

L'esperienza dell'applicazione di un modello d'assistenza integrata in Sardegna



M.F. Mulas, F. Mastinu

mariafranca.mulas@tiscali.it

Unità Operativa Complessa di Diabetologia e Malattie Metaboliche. Ospedale San Martino di Oristano

Parole chiave: Team, Rete, Coordinamento, Integrazione

Key words: Team, Network, Coordination, Integration

Il Giornale di AMD, 2013;16:182-187

Riassunto

L'articolo ha lo scopo di presentare come il team diabetologico dell'Azienda Sanitaria Locale di Oristano abbia realizzato un sistema di gestione dell'assistenza diabetologica conforme alle politiche sanitarie espresse nella legislazione nazionale e regionale degli ultimi 20 anni e alle migliori evidenze promosse dalle associazioni professionali e scientifiche. Il successo, l'azione, l'applicazione e la verifica di modelli organizzativi, il continuo sviluppo delle competenze e la buona considerazione professionale goduta all'interno dell'azienda, la buona relazione con i MMG, con gli specialisti operanti nei distretti, il dialogo con l'amministrazione, ha costruito nel tempo un ambiente proattivo e ha rappresentato la condizione per la creazione di un vero sistema diabetologico aziendale. Il modello di assistenza sanitaria integrata chiamato nella delibera aziendale "Coordinamento Unico" è un'alternativa a un'offerta ancora troppo parcellizzata, e propone un sistema capace di connettere tutti i punti di attenzione alle persone con diabete ovunque loro si trovino e qualunque sia il livello d'intensità di cura di cui hanno bisogno, ponendo l'accento su due aspetti chiave del percorso diagnostico terapeutico: il TEAM e la RETE.

Summary

The purpose of the article is to explain how the diabetes team of the Oristano local health authority created a management system for diabetes assistance in accordance with the health policies set out in national and regional legislation over the last twenty years and with the best evidence given by professional and scientific associations. The success, the action, the application and the verification of organizational models, the professional development and the good professional consideration enjoyed within the authority, the good relationship with the GPs, with the specialists operating in the various districts, the dialogue with the administration, have built up over time a pro-active context and has represented the condition for the creation of a true diabetes system for the authority. The integrated assistance model, described in the authority's executive declaration "One single coordination system", is an alternative to the assistance, which is still too fragmentary, and proposes a tool able to connect all the clinical services necessary to the diabetic patients, wherever they are and whatever the intensity level of care which they need, stressing

two key aspects of the therapeutic diagnostic pathway: the TEAM and the NETWORK.

Premessa

L'articolo ha lo scopo di presentare come il team diabetologico dell'Azienda Sanitaria Locale di Oristano abbia potuto realizzare un sistema di gestione dell'assistenza diabetologica conforme alle politiche sanitarie espresse nella legislazione nazionale e regionale degli ultimi venti anni e alle migliori evidenze promosse dalle associazioni professionali e scientifiche.

Sommario:

- Situazione legislativa nazionale: le tre riforme sanitarie
- Applicazione delle riforme sanitarie nella regione Sardegna
- Organizzazione dell'assistenza diabetologica in Sardegna attraverso le leggi del suo Governo
- Realizzazione nell'ASL di Oristano di un modello d'assistenza sanitaria al diabete integrato e multi professionale, conforme alla legislazione nazionale e regionale.

