumento delle competenze e delle strategie per trattare il diabete
010	Riduzione dell'incidenza complicanze croniche
011	Riduzione dell'incidenza delle complicanze acute
012	Ottimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con attivazione; di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori)
013	Ottimizzazione dei processi formativi delle figure professionali coinvolte nella cura della persona con diabete
014	Realizzazione e implementazione dei percorsi di gestione integrata per la persona con diabete
015	Organizzazione e realizzazione delle attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione/misura e al miglioramento della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione e l'alimentazione continua di database clinici
016	Aumento dello scambio d'informazioni tra operatori della rete assistenziale diabetologia
017	Ottimizzazione dei processi d'integrazione tra gli attori coinvolti nell'assistenza diabetologica a livello ambulatoriale e/o ospedaliero, attraverso la realizzazione e l'implementazione di PDTA
018	Ottimizzazione della risposta ai bisogni di certificazioni medico-legali della persona con diabete
019	Riduzione delle disuguaglianze nell'assistenza alle fragilità e alle condizioni di vulnerabilità socio-sanitaria

biano di fatto un importante impatto sugli esiti di salute, come sostenuto dalle teorie su cui si basano i modelli di gestione della patologia cronica, come il CCM. La complessità nella malattia cronica non è solamente sinonimo di complicazione richiedente più terapia o più tecnologia, ma anche di difficoltà della persona assistita nel dover rimodellare la propria vita in base alle necessità della cura e alle dinamiche della malattia stessa, che richiede un trattamento continuativo nel tempo. Infatti, in tutti i modelli di CCM viene chiaramente declinato che l'efficacia clinica nella cura del malato cronico si ottiene rispondendo con attenzione ai bisogni di malattia, ma anche, e soprattutto, intervenendo in modo incisivo sull'aderenza alla terapia, sullo stile di vita e sull'autonomizzazione della persona con diabete nel rispetto della qualità della vita⁶⁻⁸. Questo processo di cura, oggettivamente molto complesso, richiede competenze altamente specialistiche e un'adeguata formazione che abbiamo voluto declinare con precisione e chiarezza. I punti di forza del presente lavoro riguardano il rigore scientifico e l'innovatività. Infatti, l'identificazione delle attività del CCC è stata effettuata a cura degli esperti (i quali avevano precedentemente stilato le linee guida di

riferimento, fornendo tutti i riferimenti bibliografici) e la validazione del documento è stata effettuata dal Direttivo della Società scientifica. L'elemento d'innovatività e unicità in un documento di questa tipologia riguarda il fatto che, per ogni attività, è stata valutata sia la relativa specificità, sia la sua priorità, in termini di capacità di supportare una reale e concreta implementazione del CCM, calcolando lo SROI (dove la priorità delle attività è stata determinata, non solo in base ai risultati puntuali che ciascuna di esse deve garantire, ma anche in base a quanto ciascuna di esse incide su una serie di outcome che, nel loro insieme, concorrono a realizzare ciò che può essere definito complessivamente il "prodotto-salute in diabetologia"). Infine, per tutte le valutazioni del progetto DIA&INT è stata misurata in modo rigoroso e scientifico, con apposita formula (esplicitamente utilizzata anche dalle istituzioni), la rappresentatività del campione della survey. Questo tipo di misurazione, nonostante la sua importanza, non è sistematicamente presente, anche quando si tratta d'importanti pubblicazioni scientifiche riferite a sondaggi internazionali¹². Le 214 compilazioni ottenute con DIA&INT sono un campione statisticamente rappresentativo che garantisce un inter-

