

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE FF

Deliberazione n. 018

del 15 GEN. 2019

OGGETTO: approvazione percorso diagnostico terapeutico per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

STRUTTURA PROPONENTE: Distretto Sanitario Unico Aziendale. Data di presentazione della proposta 07/01/2019

In data 15 GEN. 2019, nei locali della Sede Legale dell'ASP in via Mario Nicoletta Crotone, il Direttore Generale FF, Dott. Giuseppe Fico adotta la seguente delibera.

Su conforme proposta del responsabile del procedimento designato nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità e di conformità dell'atto alla normativa vigente resa dalla Dr.ssa Maria Pompea Bernardi

VISTO il D.Lgs n.502 del 30/12/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il DCA n.13 del 02/4/2015 "Approvazione Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziale per la malattia diabetica nell'adulto e nell'età pediatrica";

VISTO il DCA n.11 del 25/01/2018 "Rete Assistenziale Diabetologica Integrata Territorio - Ospedale e Documenti di consenso della Regione Calabria sulla erogazione dei presidi, prescrizione e gestione della terapia con microinfusori ed altre tecnologie, di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale e di indirizzo per la gestione della gravidanza in donne con diabete pre-gestazionale tipo1 e tipo2";

VISTO il DCA n.51 del 31/01/2018 "PO 2016-2018. Area Efficientamento della spesa - 2.4.1.1 Modifica ed integrazione allegato n.3 del DCA n.146 del 07/11/2017: Linee Guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete";

VISTO, altresì, l'atto aziendale dell'ASP di Crotone approvato con Delibera del Commissario Straordinario n.253 del 21/7/2016;

TENUTO CONTO che il PDTA - percorso diagnostico terapeutico aziendale rappresenta uno strumento per un razionale utilizzo delle risorse;

CHE il PDTA comprende l'insieme delle azioni da intraprendere al fine di ottimizzare la cura e la prevenzione delle diverse patologie e che si sviluppa affrontando diverse tematiche;

CONSIDERATO CHE, presso l'ASP di Crotone, è stato stilato il PDTA aziendale per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2, tenendo conto della letteratura scientifica e delle linee guida internazionali e nazionali in argomento e della normativa in materia, il tutto ritagliato sulla situazione della ASP locale;

CHE il suddetto PDTA è stato predisposto dal Responsabile del Procedimento, Dr.ssa Maria Pompea Bernardi – Dirigente Medico Distretto Sanitario Unico Aziendale e dal Dr. Claudio Carallo – Dirigente Medico Malattie del Metabolismo A.O. Mater Domini di Catanzaro con la collaborazione del Dr. Salvatore Pacenza – Dirigente Medico del Servizio di Diabetologia dell'ASP di Crotone;

RITENUTO, pertanto, necessario, in osservanza alle disposizioni nazionali e regionali, approvare un percorso diagnostico terapeutico aziendale per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2;

VISTI gli atti di indirizzo in narrativa;

VISTE le leggi vigenti in materia;

PROPONE

per quanto in narrativa che qui si intende integralmente ripetuto e confermato, di:

APPROVARE l'adozione del PDTA relativo alla gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 che allegato alla presente deliberazione ne forma parte integrante e sostanziale;

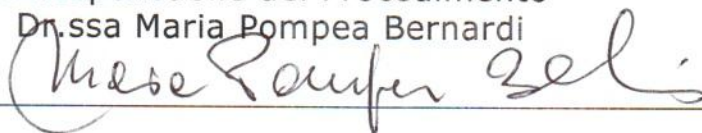
RECEPIRE le procedure previste nel suddetto PDTA;

STABILIRE che con successivo atto sarà attribuito l'incarico professionale di alta specializzazione "IPAS PDTA diabete adulti" come da Atto Aziendale;

TRASMETTERE copia della presente deliberazione, per gli adempimenti di rispettiva competenza, alle strutture di seguito indicate: Ufficio Affari Generali, Distretto Sanitario Unico Aziendale, Direzione Sanitaria P.O., Direttori di Dipartimento, Ambulatorio di Diabetologia, U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, U.O.C. Epidemiologia, U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management, FIMMG, SITA.

Il Responsabile del Procedimento

Dr.ssa Maria Pompea Bernardi



Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL Direttore Generale FF

Vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

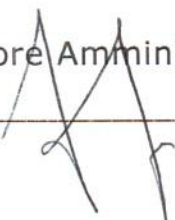
Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

Ritenuto di condividerne il contenuto.

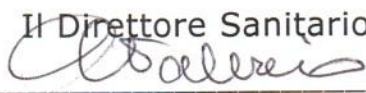
DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui s'intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dalla Posizione Organizzativa della struttura proponente.

Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Sanitario



Il Direttore Generale FF



UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 15 GEN. 2019 con protocollo n. 006.

Crotone lì, 15 GEN. 2019

Il Responsabile del procedimento



Direttore U.O. Affari Generali



PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

PDTA PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO ED OBIETTIVI.....	3
2.1 RILEVANZA E PREVALENZA DEL DIABETE MELLITO.....	3
3. CAMPO D'APPLICAZIONE	3
4. MODIFICHE E REVISIONI	4
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	5
6. MODALITÀ ORGANIZZATIVE PER LA GESTIONE INTEGRATA "PATIENT CENTERED"	6
7. RACCOMANDAZIONI SULLA ASSISTENZA INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO	10
7.1 I COMPITI DELLA STRUTTURA DIABETOLOGICA	10
7.2 I COMPITI DELL'ASP	11
7.3 I COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	11
7.4 IL GINECOLOGO NEL TEAM DIABETOLOGICO	12
8. I LIVELLI DI ASSISTENZA	13
9. SCHEMATIZZAZIONE DEL PERCORSO INTEGRATO DEL PAZIENTE DIABETICO	14
10. LA COMUNICAZIONE TRA MEDICINA GENERALE E DIABETOLOGIA	16
10.1 ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITÀ NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO RICOVERATO.....	17
10.2 MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ E DEGLI ESITI DELLA RETE ASSISTENZIALE DIABETOLOGICA	19
11. FONTI PRINCIPALI	20

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

1. PREMESSA

Il presente documento è stato stilato tenendo conto della letteratura scientifica e delle linee guida internazionali e nazionali in argomento, della normativa in materia, ed è stato ritagliato sulla situazione della ASP locale; esso tenta dunque di ottemperare ai doveri derivanti dalla legge “Gelli-Bianco”, alle prescrizioni del Commissario ad Acta regionale, il tutto in una ottica ritagliata sulla realtà territoriale.

E’ dunque da intendersi come un documento omnicomprensivo, “stand alone”, per chi avesse la necessità di approcciarsi alla problematica diabetica nella ASP di Crotone.

2. SCOPO ED OBIETTIVI

2.1 RILEVANZA E PREVALENZA DEL DIABETE MELLITO

L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il diabete mellito “un’emergenza sanitaria a livello mondiale”. Nel 2014 la prevalenza del diabete a livello mondiale è stata del 9% tra gli adulti. Nel 2012 un milione e mezzo di decessi sono stati causati direttamente dal diabete e si stima che più dell’80% di tali decessi siano occorsi nelle popolazioni più povere.

I dati riportati nell’annuario statistico ISTAT 2013 indicano che è diabetico il 5,4% degli italiani (5,3% delle donne e 5,6% degli uomini), pari a oltre 3 milioni di persone, con incidenza in aumento.

La prevalenza del diabete è mediamente più alta nel Sud Italia (6,5%), con un valore massimo registrato in Calabria pari all’8,5%. Ad aggravare il consumo di risorse da parte di questa patologia, c’è da rimarcare che essa si presenta spesso con complicanze e/o comorbidità così da richiedere maggiori costi da ospedalizzazione, e necessitando quindi anche di un approccio multidisciplinare.

3. CAMPO di APPLICAZIONE

La procedura è rivolta a tutte le figure professionali coinvolte nella presa in carico del paziente Diabetico : personale sanitario del centro diabetologico, del laboratorio analisi, dell’U.O di oculistica,

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

dell'U.O. di Medicina interna, infermieri, dirigenti sia medici che biologi, medici specialisti afferenti alle strutture territoriali, medici specialisti di Riabilitazione Funzionale, nonché i loro collaboratori infermieri, assistenti sanitari, fisioterapisti.

L'obiettivo è garantire la presa in carico del paziente nelle varie fasi evolutive della malattia.

4. MODIFICHE E REVISIONI

L'attuale testo rappresenta la seconda stesura : seconda Emission.

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ELENCO DELLE ATTIVITÀ SIMT	Infermiere	TSLB	Biologo	Medico
Accettazione Pz e verifica idoneità				R
Inserimento prelievo autologo e richiesta dello specialista su gestionale				R
Prelievo di sangue intero	C			R
Lavorazione/processazione del sangue intero in laboratorio		C		R
Confezionamento prodotto finto (in siringhe o provette)				R
Validazione del prodotto autologo sul gestionale e sua assegnazione				R
Stoccaggio in congelatore				R
Consegna all'infermiere/medico del reparto richiedente		R	R	R
Registrazione avvenuta consegna/utilizzo su gestionale		R	R	R

R : responsabile

S: supervisore

C: collaboratore

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

6. MODALITÀ ORGANIZZATIVE PER LA GESTIONE INTEGRATA “PATIENT CENTERED”

Nell’ambito del noto Progetto IGEA, sono state elaborate linee-guida organizzative, basate su evidenze solide di efficacia. E’ però indispensabile assicurare che, in ogni contesto locale, nella formulazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per la gestione integrata del diabete tipo 2, tra i servizi di diabetologia e la medicina territoriale, siano tenuti in conto i determinanti previsti dai documenti regolatori istituzionali regionali.

