



Il cerchio azzurro è dal 2006 il simbolo mondiale del diabete.

Il cerchio rappresenta la continuità della vita e la forza dell'unità; l'azzurro è il colore della bandiera dell'Onu.

Dedicato a tutte le famiglie di AGD Padova, che ogni giorno (e spesso anche ogni notte) scelgono di sostenere il peso di questo cerchio azzurro nel migliore dei modi possibili.

IL DIABETE E LE LEGGI

Disposizioni generali

- Legge 16 marzo 1987, n. 115 - Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito; p. 5
- Legge Regionale (veneta) 11 novembre 2011, n. 24 - Norme per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito dell'età adulta e pediatrica; p. 9
- Dichiarazione di Saint-Vincent, 1989; p. 19
- Risoluzione ONU 20 dicembre 2006, n. 61/225 – Proclamazione della “Giornata mondiale del diabete”; p. 23
- Manifesto dei diritti e dei doveri della Persona con diabete, 2009-2015, artt. 1, 2, 3, 5 e 10. p. 25

Diabete e invalidità – Diabete e handicap

- Legge 11 febbraio 1980, n. 18, art. 1 - Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili; p. 31
- Legge 11 ottobre 1990, n. 289, artt. 1, 2 e 3 – Istituzione di un'indennità di frequenza per i minori invalidi; p. 32
- Decreto del Ministero della Salute 5 febbraio 1992, n. 43, art. 1, parte seconda e parte terza – tabella B - Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti; p. 34
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104, artt. 1-8, 12-17, 23, 32 e 33 - Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate; p. 37
- Linee – Guida, Raccomandazioni INPS, 20 novembre 2015 - La valutazione a fini di invalidità civile e handicap del minore affetto da diabete mellito tipo 1. p. 53

Diabete e scuola

- Linee - Guida, Miur e Ministero della Salute, 25 novembre 2005 - Atto di Raccomandazioni contenente le Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico; p. 55
- Legge Regionale (veneta) 11 novembre 2011, n. 24, art. 8; p. 59
- Documento AGDI in collaborazione con Miur e Ministero della Salute, 7 novembre 2013, paragrafi b), c), d) ed e) - Documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con Diabete in contesti Scolastici, Educativi, Formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all'istruzione e alla migliore qualità di vita. p. 60

Diabete e patente

Decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modifiche, Codice della strada, artt. 119 e 126;	p. 71
Decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59, art. 23, comma 4 che demanda all'Allegato III – Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida;	p. 78
Allegato III, lettera c) – Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida;	p. 80
Allegato B alla Circolare del Ministero della Salute 25 luglio 2011, n. 17798;	p. 83
Decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modifiche, art. 330, comma 6 – Regolamento di esecuzione e attuazione del nuovo Codice della strada;	p. 85
Approvazione da parte del Consiglio Regionale del Veneto della Mozione 22 febbraio 2017, n. 206 - Copertura economica ai diabetici in trattamento insulinico, a sostegno delle spese per gli esami di idoneità alla guida.	p. 86

Diabete: prescrizione e dispensazione di dispositivi a carico del Servizio Sanitario Regionale

Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto 14 marzo 2016, n. 21- Erogazione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete: modifica e sostituzione Allegati A e B, DGR n. 2696 del 29 dicembre 2014;	p. 88
Allegato A al Decreto Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto 14 marzo 2016, n. 21 – Disposizioni per la prescrizione e dispensazione a carico del SSR di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione a favore di soggetti affetti da diabete mellito;	p. 91
Deliberazione della Giunta Regionale 28 aprile 2017, n. 547 – Erogazione dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM (flash glucose monitoring);	p. 97
Allegato A alla Delibera di Giunta Regionale 28 aprile 2017, n. 547 – Disposizioni per la prescrizione e la dispensazione a carico del SSR dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM (flash glucose monitoring).	p. 102

Disposizioni generali

Legge 16 marzo 1987, n. 115

Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;
IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA PROMULGA la seguente legge:

Art. 1.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano predispongono, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari e dei limiti finanziari indicati dal fondo sanitario nazionale, progetti-obiettivo, azioni programmate ed altre idonee iniziative dirette a fronteggiare la malattia del diabete mellito, considerata di alto interesse sociale.