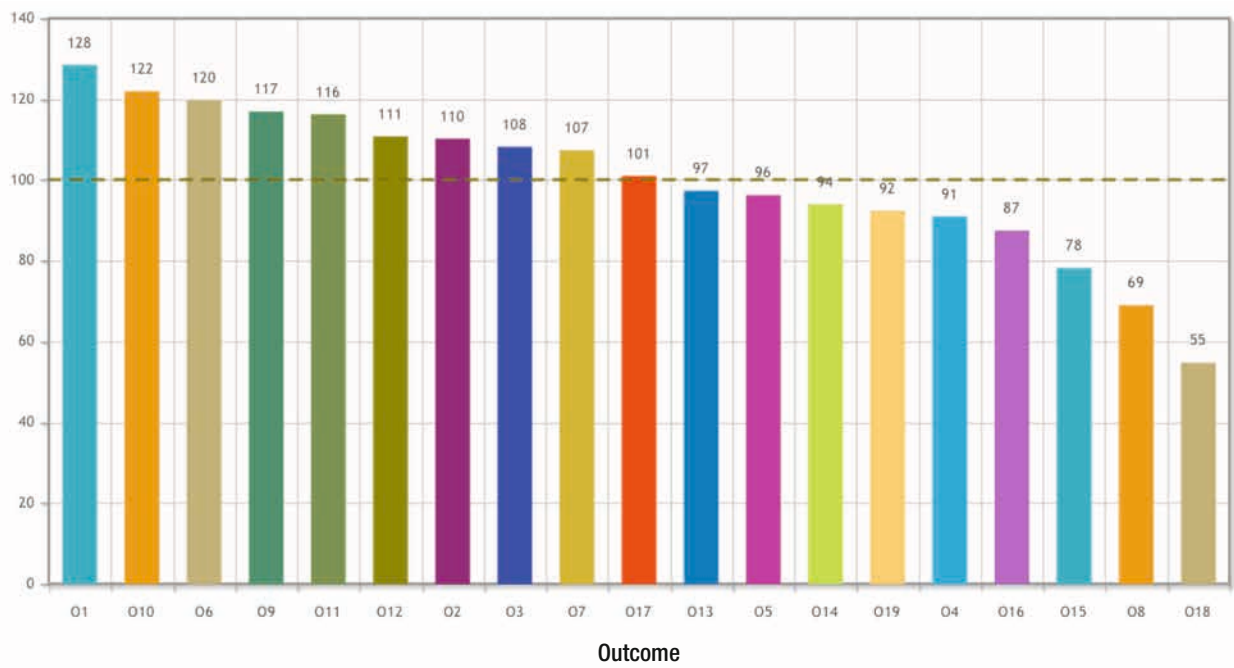


Figura 1.
Ranking medio.

