Il Giornale di AMD 2013;16:117-121

Riflessioni sul Piano per la malattia diabetica

M.F. Mulas[1], C. Giorda[2]
mariafranca.mulas@tiscali.it; giordaca@tin.it

[1] *UC di Diabetologia e Malattie del Metabolismo. Ospedale San Martino Oristano*
[2] *SC Malattie Metaboliche e Diabetologia - ASL Torino-5*

Parole chiave: Integrazione, Rete assistenziale, Trasparenza dei dati, Analisi comparativa
Key words: Service network, Integration, Transparency of data, Benchmarking

Il Giornale di AMD, 2013;16:117-121

Ministero della Salute
DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE – DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Commissione Nazionale Diabete

Riassunto

L'articolo ha lo scopo di presentare i tratti salienti del Piano sulla Malattia Diabetica, più comunemente noto come Piano Nazionale Diabete (PND)[(1)], perché possa diventare lo strumento di pianificazione, realizzazione e verifica capace di rendere l'assistenza alla persona con diabete più accessibile, equa, efficace ed efficiente su tutto il territorio nazionale. Il PND è un documento che ha tutte le potenzialità per modificare la qualità dell'assistenza diabetologia nazionale, ma è fortemente necessario che tutti gli attori del sistema partecipino in maniera attiva a questo cambiamento.

Nonostante le Regioni e le Provincie autonome abbiano una responsabilità quasi assoluta in tema di sanità, lo Stato, inteso come Parlamento e Ministero della salute, ha il potere di legiferare su vari aspetti della salute pubblica con documenti come il Piano Nazionale e di definire Livelli Essenziali d'Assistenza da concordare con le amministrazioni regionali e le provincie autonome, perché a tutti i cittadini del territorio italiano sia offerta la stessa opportunità di cura.

Summary

The aim of the article is to discuss about the main features of the Diabetes Disease Plan (DDP), so that it can become the tool for planning, creation and verification capable of rendering more accessible the assistance to diabetes patients, and to make it more fair, effective and efficient throughout the country. The DDP is a document with all the potentialities of modifying the quality of national diabetes assistance, but it is definitely necessary for all operatives of the system to participate in an active way in this change.

Despite the fact that the Regions and Autonomous Provinces have almost absolute responsibility for health, the State, in the sense of Parliament and Ministry of Health, has the power to make laws about various aspects of public health with documents like the National Plan, and to define Essential Assistance Levels, to be agreed on with regional administrations and autonomous provinces, so that all Italian citizens have the same treatment opportunities.

Il diabete e la sua legislazione

I decreti legislativi, del Presidente della Repubblica, del Presidente del Consiglio dei Ministri le leggi, i protocolli d'intesa, il recepimento da parte del Governo Italiano delle indicazioni delle maggiori istituzioni internazionali iniziano a considerare il diabete e le sue complicanze a partire dal 1978 (art. 5 della legge 12-12-1978 n. 833), ma è nell'ottobre del 1987 che è promulgata la prima legge dello Stato italiano dedicata specificamente a "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito". A seguire sono state emanate numerose disposizioni su aspetti particolari parcellari che riguardano l'assistenza alle persone con diabete per giungere a questa seconda espressione di grande attenzione al diabete da parte del parlamento italiano (Tabella 1).

Il piano sulla malattia diabetica 2011–2013

Scopi

Il Piano sulla Malattia Diabetica è il primo documento di programmazione sanitaria per la malattia diabetica dopo la legge n.115 del 1987[(2)]. Il 6 dicembre 2012 è stato sancito dall'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano[(3)].