2. Gli interventi regionali di cui al comma 1 sono rivolti:

- a) alla prevenzione e alla diagnosi precoce della malattia diabetica;
- b) al miglioramento delle modalità di cura dei cittadini diabetici;
- c) alla prevenzione delle complicanze;
- d) ad agevolare l'inserimento dei diabetici nelle attività scolastiche, sportive e lavorative;
- e) ad agevolare il reinserimento sociale dei cittadini colpiti da gravi complicanze post-diabetiche;
- f) a migliorare l'educazione e la coscienza sociale generale per la profilassi della malattia diabetica;
- g) a favorire l'educazione sanitaria del cittadino diabetico e della sua famiglia;
- h) a provvedere alla preparazione ed all'aggiornamento professionale del personale sanitario addetto ai servizi.

Art. 2.

1. Ai fini della prevenzione e della diagnosi precoce della malattia diabetica e delle sue complicanze, i piani sanitari e gli altri strumenti regionali di cui all'articolo 1 indicano alle unità sanitarie locali, tenuto conto di criteri e metodologie stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento da emanarsi ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sentito l'Istituto superiore di sanità, gli interventi operativi più idonei per:

- a) individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico;



b) programmare gli interventi sanitari su tali fasce.

2. Per la realizzazione di tali interventi le unità sanitarie si avvalgono dei servizi di diabetologia in coordinamento con i servizi sanitari distrettuali e con i servizi di medicina scolastica.

3. Il Ministro della sanità, sentito l'Istituto superiore di sanità, presenta annualmente al Parlamento una relazione di aggiornamento sullo stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni scientifiche in tema di diabete mellito e di diabete insipido, con particolare riferimento ai problemi concernenti la prevenzione.

Art. 3.

1. Al fine di migliorare le modalità di diagnosi e cura le regioni, tramite le unità sanitarie locali, provvedono a fornire gratuitamente ai cittadini diabetici, oltre ai presidi diagnostici e terapeutici, di cui al decreto del Ministro della sanità dell'8 febbraio 1982, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 17 febbraio 1982, n. 46, anche altri eventuali presidi sanitari ritenuti idonei, allorquando vi sia una specifica prescrizione e sia garantito il diretto controllo dei servizi di diabetologia.

Art. 4.

1. Ogni cittadino affetto da diabete mellito deve essere fornito di tessera personale che attesta l'esistenza della malattia diabetica. Il modello di tale tessera deve corrispondere alle indicazioni che saranno stabilite dal Ministro della sanità entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. I cittadini muniti della tessera personale di cui al comma 1 hanno diritto, su prescrizione medica, alla fornitura gratuita dei presidi diagnostici e terapeutici di cui all'articolo 3.

Art. 5.

1. Con riferimento agli indirizzi del Piano sanitario nazionale, nell'ambito della loro programmazione sanitaria, le regioni predispongono interventi per:

a) l'istituzione di servizi specialistici diabetologici, secondo parametri che tengano conto della densità della popolazione, delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche delle zone di utenza e dell'incidenza della malattia diabetica nell'ambito regionale;

b) l'istituzione di servizi di diabetologia pediatrica in numero pari ad uno per ogni regione, salvo condizioni di maggiore necessità per le regioni a più alta popolazione. La direzione di tali servizi è affidata a pediatri diabetologi;



c) l'istituzione di servizi di diabetologia a livello ospedaliero nell'ambito di un sistema dipartimentale interdisciplinare e polispecialistico.

2. Criteri di uniformità validi per tutto il territorio nazionale relativamente a strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici, metodi di indagine clinica, criteri di diagnosi e terapia, anche in armonia con i suggerimenti dell'Organizzazione mondiale della sanità, sono stabiliti ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

3. I servizi di diabetologia svolgono in particolare i seguenti compiti:

- a) prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito;
- b) prevenzione delle sue complicanze;
- e) terapia in situazioni di particolare necessità clinica;
- d) consulenza diabetologica con il medico di base e le altre strutture ove siano assistiti cittadini diabetici;
- e) consulenza con divisioni e servizi ospedalieri in occasione dei ricoveri di cittadini diabetici;
- f) addestramento, istruzione, educazione del cittadino diabetico;
- g) collaborazione con le unità sanitarie locali per tutti i problemi di politica sanitaria riguardanti il diabete.