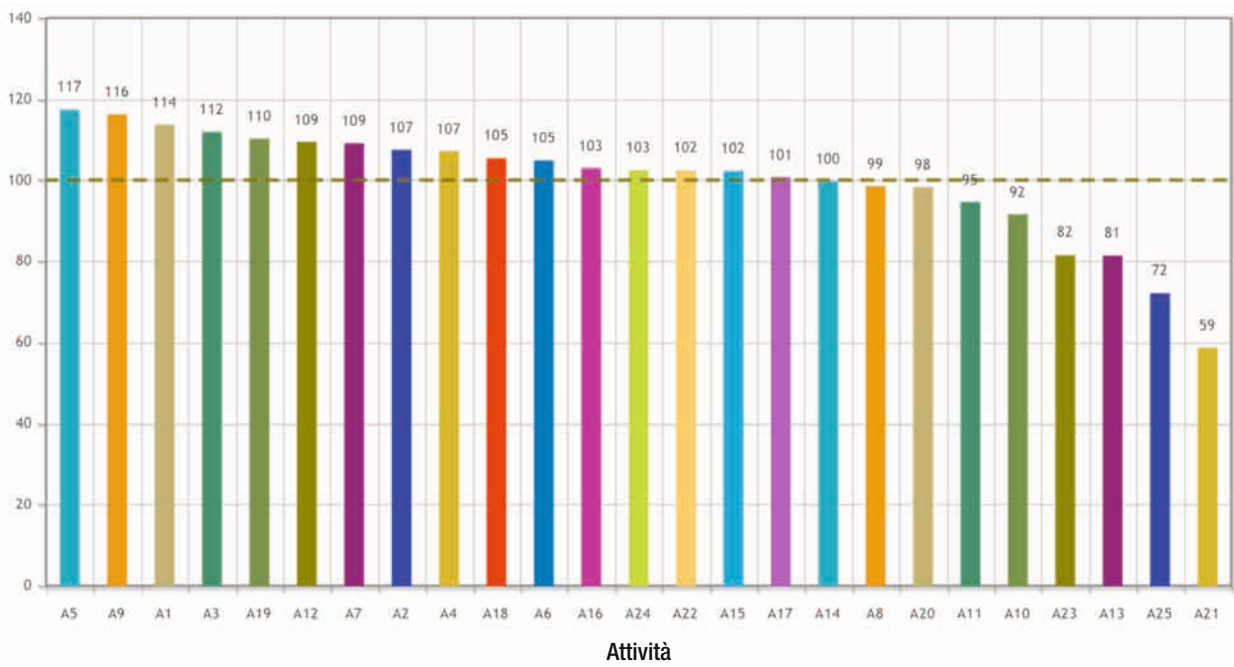


Figura 2.
Ranking medio.

Tabella III. Esempio di descrizione Attività nel Core Curriculum AMD.

Attività 12 – Garantire un autocontrollo strutturato

Quest'attività occupa la posizione 6 nella graduatoria di priorità (SROI) e la posizione 7 nella graduatoria di specificità.

Conoscenze

Valore e significato dell'autocontrollo glicemico per il raggiungimento di un buon controllo metabolico. Avere una formazione qualificata per implementare programmi di educazione del personale sanitario e delle persone con diabete alla loro partecipazione attiva a una gestione condivisa della malattia. Le attività sequenziali (formazione del personale, addestramento ed educazione dei pazienti, definire l'obiettivo del SMBG [*Self-Monitoring of Blood Glucose*] – autogestione della malattia, monitoraggio del quadro clinico, gestione domiciliare). Le procedure per le verifiche dell'esattezza e precisione degli strumenti. Le procedure per l'addestramento all'autocontrollo del paziente e le relative verifiche.

Competenze

- Saper educare il paziente al corretto utilizzo dell'autocontrollo, ovvero a: identificare obiettivi glicemici personalizzati pre- e post-prandiali; effettuare correttamente la misurazione della propria glicemia – misurare nei tempi appropriati per monitorare tutti i momenti della giornata – effettuare misurazioni extra in caso di malattia intercorrente, eventi speciali o cambio di terapia; registrare opportunamente i dati sul diario cartaceo oppure elettronico; interpretare i risultati come base per intraprendere un'azione; percepire i collegamenti tra specifici comportamenti (alimentazione, esercizio fisico) e i risultati della misurazione glicemica, prendendo da questi la motivazione al cambiamento dei comportamenti; mettere in atto autonomamente comportamenti correttivi, farmacologici e non, in risposta ai risultati delle misurazioni glicemiche, soprattutto per la prevenzione del rischio ipoglicemico; sapere adattare la frequenza dell'autocontrollo agli eventi intercorrenti e intensificata in presenza di situazioni cliniche quali patologie intercorrenti ipoglicemie inavvertite, ipoglicemie notturne, variazioni della terapia
- Condividere periodicamente e in modo proattivo i dati con il team curante
- Verificare la tecnica del monitoraggio a intervalli regolari
- Verificare l'accuratezza dei risultati
- Verificare le capacità di utilizzo dei risultati da parte del paziente
- Scaricare possibilmente i dati su software ad hoc per una valutazione più dettagliata

vallo di confidenza, ovvero una rappresentatività della popolazione analizzata, del 95%, con un margine d'errore del 6%. Si sono anche potuti analizzare cluster diversi: in base a geografia, sesso, età, tipo di specializzazione e tipo di struttura in cui il diabetologo opera. Per quanto riguarda i punti di debolezza, la valutazione di priorità delle attività basata sul metodo SROI è un esperimento che, come tutti i primi lavori, dovrà dimostrare una sua replicabilità e applicabilità più estesa, anche in termini di traduzione degli outcome in indicatori di esito. Un altro punto su cui questo lavoro potrebbe rafforzarsi è che la sua piena applicabilità come strumento concreto a supporto di modelli di gestione del cronico avverrà nel momento in cui saranno disponibili, in modo complementare, i curriculum degli altri professionisti coinvolti nella gestione del paziente diabetico. In quest'ottica, sono state proposte collaborazioni a OSDI (Associazione Nazionale di Operatori Sanitari Diabetologi) e SIMG (Società Italiana di Medici di Medicina Generale), con un primo obiettivo di creare i CCC specifici degli altri fondamentali interpreti del team di cura del paziente e rendere possibile la creazione del CCC del TEAM di presa in carico del paziente diabetico con chiare indicazioni su competenze, compiti e responsabilità; uno strumento fondamentale per la costruzione di PDTA moderni, realistici e applicabili.

