

LA RETE CLINICA ASSISTENZIALE SOCIOSANITARIA DIABETOLOGICA:

un progetto innovativo per
rispondere alle esigenze delle
persone con diabete



Rete
Diabetologi
Ricerca

Assistenza Diabetologica
Strutture Sanitarie
Telemedicina

Tecnologie
Disuguaglianze
Formazione

Monitoraggio
Piano Della cronicità
Standard Assistenziali

PUBLIC HEALTH & HEALTH POLICY

LA RETE CLINICA ASSISTENZIALE SOCIOSANITARIA DIABETOLOGICA:

*un progetto innovativo per
rispondere alle esigenze delle
persone con diabete*

A CURA DI:

Paola Pisanti¹, Luigi Gentile², Emilio Benini³, Lucio Corsaro⁴, Gianluca Vaccaro⁵, Stefano Del Missier⁶

01 *Autore* _____

02 *Coautore* _____

03 *Coautore* _____

04 *Coautore* _____

05 *Coautore* _____

06 *Coautore* _____



PUBLIC HEALTH & HEALTH POLICY
ANNO XIV – N°3 2024

Editore

ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

Via Giosuè Carducci 125B

20126 Sesto San Giovanni (MI)

Tel. 02-49538300

Indirizzo e-mail: info@altis-ops.it

Direttore Responsabile

Marcello Portesi

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nessuna parte di questa pubblicazione potrà essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma o per mezzo di apparecchiature elettroniche o meccaniche, compresi fotocopiatura, registrazione o sistemi di archiviazione di informazioni, senza il permesso scritto da parte dell'editore.

Nota dell'editore: nonostante la grande cura posta nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto menzionato deve essere usato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto fornito dalle case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha soltanto lo scopo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

Stampato nel mese di Luglio 2024

INDICE

01

PREMESSA E RATIONALE

Introduzione 8

02

LA RETE

9

03

LA COSTRUZIONE DI UNA RETE

10

04

ELEMENTI ESSENZIALI DELLA RETE

10

05

IL PROGETTO

11

06

LE FASI DELLA COSTITUZIONE DELLA RETE

14

La fase costitutiva 14

Il dimensionamento 14

Il funzionamento 15

Le dinamiche collaborative all'interno della rete 15

07

LA GESTIONE DELLA RETE	16
-------------------------------	----

08

CRITERI DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DA PARTE DELLA REALTÀ LOCALE	17
---	----

09

MONITORAGGIO E METODOLOGIA DI LAVORO	18
---	----

10

REALTÀ LOCALE E CONTESTUALIZZAZIONE DEL PROGETTO NAZIONALE	18
---	----

11

FORMAZIONE	19
-------------------	----

12

CONCLUSIONI	20
--------------------	----

01

PREMESSA E RAZIONALE

Come emerge dalle evidenze scientifiche, epidemiologiche e di pratica clinica, la cronicità è nella maggior parte dei casi connotata da multi-morbilità ed è altrettanto noto come la cronicità di malattia, di cui il diabete è modello paradigmatico, sia un sistema complesso che richiede una visione olistica d'intervento che tenga conto dei bisogni clinici, sociali e psicologici della persona, attraverso un engagement proattivo per tutto l'arco della vita.

La chiave di lettura dei bisogni di salute della persona con diabete, quindi, va rivista ed è necessario coinvolgere il cittadino/paziente/persona in una ri-negoziazione delle attività di promozione della salute, prevenzione, cura, riabilitazione e monitoraggio, promuovendo allo stesso tempo anche nuove forme di presa in carico che tengano conto anche delle condizioni sociali, economiche e culturali deprivate che creano maggiore difficoltà nell'usufruire dei servizi e a rispettare l'aderenza terapeutica da parte del paziente.

La Legge 115, fin dal 1987¹, ha definito il diabete una patologia "di alto interesse sociale", individuando tra gli obiettivi fondamentali da realizzare non

solo quelli a carattere Clinico-Organizzativo, bensì anche obiettivi di ordine Socio-Assistenziale quali l'inserimento delle persone con diabete nella scuola, nel lavoro, nello sport, il miglioramento dell'educazione sanitaria e della conoscenza tra la popolazione.

Nel Piano Nazionale Diabete², 10 anni or sono, venivano definiti, tra gli obiettivi, anche quelli di favorire il lavoro della Community nell'effettuare interventi coordinati, in sinergia di intenti e di azione con le attività delle Istituzioni, al fine di dare continuità assistenziale e sviluppare programmi in grado di fornire una risposta ai bisogni clinici e socio-assistenziali delle persone con diabete.

Per quanto riguarda l'interazione del sanitario con i servizi sociali, in alcune Regioni parte delle funzioni sono delegate dai Sindaci alla ASL competente, in altre, invece, sono svolte direttamente dai Comuni.

Questa diversità si ripercuote nell'interconnessione delle responsabilità e dello svolgimento delle attività socio-sanitarie, in quanto, laddove l'aspetto sanitario e quello sociale afferiscono ad Enti diversi, è più difficile disporre della forza lavoro nel momento giusto al posto giusto.

02

LA RETE

Tenendo presente che lo sviluppo dell'integrazione socio sanitaria conta non solo della complessità della patologia, ma anche della necessaria trasversalità degli interventi tra strutture che spesso hanno una diversa vocazione istituzionale e quindi diverse modalità di funzionamento, la presenza di molteplicità di relazioni contrattuali, la scarsa propensione alla multidisciplinarietà e intersettorialità, la scarsa propensione a delegare ad altri professionisti sanitari non medici (infermieri, psicologi, dietista ecc.), il punto di partenza per migliorare la qualità di vita del paziente è la costruzione di una rete intorno al paziente quale elemento essenziale su cui poggiare tutto il sistema di cure integrate che tenga conto di alcune peculiarità dell'assistenza diabetologica.

È opportuno ricordare come la trattazione più organica relativa alle "Reti" si riscontra nell'art. 8 del D.M. N° 70/2015³ (regolamento recante definizione degli standard qualitativi, tecnologici, strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) che definisce un modello organizzativo in grado di assicurare la presa in carico della persona con patologia, individuando le interfacce esistenti tra strutture, professionisti e servizi di tipologia, a livelli diversi, che erogano interventi sanitari e sociosanitari nel rispetto della migliore appropriatezza clinica e organizzativa e nella definizione di strumenti che rafforzino l'impegno degli interventi sanitari e sociosanitari, per implementare la continuità assistenziale.