Il PND conferma il diabete come patologia di alto interesse sociale e stabilisce alcuni obiettivi fondamentali come la prevenzione, la diagnosi precoce, il miglioramento della modalità di cura, l'autonomizzazione della persona con diabete attraverso l'educazione sanitaria. Oggi, rispetto al 1987, siamo di fronte a una vera emergenza sanitaria ed economica dovuta all'alta e crescente prevalenza della patologia, pertanto è diventata fondamentale la necessità di una programmazione di medio e lungo periodo che affianchi e allinei gli interventi

Tabella 1. *Sinossi degli atti che riguardano il diabete mellito emessi dalle principali Istituzioni.*

ATTO ISTITUZIONALE	DESCRIZIONE
Protocollo d'intesa tra il Ministro della Sanità e il Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 1991 in attuazione dell'art. 5 della richiamata legge n. 115 del 1987.	Definisce le azioni più idonee per individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico e programmare interventi e individua criteri uniformi su tutto il territorio nazionale per strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici, metodi d'indagine clinica, criteri di diagnosi e terapia della malattia diabetica.
Legge 27 maggio 1991, n. 176 recante "Convenzione sui Diritti del Fanciullo", fatta a New York il 20 novembre 1989.	Definisce l'area pediatrica e che riconosce che i fanciulli più deboli devono condurre una vita piena e decente, in condizioni che garantiscano la loro dignità, favoriscano la loro autonomia e agevolino una loro attiva partecipazione alla vita della comunità, il diritto dei fanciulli con fragilità di beneficiare di aiuti e di cure speciali, gratuite ogni qualvolta ciò sia possibile; riconosce altresì il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione, garantendo che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi.
Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.	Stabilisce che le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente all'area materno - infantile e che devono essere realizzati programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata.
Legge 8 novembre 2000, n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali».	Promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali, attraverso il coordinamento e l'integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione.
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni e integrazioni, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33.	Definisce i livelli essenziali di assistenza. I livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Con il Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 è stata confermata l'erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale contenute nel decreto 22 luglio 1996 e sono state ridefinite, nell'allegato 3, le relative tariffe di riferimento nazionale. Nomenclatore tariffario protesi: l'elenco delle prestazioni e delle relative tariffe di riferimento nazionale individuate con Decreto 27 agosto 1999, n. 332.
Consiglio dell'Unione Europea EPSCO del 2 giugno 2006 (06/148 9658/06); risoluzioni ONU dicembre 2006 e 2009; risoluzioni del Parlamento europeo del 2011 e del 2012; Piano d'azione WHO 2008-2013; risoluzione WHA 61.14 del 2008.	Evidenziano la necessità di sviluppare politiche nazionali per la prevenzione, trattamento e cura del diabete in linea con lo sviluppo sostenibile dei vari sistemi d'assistenza sanitaria, e di elaborare strumenti adeguati per il raggiungimento di livelli d'assistenza appropriati, che abbiano l'obiettivo di stabilizzare la malattia e migliorare la qualità di vita del paziente.
Conferenza Stato Regioni 23-3-2005 (Rep. Atti n.2271) in attuazione art. n. 1, comma 173 Legge 30-12-2004 n.311.	Approva il Piano Nazionale Prevenzione 2005-2007. Promuove l'adesione consapevole dei cittadini agli interventi di prevenzione delle principali patologie <omissis> in particolare per il diabete e, tra le priorità indica la prevenzione delle complicanze del diabete mellito da realizzare con: a) disease management, b) partecipazione attiva della persona con diabete, attivazione sistema di schedulazione delle persone con diabete, c) attivazione sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente, d) attivazione di un sistema di monitoraggio su base informatizzata.
Conferenza Stato Regioni 21-4-2010 (Rep. Atti n.63/CSR) in attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012.	Approva il Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012 e rinnova l'impegno nel campo della prevenzione del diabete e delle sue complicanze attraverso azioni da attuarsi all'interno di quattro macro aree d'intervento (medicina predittiva, programmi di prevenzione collettiva, programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio, programmi rivolti a prevenire complicanze e recidive di malattia).

sanitari regionali e territoriali in un'ottica di spending review per garantirne la sostenibilità.

Gli obiettivi che si propone il PND sono: 1) la creazione di un registro nazionale di patologia, necessario per realizzare una programmazione mirata ai bisogni, 2) una maggiore intensificazione nella prevenzione della malattia attraverso la promozione dell'attività fisica quale presidio terapeutico per le malattie metaboliche e obesità, 3) la ridefinizione di LEA in diabetologia con obiettivo di un'assistenza senza differenze regionali, attraverso la promozione di modelli sanitari che integrino le diverse forme di servizio territoriale e promuovano

Il Giornale di AMD 2013;16:117-121

una maggiore embricazione del processo ospedale-territorio.