Si raccomanda che la gestione integrata del diabete sia basata sul paziente e non sulle figure mediche che se ne prendono cura. Di seguito, vengono riportate le raccomandazioni declinate come linee generali:

- Il paziente è inviato al centro diabetologico per la valutazione complessiva, l’impostazione terapeutica e l’educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- Il paziente viene seguito in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti.
- Il paziente effettua una visita generale almeno ogni 6 mesi presso l’MMG.
- Il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l’anno, se l’obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.
- Il paziente accede, inoltre, al Centro diabetologico per visite non programmate e/o urgenti ogni qualvolta, a giudizio dell’MMG, se ne presenti la motivata necessità.

Le linee guida statunitensi 2018 della American Diabetes Association riportano una utile successione ordinata dei reperti di interesse da ricercare e la loro tempistica, che qui si riporta tal quale:

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

		INITIAL VISIT	EVERY FOLLOW- UP VISIT	ANNUAL VISIT
PAST MEDICAL AND FAMILY HISTORY	Diabetes history ■ Characteristics at onset (e.g., age, symptoms) ■ Review of previous treatment regimens and response ■ Assess frequency/cause/severity of past hospitalizations	✓ ✓ ✓		
	Family history ■ Family history of diabetes in a first-degree relative ■ Family history of autoimmune disorder	✓ ✓		
	Personal history of complications and common comorbidities ■ Macrovascular and microvascular ■ Common comorbidities ■ Presence of hemoglobinopathies or anemias ■ High blood pressure or abnormal lipids ■ Last dental visit ■ Last dilated eye exam ■ Visits to specialists	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓		✓ ✓ ✓
	Interval history ■ Changes in medical/family history since last visit		✓	✓

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

SOCIAL HISTORY	Assess lifestyle and behavior patterns - Eating patterns and weight history - Sleep behaviors and physical activity - Familiarity with carbohydrate counting in type 1 diabetes - Tobacco, alcohol, and substance use - Identify existing social supports	✓	✓	✓
	Interval history Changes in social history since last visit		✓	✓
MEDICATIONS AND VACCINATIONS	- Medication-taking behavior - Medication intolerance or side effects - Complementary and alternative medicine use - Vaccination history and needs	✓	✓	✓
TECHNOLOGY USE	- Assess use of health apps, online education, patient portals, etc. - Glucose monitoring (meter/CGM): results and data use - Review insulin pump settings	✓	✓	✓
SCREENING	Psychosocial conditions - Screen for depression, anxiety, and disordered eating; refer for further assessment or intervention if warranted - Consider assessment for cognitive impairment*	✓		✓
	Diabetes self-management education and support - History of dietitian/diabetes educator visits - Screen for barriers to diabetes self-management - Refer or offer local resources and support as needed	✓	✓	✓
	Hypoglycemia Timing of episodes, awareness, frequency and causes	✓	✓	✓
	Pregnancy planning For women with childbearing capacity, review contraceptive needs and preconception planning	✓	✓	✓

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

		INITIAL VISIT	EVERY FOLLOW- UP VISIT	ANNUAL VISIT
PHYSICAL EXAMINATION	- Height, weight, and BMI; growth/pubertal development in children and adolescents - Blood pressure determination - Orthostatic blood pressure measures (when indicated) - Fundoscopic examination (refer to eye specialist) - Thyroid palpation - Skin examination (e.g., acanthosis nigricans, insulin injection or insertion sites, lipodystrophy) - Comprehensive foot examination - Visual inspection (e.g., skin integrity, callous formation, foot deformity or ulcer, toenails) - Screen for PAD (pedal pulses; refer for ABI if diminished) - Determination of temperature, vibration or pinprick sensation, and 10-g monofilament exam	✓	✓	✓
	- A1C, if the results are not available within the past 3 months - If not performed/available within the past year - Lipid profile, including total, LDL, and HDL cholesterol and triglycerides[#] - Liver function tests[#] - Spot urinary albumin-to-creatinine ratio - Serum creatinine and estimated glomerular filtration rate[†] - Thyroid-stimulating hormone in patients with type 1 diabetes[#] - Vitamin B12 if on metformin (when indicated) - Serum potassium levels in patients on ACE inhibitors, ARBs, or diuretics[†]	✓	✓	✓
LABORATORY EVALUATION		✓	✓	✓ [^]
		✓	✓	✓
ASSESSMENT AND PLAN	Goal setting - Set A1C/blood glucose target and monitoring frequency - If hypertension diagnosed, establish blood pressure goal - Incorporate new members to the care team as needed - Diabetes education and self-management support needs	✓	✓	✓
	Cardiovascular risk assessment and staging of CKD - History of ASCVD - Presence of ASCVD risk factors (see Table 9.2) - Staging of CKD (see Table 10.1)[†]	✓	✓	✓
	Therapeutic treatment plan - Lifestyle management - Pharmacologic therapy - Referrals to specialists (including dietitian and diabetes educator) as needed - Use of glucose monitoring and insulin delivery devices	✓	✓	✓

ABI, ankle-brachial pressure index; ARBs, angiotensin receptor blockers; ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CGM, continuous glucose monitoring; CKD, chronic kidney disease; PAD, peripheral arterial disease.

[#]≥65 years;

[†]may be needed more frequently in patients with known chronic kidney disease or with changes in medications that affect kidney function and serum potassium (see Table 10.2);

[#]may also need to be checked after initiation or dose changes of medications that affect these laboratory values (i.e., diabetes medications, blood pressure medications, cholesterol medications, or thyroid medications);

[^]in people without dyslipidemia and not on cholesterol-lowering therapy, testing may be less frequent.

7. RACCOMANDAZIONI SULLA ASSISTENZA INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO

Le Società diabetologiche italiane, in forma congiunta, hanno dunque stilato una serie di raccomandazioni per la assistenza integrata del diabete, basate sulle evidenze scientifiche internazionali e in parte mutate dalle omologhe Società statunitensi.

- Il disease-management della malattia diabetica permette di migliorare il compenso glicemico. (Livello della prova II. Forza della raccomandazione B)
- Il raggiungimento degli obiettivi di cura della malattia diabetica richiede la partecipazione attiva, con il consenso informato, del paziente all'offerta di programmi di diagnosi e cura, realizzati sulla base di attività di dimostrata efficacia nell'ambito di percorsi assistenziali, in una rete integrata, pluridisciplinare e pluriprofessionale, organizzata e con l'adesione congiunta e responsabile del team diabetologico, del Medico di Medicina Generale (MMG) e più in generale della medicina territoriale. (Livello della prova III. Forza della raccomandazione B)
- E' auspicabile un'adeguata informatizzazione delle strutture direttamente coinvolte nell'assistenza al paziente diabetico con modalità di archiviazione dei dati essenziali comuni per formato al fine di consentire una maggior condivisione dei dati e la formulazione e l'utilizzo di indicatori clinici. (Livello della prova I. Forza della raccomandazione B)
- Dovrebbe essere consultato un team diabetologico in presenza di diabete: neodiagnosticato; insulino-trattato; non in buon controllo; gestazionale o in gravidanza o in previsione di una gravidanza; con complicanze acute o croniche in evoluzione. (Livello della prova III. Forza della raccomandazione B)

Onde ottemperare a queste raccomandazioni, un noto studio italiano ha schematizzato i compiti degli attori sulla scena del diabete per ottemperare a tali raccomandazioni.

7.1 I COMPITI DELLA STRUTTURA DIABETOLOGICA

- Inquadramento diagnostico, terapeutico, dietetico, educativo dei pazienti inviati dal MMG o loro aggregazioni
- Rilascio della certificazione necessaria al riconoscimento di esenzione per patologia diabetica

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

- Valutazione periodica secondo il follow-up programmato
- Consulenze al MMG per visite non programmate (urgenti o non urgenti)
- Presa in carico temporanea dei diabetici gestiti dal MMG in situazioni cliniche particolari
- Gestione dei diabetici tipo 2 in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato secondo il piano personalizzato concordato con il MMG
- Epidemiologia (raccolta dati sui pazienti gestiti)
- Educazione terapeutica del paziente
- Formazione/informazione dei medici ed altri sanitari coinvolti
- Definizione di pacchetti di prestazioni (visita, esami ematici, fundus, ECG, ecc ...) da effettuarsi in unica giornata per pazienti complessi che lo richiedano (lavoratori, grandi anziani) anche in relazione all'indirizzo regionale di regolamentazione del Day-Service
- Valutare i reports inviati dalla ASP, e fornire alla stessa le informazioni richieste periodicamente (set di indicatori di processo per i pazienti assistiti)

7.2 I COMPITI DELL'ASP

- Individuare un referente per la gestione integrata del paziente diabetico a livello distrettuale
- Raccogliere i dati secondo gli indicatori elencati ed inviarli regolarmente al MMG e alle strutture di diabetologia
- Garantire la collaborazione tra MMG e specialisti diabetologi attraverso incontri aziendali distrettuali di aggiornamento ed organizzazione
- Trasmettere annualmente alla Struttura deputata del Dipartimento Tutela della Salute regionale i dati richiesti secondo specifici set di indicatori, tramite raccolta dei dati dalle banche dati, della ASP e delle strutture di Diabetologia

7.3 I COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- Screening della popolazione a rischio
- Follow up dei soggetti a rischio con ridotta tolleranza glucidica (IGT) e glicemia alterata a digiuno (IFG)
- Educazione sanitaria e counseling

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

- Presa in carico dei pazienti con diabete tipo 2 non complicato secondo il percorso individuato
 - Attivare lo studio medico con attrezzature e, se possibile, personale per seguire i pazienti diabetici
 - Monitorare gli effetti collaterali delle terapie
 - Invio del paziente alle strutture di diabetologia nelle situazioni indicate nel percorso
- Valutare i reports inviati dalla ASP, con la revisione periodica delle liste di pazienti inseriti nel PDTA (pazienti mancanti, non in carico, ecc ...)