Tali reti sono create in generale sulla base di una visione che parte dall'organizzazione ospedaliera e sono co-

struite in rapporto a patologie, aree specialistiche specifiche e approcci terapeutici, presentando la configurazione basata su un modello "Hub-Spoke" che gerarchizza i livelli funzionali e le competenze.

Per la persona con diabete, tenendo conto anche delle criticità vissute durante la pandemia Covid da operatori e pazienti, si è evidenziata l'esigenza di superare lo "scollamento" fra i vari servizi che devono fornire risposte ai bisogni assistenziali delle persone più "fragili". Se è vero che in alcune tipologie di casi ad alta intensità di cura la gestione della persona con diabete richiede una presa in carico del paziente, talvolta limitata nel tempo, da parte di Strutture Hub di Disciplina e che in una dimensione clinico-organizzativa a Rete, le Strutture Spoke di Endocrinologia e Diabetologia garantiscono la presa in carico continuativa delle Persone con diabete, in gestione integrata con i MMG, la restante attività di assistenza socio-sanitaria diabetologica (il cui fondamento è la relazione medico/paziente, con la centralità di quest'ultimo) necessita della garanzia di continuità della cura vicino alla residenza o perlomeno all'interno dell'ASL il mancato collegamento con i servizi sociali spesso è alla base delle

Tali reti sono create in generale sulla base di una visione che parte dall'organizzazione ospedaliera e sono costruite in rapporto a patologie, aree specialistiche specifiche e approcci terapeutici, presentando la configurazione basata su un modello "Hub-Spoke" che gerarchizza i livelli funzionali e le competenze.

criticità quando nei confronti dei malati con diabete, in particolare fragili, non si riesce a rispondere ai bisogni assistenziali di persone, per lo più anziane, polipatologiche, ma anche con problematiche sociali, spesso sole, indigenti e non autonome.

Per compiere quest'ulteriore allargamento di prospettiva, è necessario adottare un modello a Rete interdisciplinare ed intersettoriale che veda l'adozione, tramite la formazione comune, della sperimentazione sul campo e della verifica dei risultati perseguiti, di una Comunità di Pratica⁴ tra Regioni, Aziende Sanitarie, Comuni, Associazioni Pazienti, Famiglie con Caregiver, Società Scientifiche, Istituzioni e stakeholder in genere. Questa modalità formativa fa nascere, tramite un processo di apprendimento reciproco di nuove conoscenze, nuove competenze e nuove consapevolezze, il senso di appartenenza ad un modello di presa in carico e l'approdo ad una dimensione organizzativa che consenta di superare, in Rete, l'approccio "a silos". Tale approccio, nella comune prassi, separa tutt'oggi la dimensione clinico-organizzativa da quella socio-assistenziale, ponendo la necessità di uscire fuori dalla retorica del "paziente al centro" e tenere costantemente ed evolutivamente conto del suo progetto personalizzato di vita, tanto negli aspetti clinici quanto sociali.

Questo sviluppo è coerente con le linee programmatiche definite dai DM 70 e DM 77, nella consapevolezza che il modello di cure centrato sulla persona debba evolvere verso un sistema di welfare dinamico e capace di integrare la rete dell'emergenza-urgenza, la rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali sanitari e sociali.

03

LA COSTRUZIONE DI UNA RETE

Un esempio di un modello che risponda ai bisogni della persona con diabete può essere identificato nella rete clinica-assistenziale sociosanitaria detta "ad arcipelago"⁶, la cui attivazione dipende, più frequentemente, dall'azione progettuale che verrà introdotta dalle istituzioni locali – sanitarie e comunali. Di questa rete fanno parte i suoi "nodi" che assicurano la "presa in carico" dei pazienti, ma anche i servizi che, nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico, adeguato alle condizioni cliniche del paziente, erogano prestazioni per ciascuno di essi. Possiamo considerare nei primi "l'ospedale, le strutture endocrino-diabetologiche, gli ospedali di comunità, le

case della salute, le residenzialità sanitarie, sociosanitarie e sociali, le semi residenzialità sociosanitarie e sociali, i diversi tipi di domiciliarità (in particolare, l'ADI) e i "servizi sociali comunali". Nei secondi sono da considerare ad esempio gli ambulatori del territorio, i consultori, gli ambulatori a gestione infermieristica, ecc. L'articolazione fra i nodi si realizza soprattutto attraverso una relazione di tipo funzionale che si può affiancare ad un'articolazione di tipo gerarchico, in risposta al tipo di assistenza che i servizi possono assicurare, tenendo conto delle varie necessità del paziente espresse dalla patologia e dall'evoluzione della sua condizione. In questo modello le varie tipologie di servizio si organiz-

zano in maniera contigua e complementare in modo da creare un tessuto di supporto al funzionamento della rete mentre i nodi rappresentano una risposta specifica nell'ambito di una linea assistenziale che va dalla condizione acuta, subacuta alla cronicità, dall'impegno specialistico sanitario all'assistenza di tutela sociosanitaria e sociale.

Di questa rete fanno parte i suoi "nodi" che assicurano la "presa in carico" dei pazienti, ma anche i servizi che, nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico, adeguato alle condizioni cliniche del paziente, erogano prestazioni per ciascuno di essi.

04

ELEMENTI ESSENZIALI DELLA RETE

Così strutturata la modellistica della rete prevede alcuni elementi essenziali di seguito riportati:

- I nodi essenziali sono rappresentati dai medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti endocrinologi e diabetologi e altri specialisti, le strutture endocrino-diabetologiche; le case della salute, le strutture intermedie, le RSA e le strutture semiresidenziali, il domicilio, gli operatori sociosanitari e sociali.

- le connessioni sono rappresentate dalla comunicazione, dall'informazione, dai PDTA, dalla formazione.

Altro elemento fondamentale che influenza la qualità dell'assistenza è:

- l'organizzazione che fa capo alle AFT, alle UCCP, alle Case della salute, alle strutture endocrino-diabetologiche, alla Medicina di iniziativa, all'audit, ai Comuni.

- I **nodi** (Mmg, pls, gli endocrinologi e i diabetologi, altri specialisti, le strutture endocrino-diabetologiche, le Case della salute, le strutture intermedie, le RSA e le strutture semiresidenziali, ecc).
- Le **connessioni** (comunicazione, informazione, PDTA, formazione ecc).
- L'**organizzazione** (AFT, UCCP, Case della salute, strutture endocrino-diabetologiche, Medicina di iniziativa, audit, ecc.).