Situazione legislativa nazionale: le tre riforme sanitarie

La Prima riforma Sanitaria, espressa dalla legge n. 833 del 23 dicembre 1978, istituì il servizio sanitario nazionale (SSN) e, con la creazione delle USL (unità sanitarie locali), inaugurò un sistema basato sui principi di unitarietà, universalità, eguaglianza e globalità. La legge abolì l'organizzazione dell'assistenza sanitaria svolta dai numerosi enti mutualistici, consentì un maggiore coordinamento tra i servizi ospedalieri e territoriali e promosse iniziative di prevenzione e riabilitazione. Negli anni seguenti, i costi del SSN diventarono incontrollabili poiché le scelte politiche legate alle diverse situazioni socio economiche, la mancanza di indici e standard di riferimento oggettivi e condivisi, l'assenza di indicazioni

Basato su una relazione tenuta in occasione del VI Congresso Nazionale del Centro Studi e Ricerche di AMD, svoltosi a Napoli dal 18 al 20 ottobre 2012.

sui livelli minimi d'assistenza permettevano alle Regioni d'adottare livelli di spesa che rapidamente si scontrarono con le esigenze dello Stato finanziatore, secondo il modello "spend and tax". Quest'aumento del disavanzo causato dalla creazione indiscriminata di presidi e servizi sanitari, contraddicendo i principi ispiratori della riforma, determinò sul territorio nazionale forti disuguaglianze nell'erogazione delle prestazioni e una mancata risposta ai bisogni dei cittadini. Pertanto, la crisi della riforma del 1978 rese necessario, all'inizio degli anni Novanta, procedere a una revisione legislativa del sistema sanitario. **La seconda riforma sanitaria**, rappresentata dalla legge n.502 del 1992 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e le successive modifiche apportate dal D.lgs. n. 517 del 7 dicembre 1993, trasformò le USL in strutture dotate di autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale. Questo processo d'aziendalizzazione che rivoluzionò l'intero comparto, fu completato da una **terza riforma sanitaria** sancita dal D.lgs. n. 229 del 19 giugno 1999 (recante *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*), meglio conosciuta come "riforma Bindì", con la quale si provvedeva a potenziare la natura delle aziende sanitarie introducendo il concetto d'autonomia imprenditoriale delle unità sanitarie locali e degli ospedali, che divennero entità dotate di personalità giuridica pubblica⁽¹⁾ (Tabella 1).

Tabella 1. Principali riferimenti normativi.

Le tre grandi leggi nazionali di riforma sanitaria
Legge n. 833 del 23 dicembre 1978
Legge n. 502 del 1992
D.lgs. n. 229 del 19 giugno 1999
La legislazione della regione Sardegna
Legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 3 Statuto speciale per la Sardegna
Legge di recepimento del DL n.833/78 del 1981
Legge regionale n.5 del 26/1/1995
Legge regionale n.30 del 13/10/1998
Piano Sanitario Regionale 1998
Piano Sanitario della Sardegna 2006-2008
D.G.R. 11 febbraio 2009 n. 11/44
L.R. 25 maggio 2007
D.G.R. 31 ottobre 2007 n. 44/12
D.G.R. 25 ottobre 2006 n. 44/20
Piano di prevenzione 2010-2012
Delibera, n° 775 del 10/09/2012

Applicazione delle riforme sanitarie nella Regione Sardegna

Nello statuto speciale della Regione Sardegna (**Legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 3 Statuto speciale per la Sardegna**) era previsto un piano per lo sviluppo dell'isola: "Lo Stato con il concorso della Regione dispone un piano organico per favorire lo sviluppo economico e sociale". Il piano denunciava gravi

problemi di assistenza sanitaria con una disomogenea sistemazione delle strutture di ricovero e l'assenza di servizi ambulatoriali e domiciliari. Tra il 1945-1948 "l'aspetto più squallido dell'organizzazione sanitaria era senza dubbio presentato dai comuni, dove generalmente mancava un ambulatorio vero e proprio con tutti i requisiti necessari per tali delicati compiti" (Giuseppe Brotzu 1955-1957). Dei 317 comuni sardi solo 268 avevano un ambulatorio medico.