7.4 IL GINECOLOGO NEL TEAM DIABETOLOGICO

L'ASP assicura a tutte le donne non diabetiche in gravidanza lo screening del diabete gestazionale, e a quelle con diabete gestazionale in atto e alle donne diabetiche in gravidanza i seguenti livelli minimi di assistenza:

- Il counselling su corretta alimentazione e attività fisica;
- Una corretta informazione sulla gestione del diabete in gravidanza;
- La terapia medica e nutrizionale adeguata, con frequenti rivalutazioni;
- La terapia educativa all'autogestione;
- L'addestramento al monitoraggio domiciliare della glicemia e la prescrizione del relativo materiale di consumo (diabete gestazionale);
- Lo screening periodico della retinopatia diabetica (diabete pre-gravidico);
- L'assistenza metabolica specialistica durante il travaglio e il parto;
- La rivalutazione metabolica dopo il parto (diabete gestazionale);
- Una corretta informazione sulla contraccezione nelle donne diabetiche in età fertile, quando indicato;
- Una corretta informazione sulla pianificazione della gravidanza in tutte le donne diabetiche in età fertile

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

8. I LIVELLI DI ASSISTENZA

Per garantire una sempre migliore assistenza attraverso l'omogeneità della cura, la condivisione dei percorsi assistenziali e l'adeguamento allo sviluppo tecnologico, la Regione Calabria ha stabilito che la rete assistenziale diabetologica sia articolata su tre livelli di assistenza per intensità di cura. La rete deve essere strettamente correlata per consentire a tutte le figure professionali coinvolte di agire in maniera integrata con protocolli di comunicazione prestabiliti e preferibilmente attraverso sistemi informatici per la gestione in remoto dei pazienti quando necessario.

Assistenza di primo livello

L'assistenza di primo livello è demandata ai MMG, che rappresentano i terminali di primo livello della rete assistenziale diabetologica. Esplicano la loro azione nella prevenzione, nella diagnosi e nella terapia del diabete.

Il distretto rappresenta, per motivi di prossimità, il riferimento principale per la popolazione residente, in particolar modo per le persone con patologie croniche, che si rivolgono ai servizi per esigenze primarie legate alla gestione della loro malattia.

Il distretto e la specialistica ambulatoriale devono funzionare come binari di congiunzione tra ospedale e territorio, come un sistema polifunzionale multidimensionale con i suoi potenziali punti di integrazione con il sistema ospedaliero. Ciò è oggetto di interesse prossimo nel piano di ristrutturazione della cura delle cronicità (malati pluripatologici) in corso di stesura ed implementazione.

Assistenza di secondo livello

L'assistenza di secondo livello è demandata ai centri diabetologici territoriali ed ospedalieri entrambi in possesso dei requisiti minimi organizzativi e tecnologici che caratterizzano un nodo di secondo livello della rete assistenziale di diabetologia per come previsto dal Piano Nazionale delle Cronicità che tende alla deospedalizzazione delle patologie croniche.

Le prestazioni possono essere erogate in regime ambulatoriale o in regime di Day Service in funzione dei PDTA.

I centri specialistici di diabetologia attraverso lo specialista diabetologo devono fornire consulenza agli ospedali presenti sul territorio ed alle RSA. A sua volta, l'ospedale deve coordinarsi

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

con lo specialista territoriale di diabetologia per garantire l'assistenza in condizioni di degenza quando necessario e le dimissioni protette.

Assistenza di terzo livello

L'assistenza di terzo livello è demandata ai nodi della rete di norma presenti negli ospedali HUB.

9. SCHEMATIZZAZIONE DEL PERCORSO INTEGRATO DEL PAZIENTE DIABETICO

VALUTAZIONE DI BASE IN CASO DI RISCONTRO DI IPERGLICEMIA	In caso di primo riscontro di iperglicemia, il MMG: ➤ se la glicemia basale è compresa tra 101 e 125 mg/dl, prescrive la curva da carico di 75 gr di Glucosio (OGTT), verificando la presenza di altri fattori di rischio (sovrappeso/obesità, familiarità, ipertensione, bassi livelli di HDL, ipertrigliceridemia, sedentarietà, età >45 anni, s. ovaio policistico, evidenza clinica di m. cardiovascolare, gruppo etnico a rischio, donna con neonato macrosomico) successivamente: a. se non si conferma il sospetto di diabete (glicemia basale < 126 mg/dl e/o glicemia dopo OGTT < 200 mg/dl), si effettua un follow up a 1 anno b. se si configura un quadro di ridotta tolleranza agli zuccheri (IGT), con glicemia = 140-199 mg/dl dopo 2 ore da OGTT, o alterata glicemia a digiuno (IFG), con glicemia basale = 101-125 mg/dl, attiva il follow-up corrispondente c. Se la glicemia basale è ≥ 126 mg/dl: può effettuare gli ulteriori accertamenti previsti per la prima valutazione di base per diabete o inviare il paziente alla struttura diabetologica. In ogni caso dopo l'effettuazione della valutazione di base il paziente deve essere inviato alla struttura diabetologica. In caso di pregresso diabete gestazionale prescrive controllo con OGTT dopo 8-12 settimane dal parto: se è normale prescrive controllo glicemia annuale, OGTT dopo 1 anno e dopo 3 anni, e in previsione di gravidanza.
FOLLOW UP DEL SOGGETTO CON RIDOTTA TOLLERANZA AGLI ZUCCHERI (IGT) O ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO (IFG)	Il MMG: imposta dieta, educazione sanitaria (prevenzione o correzione fattori di rischio) Ogni 6 mesi controlla: a. Glicemia a digiuno b. Peso corporeo c. Pressione arteriosa d. Adesione alla prescrizione dietetica e rinforzo del messaggio di educazione alimentare Ogni anno: a. Quadro lipidico completo (Colesterolo tot., HDL,
(la frequenza dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)	- Trigliceridi) b. Funzionalità epatica, creatininemia c. Es. urine completo Ogni due anni: a. Curva da carico

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

PRIMA VALUTAZIONE DI BASE IN PRESENZA DI DIABETE	In caso di diabete, il MMG può prescrivere le analisi per il primo inquadramento diagnostico e/o inviare il paziente alle strutture di Diabetologia per primo inquadramento Indagini per il 1° inquadramento diagnostico: ➤ Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi ➤ HbA1c ➤ Creatininemia ➤ ECG e visita cardiologica ➤ Fundus oculi ➤ Ecocolor TSA ➤ TSH, funzionalità epatica, microalbuminuria, ➤ Esame urine completo Spetta allo Specialista della STRUTTURA di Diabetologia la prescrizione delle indagini di 2° livello: ➤ Inquadramento diagnostico, stadiazione clinica e strumentale delle eventuali complicanze ➤ Indagine alimentare ➤ Programma dietetico individualizzato ed educazione alimentare ➤ Educazione comportamentale (per grandi gruppi) ➤ Rilascio certificazione per esenzione diabete A seconda delle condizioni cliniche: ➤ Avvio al MMG per Follow-up del diabete tipo 2 non complicato ➤ Definizione e comunicazione al MMG del piano personalizzato per i diabetici tipo 1 e 2 in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato.
FOLLOW UP DEL MALATO CON DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO (la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)	Il MMG effettua ogni anno almeno due visite mediche generali con ascoltazione del cuore, rilevazione dei polsi, valutazione dei riflessi e misurazione della circonferenza vita, pressione arteriosa e peso corporeo. Inoltre prescrive 2 volte l'anno il dosaggio della HbA1c ed annualmente i seguenti esami: - Glicemia - Esame completo delle urine - Microalbuminuria - Creatininemia (con valutazione della VFG) - Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi - Fundusoculi - ECG
ACCESSO PROGRAMMATO ALLA STRUTTURA DI DIABETOLOGIA	Secondo gli intervalli programmati per i diabetici tipo 1 e 2 in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato.
ACCESSO ALLA STRUTTURA DI DIABETOLOGIA NON PROGRAMMATO	Il MMG invia il paziente alle strutture di Diabetologia in caso di: a. Persistente scompenso metabolico b. Severe e ripetute ipoglicemie c. Comparsa o peggioramento di complicanze neurologiche, renali, oculari e macrovascolari (vasculopatia cerebrale, coronarica, periferica) d. Piede diabetico (comparsa d'ulcerazioni o infezioni) e. Gravidanza in diabetica, diabete gestazionale f. Esempi: glicemia > 400mg/dl (emergenza), glicemia tra 300 e 400

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

	mg/dl con chetonuria (emergenza), o senza chetonuria (urgenza), severi o ripetuti episodi di ipoglicemia Il MMG invia il paziente alle strutture di Diabetologia anche in caso di: ○ Ripetute glicemie a digiuno > 200 mg/dl ○ Ripetute glicemie postprandiali > 300 mg/dl ○ Ripetute glicosurie >15 nelle 24 ore ○ Ricorrenti infezioni alle vie urinarie ○ Alterazioni della funzionalità renale ○ Dislipidemie severe ○ Ipertensione severa ○ Neuropatie periferiche e disfunzione erettile ○ Piede diabetico ad alto rischio d'ulcerazione La Struttura di Diabetologia effettua la valutazione clinica di 2° livello e, in relazione alle esigenze cliniche a. Può effettuare ulteriori accertamenti specialistici e attivare ulteriori trattamenti terapeutici b. Concorde con il MMG l'eventuale piano clinico-terapeutico-assistenziale personalizzato (nel caso di diabete tipo 1 o diabete tipo 2 complicato) c. In particolare la Struttura di Diabetologia gestisce le situazioni che presentano: a. Piede diabetico b. Neuropatia e disfunzione erettile c. Arteriopatia periferica con o senza lesioni cutanee
RICOVERO IN OSPEDALE	Indicazioni al ricovero ospedaliero: ➤ Coma iperglicemico ➤ Coma ipoglicemico (se dopo il trattamento non si riprende) ➤ Chetoacidosi senza coma ➤ Gravi e ripetute ipoglicemie

10. LA COMUNICAZIONE TRA MEDICINA GENERALE E DIABETOLOGIA

La comunicazione tra MMG e centro di diabetologia costituisce momento qualificante ed indispensabile di una corretta gestione integrata.