Metodologia

Il PND nasce a fronte di raccomandazioni emesse a livello europeo per la prevenzione e la cura del diabete, di un'intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni del 29/04/2010 sul Piano Nazionale di prevenzione 2010-2012 in cui si ripresentava l'impegno delle istituzioni nel campo dell'assistenza alle persone diabetiche.

La Commissione Permanente sulla Malattia Diabetica, presso il Ministero delle Salute, ha coinvolto nel suo lavoro le Regioni, le Associazioni dei pazienti, le Società Scientifiche e ha elaborato il testo del documento presentato al Parlamento. Possiamo riconoscere nel PND l'espressione di un lungo percorso culturale cui AMD ha contribuito in maniera decisiva, testimoniata fin dal 1995 dai numerosi documenti che hanno sviluppato le parole chiave che tracciano il piano nazionale quali PDTA, integrazione, empowerment, team, educazione continua, qualità, misura, indicatori, miglioramento, cambiamento.

Contenuti

Il PND è articolato in cinque capitoli. **Il primo, "Quadro di riferimento"**, descrive la situazione epidemiologica nazionale, internazionale e l'assistenza diabetologica italiana. **Il secondo, "Obiettivi del piano"**, ne enuncia le caratteristiche. **Il terzo, "Modalità d'assistenza alle persone con diabete"**, illustra il modello di riferimento e gli elementi organizzativi su cui fondare il raggiungimento degli obiettivi di cura. **Il quarto, "Le aree di miglioramento dell'assistenza diabetologica"**, individua gli aspetti prioritari da implementare. **Il quinto, "Monitoraggio del piano"**, prevede la verifica a livello centrale del recepimento regionale del piano, degli assetti organizzativi realizzati, dei principali indicatori di salute.

Il PND dichiara dieci obiettivi generali e per ognuno di essi, individua obiettivi specifici, indirizzi strategici, linee d'indirizzo prioritarie per ridurre il peso della malattia, migliorare gli outcome, rendere più sostenibili i programmi di assistenza riducendo i ricoveri, le complicanze croniche e i costi diretti correlati, mettendo a disposizione strumenti per la misura e valutazione del grado del loro raggiungimento. (nel riquadro a lato un esempio di come il PND tratta un obiettivo).

Gli obiettivi, gli indirizzi strategici interessano tutta la gamma degli interventi dalla prevenzione al trattamento delle complicanze e coinvolgono i diversi soggetti dai vertici istituzionali a tutti gli operatori sanitari sia territoriali, sia ospedalieri, fino alle associazioni di volontariato.

La realizzazione di ciascuno degli indirizzi strategici è basata su alcuni principi che riguardano 1) la creazione di una conoscenza diffusa del diabete, 2) la definizione dei ruoli e delle responsabilità di chi eroga il servizio, 3) la realizzazione di pratiche cliniche e per l'assistenza basate su prove scientifiche, 4) la predisposizione di scenari organizzativi che permettano la progressiva transizione verso modelli che prevedano un sempre maggior integrazione, tra l'assistenza specialistica e primaria, territoriale e ospedaliera, strutturata secondo i bisogni della persona con diabete e l'intensità di cura necessaria, 5) il coordinamento sistematico tra Governo, Regioni, Società scientifiche, Associazioni dei pazienti.

PND – Esempio di descrizione di un obiettivo strategico.

OBIETTIVO GENERALE (n. 1)

Migliorare la capacità del Sistema Sanitario Nazionale nell'erogare e monitorare i servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate sull'appropriatezza delle prestazioni erogate.

OBIETTIVO SPECIFICO (legato al n.1)

Creare un coordinamento, laddove nella stessa area geografica coesistano più strutture specialistiche; creare una rete tra le strutture specialistiche valorizzando le diverse e specifiche competenze, ecc.

INDIRIZZI STRATEGICI (legati al n.1)

Coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari e non. Utilizzazione e analisi periodica di indicatori, ecc.