La legge n. 833 del 23-12-1978 (Tabella 2) sanciva la nascita della complessa rete delle Unità Sanitarie Locali che l'Assessorato alla Sanità della **Regione Sardegna** traduceva suddividendo il territorio in ventuno aziende sanitarie. La Sardegna fu tra le ultime regioni ad adottare il provvedimento d'individuazione, costituzione e organizzazione delle Unità Sanitarie Locali; infatti, questo avvenne ben tre anni dopo l'emanazione della legge nazionale. I limiti dell'applicazione di questa legge erano rappresentati dalle ragioni elencate nella tabella 2. In presenza di tutte queste problematiche irrisolte, la Sardegna recepisce la legge 502/1992 con la L.R. n.5/95 e n.30/98. In base all'articolo 4, comma 10, della L. 502/92 le regioni avevano l'obbligo di provvedere alla riorganizzazione interna degli ospedali e all'accantonamento nella sede ospedaliera dei servizi territoriali, cioè dei consultori, poliambulatori, guardie mediche.

Tabella 2. Legge n.833 del 23-12-1978: i suoi limiti applicativi⁽²⁾.

a) eccessiva frammentazione del territorio
b) soppressione repentina di organismi e strutture che avevano tutelato per molti anni la salute dei cittadini
c) mancata correzione degli squilibri nella distribuzione territoriale dei servizi
d) visione utopistica dei sistemi di prevenzione delle malattie
e) incontrollata dilatazione della spesa
f) politicizzazione della gestione tendente al clientelismo e al sovradimensionamento delle strutture soprattutto ospedaliere
g) constatazione dell'impossibilità di erogare le cure in modo del tutto gratuito a tutti
h) insoddisfazione dei cittadini per le risposte offerte ai bisogni curativi preventivi e riabilitativi dei cittadini

Organizzazione dell'assistenza diabetologica in Sardegna attraverso le leggi del suo Governo (Tabella 3)

Il Parlamento Italiano il 16 marzo 1987 con la Legge n.115 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" incaricava le Regioni di sviluppare programmi per far fronte al diabete mellito, malattia considerata di alto interesse sociale. Com'è noto, la legge era stata accolta dalle Regioni solo in parte e con regole interpretative diverse.

In Sardegna, la legge n.115/1987 ha dato seguito a iniziative legislative tardive e parziali. Nel 1987, pur

nella consapevolezza del peso crescente della malattia diabetica a fronte di dati epidemiologici che provenivano da iniziative locali svolte in alcune USL, già si prendeva atto che la patologia diabetica incideva sulla spesa sanitaria per un 5,7%⁽²⁾. Ciononostante, si è dovuto aspettare il 2006 perché il diabete fosse inserito dal **Consiglio Regionale** della Sardegna nel Piano dei Servizi Sanitari tra le malattie ad alta specificità⁽³⁾.

Il Piano Sanitario 2006-2008, giunto "a oltre venti anni di distanza dal precedente documento di programmazione sanitaria e a otto anni dall'approvazione del provvedimento di razionalizzazione dei servizi ospedalieri della Regione Sarda", si proponeva di portare a compimento alcuni temi complessi ma improrogabili, sostenuti da alcune idee guida: agire in una logica di sistema, lavorare in rete, personalizzare gli interventi in modo appropriato ed efficace, sviluppare le attività territoriali integrando i servizi socio sanitari in modo da rispondere localmente ai bisogni dei cittadini, infine, avviare un'intensa opera di qualificazione del personale.

La lunga assenza d'indicazioni strategiche e di obiettivi condivisi ha con il tempo portato a una marcata frammentazione degli interventi, a mancanze e a sovrapposizioni nell'offerta dei servizi. Nonostante il notevole incremento del numero di diabetici, la rete d'assistenza delle strutture dedicate a questa patologia non risultava in alcun modo potenziata rispetto al passato, poiché la maggior parte dei servizi esistenti rimanevano all'interno dell'ospedale, rendendo più difficoltosa la fruizione dell'assistenza da parte del territorio⁽²⁾.

Compagno nel documento programmatico le voci di: integrazione ospedale-territorio, costituzione del team diabetologico con gli specialisti territoriali e i medici di medicina generale, approccio multidisciplinare alla patologia, centralità del paziente nella condivisione del piano d'assistenza.