In considerazione della eterogeneità delle strutture diabetologiche presenti sul territorio (centri ospedalieri, universitari, territoriali) e della ugualmente eterogenea organizzazione dell'assistenza da parte del MMG (UCCP, AFT, studi consociati, etc.) non è possibile prevedere una unica modalità di comunicazione.

In base alle diverse realtà, la comunicazione tra MMG e centro di diabetologia dovrà comunque avvenire attraverso una delle seguenti modalità:

1. Il diabetologo si reca presso lo studio del MMG (es. diabetologo territoriale che settimanalmente si reca presso una UCCP)
2. Scambio dati attraverso FSE (telemedicina)

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

3. Contatto telefonico (da riportare in cartella clinica)
4. Invio dal MMG al centro di diabetologia e viceversa dei dati riguardanti i pazienti via posta elettronica (considerare il problema della privacy e della sicurezza dell'invio dei dati)
5. Qualsiasi altra modalità che preveda la interazione diretta tra MMG e specialista del centro di diabetologia.

Per un più immediato contatto, sia il MMG che il centro di diabetologia esplicitano i loro orari e recapito telefonico per facilitare i contatti ed effettuare consulenze tra di loro.

10.1 ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITÀ NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO RICOVERATO

Lo specialista diabetologo deve farsi carico del paziente durante tutto il percorso di cura all'interno dell'ospedale.

Relativamente alla presenza delle persone con diabete in ospedale sono individuabili quattro step fondamentali:

1. Percorso pre-operatorio del paziente con diabete

Il percorso pre-operatorio permette di eseguire le indagini necessarie per la valutazione del rischio operatorio e di preparare l'intervento. La pre-ospedalizzazione è indispensabile inoltre per consentire la consulenza strutturata presso i centri specialistici di diabetologia al fine di:

- Ottimizzare la cura
- Programmare l'intervento in una fase di controllo metabolico ottimale
- Programmare il tipo di trattamento dell'iperglicemia nel perio-operatorio

Questa gestione consente di:

- Azzerare le giornate di degenza pre-intervento
- Ridurre la degenza media
- Ottimizzare le liste di attesa
- Migliorare gli esiti

2. Accesso del paziente con diabete in pronto soccorso

Il paziente diabetico può accedere in urgenza al Pronto Soccorso per problemi connessi alla malattia, quali ipoglicemia o iperglicemia, iperosmolarità o chetoacidosi, ulcere infette del piede, o per iperglicemia di nuovo riscontro.

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

È indispensabile che siano predisposti e condivisi dei percorsi di presa in carico da parte dei centri specialistici di diabetologia, e dei protocolli di gestione delle urgenze. Ciò al fine di:

- Garantire continuità assistenziale al paziente con diabete;
- Prendere in carico il paziente neo diagnosticato da parte del team diabetologico;
- Educare e addestrare all'utilizzo di insulina e dell'autocontrollo pazienti in cui è necessario una modifica terapeutica;
- Gestire in team multidisciplinare le urgenze del piede diabetico, riducendo al minimo il rischio di amputazione;
- Gestire con competenza il paziente critico con iperglicemia mediante protocolli di trattamento insulinico intensivo condivisi;
- Ridurre i ricoveri inappropriati.

3. Assistenza al paziente con diabete ricoverato

In tutti i pazienti con diabete – già noto o neo diagnosticato – che accedono al ricovero ospedaliero per qualunque causa, è opportuno il coinvolgimento della struttura diabetologia di competenza per la presa in carico del paziente e la gestione della fase acuta da parte del team diabetologico.

Devono essere previsti percorsi assistenziali condivisi:

- Per il paziente critico;
- Per la gestione del paziente in degenza ordinaria;
- Per l'educazione terapeutica strutturata.

La funzione dell'ospedale diviene in questo modo complessiva, riuscendo a fornire al paziente con diabete l'assistenza di cui necessita garantendogli un trattamento adeguato del compenso metabolico e indicazioni sul prosieguo dell'assistenza nel caso del paziente neo diagnosticato. La presa in carico e l'educazione terapeutica strutturata sono indispensabili per renderlo autonomo e in grado di autogestirsi, prima della dimissione.

4. Dimissione "protetta" o presa in carico pre-dimissione

In qualunque contesto assistenziale sia ricoverato il paziente con diabete, deve essere condiviso con i centri specialistici di diabetologia (sia ospedaliera sia territoriale) un percorso di dimissione protetta, che garantisca:

- La presa in carico pre-dimissione da parte del team diabetologico di riferimento;

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

- L'educazione terapeutica del paziente da parte del personale infermieristico del centro specialistico di diabetologia.

In questo modo si assicura una continuità assistenziale tra ospedale e territorio che posiziona il paziente al centro di una rete di servizi efficiente ed efficace, evitando gli "abbandoni" successivi alla dimissione in assenza degli strumenti (presidi) e della formazione idonea per eseguire la terapia farmacologica e l'autocontrollo glicemico domiciliare in sicurezza.

Il centro specialistico di diabetologia ospedaliero si fa carico della costruzione dei percorsi assistenziali con il Pronto Soccorso, il Day Hospital, il Day Service e i Reparti di degenza medica e chirurgica al fine di garantire al soggetto con diabete i trattamenti appropriati alla situazione clinica e la continuità di cui alla dimissione.

10.2 MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ E DEGLI ESITI DELLA RETE ASSISTENZIALE DIABETOLOGICA

Il coordinamento della rete di assistenza è annuale, e viene gestito dalla ASP previa convocazione delle professionalità di volta in volta necessarie e cogenti ad una corretta valutazione e programmazione. La stessa ASP si occuperà anche della formazione periodica degli operatori coinvolti nel processo di assistenza, con iniziative ad hoc stabilite in base alle evenienze.

L'attività della rete assistenziale diabetologica (territoriale, della diabetologia pediatrica e del piede diabetico) viene monitorata a livello aziendale e regionale tramite la analisi dei verbali delle riunioni di area, in cui dovranno risultare decisioni condivise riguardo ai percorsi diagnostico-terapeutici, alle procedure operative ed organizzative dei servizi erogati, nonché proposte migliorative e monitoraggio delle azioni intraprese.

Questa ASP ha scelto i cinque indicatori di monitoraggio per come da propri compiti, che sono di seguito riportati:

- Indicatore di avvio del processo: % di pazienti diabetici seguiti dalle strutture diabetologiche coinvolte
- Indicatore di processo per il MMG: numero di pazienti diabetici seguiti in PDTA
- Indicatori di esito intermedio (aventi standard al 70%): % di pazienti diabetici con HbA1c < 7 per cento; % di pazienti diabetici con PA < o = 130/80 mmHg; % di pazienti diabetici con LDL < 100 mg/dl.

PDTA per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2

11. FONTI PRINCIPALI

Standards of Medical Care in Diabetes - American Diabetes Association 2018

Standard Italiani AMD-SID 2016-2018

Progetto IGEA. Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Documento di indirizzo, Aggiornamento 2012 - Sintesi. Il Pensiero Scientifico Editore, ROMA 2012.

DCA Calabria 13/2015

DCA Calabria 11/2018

DCA Calabria 51/2018

IN ALLEGATO: linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del SSR di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete di cui al DCA n.51 del 31/01/2018.

1. I Presidi

Sono erogabili, a carico del SSR i seguenti presidi:

- Strisce reattive per glicemia;
- Aghi per penna da insulina;
- Lancette pungidito;
- Siringhe monouso per insulina;
- Strisce reattive per glicosuria;
- Strisce reattive per chetonemia;
- Strisce reattive per chetonuria;
- Strisce reattive per chetonuria e glicosuria;
- Microinfusori;
- Sistema per il Monitoraggio Continuo del Glucosio Real Time (CGM);
- Dispositivi per l'automonitoraggio glicemico FMG (Flash Glucose Monitor);
- Dispositivi I-port.

In questa prima fase i sistemi per la determinazione della glicemia interstiziale e microinfusori saranno erogati attraverso le Aziende Sanitarie Provinciali di appartenenza.

2. Tetti Prescrittivi dei Dispositivi per l'Autocontrollo Glicemico

Nella sottostante tabella sintetica vengono indicati, nello specifico, i tetti massimi prescrittivi dei dispositivi per l'autocontrollo glicemico in relazione al profilo del paziente:

Diabete di tipo 2 in terapia dietetica	25 strisce / 3 mesi
Diabete di tipo 2 in terapia con incretine (IDPP 4 ed analoghi GLP-1) +/- insulino sensibilizzanti o con glifozine +/- insulino sensibilizzanti.	
Diabete tipo 2, in trattamento con ipoglicemizzanti orali secretagoghi (sulfaniluree e glinidi)	100 strisce / 3 mesi
Pazienti affetti da diabete tipo 2, in trattamento insulinico non intensivo o in trattamento combinato	125 strisce / 3 mesi
Diabete di tipo 1 - età < 3 anni	300 strisce / mese
Diabete di tipo 1 - età compresa tra i 3 ed i 7 anni	250 strisce / mese
Diabete di tipo 1 - età compresa tra i 7 ed i 18 anni	200 strisce / mese
Diabete di tipo 1 - età > di 18 anni	150 strisce / mese

Diabetici in trattamento con microinfusore	200 strisce / mese
Diabetici utilizzatori di CGM in modalità Stand Alone	75 strisce / mese
Diabetici in trattamento con microinfusore + CGM (SAP)	75 strisce / mese
Diabete di tipo 2 in trattamento insulinico intensivo (3 o più somministrazioni die)	150 strisce/ mese
Diabete Gestazionale in trattamento con sola dieta	75 strisce / mese
Diabete Gestazionale in trattamento insulinico	200 strisce / mese
Diabetici utilizzatori di FGM	50 strisce / mese

Si precisa che, nei piani terapeutici finalizzati alla prescrizione in regime SSR dei presidi per diabetici, i prescrittori devono indicare le quantità e la tipologia dei prodotti (es.: lancette, strisce, ecc.), senza alcuna specifica relativa al nome commerciale.