05

IL PROGETTO

Muovendo da queste sollecitazioni nasce il progetto "Rete Clinica assistenziale sociosanitaria Diabetologica", un progetto innovativo per rispondere alle esigenze delle persone con diabete che ha l'obiettivo di definire e applicare un Modello di rete clinica assistenziale sociosanitaria, sperimentandolo in alcune regioni italiane, che tenga conto della realtà regionale mediante un'analisi del contesto e la mappatura del percorso esistente. Tale analisi deve avvenire non solo attraverso l'analisi dei "bisogni" in relazione ai dati epidemiologici ed alla domanda di salute, ma anche alla ricognizione "dell'offerta", affidando al gruppo progettuale nazionale la competenza e la gestione della fase di progettazione strategica, della comunicazione, della formazione e della ricerca. Il Progetto, al fine di superare le difficoltà ancora esistenti per una piena integrazione sociosanitaria prevede inoltre la definizione e l'applicazione di un monitoraggio finalizzato alla misurazione degli esiti intermedi e finali, intendendo affrontare anche il tema dell'appropriatezza (clinica, organizzativa ed amministrativa) e della sostenibilità sociale, ambientale ed economica, con particolare riferimento ai costi diretti ed indiretti relativi alla gestione e alla qualità dell'assistenza sociosanitaria erogata.

Inoltre, vuole verificare, secondo il concetto di *Value Based Healthcare*⁷, l'efficienza, la fattibilità, la sostenibilità del modello ed indicare eventuali aree di miglioramento sulle quali poter intervenire. È necessario quindi, a livello locale, avere nozione delle "forze in campo" relativamente alle risorse logistiche, tecnologiche ed alle risorse umane operative sul percorso attuale del paziente, cioè conoscere i luoghi organizzativi a livello regionale, aziendale, distrettuale (situazione urbanistica, strutture sanitarie e/o socio-sanitarie, barriere architettoniche,

attrezzature, strumentazione, distanze, mezzi di trasporto, ecc), definendo quindi la "mappa degli episodi" in alcune regioni italiane.

Il progetto ha le caratteristiche di uno Studio di *Outcome Research*⁸ e risponde infatti all'obiettivo prioritario di evidenziare ciò che funziona o che non funziona nel campo dell'assistenza sociosanitaria.

Tipicamente gli studi di outcome research si focalizzano sui risultati ottenuti dai pazienti in termini di sintomi, disabilità, e sopravvivenza. Il termine si applica generalmente a studi di efficacia degli approcci terapeutici nella pratica clinica usuale (effectiveness), differenziandosi dagli studi di efficacia teorica (efficacy) dove l'interesse si focalizza sull'efficacia di un trattamento in condizioni sperimentali.

Il progetto ha le caratteristiche di uno Studio di Outcome Research e risponde infatti all'obiettivo prioritario di evidenziare ciò che funziona o che non funziona nel campo dell'assistenza sociosanitaria.

Poiché le problematiche connesse alla traslazione dei risultati delle ricerche e delle evidenze scientifiche nella pratica clinica, alle differenze negli atteggiamenti e nelle convinzioni dei Medici e degli Operatori Sanitari, nonché agli aspetti strutturali e organizzativi, rendono l'assistenza sanitaria estremamente eterogenea, questa mancanza di uniformità nella pratica medica ha stimolato l'adozione di Studi di Outcome Research per approfondire la relazione tra l'uso dei servizi clinico-assistenziali ed i loro risultati finali. Si tratta quindi di uno strumento importante per aiutare i pazienti, i professionisti e le istituzioni a prendere decisioni valide, basate su una conoscenza più approfondita di come le diverse scelte influenzino la qualità dell'assistenza.

Utilizzando un'ampia gamma di misure di risultato, questa metodologia di studio consente di valutare l'efficacia di strategie sanitarie complesse dai diversi punti di osservazione di tutti gli stakeholder, conciliando le loro esigenze. Come dimostrato fin dai primi anni 2000 dallo Studio di Outcome Research QuED9 (Qualità della cura ed Esiti nel Diabete di tipo 2), il diabete mellito si presta particolarmente a questo tipo di studio, per la complessità della sua gestione, il coinvolgimento di molteplici figure professionali e la necessità di un'attiva partecipazione del paziente per l'ottenimento degli obiettivi terapeutici prefissati. Da qui l'esigenza di studi valutativi che siano in grado di esaminare con metodi adeguati i complessi problemi di gestione che tengano in dovuta considerazione i ruoli dei diversi attori. Con il progetto di Rete Clinica Assistenziale Diabetologica si intende allargarne la prospettiva, declinandola in ambito di assistenza sociosanitaria, realizzando con questo uno Studio di Outcome Research sociosanitario e proponendo una formazione specifica basata sulla metodologia della Comunità di Pratica ed applicando tecnologie e modelli innovativi sociosanitari. L'Obiettivo generale dello Studio di *Outcome Research* è sperimentare sul campo un modello strutturato di assistenza sociosanitaria diabetologica, con valutazione degli esiti degli interventi di Rete Socio-Sanitari contro standard care. Gli Obiettivi specifici dello Studio di *Outcome Research* sociosanitaria sono di seguito riportati:

1. valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (*efficacy*) e dell'efficacia "operativa" (*effectiveness*) degli interventi sociosanitari diabetologici;
2. valutazione della differenza tra l'efficacia del modello e della tecnologia innovativa socio-sanitaria, stimata in condizioni sperimentali, rispetto a quella osservata nel real world, rap-

presentato dall'attuale organizzazione dei servizi, in risposta ai bisogni delle persone con diabete;

3. valutazione comparativa tra soggetti erogatori e tra figure professionali coinvolte nel processo assistenziale sociosanitario, stimata in condizioni sperimentali, rispetto a quella osservata nel real world;

4. valutazione comparativa tra gruppi di popolazione (i.e. per livello socioeconomico, residenza in aree metropolitane contro rurali, accessibilità ai servizi socioassistenziali), stimata in condizioni sperimentali, rispetto a quella osservata nel real world;

5. monitoraggio dei livelli di assistenza sociosanitaria;

6. individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano gli esiti;

7. auditing interno ed esterno;

I risultati dello Studio di *Outcome Research* saranno oggetto di pubblicazione scientifica.