LINEE D'INDIRIZZO PRIORITARIE (legate al n.1)

Accogliere le raccomandazioni nazionali per la cura e l'assistenza ala persona con diabete. Gestire l'ingresso di ogni persona con diabete nel PDTA al quale partecipano tutte gli attori coinvolti con impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia, ecc.

Riflessioni sul Piano Nazionale Diabete

Nel 1987 la Legge 16 marzo n.115, come già anticipato, indicava il diabete "malattia di alto interesse sociale e stabiliva alcuni degli obiettivi fondamentali da realizzare". Le Regioni si sono avvalse della loro autonomia decisionale per contestualizzare il dettato legislativo con il risultato di ottenere un'applicazione non univoca sull'intero territorio italiano.[4]

Il PND è stato acquisito, valutato e dalla Conferenza Stato Regioni che il 6-12-2012 ha sancito l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano per "*contribuire al miglioramento della tutela assistenziale della persona con diabete o a rischio di diabete, anche attraverso l'ottimizzazione delle risorse disponibili; rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di*

prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e riducendo le disuguaglianze sociali, sistematizzare a livello nazionale tutte le attività nel campo della malattia diabetica al fine di rendere più omogeneo il processo diagnostico terapeutico; affermare la necessità di una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato proiettato verso un disegno d'assistenza reticolare e multicentrico mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologia, sia tutti gli attori dell'assistenza primaria"[3].

Come si può facilmente verificare, sono gli stessi temi descritti nei documenti di Associazione Medici Diabetologi (AMD)[5,6] quindi, in un certo senso, possiamo affermare che l'atto rappresenta la validazione legislativa di un percorso temporale durante il quale per iniziativa di singoli diabetologi all'interno del sistema sanitario, di gruppi di lavoro soprattutto operanti in AMD, e ancora di commissioni per il diabete a livello dipartimentale, aziendale, regionale hanno agito nella stessa direzione. Infatti, il mondo della diabetologia rappresentato dalle società scientifiche, dalle associazioni pazienti, dalle aziende partner di settore in questi anni ha lavorato, sostenuto, studiato, sperimentato e realizzato modelli organizzativi sempre più conformi alle conoscenze più moderne giungendo in molti casi a una gestione della malattia secondo il *chronic care model*[7].

Alcuni aspetti d'interesse del Piano Nazionale Diabete

Esaminiamo alcuni aspetti di politica e pianificazione, di competence e multidisciplinarietà, d'integrazione e rete assistenziale, di gestione della conoscenza, di trasparenza delle informazioni particolarmente significativi per il fondamentale ruolo del diabetologo e del team nell'assistenza alle persone con diabete.

1) POLITICA E PIANIFICAZIONE. Il documento nella parte riguardante la politica e alla pianificazione sanitaria (Cap 2-riquadro 16) declina in modo analitico gli obiettivi del piano descrivendo una matrice di responsabilità per ogni figura professionale operante all'interno del percorso d'assistenza, ma anche una lista di verifica che permette a ogni portatore d'interesse di monitorare e verificare nel tempo il grado di conformità dei Centri, dei Distretti delle ASL, delle Regioni. Sono proposte tre direttrici di valutazione. La prima, monitoraggio a livello centrale del recepimento del piano da parte delle Regioni a livello locale secondo un principio di "unitarietà nella differenza". La seconda, monitoraggio degli assetti organizzativi e operativi del piano nelle singole Regioni. La terza, andamento dei principali indicatori di salute concernente la patologia diabetica; gli indicatori proposti saranno declinati secondo le competenze centrali e locali.

2) COMPETENCE E MULTIDISCIPLINARIETÀ. La malattia diabetica è una condizione complessa che va assistita da un sistema capace e competente, pena il permanere di sprechi, inefficienza, inefficacia, rischi per la salute. La complessità richiede il lavoro di molti operatori sanitari, amministrativi e la collaborazione attiva dei pazienti e delle loro associazioni. Questa integrazione delle competenze, con queste caratteristiche, nonostante sia dimostrata essere capace di ridurre il numero dei ricoveri[8] è stata avviata solo in alcune realtà nazionali, nonostante lo sforzo di sviluppo di un disegno unitario di gestione integrata diffuso dal progetto IGEA (Integrazione, Gestione, Assistenza, per la malattia diabetica) dell'ISS che non ha trovato un'uniforme applicazione nelle diverse Regioni e di conseguenza il mancato raggiungimento dell'obiettivo d'integrazione con la Medicina Generale.