I presidi distribuiti dovranno avere certificazione ISO 9000.

Inoltre, al fine di evitare scorte inutilizzate di dispositivi e conseguenti sprechi, la sostituzione di marca e modello del glucometro al paziente va effettuata solo se sussistono reali esigenze. In tal caso, si raccomanda che la sostituzione avvenga dopo che il paziente ha esaurito le strisce per la misurazione della glicemia in suo possesso.

Per i soggetti in età pediatrica, per le donne gravide già diabetiche e per le donne con diabete gestazionale è possibile la prescrizione di un numero massimo di 8 strisce al mese per la determinazione della chetonemia ed un massimo di 25 strisce per la determinazione della chetonuria.

Relativamente ai quantitativi massimi prescrivibili, si precisa che Il presente Documento, è stato elaborato con lo scopo di recepire l'innovazione tecnologica nell'ambito dei presidi per il monitoraggio glicemico e di regolamentare il loro utilizzo alla luce dei principi di appropriatezza e sostenibilità, di seguito i quantitativi dei restanti presidi:

Lancette pungidito	Quantità pari alle strisce per la determinazione del glucosio nel sangue
Strisce per glicosuria	10 / 3 mesi
Siringhe per insulina	Quantità adeguate al numero di somministrazioni giornaliere di insulina Max. 450 / 3 mesi
Iniettori automatici o penne per insulina	Max. 3 / anno
Aghi per iniettori automatici	Quantità adeguate al numero di somministrazioni giornaliere di insulina Max. 450 / 3 mesi

I quantitativi sopra riportati non sono da considerarsi livelli di prescrizione automatica in quanto il fabbisogno reale deve essere sempre correlato alle necessità.



Qualora si renda necessario il superamento del tetto massimo previsto, il Piano annuale di automonitoraggio glicemico dovrà essere corredato da apposita relazione, redatta dal prescrittore, che ne giustifichi la richiesta ed il periodo di interesse.

3. Microinfusori

La Terapia insulinica sottocutanea continuativa tramite **Microinfusore (CSII)** è un sistema che infonde insulina al paziente attraverso un catetere collegato con ago-cannula, inserito nel sottocute e sostituito ogni 2-3 giorni. I microinfusori erogano insulina secondo due modalità, una continua (infusione basale) ed una a richiesta in concomitanza dei pasti principali o altre condizioni che richiedono una correzione dell'iperglicemia (boli insulinici). Le indicazioni all'utilizzo di tale dispositivo sono variabili in funzione del tipo di diabete e del tipo di popolazione target.

L'erogazione del microinfusore e del relativo materiale di consumo è a carico dell'ASP di residenza del paziente. E' previsto un periodo di prova (variabile in base alle capacità del soggetto di acquisire e mettere in pratica le informazioni per la gestione del microinfusore) che il paziente effettua con un microinfusore fornito dal Servizio di Diabetologia e scelto in base alle caratteristiche più idonee al singolo paziente. Alla fine del periodo di prova, se superata, il centro prescrittore formula la richiesta di erogazione del microinfusore e fornitura in comodato d'uso all'ASP di appartenenza (SCHEDA 1) e viene così erogato lo strumento ed il relativo materiale d'uso.

La richiesta del materiale di consumo (SCHEDA 1a), viene compilata dallo specialista appartenente al centro prescrittore una volta l'anno dopo aver verificato le condizioni per la prosecuzione della cura. Il microinfusore verrà sostituito sempre previa richiesta dello specialista al termine del periodo di garanzia che corrisponde alla vita dell'apparecchio.

Indicazioni per la terapia con microinfusori:

1. Diabete scarsamente controllato nonostante la terapia multi-iniettiva ($HbA1c > 8,5\%$)
2. Ipoglicemie
 - a. Inavvertite
 - b. Notturme
 - c. Severe
 - d. Ricontro all'autocontrollo glicemico di almeno 4 ipoglicemia/mese non gravi
3. Frequenti ospedalizzazioni o visite ambulatoriali per scompenso acuto
4. Estrema insulino-sensibilità ($< 20 \text{ UI/die}$ o $< 0,4 \text{ UI/kg pc}$) criterio valido soltanto per pazienti in età pediatrica
5. Gastroparesi documentata mediante test standard



6. Programmazione della gravidanza in paziente con diabete di tipo 1 e HbA1c > 7%
7. Difficoltà ad accettare le iniezioni multiple (in età pediatrica)

Controindicazioni assolute

1. Soggetti scarsamente motivati
2. Soggetti che non eseguono controlli
3. Alterate funzioni cognitive o disturbi psico-comportamentali
4. Non accettazione del microinfusore

Controindicazioni relative

1. Riduzione della vista
2. Grado di istruzione
3. Soggetti che vivono da soli
4. Mancanza di un ambiente familiare favorevole

4. Sistema per il Monitoraggio Continuo del Glucosio Real Time (CGM)

CGM Real Time (a supporto del paziente) con e senza integrazione con microinfusore (Stand Alone o SAP Sensor-Augmented Pump) si raccomanda l'utilizzo per i pazienti in terapia insulinica intensiva già educati all'autocontrollo con almeno 7-8 punti/die ed in cui sia stato avviato un programma di educazione terapeutica che permette al paziente stesso di modificare la propria terapia in base ai dati glicemici raccolti, alla quantità di carboidrati introdotti con la dieta ed all'attività fisica programmata.

In altre parole il paziente deve essere in grado di modificare anticipatamente la quantità di insulina da somministrare in base alle sue esigenze e correggere la glicemia in estemporanea basandosi sui valori glicemici e sulle curve di tendenza generate dal sistema. Per tale utilizzo si consiglia l'uso in casi selezionati:

1. Valori di HbA1c persistentemente elevati nonostante l'intensificazione della terapia insulinica (HbA1c > 8,5%) nei soggetti di età pediatrica
2. Con meno di 18 anni con diabete non controllato che richiedono più di 7-8 o più controlli glicemici al giorno
3. Ridotta capacità di segnalare l'ipoglicemia
4. Diabete Gestazionale o gravidanza in diabete
5. Ipoglicemie ripetute valutate secondo gli indici di Kovatchev
6. Ipoglicemie severe definite come episodi di ipoglicemia che abbiano richiesto intervento di terzi o



7. Ipoglicemie asintomatiche (unawareness)

8. Categorie particolari di pazienti quali sportivi agonisti o lavori e professioni con esposizione a pericolo

In questi casi deve essere assicurata la fornitura di sensori in numero sufficiente a coprire fino ad un massimo di 275 gg/anno o in base alle indicazioni del medico. Per i soggetti in età pediatrica deve essere assicurata la fornitura fino a 60 sensori per anno sufficienti a coprire fino ad un massimo di 365 giorni /anno (100% del tempo).

La fornitura di strisce reattive per la determinazione della glicemia capillare, nei pazienti che utilizzano il CGM in modalità Stand Alone, è consentita sino ad un massimo di 75/mese.

La richiesta del dispositivo (SCHEDA 4) e del materiale di consumo (SCHEDA 4a) viene compilata dal diabetologo una volta l'anno dopo aver verificato le condizioni per la prosecuzione dell'utilizzo. L'erogazione dei sensori viene effettuata ogni tre/sei mesi, allo scopo di monitorare la data di scadenza del materiale stesso, controllare l'effettivo e corretto utilizzo ed effettuare la rivalutazione del paziente. L'utilizzo del CGM-Real Time deve essere gestito da Centri Diabetologici Specialisti che dispongano di un medico ed infermiere dedicato e di sistemi informatici per lo scarico dati e collegamento ad internet per la gestione in remoto delle curve glicemiche.

5. Dispositivo per l'Automonitoraggio della Glicemia tramite FGM (Flash Glucose Monitor)

Il dispositivo **Flash Glucose Monitor (FMG)** è un sistema ibrido real time senza allarme, ma aggiornabile, composto da un sensore e da un lettore. Il sensore misura in modo autonomo il livello di glucosio nell'interstizio generando un valore medio ogni 15 min. Una curva di andamento con frecce di tendenza automaticamente si rende disponibile sul monitor del lettore. Il valore aggiornato della glicemia è disponibile solo nel momento in cui il lettore è avvicinato al sensore (a richiesta). Nel caso in cui il lettore non venga avvicinato al sensore per un intervallo di più di 8 h, tutti i dati registrati andranno persi e non saranno disponibili né sul monitor né al momento dello scarico dati. Lo scarico dati avviene sul PC attraverso un software dedicato. Il sensore non richiede calibrazioni ed è progettato per rimanere applicato al corpo fino a 14 giorni.

Contrariamente agli altri sistemi CGM, il FGM non possiede allarmi per iper- o ipo-glicemie e **non è quindi adatto all'impiego in pazienti con ipoglicemie inavvertite.**

Inoltre, il sistema richiede la conferma della lettura tramite glicemia capillare quando si abbiano variazioni ampie ed inspiegate del glucosio; la fornitura dei sensori deve quindi accompagnarsi ad una fornitura (seppure ridotta rispetto agli altri pazienti) di strisce reattive per la glicemia.