Si giunge così al 2009, quando è approvata la **D.G.R. 11 febbraio 2009 n. 11/44** che definisce le "Linee di indirizzo sull'organizzazione e il funzionamento della rete integrata per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito". La rete integrata per il diabete prevede l'accesso diretto alle strutture sanitarie suddivise in Centri Ospedalieri e Unità Operative Distrettuali. Sono queste ultime ad avere il compito di promuovere la Gestione Integrata. Il documento descrive analiticamente lo scenario futuro della patologia, le risorse necessarie per sostenerlo, la necessità di uno strumento di programmazione come il registro regionale di patologia. Purtroppo, la deliberazione non approfondisce l'impatto economico sulla spesa sanitaria regionale, né contiene riferimento alcuno in merito al reperimento delle risorse necessarie alla sua implementazione. Rimane pertanto un documento molto dettagliato ma ignorato dalla Giunta Regionale successiva.

Tabella 3. Riepilogo degli atti della Regione Sardegna successivi al Piano Sanitario Regionale 2006-2008

Delibera n. 5/18 del 08.02.2006	"Interventi per la riqualificazione dell'assistenza farmaceutica e il contenimento della spesa".
Modifica Allegato C, parte A	Allegato della D.G.R. n.5/18 del 08.02.2006.
Circolare n. 31243/3 del 07.11.2006	"Assessorato Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, D.G.R. n.44/20 del 25.10.2006".
Allegato Circolare n. 31243/3 del 07.11.2006	"Assessorato Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, D.G.R. n.44/20 del 25.10.2006".
D.G.R. n. 44/20 del 25.10.2006	"Interventi per la riqualificazione dell'assistenza farmaceutica e il contenimento della spesa e successiva "Parziale modifica dell'allegato C, parte A) relativa all'accordo per la distribuzione dei prodotti per diabetici da parte del/e farmacie convenzionate, di cui alla D.G.R. 8 febbraio 2006 n.5/18"
Delibera n. 5/22 del 07.02.2007	"Partecipazione al costo delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di pronto soccorso non seguite da ricovero: indirizzi applicativi delle disposizioni della Legge 27.12.2006, n.296.6".
Legge regionale 29.05.2007, n. 2	"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della regione - Capo VII disposizioni in materia di sanità e di politiche sociali". La Legge pone a bilancio, per il triennio 2007-09, uno specifico finanziamento per l'avvio e il funzionamento della rete integrata dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del diabete ed altre patologie; ⁽⁴⁾ .
Deliberazione n. 19/2 del 09.05.2007	"Istituzione della Consulta regionale della diabetologia e malattie metaboliche".
Delibera n. 37 del 25.09.2007	"Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri - Linee guida per il corretto funzionamento dei posti letto di assistenza ospedaliera a ciclo diurno. Istituzione del modello del Day Service".
Deliberazione n. 44/12 del 31.10.2007	"Aumento del numero massimo di strisce per autocontrollo della glicemia concedibili gratuitamente ai pazienti diabetici in età pediatrica e adolescenziale".
D.G.R. n.17/1 del 20.03.2008	"Accordo integrativo regionale della Medicina Generale"
Provvedimento della Giunta Regionale del 09.07.2009	"Manifesto per i diritti della persona con diabete". Il documento nasce a seguito delle conclusioni del progetto internazionale DOWN (DiabetesAttitudes, Wishes and Needs; 2001) promosso da I.D.F. (International DiabetesFederation). Questo "Manifesto per i diritti della persona con diabete" è stato pensato per tutelare nello specifico i diritti della persona con diabete in conformità ai principi enucleati nella Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo e nella Carta Europea dei Diritti del Malato. Il Manifesto, anche se è un atto di mera enunciazione d'intenti e principi non cogenti, è una tappa essenziale nella percezione della patologia diabetica da parte della società civile e nel progresso della cultura generale.