In particolare, il progetto nazionale, contestualizzato poi nel nuovo progetto regionale, definisce la rete attraverso:

- L'identificazione dei principali nodi per il "passaggio" dalle reti clinico-assistenziali alla progettazione, sviluppo e sostegno di attività territoriali clinico-assistenziali in integrazione con la componente sociosanitaria;
- L'identificazione dei nodi maggiormente "affrontabili" dalle singole Regioni;
- La descrizione "AS IS" dei nodi identificati per costruire **insieme il to be** per ciascun nodo;
- L'individuazione degli indicatori;
- La formazione-attraverso la metodologia della **comunità di pratica**;
- La sperimentazione sul campo;
- La verifica degli esiti;
- La pubblicazione del report finale regionale, aziendale, per piani di zona o altro e relativa presentazione (a livello locale, regionale, nazionale).

Il Progetto tiene conto degli atti di programmazione e delle norme che pongono come elemento fondamentale di raccordo le reti assistenziali sociosanitarie, e cioè:

- Legge 115 /87 e atto di intesa del 91;
- D.Lg.vo 229/99;
- Legge 328 del 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Piano diabete 2012;
- PNC del 2016;
- Linee guida per la revisione delle reti cliniche-reti cliniche tempo dipendenti;
- Documento sul nuovo sistema di garanzia;
- Dm 70;
- DM 77;
- Delibere regionali;
- PNRR;

Il Piano diabete² del 2012 infatti, oltre agli aspetti clinici e organizzativi, ha come mission quella di centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute del cittadino tenendo conto delle differenze sociali, culturali, demografiche, geografiche ed etniche, al fine di ridurre le disuguaglianze, che sono uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute e nel condizionare l'accesso a sistemi efficaci di prevenzione e cura delle malattie. Il Piano poi affida ai Comuni e alle Associazioni di volontariato un ruolo molto forte sia in ambito sanitario che sociale, e prevede di passare da modelli tradizionali con ruoli tendenzialmente "isolati" degli attori assistenziali a modelli basati su una logica di reale integrazione di sistema, imponendo un approccio e una gestione interdisciplinare che necessita

di un sistema in grado di integrare gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera e i servizi sociali. Il Piano della Cronicità del 2016 (PNC) rinforza il valore dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali PDTA quale strumento di connessione, allargandolo anche alla fase esistenziale (PDTAE), in modo da garantire l'effettiva presa in carico dei bisogni e la costruzione di una relazione empatica tra il gruppo assistenziale, il paziente, la famiglia e i caregiver o declinandolo, come proposto in alcune Regioni, con Percorsi Sanitari Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PSDTA), con un approccio integrato alla gestione della salute che comprende la fase diagnostica, la fase terapeutica e quella assistenziale di un paziente in modo coordinato e multidisciplinare. Infatti, il PNC da evidenza a contributi e responsabilità nel considerare non solo la "storia naturale" della malattia, e quindi la storia clinica, ma anche le altre variabili, individuali e sociali, che fanno parte di un ulteriore specifico approfondimento sul singolo "paziente-persona", che include tutti gli aspetti in grado di incidere, negativamente o positivamente, nella "storia personale" di ogni individuo con la propria condizione.

Pertanto, davanti alla necessità non solo di individuare le criticità, ma anche di capire come favorire sempre più l'integrazione sociosanitaria, si può rispondere che questa richiede innanzi tutto uno sforzo globale e la messa in campo di una serie di azioni finalizzate a migliorare le condizioni quotidiane di vita. In particolare il Piano della cronicità, rafforzando i contenuti del Piano diabete, ha cercato di superare la frattura esistente fra vari settori sanità, istruzione, lavoro, urbanistica e ambiente, consolidando il consenso sul principio che la sfida al diabete (esempio paradigmatico di malattia cronica) è una "sfida di siste-

ma", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire un'effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita.

Il PNRR¹¹ con la missione 6 è finalizzato a "potenziare e riorientare il SSN verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza sociosanitaria e a superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali garantendo omogeneità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e con il secondo cluster riguardante "l'innovazione dell'assistenza sanitaria" la quale mira all'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN.

Inoltre, enfatizza il concetto di "progetto di salute", quale strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche, socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Esso si attiva all'accesso della persona al SSN, traccia, orienta e supporta la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting, rende accessibili i diversi (PAI) e i Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso le centrali operative territoriali (COT) ed i sistemi di e-health. Inoltre, organizza le informazioni per il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito.

Anche se il recepimento degli Atti di Indirizzo Nazionali e Regionali e le consolidate e formalizzate esperienze di gestione integrata¹² tra Reti di Disciplina Endocrino-Diabetologica, MMG, PLS e altri specialisti coinvolti nel processo di assistenza clinica alle persone con diabete, hanno migliora-

to la qualità delle cure, secondo criteri di efficacia, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità, valorizzando l'utilizzo di linee guida nazionali ed internazionali, l'adozione di protocolli condivisi e di PDTA Regionali, molto deve ancora essere fatto per "passare" da Reti Clinico-Organizzative a Reti Organizzate Clinico-Socio Assistenziali, per la progettazione e lo sviluppo delle quali è necessario "fare un passo oltre" e collocarsi nella dimensione della Community Care, al fine di cogliere appropriatamente e dare una risposta "proattiva" ai bisogni Socio Assistenziali. Infatti, il Progetto affronta il tema secondo il concetto condiviso di "community care" e del coinvolgimento attivo di ogni attore, raccontando di un modello di rete multidisciplinare e intersettoriale che sviluppa rapporti tra comune, aziende sanitarie, pazienti, famiglie, caregiver, mondo scientifico, associazioni, istituzioni pubbliche e private e società scientifiche. Inoltre, il progetto intende promuovere anche un'evoluzione verso la "Value Based Healthcare", vale a dire verso un'assistenza efficace ma sostenibile sia in termini economici (in grado di conciliare l'aumento dei costi associato all'innovazione con la necessità delle cure) sia in termini di valori individuali e sociali (in grado di conciliare le linee guida di evidence-based medicine con gli effettivi bisogni).

- Community care e coinvolgimento attivo di ogni attore;
- Rete multidisciplinare e intersettoriale tra i soggetti coinvolti a più livelli;
- Modello di *Value-based Healthcare* per un'assistenza efficace e sostenibile.