Art. 6.

1. Con riferimento agli indirizzi del Piano sanitario nazionale, nell'ambito della loro programmazione sanitaria, le regioni predispongono interventi per la opportuna preparazione del personale operante nelle unità sanitarie locali sul tema del diabete mellito, anche mediante la istituzione di corsi periodici di formazione ed aggiornamento professionale, utilizzando a tal fine i servizi diabetologici di cui all'articolo 5.

Art. 7.

1. Nell'ambito della loro programmazione sanitaria le regioni promuovono iniziative di educazione sanitaria, rivolte ai soggetti diabetici e finalizzate al raggiungimento della autogestione della malattia attraverso la loro collaborazione con i servizi socio-sanitari territoriali.

2. Le regioni promuovono altresì iniziative di educazione sanitaria sul tema della malattia diabetica rivolte alla globalità della popolazione, utilizzando tra l'altro le strutture scolastiche, sportive e socio-sanitarie territoriali.



Art. 8.

1. La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per la iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari requisiti attitudinali.
2. Il certificato di idoneità fisica per lo svolgimento di attività sportive agonistiche viene rilasciato previa presentazione di una certificazione del medico diabetologo curante o del medico responsabile dei servizi di cui all'articolo 5, attestante lo stato di malattia diabetica compensata nonché la condizione ottimale di autocontrollo e di terapia da parte del soggetto diabetico.
3. Il Ministro della sanità, sentito il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, indica, con proprio decreto, altre forme morbose alle quali sono applicabili le disposizioni di cui al comma 1.

Art. 9.

1. Per il raggiungimento degli scopi di cui all'articolo 1, le unità sanitarie locali si avvalgono della collaborazione e dell'aiuto delle associazioni di volontariato nelle forme e nei limiti previsti dall'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 10.

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge valutato in lire 6.400 milioni per l'anno 1987 e in lire 8.000 milioni per ciascuno degli anni 1988 e 1989, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1987-1989, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1987, utilizzando lo specifico accantonamento di cui alla voce "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito".
2. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio. La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 16 marzo 1987

COSSIGA, Presidente della Repubblica

CRAZI, Presidente del Consiglio dei Ministri

Visto, il Guardasigilli: ROGNONI



Legge Regionale (veneta) 11 novembre 2011, n. 24
Norme per la prevenzione, la diagnosi e
la cura del diabete mellito dell'età adulta e pediatrica.

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Presidente della Giunta regionale promulga la seguente legge regionale:

Art. 1

Finalità

1. La Regione del Veneto, nell'esercizio della propria competenza in materia di tutela della salute, di cui all'articolo 117, comma terzo della Costituzione e in attuazione della legge 16 marzo 1987, n. 115 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito", e successive modificazioni, definisce un sistema regionale di prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito dell'età adulta e dell'età pediatrica.
2. Ai fini di cui al comma 1, la presente legge realizza una rete di servizi, "ospedale territorio", per il trattamento complessivo del diabete mellito, definita come "Rete regionale assistenziale diabetologica", di cui all'articolo 4, che coinvolge i compiti dei medici di medicina generale, di seguito definiti "MMG", i compiti dei pediatri di libera scelta, di seguito definiti "PLS", i compiti degli specialisti ambulatoriali interni, di seguito definiti "SAI", i compiti delle farmacie territoriali, di seguito definite "FT", i compiti dei centri di assistenza diabetologica per l'adulto, di seguito definiti "CAD", i compiti delle strutture specialistiche pediatriche di diabetologia, di seguito definite "SSPD", ed i compiti del Centro regionale di riferimento per la diabetologia pediatrica, di seguito definito "CRR", ed individua le strategie, gli strumenti e gli obiettivi di prevenzione, diagnosi e cura della patologia, attraverso l'attività svolta dalla rete di servizi.