Realizzazione nell'ASL di Oristano di un modello d'assistenza sanitaria al diabete integrato e multiprofessionale, conforme alla legislazione nazionale e regionale

Il Piano Sanitario Regionale 2006-08 ha individuato, per migliorare la qualità dell'assistenza della regione Sardegna, i seguenti obiettivi generali: l'integrazione ospedale-territorio, la costituzione del team diabetologico con gli specialisti ospedalieri, territoriali e i medici di medicina generale, l'approccio multidisciplinare alla patologia, la centralità del paziente nella condivisione del piano d'assistenza.

L'individuazione di questi obiettivi da un lato e dall'altro la consapevolezza che alcune determinanti di tipo socio economico, quali il basso reddito pro capite e la dispersione sul territorio della popolazione sarda, espongono a un maggior rischio di Diabete, hanno ispirato la realizzazione dei due Piani Sanitari di Prevenzione regionali 2005-2007 e successive proroghe e 2010-2012^(5,6).

Tutt'e due i piani si sono posti obiettivi di prevenzione, diagnosi e cura del diabete e delle sue complicanze attraverso:

- a) l'individuazione precoce della malattia nella popolazione a rischio
- b) la predisposizione di protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete
- c) la definizione di percorsi sanitari integrati, tali da garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio, l'approccio multidisciplinare per migliorare l'appropriatezza del ricovero, del trattamento ambulatoriale, della gestione del paziente da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e, infine, dell'educazione terapeutica dei diabetici
- d) l'implementazione di sistemi informativi capaci di far condividere le informazioni tra la medicina generale e la specialistica ambulatoriale^(5,6).

L'Azienda n. 5 di Oristano partecipa, fin dal 2008, attivamente alla realizzazione degli obiettivi di entrambi i piani di prevenzione. La progressiva costruzione del team diabetologico, l'intensa collaborazione con gli altri servizi che s'interfacciano con la patologia diabetica, il determinato impegno organizzativo espresso e riconosciuto dalla Direzione Generale al Centro di Diabetologia ha fatto sì che l'ASL di Oristano diventasse un'azienda pilota per la sperimentazione della gestione integrata (piano 2005-2007) e per lo screening e la prevenzione del diabete (Piano 2010-2012); vedi risultati parziali in tabella 4. La Di-

Tabella 4. *Primi risultati dello screening sul diabete sulla popolazione generale con età > a 35 anni in provincia di Oristano (Tuomilehto score).*

punteggio	numerosità	%
< 8	978	17%
8 - 19	4695	81%
> 19	130	2%

rezione Generale dell'ASL di Oristano, nell'ambito della collaborazione con il Servizio Prevenzione della Regione, preso atto dell'accordo integrativo regionale della Medicina Generale (AIR del 2010)⁽⁷⁾ che prevede una gestione integrata tra medico di medicina generale e diabetologo del paziente diabetico, il 24-10-2010 approva il protocollo operativo diagnostico terapeutico dal titolo "Assistenza integrata alla persona con diabete tipo 2" (Figure 1, 2).