Gli obiettivi specifici sono rivolti poi all'individuazione di strumenti diversi in grado di favorire:

- La comunicazione tra i diversi settori;
- L'adozione di protocolli comuni e condivisi;
- L'istituzione di tavoli di lavoro, la formazione inter-settoriale;
- L'attuazione di Campagne di informazione;
- L'implementazione di protocolli condivisi tra le parti (ASL, Comuni, Società scientifiche, Sindacati, Associazioni di categoria).

I due macro-obiettivi che il progetto si pone riguardano dunque:

- 1)** il potenziamento dell'obiettivo generale e strategico della "salute in tutte le politiche";
- 2)** il potenziamento degli interventi al fine di agire sui determinanti sociali, economici, ambientali e comportamentali della salute, anche a livello complessivo.

Nell'organizzazione a rete, con un cambio di paradigma che prevede lo spostamento del baricentro dall'azione di governo sanitario sugli interventi che favoriscono l'integrazione dell'offerta sociosanitaria devono essere individuati, condivisi e definiti alcuni elementi quali:

- la governance e le regole di funzionamento con la strutturazione della rete considerando le varie fasi;
- i criteri di individuazione

degli operatori e della loro qualificazione, crescita e integrazione professionale attraverso una formazione specifica e l'adozione di strumenti per garantire un'elasticità dei ruoli professionali;

- i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e riabilitativi e il loro aggiornamento in base alle evidenze scientifiche

compresa l'eventuale integrazione di attività tra le varie strutture, e tra i professionisti e con l'area del sociale;

- i percorsi che assicurano l'accesso all'innovazione tecnologica, alla promozione della ricerca e le modalità di coinvolgimento delle persone e delle famiglie e delle associazioni anche in tema di co-pro-

grammazione e co-progettazione nel rispetto dell'appropriatezza e dei requisiti di qualità e sicurezza dei processi;

- i percorsi che assicurano ai pazienti la presa in carico secondo i principi dell'assistenza di prossimità e ai professionisti l'elasticità nell'adempimento delle proprie funzioni;
- Il sistema di monitoraggio.

06

LE FASI DELLA STRUTTURAZIONE DELLA RETE

Le fasi in cui può essere suddivisa la strutturazione della Rete sono:

FASE COSTITUTIVA

La numerosità dei "nodi" che compongono la "Rete" dipende in misura determinante dalla varietà delle tipologie di servizio presenti sul territorio di riferimento.

Pertanto, è problematica una standardizzazione "tipo", definibile in sede regionale, ma occorre tenere presente la mappatura territoriale, e quindi procedere a una contestualizzazione a livello locale attraverso una accurata fase progettuale.

Risulta poi evidente come le Reti non possano sorgere spontaneamente e necessitino soprattutto di strumenti che facilitino:

- La comunicazione tra le strutture e i professionisti
- il coordinamento del processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli
- l'identificazione delle risorse appropriate.

IL DIMENSIONAMENTO

Occorre quindi individuare in primis i Nodi che devono entrare all'interno del perimetro che delimita la Rete,

considerando la ricchezza dell'"offerta" esistente, ma anche configurando eventuali carenze a cui si intenda porre rimedio.

Quindi definito l'asset tipologico dei servizi, si pone immediatamente la necessità di predeterminare il target elettivo di utenza afferente a ciascun nodo. Questa prospettazione può derivare dalle informazioni ricavabili da una duplice fonte:

- Disposizioni regionali formalizzate in atti e/o documenti;
- Dati forniti da un'osservazione epidemiologica del territorio che sia capace di quantificare la consistenza del "target" elettivo di

popolazione afferente ad ogni "Nodo".

Da questa conoscenza del bisogno, filtrato attraverso l'appropriatezza, si può ricavare programmaticamente la stima della consistenza della corrispondente "offerta" assistenziale e, successivamente, stimare la dimensione quantitativa dell'"offerta" che le strutture erogative operanti in ciascun Nodo devono assicurare.

DEFINIZIONE STANDARD ASSISTENZIALI

È necessario quindi stabilire quali siano gli standard assistenziali, intendendo con essi quali e quante prestazioni debbano essere assicurate all'utenza target di ogni Nodo da parte delle diverse figure professionali – sanitarie, sociosanitarie e sociali – operanti in ciascuna tipologia di servizio.

Anche tali "standard" possono essere il frutto di provvedimenti e disposizioni nazionali e/o regionali oppure essere frutto di una specifica programmazione locale.

In rapporto alla numerosità di pazienti assistiti, si stima quindi il fabbisogno di risorse umane proprio di ogni sede erogativa di ciascun "Nodo".

Pertanto, una volta definita la consistenza dimensionale dei servizi di Rete e i corrispondenti standard assistenziali sarà possibile conoscere quanto personale, quanti beni e quanti servizi, all'interno di ogni nodo, risultino adeguati per fornire un'assistenza di qualità e dare una valorizzazione in termini di costi.

LA FASE DEL FUNZIONAMENTO

Dopo la valutazione e la ponderazione quantitativa, nel processo di sviluppo della progettazione e pianificazione, farà seguito la definizione delle regole che sono alla base delle modalità del loro funzionamento per definire i crit-

eri di accesso alla "Rete" e le dinamiche di collegamento e di cooperazione da instaurarsi fra i diversi Nodi:

1) I criteri per l'accesso

Un ruolo importante nell'orientare il paziente con diabete in situazione di fragilità verso la soluzione assistenziale, considerate le sue condizioni – il suo stato di salute oltre che il livello di non autonomia e di "pauperismo" sociale, – può ricoprirlo l'Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) che si compone, in genere, di un nucleo stabile di figure professionali (geriatra, infermiere, assistente sociale) a cui possono aggiungersene altre, a fronte di situazioni particolari (ad es, fisiatra, psichiatra).

La valutazione si realizza mediante l'applicazione di "scale" che appartengono ad uno specifico "assessment" multimodale e che consente di vagliare: il quadro clinico del paziente, la sua capacità di svolgere le funzioni della vita quotidiana, il livello di funzionalità cognitiva, la condizione del nucleo familiare e del contesto abitativo di riferimento, ecc...