3) INTEGRAZIONE E RETE ASSISTENZIALE. È raccomandata l'indispensabile "transizione verso un modello integrato intra territoriale e tra le strutture territoriali e ospedaliere che passi dalla cura specialistica alle cure primarie secondo l'intensità necessaria". Il Piano molto chiaramente e in diverse parti rileva come il Coordinamento dei servizi sia la base per assicurare un'assistenza efficace, efficiente e appropriata (riduzione di mortalità, morbilità, ricoveri, razionalizzazione ottimale delle risorse, limitazione della variabilità delle prestazioni). Il punto di riferimento della rete integrata multicentrica per la gestione delle persone con diabete è il "Team specialistico dedicato" che opera indipendentemente dalla locazione fisica delle strutture, individuando soluzioni gestionali interaziendali e organizzando l'assistenza secondo percorsi che guidino i pazienti secondo intensità di cura (vedi riquadro 10 del PDN). Le diabetologie devono pretendere dalle Regioni quanto descritto nel piano, come già avvenuto in alcune realtà aziendali[9].

4) GESTIONE DELLE CONOSCENZE, TRASPARENZA DEI DATI. Per la realizzazione e la messa a sistema di questa rete integrata multicentrica è raccomandato l'adeguamento della tecnologia delle informazioni al fine di gestirle per la valutazione dei bisogni, la raccolta dei dati clinici e di processo, la verifica dei risultati. Almeno due valori sono a fondamento di una corretta gestione delle conoscenze, l'accessibilità e la trasparenza dei dati suddetti. Questi due requisiti applicati, ad esempio, al tema del controllo dei costi permetterebbero di aumentare la consapevolezza e il senso di responsabilità di tutti gli operatori sanitari, dei pazienti e delle loro famiglie. Infatti, assicurare costi trasparenti e outcomes, in forma aggregata, aperti, aumenta le opportunità di miglioramento e può diventare una garanzia del rispetto dei principi ispiratori dichiarati dalle istituzioni. Ad esempio, uno strumento che metta a disposizione le performance delle amministrazioni sanitarie locali, degli erogatori d'assistenza, gli outcomes dei pazienti e le misure di performance organizzativa, in un'ottica di benchmarking sia interno all'organizzazione, sia aperto alla cittadinanza, crea evidenti opportunità di ripensamento dei processi e un conseguente miglioramento della qualità di cura, a fronte di limitate risorse, soprattutto nel caso delle malattie croniche[10].

Una trasparente analisi delle principali voci di spesa per l'assistenza sia sul territorio, sia in ospedale e l'uso del costo standard, come indicato dalla legge sulla spending rewiew, potrebbe allineare le attese di tutti i portatori d'interesse rispetto alle condizioni di spesa locale e liberare preziose risorse[11].

Conclusioni

Il Piano Nazionale del Diabete è un esempio di come una sequenza di azioni protrattasi nel corso degli anni per opera di una comunità, confluita in Diabete Italia, riesca a portare alle Istituzioni i bisogni di una parte della società civile (persone con diabete, care-giver, operatori sanitari, *ecc*) mediante la costruzione di un'agenda capace di creare una condizione per cui le Istituzioni si sono sentite in dovere di raccogliere la domanda, interpretarla, tradurla in una scelta politica che rifletta un proprio orientamento sui temi presentati.

In questo modo, a seguito di una domanda di salute e di un suo miglioramento, sfociata in un'iniziativa politica compiuta da un gruppo d'opinione multi disciplinare e professionale, si è innescato un processo che ha permesso la costruzione di una piattaforma capace di convincere le Istituzioni a ratificarla in maniera formale con il Piano Nazionale del Diabete.