FE

In relazione all'accuratezza e precisione i dati pubblicati indicano un'accuratezza dell'85% rispetto alla glicemia capillare a partire dal secondo giorno di utilizzo in quanto nel primo giorno il dato è 78% circa. Inoltre rispetto alla glicemia venosa ha un ritardo di circa 5 min. (lag-time).

Il beneficio senza aggravio di spesa si può ottenere in coloro che effettuano più di 8 controlli glicemici giornalieri.

Si raccomanda l'uso del Flash Glucose Monitoring secondo una o più delle seguenti condizioni:

- Diabete di tipo 1
- Età pediatrica (4-17)
- Glicemie capillari/die ≥ 7
- HbA1c stabilmente $> 8\%$ nelle ultime 4 determinazioni in pazienti con età < 65 anni con almeno una somministrazione di insulina o in occasione di patologie acute e/o di fragilità;
- Necessità di controllo notturno della glicemia (discrepanza non altrimenti spiegata fra autocontrollo domiciliare e HbA1c)
- Almeno 3 somministrazioni giornaliere di insulina

La richiesta del dispositivo di lettura (SCHEDA 2) e del materiale di consumo (SCHEDA 2a) viene compilato dal diabetologo una volta l'anno dopo aver verificato le condizioni per la prosecuzione dell'utilizzo. L'erogazione dei sensori viene effettuata ogni tre/sei mesi, allo scopo di monitorare la data di scadenza del materiale stesso, controllare l'effettivo e corretto utilizzo ed effettuare la rivalutazione del paziente. Numero massimo 26 sensori/anno. La fornitura di strisce reattive per la determinazione della glicemia capillare, nei pazienti che utilizzano il FGM, è consentita sino ad un massimo di 50/mese.

6. Dispositivo I-port in pazienti diabetici in terapia insulinica multi-iniettiva

L'I-port è un dispositivo costituito da una piccola porta per iniezioni, riduce lo stress associato alle iniezioni di terapia insulinica multi-iniettiva.

Viene applicato al corpo una volta ogni 2/3 giorni. Questo dispositivo offre una maniera facile e comoda di ricevere ogni giorno molteplici iniezioni senza il bisogno di una puntura per ogni dose somministrata.

È stata predisposta una scheda (SCHEDA 3) che individua le caratteristiche dei pazienti che in ambito del SSR hanno diritto all'erogazione di tale dispositivo.

7. Piattaforma WEB CARE

Web Care è un sistema web Regionale per la gestione/consultazione "on-line" dei piani terapeutici da parte di Specialisti, MMG, PLS, Farmacisti di Comunità e Responsabili dei Servizi Farmaceutici Territoriali. Gli specialisti autorizzati alla prescrizione dei presidi per l'autocontrollo glicemico redigono on-line il piano

gf

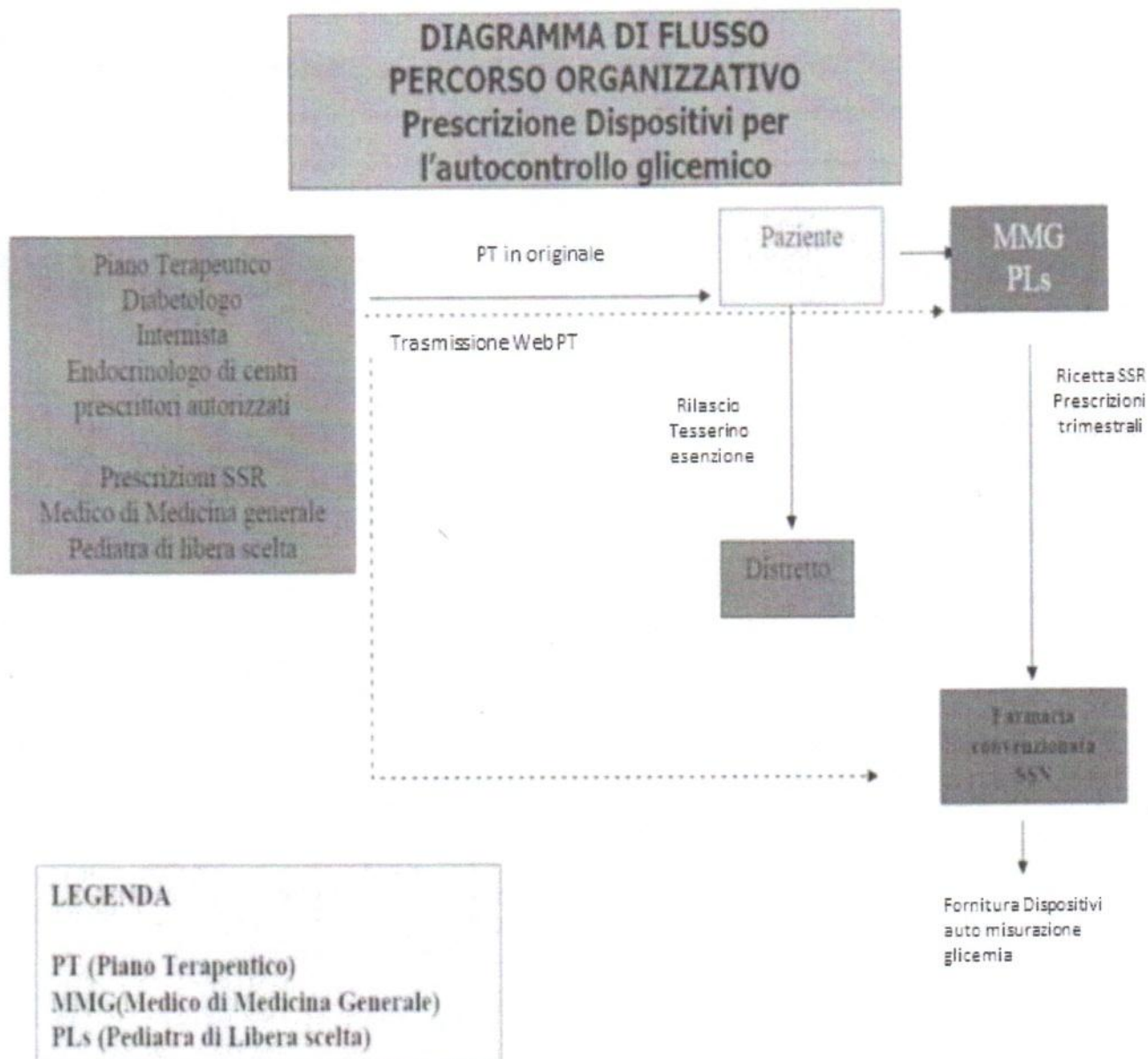
terapeutico dei pazienti, definendo tipologia e quantità dei prodotti a cui hanno diritto, e consegnano al paziente copia cartacea del piano per il MMG ed il PLS per le prescrizioni SSR.

Le farmacie alla consegna della ricette SSR si collegano al sistema per verificare la validità del PT e le prescrizioni per gli assistiti.

I responsabili delle Farmacie Territoriali (già servizi farmaceutici territoriali) delle ASP possono collegarsi in qualsiasi momento per verificare in tempo reale l'andamento delle prescrizioni. Il sistema dovrebbe consentire un risparmio significativo tramite l'ottimizzazione delle prescrizioni e l'eliminazione degli sprechi. La prescrizione di microinfusori, sistemi per l'automonitoraggio glicemico e relativi presidi avverrà in prima istanza su scheda cartacea di seguito allegata, in attesa di implementazione del sistema web care.