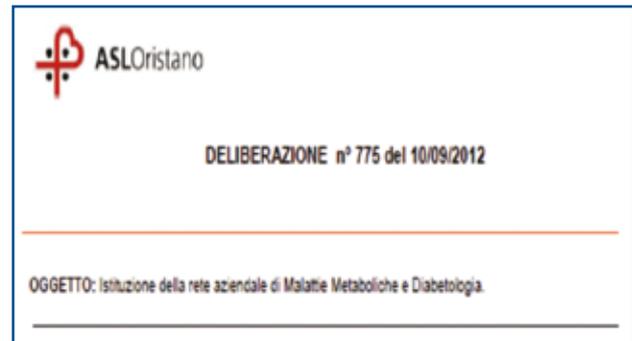


Figura 1. *Deliberazione n. 775 del 10.09.2012, ASL di Oristano.*

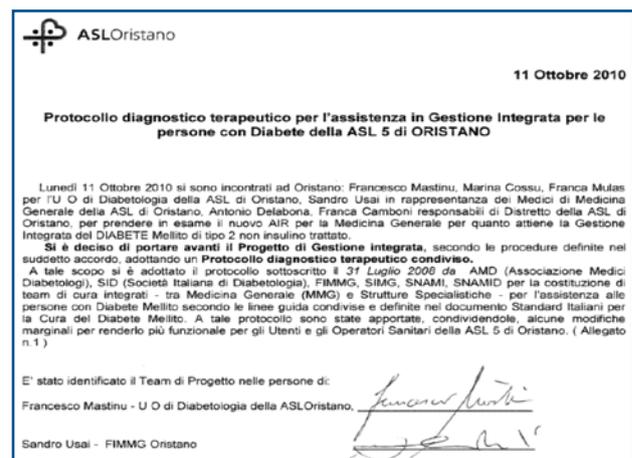


Figura 2. *Documento originale con firme della Deliberazione n. 775 del 10.09.2012, ASL di Oristano.*

Il documento deliberato dall'ASL di Oristano con l'approvazione di un protocollo diagnostico terapeutico sottoscritto tra i medici di medicina generale e i diabetologi aziendali supera le regole dell'accordo integrativo regionale che prevedeva la gestione separata, indipendente dalla diabetologia, della persona affetta da diabete. Questo scritto d'intesa ha come unico obiettivo squisitamente professionale il miglioramento della qualità assistenziale alla persona con diabete, stabilendo così un principio che ha trasceso i contenuti eminentemente economici dell'accordo sindacale. La deliberazione sull'assistenza integrata di Oristano è così recepita e approvata dalla Commissione Regionale per la Prevenzione del Diabete per diventare il modello operativo per tutte le aziende sanitarie della regione.

L'approccio ai problemi di tipo organizzativo dell'U.O.C. di Diabetologia dell'ASL di Oristano che è

risultato consono a quello della propria Direzione Generale, ha reso possibile un dialogo continuo e costruttivo, che nel corso degli anni ha, per esempio, permesso l'utilizzazione dei fondi del Piano Regionale di Prevenzione finalizzandoli all'inserimento di nuove figure professionali. In tale modo, il completamento del gruppo di lavoro del Centro di Diabetologia ha permesso di elevare la qualità dell'offerta specialistica in conformità di quanto auspicato dagli Standard Italiani di Cura del Diabete. Il momento propedeutico è stato la presentazione alla Regione di alcuni progetti di prevenzione del diabete e delle sue complicanze; la loro approvazione ha permesso di utilizzare i fondi del piano per l'inserimento all'interno del team di un podologo, di un psicologo, di un operatore di scienze motorie (Figura 3).

Le "Linee organizzative aziendali 2009" in precedenza descritte e i due recenti documenti di AMD su "Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio" e su "La riorganizzazione in team multiprofessionale di Strutture aziendali di Diabetologia sul territorio"^(8,9) propongono, come soluzione a un'assistenza ancora troppo parcellizzata, un sistema capace di connettere tutti i punti di attenzione ai diabetici, ovunque loro si trovino e qualunque sia il livello d'intensità di cura di cui hanno bisogno, ponendo l'accento su due aspetti chiave del percorso diagnostico terapeutico: il team e rete. Questi due termini centrali nell'assistenza alle malattie croniche hanno trovato una loro precisa attenzione nella delibera aziendale n. 775 del 10/09/2012 che descrive un modello che coinvolge in modo formale tutti i professionisti che si occupano a vario titolo delle persone con diabete.