Questo rappresenta il primo passo cui deve seguire la delicata fase delle decisioni che, per la tendenza alla complicazione, all'ipertrofia, da parte delle istituzioni regionali e delle ASL, per la parte legata sia alla legislazione degli indirizzi, sia delle azioni per attuarle, è certamente capace di condizionare in modo importante le politiche sanitarie centrali e le loro finalità. Infatti, alla decisione politica deve conseguire l'attuazione dei contenuti del PND.

La storia dimostra, e si consideri ad esempio quanto è accaduto alla Legge 115, come i governi nazionali siano poco impegnati nell'attuazione dei propri decreti, infatti, è esperienza comune come non vi sia un grande dialogo tra chi opera, chi amministra, chi redige, sceglie, annuncia le politiche, in una separazione tradizionale e peculiare del nostro paese tra chi amministra, chi eroga il servizio e chi fa politica.

Il PND declina un'organizzazione dell'assistenza al diabete, fondata su metodi e strumenti rigorosi che le Amministrazioni se vogliono potranno acquisire.

Per un equo funzionamento dell'assistenza sanitaria è necessaria sia la buona politica, sia un dibattito intorno ad essa indispensabile alla costruzione del sistema. Il presupposto, perché questo accada, sono competenza, meccanismi di consultazione, discussione delle linee indicate da chi governa per ottenere una miglior strutturazione dell'organizzazione delle cure, che frequentemente è un punto di debolezza del sistema sanitario.

Raggiunto questo miglior assetto, il sistema di cura al diabete va confrontato con gli standard di riferimento delle Regioni, ASL, Unità Operative più virtuose, solo così i punti d'erogazione più fragili non si sentiranno lasciati soli e avranno un esempio e una direzione per migliorare.

Infine, una gestione continuamente valutata e verificata nel suo svolgersi dall'intera comunità raccoltasi intorno al diabete, può garantire la realizzazione della buona politica sanitaria espressa dal PND.

BIBLIOGRAFIA

1. Piano Sulla Malattia Diabetica. Suppl. ordinario N°9 alla GU 07/02/2013 serie Generale.
2. http://www.gazzettaufficiale.it/gazzetta/serie_generale/caricaDettaglio?dataPubblicazioneGazzetta=2013-02-07&numeroGazzetta=32.
3. Legge 16 marzo 1987 n°115 - G.U. n. 71 del 26/3/87. http://www.agd.it/leggi/legge115.htm.
4. Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano accordo 6 dicembre 2012 Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: «Piano per la malattia diabetica». (Rep. Atti n. 233/CSR) (13A00917)(GU n.32 del 7-2-2013 - Suppl. Ordinario n. 9).
5. Guida alla Legislazione Regionale sul Diabete in Italia. A Bruno, M Peruffo Editor. SID Torino 2012.
6. Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio http://www.aemmedi.it/files/Linee-guida_Raccomandazioni/2012/Attivita_diabetologia.pdf.
7. Documento per la riorganizzazione in team multi professionale di strutture aziendali di diabetologia sulerritoriohttp://www.aemmedi.it/files/Linee-guida_Raccomandazioni/2012/Documento_diabetologia_ambulatoriale_e_del_territorio.pdf.
8. The McColl Institute ACP –ASIM. Journal and books. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219814/.
9. Carlo Giorda et al The Impact of Adherence to Screening Guidelines and of Diabetes Clinics Referral on Morbidity and Mortality in Diabetes. PLoS ONE www.plos one.org 1 April 2012 Volume 7 Issue 4 e33839.
10. ASL 5 Oristano deliberazione n° 775 del 10/09/2012.
11. http://www.asloristano.it/index.php?xsl=17&v=9&c=3353&n=10&s=5&tipo=2&mese=201209&p=5&f=50
12. Best Care at Lower Cost The Path to Continuously Learning Health Care in America REPORT BRIEF SEPTEMBER 2012 Institute of Medicine of National Academics.
13. http://www.iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America/Report-Brief.aspx.
14. Giorda CB. Il Sole 24 ore. La Spending review del Diabetologo. 22-1-2013. www.ilsole24ore.com/.