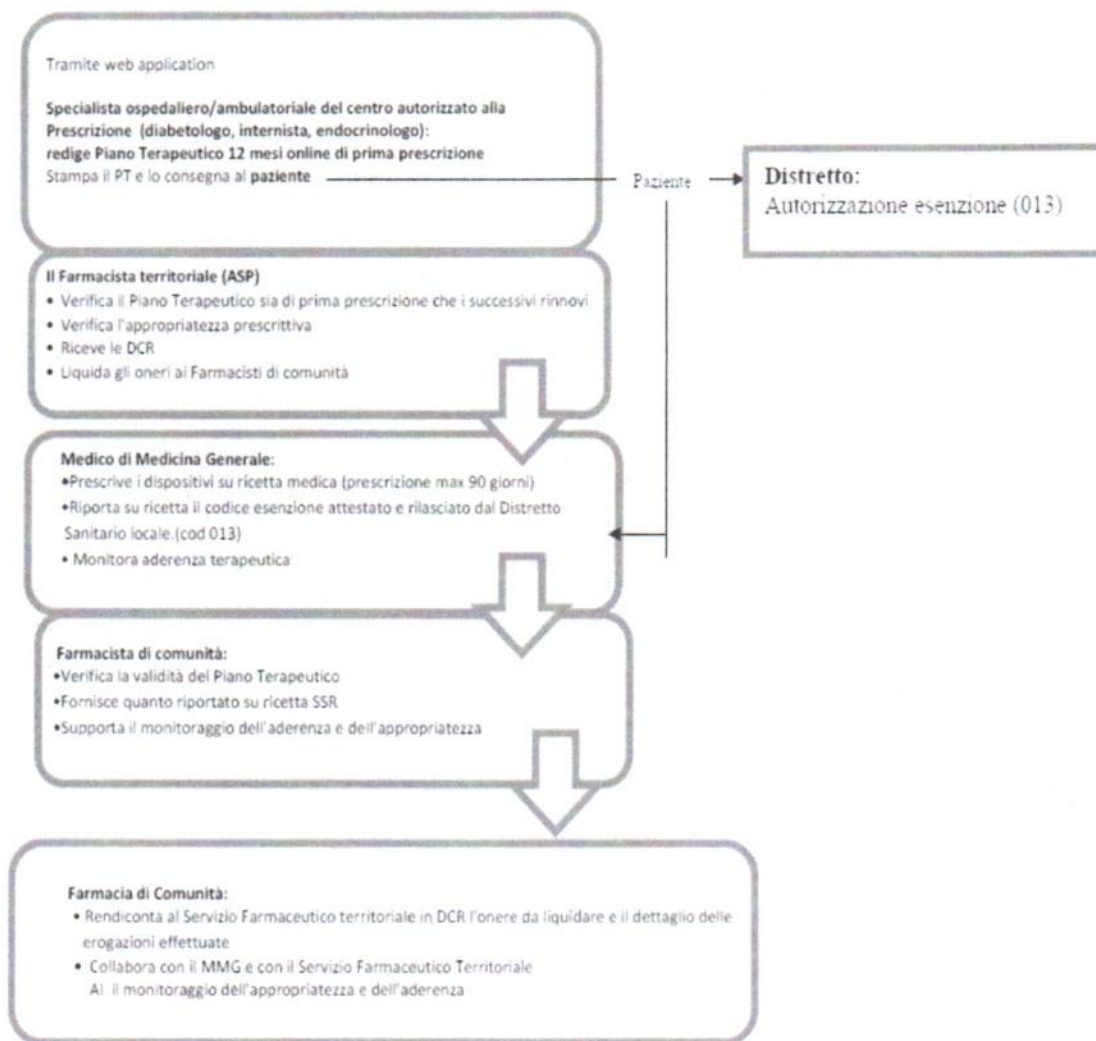
9/1

FLOW-CHART RIASSUNTIVO



**DIAGRAMMA DI FLUSSO
PERCORSO ORGANIZZATIVO
Prescrizione Dispositivi per l'autocontrollo
glicemico (web application)**

La web application consente la condivisione in rete tra i professionisti del percorso diagnostico terapeutico del paziente affetto da diabete. Integra Specialisti, Farmacisti Territoriali, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta, Farmacisti di Comunità.



SCHEDA 1

RICHIESTA PER TERAPIA INSULINICA INTENSIVA CON MICROINFUSORE

Su carta in testata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia prescrittrice

Alla ASP _____

Alla struttura di Diabetologia di Coordinamento o delegata

RICHIESTA PER TERAPIA INSULINICA INTENSIVA CON MICROINFUSORE

Per il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____

tel _____ Cod. Fiscale _____

ASP di appartenenza _____ Distretto _____

affetto/a da diabete mellito tipo 1 ☐, diabete mellito tipo 2 ☐ insorto nell'anno _____

attualmente in trattamento con ☐ terapia multi-iniettiva ☐ terapia con microinfusore dal _____

- ☐ Si prescrive terapia con microinfusore
- ☐ Si prescrive sostituzione microinfusore per malfunzionamento e fine garanzia (4 anni) HbA1c attuale _____ (v.n. _____)

Barrare la principale indicazione all'uso del microinfusore (per la prima prescrizione):

- ☐ Controllo glicemico inadeguato, malgrado terapia insulinica intensiva multi-iniettiva con analoghi dell'insulina (HbA1c >8.5%). Criterio valido soltanto per pazienti con diabete di tipo 1
- ☐ Ipoglicemie non avvertite/ notturne/ gravi o riscontro all'autocontrollo glicemico di almeno 4 ipoglicemia/mese non gravi
- ☐ Estrema sensibilità insulinica (terapia insulinica <20 UI/die o < 0,4 U/kg). Criterio valido soltanto per pazienti in età pediatrica
- ☐ Programmazione della gravidanza in paziente con diabete di tipo 1 e HbA1c > 7%
- ☐ Necessità di flessibilità per lo stile di vita: tutte le condizioni in cui la tipologia di vita del paziente (lavoro a turni, frequenti viaggi per lavoro e/o studio) non consenta di raggiungere gli obiettivi metabolici con la terapia insulinica multi-iniettiva
- ☐ Gastroparesi
- ☐ Frequenza elevata di ospedalizzazioni o di visite ambulatoriali urgenti per episodi di scompenso acuto/anno
- ☐ Difficoltà ad accettare le iniezioni multiple (in età pediatrica)

Si richiede la fornitura del microinfusore modello _____

☐ **SI RITIENE NECESSARIO PER L'OTTIMIZZAZIONE METABOLICA UN SISTEMA INTEGRATO MICROINFUSORE-MONITORAGGIO CONTINUO DELLA GLICEMIA**

Con utilizzo continuativo del monitoraggio al fine di permettere una correzione estemporanea dello schema terapeutico, basata su valori glicemici e loro "trend", con periodico riassetto dello schema terapeutico.

L'indicazione principale a tale utilizzo è:

- ☐ Età pediatrica
- ☐ Donna diabetica in gravidanza
- ☐ Ipoglicemie frequenti o non avvertite almeno 4/mese, documentate con riscontro all'autocontrollo glicemico

☐ **SI RITIENE NECESSARIO PER L'OTTIMIZZAZIONE METABOLICA UN SISTEMA MICROINFUSORE- MONITORAGGIO CONTINUO DEL GLUCOSIO** con utilizzo intermittente e conseguente adeguamento degli schemi terapeutici.

L'indicazione principale a tale utilizzo è:

- ☐ Compenso metabolico non ottimale
- ☐ Presenza di ricorrente iperglicemia al risveglio
- ☐ Sospetto di ipoglicemie non avvertite
- ☐ Sospetto di gastroparesi

Si prescrive materiale di consumo per ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi ☐ 12 mesi **come di seguito riportato**

Serbatoi 15/mese

Set d'infusioni 15/mese

10 sensori/anno per assistito in discontinuo

60 sensori/anno per assistito in real time

Trasmettitore garantito dalla Ditta per 4 anni come il microinfusore

Il materiale deve essere erogato ogni 3 mesi.

Si attesta che il/la paziente

- 1. Ha dimostrato di essere idoneo alla terapia con microinfusore, in particolare:**
 - Buona accettabilità della malattia e della terapia insulinica
 - Aderenza all'autocontrollo glicemico (almeno 4 controlli al giorno)
 - Buona educazione alla gestione della malattia
 - Motivazione a modificare alcuni comportamenti dello stile di vita
- 2. Ha effettuato un periodo di prova di almeno due mesi (per la prima prescrizione)**
- 3. Ha effettuato il percorso educativo previsto, in particolare è stato addestrato e/o ha seguito il programma educativo di rinforzo su:**

GA



- Funzionamento e gestione della terapia con microinfusore (impostazioni generali, cambio set, ricarica serbatoio, programmazione velocità basale, memoria boli, visualizzazione profilo basale, basali temporanee, profili alternativi)
- Utilizzo dei boli prandiali (modalità bolo rapido, onda quadra, onda doppia)
- Conteggio dei carboidrati e corretta alimentazione

Il/La paziente verrà regolarmente seguito/a presso questo Centro Diabetologico che si impegna a rispettare il follow-up previsto e a comunicare tempestivamente modifiche e/o interruzioni della terapia con microinfusore, anche qualora non si raggiungano gli obiettivi terapeutici prefissati.

Luogo e data _____

TIMBRO DEL CENTRO PRESCRITTORE

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRITTORE

9/8

SCHEDA 1a

RICHIESTA PER LA FORNITURA DEL MATERIALE DI CONSUMO PER TERAPIA INSULINICA INTENSIVA CON MICROINFUSORE

Su carta intestata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia che effettua la prescrizione

Alla Farmacia Territoriale ASP _____

Alla struttura di Diabetologia di Coordinamento o delegata

RICHIESTA PER LA FORNITURA DEL MATERIALE DI CONSUMO PER TERAPIA INSULINICA INTENSIVA CON MICROINFUSORE

Per il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____

tel _____ Cod. Fiscale _____

ASP di appartenenza _____ Distretto _____

affetto/a da diabete mellito tipo 1 ☐, diabete mellito tipo 2 ☐ insorto nell'anno _____

attualmente in trattamento con microinfusore dal _____

modello _____

Verificati

- ☐ La permanenza dell'indicazione alla terapia con microinfusore
- ☐ l'idoneità del paziente in termini di aderenza alla terapia e al percorso educativo di rinforzo
- ☐ il raggiungimento degli obiettivi terapeutici prefissati

• HbA1c attuale _____ (v.n. _____)

☐ **SI RITIENE NECESSARIO PER L'OTTIMIZZAZIONE METABOLICA UN SISTEMA INTEGRATO MICROINFUSORE-MONITORAGGIO CONTINUO DELLA GLICEMIA**

Con utilizzo continuativo del monitoraggio al fine di permettere una correzione estemporanea dello schema terapeutico, basata su valori glicemici e loro "trend", con periodico riassetto dello schema terapeutico.

L'indicazione principale a tale utilizzo è:

- ☐ Età pediatrica
- ☐ Donna diabetica in gravidanza
- ☐ Ipoglicemie frequenti o non avvertite almeno 4/mese, documentate con riscontro all'autocontrollo glicemico

- ☐ **SI RITIENE NECESSARIO PER L'OTTIMIZZAZIONE METABOLICA UN SISTEMA MICROINFUSORE-MONITORAGGIO CONTINUO DEL GLUCOSIO** con utilizzo intermittente e conseguente adeguamento degli schemi terapeutici.

L'indicazione principale a tale utilizzo è:

- ☐ Compenso metabolico non ottimale
- ☐ Presenza di ricorrente iperglicemia al risveglio
- ☐ Sospetto di ipoglicemie non avvertite
- ☐ Sospetto di gastroparesi

Si prescrive materiale di consumo per ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi ☐ 12 mesi come di seguito riportato

- ☐ Serbatoi 15/mese
- ☐ Set d'infusioni 15/mese
- ☐ 10 sensori/anno per assistito in discontinuo
- ☐ 60 sensori/anno per assistito in real time

Il trasmettitore del CGM viene garantito dalla Ditta per un periodo di 4 anni analogamente al microinfusore. Il materiale di consumo deve essere erogato ogni 3 mesi. Il/la paziente verrà regolarmente seguito/a presso questo Centro Diabetologico che si impegna a rispettare il follow up previsto e a comunicare tempestivamente modifiche e/o interruzioni della terapia con microinfusore, anche qualora non si raggiungano gli obiettivi terapeutici prefissati.