2) Le dinamiche collaborative all'interno della Rete

Ogni qual volta le condizioni di salute del paziente e i relativi bisogni variano, collocandolo all'interno di un nuovo "target elettivo", bisogna mettere in atto una modalità di relazione che regoli i trasferimenti da un nodo all'altro per assicurare una continuità assistenziale. Ciò comporta la necessità che le indicazioni che definiscono il passaggio da un nodo all'altro vengano programmate, progettate, condivise e formalizzate, individuando quali siano gli operatori coinvolti, con quali modalità vengono utilizzati i supporti informativi, qual è la tempistica, come coinvolgere i pazienti e le famiglie, ecc.



07

LA GESTIONE DELLA RETE

Nella costruzione e organizzazione della rete sociosanitaria a livello locale (rete regionale, rete aziendale, rete di area di zona, ecc) sia per la corretta esecuzione delle numerose "fasi" che scandiscono il processo costitutivo della Rete, sia per garantire un adeguato e corretto funzionamento, si deve tenere presente che già il D.Lg. vo 229/9913 aveva indicato che per quanto riguarda non solo la programmazione, ma anche la gestione dei servizi e delle attività sociosanitarie, ciò deve avvenire attraverso accordi sanciti dal "Comitato di Distretto" (micro-assemblee dei Sindaci dei Comuni afferenti ad ogni territorio distrettuale) di concerto con il Direttore di Distretto (e, per suo tramite, con il Direttore Generale di ASL).

Nella gestione della Rete va considerata fondamentale la strutturazione di un Sistema Informativo opportunamente informatizzato, utile anche per facilitare l'applicazione delle dinamiche operative all'interno della Rete. Varie sono le tipologie che a livello locale si possono mettere in campo, tra le quali, ad esempio, l'utilizzo di una scheda web individuale che raccoglie

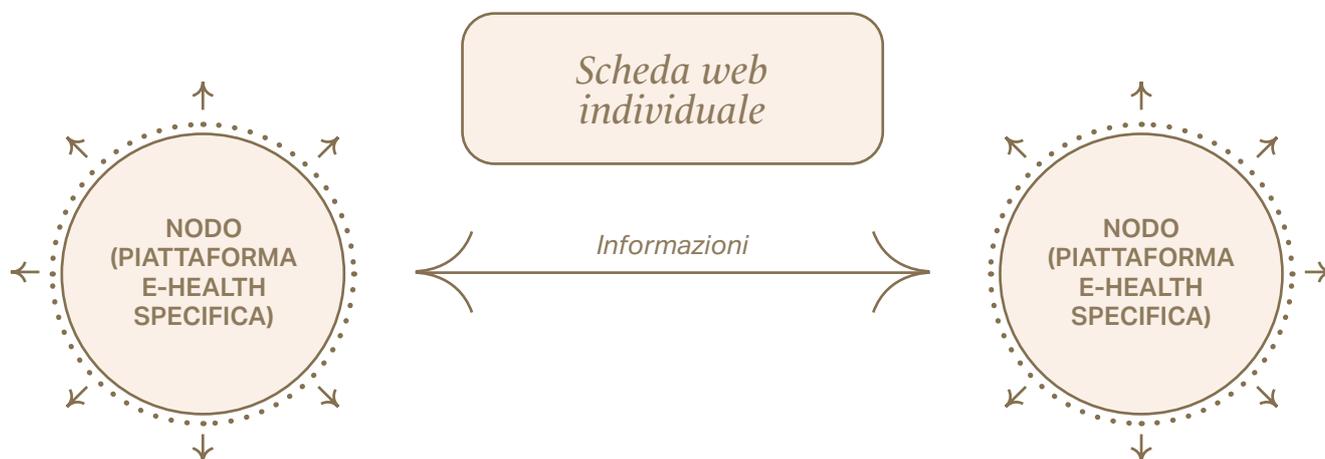
i dati relativi all'anamnesi e i dati clinici, e dei determinanti socio ambientali, quando possibile, e li trasferisce da un nodo all'altro, in un continuo aggiornamento in base ai cambiamenti delle condizioni del paziente.

Si può prevedere in progress la costituzione di una piattaforma tecnologica quale parte di un'infrastruttura più ampia regionale, oppure, individuare e rendere operativa una soluzione E-Health specifica, che sia utilizzabile da tutte le sedi di ogni "Nodo" dei servizi. Ciò consentirebbe anche di superare la non interoperabilità e facilitare la possibilità di dialogo fra le strutture esistenti, nonché di essere di supporto alle attività programmatiche/progettuali e alla contabilità economica per ogni centro di responsabilità. Risulta fondamentale inoltre organizzare a favore di tutti gli operatori dei Servizi di ciascun "Nodo" momenti informativi e formativi:

- **informativi**, sulla conoscenza degli elementi che connotano i servizi forniti nell'ambito del "nodo" e la corrispondente popolazione target;
- **formativi**, riguardanti in partico-

lare le caratteristiche dei diversi "setting" clinico-assistenziali, il percorso di accesso ai vari servizi, gli strumenti e le modalità che favoriscono il passaggio da un nodo all'altro, la conoscenza e l'addestramento sulle caratteristiche della strumentazione tecnologica informatica sia delle differenti figure (professionali e non) sia del paziente e del suo Caregiver, l'acquisizione delle conoscenze finalizzate all'"umanizzazione" dei percorsi e al rafforzamento dell'empatia nei confronti delle famiglie e delle associazioni del volontariato.

Inoltre, è fondamentale il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia. Per cui, per ottenere un buon grado di "empowerment", è necessario che le informazioni fornite alla persona e a tutti i componenti del suo contesto (familiari, caregiver), da ogni figura professionale coinvolta nel processo di cura, siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e costantemente ripetute e rinforzate.



08

CRITERI DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DA PARTE DELLA REALTÀ LOCALE

Per partecipare al progetto a livello locale le regioni/usl/distretto/ecc, devono rispondere ai suddetti criteri:

- essere dotati di un **sistema informativo** su supporto informatico che permetta la condivisione delle informazioni cliniche e socio-sanitarie e di imaging, tenendo conto che la comunicazione è l'asse fondante della gestione integrata e delle reti assistenziali, elemento indispensabile tra i diversi operatori, tra i vari servizi, tra i differenti livelli (territorio/ospedale), nonché fattore centrale del rapporto di fiducia del paziente e del suo processo di empowerment. Le nuove tecnologie disponibili (comunicazione audiovisiva, telemedicina, etc.), sembrano poter contribuire a facilitare la comunicazione e a migliorare l'assistenza negli aspetti relativi all'efficacia e all'efficienza. Di indubbia importanza, in un tale disegno sono:

a) l'utilizzo di sistemi informativi "esperti" in grado di monitorare i percorsi diagnostico-terapeutici e di migliorare l'appropriatezza assistenziale (attraverso un'attività di audit integra-

to basata su indicatori di processo ed esito);

b) il potenziamento e l'utilizzo di strumenti di comunicazione e di scambio informativo.