Art. 2

Obiettivi

1. Il sistema regionale di prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito dell'età adulta e dell'età pediatrica, persegue i seguenti obiettivi:
 - a) l'incremento delle conoscenze sul diabete mellito e i fattori di rischio della malattia e delle sue complicanze;
 - b) la prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito, attraverso interventi che riguardino particolarmente i soggetti esposti al rischio maggiore di contrarre la malattia, sin dall'età pediatrica;



- c) la diagnosi precoce e la cura ottimale della malattia diabetica, al fine di prevenirne le complicanze acute e croniche;
- d) la cura tempestiva ed efficace delle complicanze acute, presso i soggetti operanti nella rete di servizi di cui alla presente legge;
- e) la cura per il rallentamento, la stabilizzazione e, ove possibile, la regressione delle complicanze croniche della malattia diabetica;
- f) il perseguimento di un buon livello di qualità e durata della vita dei soggetti affetti da malattia diabetica;
- g) l'erogazione ai soggetti affetti da malattia diabetica di prestazioni conformi agli standard raccomandati dalle linee guida nazionali ed internazionali sulla terapia del diabete, uniformemente osservate nel territorio regionale ed ai livelli essenziali di assistenza;
- h) l'ottimizzazione della terapia della malattia diabetica, nelle condizioni di ricovero presso ogni struttura sanitaria;
- i) l'adeguata assistenza ai soggetti diabetici ospiti delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) di cui all'articolo 4 della legge regionale 6 settembre 1991, n. 28, "Provvidenze a favore delle persone non autosufficienti assistite a domicilio e norme attuative delle residenze sanitarie assistenziali" e successive modificazioni, o che ricevano l'assistenza domiciliare (SAD) o assistenza domiciliare integrata (ADI), o si trovino in stato di detenzione presso le case circondariali;
- l) l'integrazione dei soggetti diabetici nelle attività scolastiche, lavorative, ricreative e sportive ed il reinserimento sociale dei cittadini colpiti dalle complicanze croniche della malattia;
- m) l'addestramento e l'educazione sanitaria dei soggetti diabetici e dei loro familiari, per l'adeguata gestione della malattia;
- n) la formazione e l'aggiornamento professionale del personale sanitario impiegato nelle attività di prevenzione, diagnosi e cura della malattia diabetica;
- o) il riconoscimento del ruolo di collaborazione svolto dalle associazioni dei pazienti diabetici con il sistema regionale di prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito.

Art. 3

Gestione integrata del paziente diabetico e Protocolli diagnostici e terapeutici assistenziali (PDTA)

1. Il Servizio sanitario regionale realizza un complesso integrato di interventi di prevenzione, diagnosi e cura della malattia diabetica, tanto per i soggetti in età adulta, quanto per i soggetti in età evolutiva,



intendendosi come tali ultimi i pazienti diabetici di età compresa dagli zero ai diciassette anni, interessati prevalentemente dal così detto diabete di tipo 1 e da frequenti condizioni di pre-diabete e ad alto rischio di malattia, quali fra tutte l'obesità.

2. Il complesso integrato di interventi di prevenzione, diagnosi e cura della malattia diabetica di cui al comma 1 è garantito dalla "Rete regionale assistenziale diabetologica", di cui all'articolo 4, che provvede alla gestione integrata del paziente diabetico. Per gestione integrata si intende una partecipazione condivisa da parte dei MMG o dei PLS, dei SAI, dei CAD, delle SSPD, del CRR e delle FT nell'applicazione di un programma stabilito di assistenza ai soggetti diabetici, detto PDTA di cui al comma 4. La gestione integrata prevede il consenso informato del paziente e un efficace coordinamento e comunicazione fra assistenza territoriale e specialistica, anche attraverso l'uso di un sistema informativo per la condivisione delle informazioni cliniche.

3. La gestione integrata della malattia, di cui al comma 2, interessa il singolo soggetto diabetico, dalla diagnosi della patologia, e consiste nell'assistenza prevalente da parte dei MMG e dei PLS, quanto ai casi a bassa complessità, quali il così detto diabete tipo 2 in stabile buon compenso e con complicanze assenti o minime, e nell'assistenza prevalente da parte dei CAD e delle SSPD, quanto ai casi ad alta complessità, relativi a pazienti con diabete tipo 1, diabete tipo 2 insulino-trattato, diabete tipo 2 non-insulino-trattato, caratterizzati da compenso instabile o precario e/o con complicanze medio-gravi o in progressione e, in ogni caso, nel diabete dell'età evolutiva.