La ristrutturazione organizzativa individua il responsabile di rete nel direttore del locale centro di diabetologia e coinvolge i MMG, gli specialisti territoriali, il centro specialistico, l'ospedale, i distretti, tutto il personale dedicato in una logica di team allargato, che si sposta sull'intero territorio di competenza secondo i

bisogni della popolazione, per cercare di rendere più equa e accessibile l'assistenza in tutti i distretti sanitari. Un secondo aspetto innovativo è l'introduzione di una sistematica valutazione dell'efficacia dei processi e degli esiti assistenziali con l'utilizzo dello strumento **Q-score AMD**⁽¹⁰⁾, abbandonando il mero consuntivo annuale delle prestazioni, incubo valutativo di tutti gli operatori sanitari, in particolare degli specialisti ambulatoriali. Queste delibere aziendali aprono la strada alla realizzazione, nel nostro territorio, di quanto AMD propone in termini di riorganizzazione dell'assistenza diabetologica.

Ci sembra utile a questo punto provare ad analizzare le ragioni che hanno reso possibile il raggiungimento di questi risultati. La prima ragione è la forma organizzativa che ha assunto negli ultimi anni l'U.O.C. di diabetologia di Oristano. Il disegno progettuale si è composto in un periodo di 5-6 anni e si è retto sul dialogo, sull'incremento di *competence*, sul suo reinvestimento nella pratica clinica, nell'incremento di partecipazione alle attività gestionali, nel potenziamento della comunicazione interna all'azienda ma estesa a tutti gli attori che sul territorio partecipano al complesso processo d'assistenza che caratterizza il diabete. Si è creata così una fluida e stabile comunicazione tra gli elementi del gruppo di lavoro, una grande quantità di contatti, di flussi e di scambi informativi, di comportamenti comuni a fronte dei bisogni d'assistenza, una buona gestione delle conoscenze. Grazie a questo "clima interno" nel gruppo di lavoro è nata una sufficiente fiducia e trasparenza relazionale che ha permesso l'integrazione di tutti gli operatori nei processi di lavoro e nell'evoluzione dei servizi offerti alle persone con diabete. Anche la forma assunta dalla comunicazione caratterizzata da una trasmissione delle informazioni bidirezionale, non classicamente gerarchica, ha facilitato il cambiamento, l'inserimento delle nuove figure professionali, creando una *personalità collettiva al lavoro* (De Kerkhove, 1996). Questo stile della gestione ha costruito all'interno dell'Azienda una progressiva attenzione alla *causa* del diabete, primariamente al livello dell'Alta Direzione. In tal modo, nel corso degli anni, ogni richiesta fatta per soddisfare un bisogno d'assistenza è stata discussa con attenzione e soddisfatta ogni qual volta essa fosse consona agli obiettivi dell'azienda, in particolare per la realizzazione della "Rete d'assistenza al diabete". Il raggiungimento di questo coordinamento tra i diversi livelli operativi porta alla demolizione di quanto storicamente è stato descritto essere una peculiarità sarda, legata a una discontinuità geografica, socio economico, linguistico, più generalmente culturale, come conseguenza di una grande difficoltà di circolazione interna oltre che di scarse comunicazioni verso l'esterno⁽²⁾.

Ci sembra, in fine, che questo percorso svolto nella direzione di un bene comune provi a smentire ciò che era affermato da Emilio Lussu e che da sempre ha caratterizzato le esperienze socio, sanitarie economiche sarde. **Poiché la disunione è la prima nostra impronta, noi**

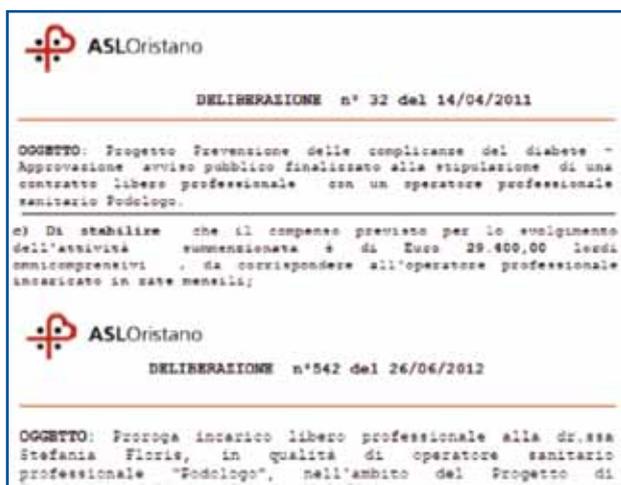


Figura 3. Deliberazione n. 32 del 14.04.2011 e n. 542 del 26.06.2012, ASL di Oristano.