Conclusioni

Quanto prodotto in questo progetto rappresenta il CCC del diabetologo – position statement di AMD 2017 – costruito sulla base di una metodologia rigorosamente scientifica. La crea-

zione del curriculum ha lo scopo di identificare con chiarezza le competenze necessarie per ottenere buoni risultati di salute, definite sulla base di una metodologia quanto più possibile oggettiva e basata sul giudizio di esperti. Solo così sarà possibile far emergere il valore e la specificità delle competenze di una specialità come quella del diabetologo dedicata alla gestione di un paziente cronico. Infatti se da un lato è da più parti riconosciuta (PND, Piano della cronicità, LEA, CCM) l'esigenza di competenze specifiche per l'empowerment e l'autonomizzazione delle persone, dall'altro tali requisiti ancora oggi non hanno valore curriculare per la specialità diabetologica. Inoltre, ai diabetologi viene doverosamente richiesta una competenza organizzativa e assistenziale: ma anche di questa non vi è evidenza e riconoscimento curriculare.

La creazione di curriculum specifici, anche per le altre figure professionali del team diabetologico, potrà completare adeguatamente questo progetto nella prospettiva di una reale implementazione di un modello di cura efficace ed efficiente per una patologia cronica come il diabete.

Bibliografia

- 1 Garancini MP. *L'epidemiologia del diabete tipo 2 e della ridotta tolleranza al glucosio*. In: Vaccaro O, Bonora E, Bruno G, et al., eds. *Il diabete in Italia*. Milano: Kurtis 1996.
- 2 Bruno G, Carta Q, Runzo C, et al. *Incidenza e prevalenza di diabete mellito tipo 2*. *Il Diabete* 2004;(Suppl 1):295-99.
- 3 CINECA-SID. *Rapporto ARNO Diabete 2014*. Collana Rapporti ARNO.

- ⁴ Pagano E, De Rosa M, Rossi E, et al. *The relative burden of diabetes complications on healthcare costs: the population-base CI-NECA-SID ARNO Diabetes Observatory*. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2016;26:944-50.
- ⁵ Leung MY, Pollack LM, Colditz GA, et al. *Life years lost and lifetime health care expenditures associate with diabetes in the US, National Health Interview Survey, 1997-2000*. *Diabetes Care* 2015;38:460-8.
- ⁶ Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. *Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes*. *Diabetes Care* 2015;38:140-9.
- ⁷ Powers MA, Bardsley J, Cypress M, et al. *Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics*. *Diabetes Care* 2015;38:1372-82.
- ⁸ Stone MA, Charpentier G, Doggen K, et al.; GUIDANCE Study Group. *Quality of care of people with type 2 diabetes in eight European countries: findings from the Guideline Adherence to Enhance Care (GUIDANCE) study*. *Diabetes Care*. 2013;36:2628-38.
- ⁹ Basu S, Shankar V, Yudkin JS. *Comparative effectiveness and cost-effectiveness of treat-to-target versus benefit-base tailored treatment of type 2 diabetes in low-income and middle-income countries: a modelling analysis*. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016;4:922-32.
- ¹⁰ *Il progetto Diabetes Intelligence (DIA&INT) di AMD (Associazione Medici Diabetologi) quale strumento di implementazione del Chronic Care Model: valutazione e ranking delle attività specialistiche secondo il metodo SROI (Social Return Of Investment)*. *J AMD* 2017;20:87-96.
- ¹¹ www.aemmedi.it; <http://diaint.assocons.it/>.
- ¹² Cahn A, Raz I, Kleinman Y, et al. *Clinical assessment of individualized glycemic goals in patients with type 2 diabetes: Formulation of an algorithm based on a survey among leading worldwide diabetologists*. *Diabetes Care* 2015;38:2293-300.