Luogo e data _____

TIMBRO DEL CENTRO PRESCRITTORE

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRITTORE



SCHEMA 2

RICHIESTA PER DISPOSITIVO AUTOMONITORAGGIO DELLA GLICEMIA TRAMITE FGM (Flash Glucose Monitor)

Su carta intestata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia che effettua la prescrizione

Alla Farmacia Territoriale ASP _____

Alla struttura di Diabetologia di Coordinamento o delegata

RICHIESTA PER DISPOSITIVO AUTOMONITORAGGIO DELLA GLICEMIA TRAMITE FGM (Flash Glucose Monitor)

Per il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____

tel _____ Cod. Fiscale _____

ASP di appartenenza _____ Distretto _____

affetto/a da diabete mellito insorto nell'anno _____

in trattamento con terapia insulinica multi-iniettiva dal _____

- HbA1c attuale _____ (v.n. _____)

Secondo una o più delle seguenti condizioni:

- ☐ Diabete di tipo 1
- ☐ Età pediatrica (4-17)
- ☐ Glicemie capillari/die ≥ 7
- ☐ HbA1c stabilmente $> 8\%$ nelle ultime 4 determinazioni in pazienti con età < 65 anni con almeno 1 somministrazione di insulina o in occasione di patologie acute e/o di fragilità
- ☐ Necessità di controllo notturno della glicemia (discrepanza non altrimenti spiegata fra autocontrollo domiciliare e HbA1c)
- ☐ Almeno tre somministrazioni giornaliere di insulina

Si richiede la fornitura del dispositivo automonitoraggio tramite sensore modello _____

Si prescrive materiale di consumo per ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi ☐ 12 mesi come di seguito riportato (max 26 sensori/anno)

Ai pazienti diabetici che utilizzano l'FGM non potrà essere prescritto un quantitativo di strisce superiore a 50/mese, come da DCA 146/2017.

Si attesta che il/la paziente ha effettuato il percorso educativo previsto, in particolare è stato addestrato e/o ha seguito il programma educativo di rinforzo sul funzionamento del sistema di automonitoraggio della glicemia tramite FGM.

Luogo e data _____

TIMBRO DEL CENTRO PRESCRITTORE

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRITTORE



SCHEDA 2a

RICHIESTA PER MATERIALE AUTOMONITORAGGIO TRAMITE FGM (Flash Glucose Monitor)
Su carta in testata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia che effettua la prescrizione

Alla Farmacia Territoriale ASP _____

Alla struttura di Diabetologia di Coordinamento o delegata

RICHIESTA PER MATERIALE AUTOMONITORAGGIO DELLA GLICEMIA TRAMITE FGM (Flash Glucose Monitor)

Per il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____

tel _____ Cod. Fiscale _____

ASP di appartenenza _____ Distretto _____

affetto/a da diabete mellito insorto nell'anno _____

in trattamento con terapia insulinica multi-iniettiva ed automonitoraggio tramite FGM dal _____

Secondo una o più delle seguenti condizioni:

- ☐ Diabete di tipo 1
- ☐ Età pediatrica (4-17)
- ☐ Glicemie capillari/die ≥ 7 (da PT su piattaforma webcare e/o scarico dati su supporto informatico)
- ☐ HbA1c stabilmente $> 8\%$ nelle ultime 4 determinazioni in pazienti con età < 65 anni
- ☐ Necessità di controllo notturno della glicemia (discrepanza non altrimenti spiegata fra autocontrollo domiciliare e HbA1c)
- ☐ Almeno tre somministrazioni giornaliere di insulina

Verificati

- ☐ l'idoneità del paziente in termini di aderenza alla terapia ed al percorso educativo di rinforzo (scarico dati documentato in cartella)
- ☐ la riduzione di 1 punto di HbA1c a 12 mesi nel caso del criterio 3

• HbA1c attuale _____ (v.n. _____)



Si prescrive materiale di consumo per ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi ☐ 12 mesi come di seguito riportato
(max 26 sensori/anno)

Luogo e data _____

TIMBRO DEL CENTRO PRESCRITTORE

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRITTORE

SCHEDA 3

RICHIESTA PER DISPOSITIVO I-PORT IN PAZIENTI DIABETICI IN TERAPIA INSULINICA MULTI-INIETTIVA *Su carta in testata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia che effettua la prescrizione*

Alla Farmacia Territoriale ASP _____

Alla struttura di Diabetologia di Coordinamento o delegata

RICHIESTA PER DISPOSITIVO I-PORT IN PAZIENTI DIABETICI IN TERAPIA INSULINICA MULTI-INIETTIVA

Per il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____

tel _____ Cod. Fiscale _____

ASP di appartenenza _____ Distretto _____

affetto/a da diabete mellito insorto nell'anno _____ in trattamento con terapia insulinica

multi-iniettiva dal _____ • HbA1c attuale _____ (v.n. _____)

Barrare l'indicazione:

- ☐ bambino di età ≤ 10 anni
- ☐ paziente pediatrico con grave e comprovata agorafobia
- ☐ paziente con lipodistrofia severa

Si prescrive materiale di consumo per ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi ☐ 12 mesi come di seguito riportato (max 130/anno) _____

luogo e data _____

TIMBRO DEL CENTRO PRESCRITTORE

**FIRMA E TIMBRO DEL
MEDICO PRESCRITTORE**

SCHEMA 4

RICHIESTA DISPOSITIVO MONITORAGGIO CONTINUO DEL GLUCOSIO Real Time (CGM)
Su carta intestata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia che effettua la prescrizione

Alla Farmacia Territoriale ASP _____

Alla struttura di Diabetologia di Coordinamento o delegata

RICHIESTA DISPOSITIVO MONITORAGGIO CONTINUO DEL GLUCOSIO Real Time (CGM)

Per il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____

tel _____ Cod. Fiscale _____

ASP di appartenenza _____ Distretto _____

affetto/a da diabete mellito insorto nell'anno _____

Secondo una o più delle seguenti condizioni:

- ☐ Valori di HbA1c persistentemente elevati nonostante l'intensificazione della terapia insulinica (HbA1c > 8,5%) nei soggetti di età pediatrica
- ☐ Con meno di 18 anni con diabete non controllato che richiedono più di 7-8 o più controlli glicemici al giorno
- ☐ Ridotta capacità di segnalare l'ipoglicemia
- ☐ Diabete Gestazionale o gravidanza in diabete
- ☐ Ipoglicemie ripetute valutate secondo gli indici di Kovatchev
- ☐ Ipoglicemie severe definite come episodi di ipoglicemia che abbiano richiesto intervento di terzi o 118
- ☐ Ipoglicemie asintomatiche (unawareness)
- ☐ Categorie particolari di pazienti quali sportivi agonisti o lavori e professioni con esposizione a pericolo

Si richiede la fornitura del dispositivo modello _____

Si prescrive materiale di consumo per ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi ☐ 12 mesi come di seguito riportato

La fornitura di sensori deve essere in numero sufficiente a coprire fino ad un massimo di 275 gg/anno o in base alle indicazioni del medico. Per i soggetti in età pediatrica deve essere assicurata la fornitura fino a 60 sensori per anno sufficienti a coprire fino ad un massimo di 365/anno.

Si attesta che il/la paziente è in terapia insulinica intensiva con almeno 7-8 punti/die e che sta effettuando un percorso di educazione terapeutica che gli permette di modificare la propria terapia in base ai dati glicemici raccolti, alla quantità di carboidrati introdotti con la dieta ed all'attività fisica programmata

Luogo e data _____

TIMBRO DEL CENTRO PRESCRITTORE

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRITTORE



SCHEDA 4a

**RICHIESTA PER LA FORNITURA DEL MATERIALE DI CONSUMO PER DISPOSITIVO
MONITORAGGIO CONTINUO DEL GLUCOSIO Real Time (CGM)**

Su carta in testata con chiari recapiti della Struttura di Diabetologia che effettua la prescrizione

Alla Farmacia Territoriale ASP _____

Alla struttura di Diabetologia di Coordinamento o delegata

**RICHIESTA PER LA FORNITURA DEL MATERIALE DI CONSUMO PER DISPOSITIVO
MONITORAGGIO CONTINUO DEL GLUCOSIO Real Time (CGM)**

Per il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____

tel _____ Cod. Fiscale _____

ASP di appartenenza _____ Distretto _____

affetto/a da diabete mellito insorto nell'anno _____

Secondo una o più delle seguenti condizioni:

- ☐ Valori di HbA1c persistentemente elevati nonostante l'intensificazione della terapia insulinica (HbA1c > 8,5%) nei soggetti di età pediatrica
- ☐ Con meno di 18 anni con diabete non controllato che richiedono più di 7-8 o più controlli glicemici al giorno
- ☐ Ridotta capacità di segnalare l'ipoglicemia
- ☐ Diabete Gestazionale o gravidanza in diabete
- ☐ Ipoglicemie ripetute valutate secondo gli indici di Kovatchev
- ☐ Ipoglicemie severe definite come episodi di ipoglicemia che abbiano richiesto intervento di terzi o 118
- ☐ Ipoglicemie asintomatiche (unawareness)
- ☐ Categorie particolari di pazienti quali sportivi agonisti o lavori e professioni con esposizione a pericolo

GR



Si prescrive materiale di consumo per ☐ 3 mesi ☐ 6 mesi ☐ 12 mesi come di seguito riportato

Luogo e data _____

TIMBRO DEL CENTRO PRESCRITTORE

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRITTORE

GA