- avere introdotto **prestazioni innovative** e pacchetti di prestazioni anche orientate ad assicurare la continuità assistenziale considerando che, quando parliamo d'innovazione è necessario sempre considerare assieme all'appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche anche gli aspetti organizzativi. Pertanto, è indispensabile che l'organizzazione locale regionale, aziendale e distrettuale si attivi per assicurare ai professionisti il diritto/dovere all'informazione scientifica e alla formazione perchè al corretto utilizzo della tecnologia si deve sempre affiancare un corretto apprendimento sia dell'operatore sia del paziente, e un appropriato utilizzo delle competenze;
- avere reso operativo un servizio di **telemedicina** quale strumento di consulto, registrazione, trasmissione a distanza di parametri e/o immagini diagnostiche e

archiviazione dello stesso. Nella costruzione della rete va tenuto conto che "il successo futuro della telemedicina dipende, oltre che dalle caratteristiche della strumentazione tecnologica e dai finanziamenti specifici, anche dal contesto organizzativo e operativo e dalla formazione e addestramento sia del personale che del paziente, nonché del caregiver;

- avere predisposto uno specifico PDTA/PSDTA che permetta di assicurare la presa in carico del paziente nelle varie fasi della malattia e negli specifici setting assistenziali sull'intero territorio regionale/aziendale/distrettuale, tenendo conto che è necessario utilizzare modelli di PDTA che non siano generiche Linee Guida cliniche o organizzative, ma costruiti sulla base delle strategie definite da parte delle Direzioni Regionali e Aziendali, della costruzione di team integrati e della condivisione di "PDTA snelli", con analisi di dati locali, l'individuazione dei risultati attesi, le relative responsabilità e gli indicatori per misurare gli esiti e non solo le prestazioni erogate.

CRITERI DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DA PARTE DELLA REALTÀ LOCALE

- essere dotati di un SISTEMA informativo su supporto **informatico**;
- avere introdotto **prestazioni innovative** e pacchetti di prestazioni anche orientate ad assicurare la continuità assistenziale;
- avere reso operativo un servizio di **telemedicina**;
- avere predisposto uno specifico PDTA/PSDTA.

09

SISTEMA DI MONITORAGGIO METODOLOGIA DI LAVORO

SISTEMA DI MONITORAGGIO

Il Monitoraggio del Modello di rete è finalizzato alla misurazione degli esiti intermedi e finali e, utilizzando indicatori di processo, di esito, del rapporto processo-esito.

E per misurare la tempistica, e l'umanizzazione, ecc. si vuole affrontare anche il tema dei costi diretti e indiretti relativi alla gestione e alla qualità di assistenza, prevedendo la valutazione del raggiungimento degli obiettivi in base agli indicatori definiti, al fine di evidenziare best practice ma anche eventuali e potenziali criticità.

In questo caso tale percorso permetterà di introdurre in modo tempestivo adeguate misure correttive alle attivi-

tà programmate rispetto agli obiettivi prefissati, anche tramite una revisione degli indicatori individuati.

METODOLOGIA DI LAVORO

Sulla base di queste considerazioni si propone la seguente strutturazione a livello nazionale dello studio:

- costituzione di un comitato scientifico a livello nazionale formato da esperti, da rappresentanti delle Società scientifiche, delle associazioni di pazienti, dell'Università, dell'Ancisanità, ecc. che sarà coinvolto affinché possa dare quel contributo d'esperienza ed autorevolezza ne-

cessario per il successo dell'iniziativa;

- un team progettuale nazionale costituito dalla dott.ssa Paola Pisanti, autore del progetto e dell'articolo, in qualità di coordinatore e, il dott. Luigi Gentile, coautore del progetto e dell'articolo, in qualità di Vicecoordinatore;
- una società di ricerche di mercato e analisi dati individuata in BHAVE;
- una società di comunicazione Individuata in Altis;
- una società di formazione individuata in Altis;
- una segreteria organizzativa.

10

REALTÀ LOCALE E CONTESTUALIZZAZIONE DEL PROGETTO NAZIONALE

Tenendo conto della conoscenza dei luoghi organizzativi a livello regionale, aziendale, distrettuale (situazione urbanistica, strutture sanitarie e/o socio-sanitarie, barriere architettoniche, attrezzature, strumentazione, distanze, mezzi di trasporto, ecc) si procederà a condividere la proposta progettuale, definita a livello nazionale, con i rappresentanti delle regioni

coinvolte e contestualizzare il progetto nella realtà locale, definendo la road map e condividendo la seguente struttura organizzativa locale che dovrà prevedere la presenza di:

- Un Coordinatore del progetto identificato nella persona della Dott.ssa Paola Pisanti che è anche l'autrice del progetto, e un Vi-

cecoordinatore nella persona del Dott. Luigi Gentile, anche Coautore, che rappresentano il team progettuale nazionale;

- Un Comitato strategico (CS) a livello regionale - costituito dai rappresentanti della Regione, delle ASL di riferimento, del Comune, delle Società scientifiche, delle Associazioni di pazienti e

di esperti di modelli organizzativi, che dovrà definire il progetto e lo studio pilota secondo la realtà locale, facendo riferimento a tutte le esperienze che, in questi anni, si sono realizzate sul territorio regionale, identificando, anche in forme migliorative, soluzioni sempre più rispondenti alle specifiche realtà, ai bisogni

dei cittadini/pazienti e alle risorse di ogni territorio definendo gli indicatori per il monitoraggio che comprenderanno sia metriche tangibili (tempo, costi, persone, ecc), sia metriche intangibili (engagement, distress, coding, ecc). Ulteriori funzioni saranno determinate a livello locale.

- Un Comitato esecutivo, le cui

funzioni e modalità operative saranno determinate a livello locale, redigerà anche un report illustrando i risultati ottenuti dal monitoraggio allo scopo di indicare eventuali aree di miglioramento sulle quali potranno intervenire i redattori del processo.