4. L'attività di prevenzione, diagnosi e cura della malattia diabetica, nel sistema di gestione integrata di cui al comma 2, osserva l'applicazione condivisa fra MMG, PLS, SAI, CAD, SSPD e CRR, di Protocolli diagnostici e terapeutici assistenziali, detti PDTA, conformi agli standard assistenziali ed alle linee guida nazionali ed internazionali ed approvati ed aggiornati con provvedimento della Giunta regionale, sentite le aziende unità locali socio sanitarie (aziende ULSS), le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie integrate di cui alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modificazioni, nonché le rappresentanze professionali dei MMG e dei PLS.

5. L'applicazione condivisa dei PDTA, nel sistema di gestione integrata di cui al comma 2, è personalizzata ed adattata alle necessità ed agli obiettivi clinici del singolo soggetto diabetico e prevede un approccio terapeutico multidimensionale, attraverso figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro, quali ad esempio il medico, l'infermiere, il dietista, il fisioterapista, lo psicologo, e multidisciplinare, attraverso il ricorso a medici specialisti nelle diverse discipline interessate dalla patologia diabetica.



6. Ai fini di cui al comma 5, le aziende ULSS, le aziende ospedaliere e le aziende ospedaliere universitarie integrate di cui alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 attribuiscono ai MMG, ai PLS, ai SAI, ai CAD, alle SSPD ed al CRR le risorse necessarie, la necessaria dotazione organica, gli spazi e le attrezzature adeguati, rispetto alle funzioni di assistenza da svolgere ed al numero dei pazienti assistiti.

7. Ai fini di cui al comma 6, la Giunta regionale con provvedimento da approvare previo parere dell'Agenzia regionale socio sanitaria di cui alla legge regionale 29 novembre 2001, n. 32, "Agenzia regionale socio sanitaria" e successive modificazioni, conformemente agli standard di cui alla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" e successive modificazioni, definisce gli standard di dotazione organica, spazi ed attrezzature, adeguati alle funzioni di assistenza da svolgere ed al numero dei pazienti assistiti.

Art. 4

Rete regionale assistenziale diabetologia

1. La gestione integrata del paziente diabetico, di cui al comma 2 dell'articolo 3 è garantita dalla Rete regionale assistenziale diabetologia, organizzata in tre livelli, il primo dei quali fornisce l'assistenza sanitaria generale, il secondo ed il terzo l'assistenza sanitaria specialistica. I livelli sono così articolati:

- a) il primo livello, rappresentato dai MMG e, per i soggetti diabetici in età evolutiva, dai PLS;
- b) il secondo livello, istituito presso ogni azienda ULSS, rappresentato da unità operative semplici o complesse, dipartimentali, di diabetologia e malattie metaboliche, da CAD annessi, nonché da SSPD di area vasta;
- c) il terzo livello, istituito presso l'azienda ULSS di ogni provincia, presso le aziende ospedaliere e le aziende ospedaliere universitarie integrate, rappresentato da unità complesse di diabetologia e malattie metaboliche; al terzo livello appartiene altresì il Centro regionale di riferimento per la diabetologia in età pediatrica, CRR, di cui all'articolo 6, comma 3 unità complessa alla quale afferisce una SSPD.

2. La Giunta regionale con proprio provvedimento, sentita la Commissione diabetologia regionale di cui alla legge regionale 24 novembre 2003, n. 36, "Istituzione della commissione regionale per le attività diabetologiche", e successive modificazioni definisce e specifica i compiti di prevenzione, diagnosi e cura per ciascuno dei tre livelli di cui si compone la rete regionale assistenziale diabetologia, con riferimento alla malattia diabetica in età adulta ed in età evolutiva.