siamo tutti e i nostri figli lo saranno certamente meno di noi malamente individualisti, con tutti i guai che l'individualismo, questo orgoglio mal piazzato, comporta... questa nostra ostinazione a non voler ammettere la fatale sconfitta collettiva come popolo, ci ha offerto solo la rivincita di un ripiegamento sulla personalità del singolo... l'unità è sempre mancata a noi sardi ... centu concas, centu berrittas e ancora pocus, locos, y mal unidos... noti proverbi ancora correnti." Emilio Lussu, "L'avvenire della Sardegna"⁽¹¹⁾.

Operatori della diabetologia ASL 5 di Oristano:

Medici: Francesco Mastinu, Marina Cossu, Gianfranco Madau, Maria Franca Mulas, Concetta Clausi, Simonetta Zoccheddu, Monica Obinu, Marilena Atzeni
Podologa: Stefania Floris
Psicologa: Carla Porcu
Operatore scienze motorie: Ilaria Biolchini
Dietista Elsa Madau
Infermiere Professionali: Giuseppina Loddo, Giuseppina Grussu, Laura Tronci, Teresa Angius

BIBLIOGRAFIA

1. Organizzazione sanitaria nascita del sistema. Capitolo 1 Ed Simone <http://www.simone.it/catalogo/v323.pdf>.
2. Storia della medicina e della sanità pubblica in Sardegna: Giuseppe Doderò Aipsa Edizioni, Cagliari, 1999.
3. Piano Regionale dei Servizi Sanitari. Approvato dal Consiglio regionale nella seduta pomeridiana del 19 gennaio 2007. http://www.regione.sardegna.it/documenti/9_97_20070125114532.pdf.
4. Guida alla Legislazione Regionale sul Diabete in Italia. A Bruno, M Peruffo Editor. SID Torino 2012.
5. Piano prevenzione 2008-2010 regione Sardegna. http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/Prp/SARDEGNA/Piani_Sardegna/Sardegna_diabete.pdf.
6. Piano Regionale di Prevenzione 2010 – 2012 Regione Sardegna http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/PNP_2010/programmazione/Sardegna/Sardegna_quadro-strategico.pdf.
7. AIR 2010 http://aemmedi.sezioniregionali.it/files/275695960_F0SHLn_accordo%20regionale%20per%20la%20medicina%20di%20base%20%28ACN%2029.07.2009%29.pdf.
8. Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio http://www.aemmedi.it/files/Linee-guida_Raccomandazioni/2012/Attivita_diabetologia.pdf.
9. Documento per la riorganizzazione in team multiprofessionale di strutture aziendali di diabetologia sul territorio http://www.aemmedi.it/files/Linee-guida_Raccomandazioni/2012/Documento_diabetologia_ambulatoriale_e_del_territorio.pdf.
10. Rossi MC, Lucisano G, Comaschi M, Coscelli C, Cucinotta D, Di Blasi P, Bader G, Pellegrini F, Valentini U, Vespasiani G, Nicolucci A; AMD-QUASAR Study Group Quality of diabetes care predicts the development of cardiovascular events: results of the AMD-QUASAR study. *Diabetes Care*;34(2):347-52, 2011.
11. L'avvenire della Sardegna di Emilio Lussu - www.bellasardegna.it/Cultura/identita_dei_sardi_vista_da_Lussu.htm.