11

FORMAZIONE

La metodologia di formazione a livello locale sarà quella della comunità di pratica⁴ che si struttura e si personalizza tenendo conto delle dinamiche di interazione, riassumibili in quattro fasi essenziali: la comunicazione, la condivisione, la collaborazione e la cooperazione; e deve vedere la partecipazione degli operatori sanitari, sociosanitari e amministrativi, quali:

MMG, PLS, Medici Specialisti Ospedale/Territorio, Fisiatri e Geriatri, personale delle ADI, responsabile della Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, delle comunità protette, referenti dei servizi di dimissioni ospedaliere, assistenti sociali e psicologi della Asl, farmacisti, personale dei servizi informatici, rappresentanti delle Associazioni dei malati, Diretto-

ri dei Distretti Sanitari e del Presidio Ospedaliero, Dirigenti delle strutture aziendali per gli ambiti della formazione, del controllo di gestione, referenti dei servizi degli enti locali (Comuni coinvolti), con i quali saranno definiti protocolli di collaborazione, ecc.



12

CONCLUSIONI

Nel panorama complessivo della tutela della Persona con diabete e nello specifico dell'attivazione di una rete clinica assistenziale sociosanitaria, così disegnata, tutti gli stakeholder pubblici e privati dovranno fronteggiare il cambiamento in una realtà caratterizzata dalla dimensione epidemiologica per progressivo aumento della patologia e dall'importanza della fragilità sociosanitaria.

Ciò renderà necessaria la ridefinizione dei modelli organizzativi per integrare le differenti attività erogate tra servizi sanitari e sociali in un'ottica di beneficio e sostenibilità economica, sociale e ambientale, per perseguire e raggiungere risultati efficaci ed efficienti in termini di cura, salute e qualità di vita delle persone con diabete e delle loro famiglie.

Pertanto, il nuovo approccio dovrà prevedere il superamento della visione dicotomica tra servizi sociali, di competenza degli Enti locali, e servizi sanitari, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, comportando sempre di più il modificarsi delle logiche di governance. In questo senso, il Progetto consente di costruire sinergie tra tutti i soggetti coinvolti nei servizi assistenziali e sanitari, generare conoscenza nel

campo della diabetologia e supportare le istituzioni nell'adozione di modelli organizzativi e strategie che permettano l'erogazione di un servizio integrato, basato sulla misurazione dei risultati di salute e benessere raggiunti in maniera efficace e sostenibile sia in termini economici sia in termini di valori individuali e di comunità.

Tutto ciò al fine di offrire un'assistenza ad elevato valore, condividendo i risultati ottenuti, e lanciando nuove sfide che facciano ripensare il rapporto tra assistito e territorio, al fine di renderlo più sinergico con i servizi attualmente offerti, e di garantire maggiore integrazione tra le Strutture e i professionisti. Pertanto il Progetto potrà rappresentare uno stimolo per quel riorientamento culturale che dovranno perseguire le istituzioni pubbliche e private, i centri specialistici, le cure primarie, le case della salute, gli ospedali di comunità, l'area infermieristica, la farmacia dei servizi, i Comuni, l'Associazionismo, il paziente stesso e la famiglia, tenendo conto di quanto indicato dal Piano diabete, dal PNC, dal PNRR e dal DM 77, che arricchisce le conoscenze, in particolare, dando una lettura metrica del territorio.

BIBLIOGRAFIA

01

Legge 16 marzo 1987, n° 115. Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito (GU Serie Generale n.71 del 26-03-1987). https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/carica-DettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1987-03-26&atto.codiceRedazionale=087U01115&elenco30giorni=false

02

Piano sulla malattia diabetica, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf

03

Decreto 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084) (GU Serie Generale n.127 del 04-06-2015). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg>

04

E. Wenger *Communities of practice: learning, meaning and identity*, Cambridge University Press, New York 1998; tr. it. *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Raffaello Cortina, Milano 2006

05

DM 77 del 2022 regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale

06

F. Foglietta, P. Pisanti. *Volume Covid e fragilità*. 2021

07

D. J. van Staalduinen, P. van den Bekerom, S. Groeneveld, M. Kidanemariam, A. M. Stiggelbout, M. Elske van den Akker-van Marle. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. *BMC Health Serv Res.*2022; 22:270.

08

P. H. Mitchell, S. Ferketich, B. M. Jennings. Quality Health Outcomes Model. *The Journal of Nursing Scholarship. American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care* 2007; 30, 43-46. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x>

09

M. Belfiglio,, G. De Berardis, M. Franciosi, D. Cavaliere, B. Di Nardo, S. Greenfield, S. H. Kaplan, F. Pellegrini, M. Sacco, G. Tognoni, M. Valentini, A. Nicolucci, V. Caimi, F. Capani, A. Corsi, R. Della Vedova, M. Massi Benedetti, C. Taboga, M. Tombesi, G. Vespasiani. The QuED Study Group-quality of care and outcomes in type 2 diabetes. The relationship between physicians' self-reported target fasting blood glucose levels and metabolic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24:423-9.

10

Il Piano Nazionale della Cronicità, 2016. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

11

Piano nazionale di ripresa e resilienza, 2021. Missione Salute. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=86902&parte=1%20&serie=null>.
<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>

12

A. Pizzini, L. Gentile, C.B. Giorda. Assistenza integrata alla persona con diabete tipo 2: pro e contro nell'analisi dell'esperienza piemontese. *Il Diabete* 2020; Vol. 32. <https://doi.org/10.30682/ildia2004c>

13

Decreto legislativo 229/99 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale". https://ape.agenas.it/documenti/Normativa/C_18_normativa_4_listafila_file_0_linkfile.pdf

Per ulteriori approfondimenti normativi si consiglia:

1.Linee guida per la revisione delle reti cliniche-reti cliniche tempo dipendenti. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1190_0_file.pdf

2.Legge 328 del 2000". Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".https://www.google.com/search?q=Legge+328+del+2000%22Legge+quadro+per+la+realizzazione+del+sistema+integrato+di+interventi+e+servizi+sociali%22&oq=Legge+328+del+2000%22Legge+quadro+per+la+realizzazione+del+sistema+integrato+di+interventi+e+servizi+sociali%22&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCDI3MjNqMGo3qAllsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8

3.Documento sul nuovo sistema di garanzia. <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

4.Delibere regionali