Art. 5

Configurazione dell'assistenza di secondo livello

1. Presso ogni azienda ULSS, è istituita, come struttura di secondo livello, un'unità operativa semplice o complessa, dipartimentale, di diabetologia e malattie metaboliche, a collocazione ospedaliera, se dipartimentale, o a collocazione territoriale, se costituita in ambito distrettuale, dotata di personale dedicato, ai sensi dell'articolo 3, commi 6 e 7 e con autonomia funzionale.
2. Le unità operative di diabetologia e malattie metaboliche sono dirette da medici specialisti nelle discipline di "endocrinologia e malattie del ricambio" oppure "diabetologia e malattie del ricambio" e vi prestano attività medici specialisti nelle discipline di endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche, dietisti, infermieri esperti di diabete e psicologi.
3. Le strutture private accreditate sono parte integrante della rete regionale assistenziale diabetologica, concorrono all'assistenza del paziente diabetico conformandosi agli indirizzi della programmazione regionale e delle aziende ULSS e partecipano alla gestione integrata della malattia diabetica applicando i PDTA, ai sensi dell'articolo 3, comma 4.
4. Ai fini della terapia della malattia diabetica in età evolutiva, nel territorio di ogni provincia è istituita una SSPD di area vasta, come struttura di secondo livello, a rilevanza super-aziendale, avente compiti preventivi, diagnostici, terapeutici, educativi e di follow-up, rispetto alle diverse forme di patologia, ed operante in stretta collaborazione con il coordinamento del Centro di riferimento regionale di diabetologia pediatrica di cui all'articolo 6, comma 3. I criteri per l'istituzione delle SSPD vengono definiti con provvedimento della Giunta regionale, sentito il parere del Centro di riferimento regionale di diabetologia pediatrica. Ciascuna SSPD viene dotata di spazi ed attrezzature adeguate e di personale dedicato comprendente un numero idoneo di operatori sanitari in base al numero dei pazienti assistiti, conformemente all'articolo 3, commi 6 e 7. Il team diabetologico impegnato presso le SSPD è costituito da personale multidimensionale e multiprofessionale individuato con provvedimento della Giunta regionale. Le SSPD possono infine avvalersi della collaborazione di specialisti di altre strutture. Le risorse per il funzionamento di ciascuna SSPD vengono garantite dalle aziende ULSS che operano nell'area vasta, secondo criteri super-aziendali.

Art. 6

Configurazione dell'assistenza di terzo livello

1. Presso l'azienda ULSS di ogni provincia è istituita, anche in collaborazione con le aziende ULSS del medesimo territorio provinciale, almeno una unità operativa complessa di diabetologia e malattie



metaboliche, di terzo livello, dotata di personale, spazi e attrezzature adeguati, ai sensi dell'articolo 3, commi 6 e 7.

2. Presso le aziende ospedaliere e le aziende ospedaliere universitarie integrate, sedi delle scuole di specializzazione in endocrinologia e malattie del ricambio, sono istituite unità operative complesse di endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche, di terzo livello, con personale medico che svolge attività sanitaria, didattica e di ricerca. Tali strutture sono dotate di un numero appropriato di letti autonomi di degenza ordinaria e di day hospital, anche ai fini della formazione di medici specialisti, infermieri e personale sanitario.

3. Con provvedimento della Giunta regionale è individuata la sede del Centro regionale di riferimento per la diabetologia pediatrica (CRR), unità operativa complessa di terzo livello, che esercita funzioni specifiche di assistenza sanitaria dei soggetti diabetici in età evolutiva, per l'intero territorio regionale, definite da provvedimento di Giunta regionale, avvalendosi di personale sanitario, spazi e attrezzature adeguati, ai sensi dell'articolo 3, commi 6 e 7. Le attività di assistenza sanitaria nella diabetologia pediatrica svolte dal CRR sono finanziate dalla Regione del Veneto.

Art. 7

Prevenzione e diagnosi precoce del diabete

1. Le aziende ULSS:

- a) assumono le iniziative di prevenzione primaria dell'insorgenza della malattia diabetica miranti a promuovere nella popolazione stili di vita sana, attraverso l'alimentazione corretta e la regolare attività fisica, avvalendosi a tal fine anche del coinvolgimento della Regione e degli enti locali, dei dipartimenti di prevenzione delle aziende ULSS, dei distretti e servizi educazione e promozione della salute, dei MMG e dei PLS, degli specialisti in medicina dello sport, delle FT e delle associazioni di pazienti diabetici;
- b) promuovono iniziative di screening del diabete fra la popolazione in generale e fra le categorie maggiormente esposte a rischio di malattia diabetica, anche a tal fine coinvolgendo le FT;
- c) assumono ogni altra iniziativa di prevenzione e screening individuata con provvedimento della Giunta regionale.

2. Le province, i comuni e gli istituti scolastici di ogni ordine e grado realizzano iniziative di informazione e formazione sulle problematiche riguardanti il diabete in età evolutiva, la gestione del diabete nei minori in ambiente scolastico, l'alimentazione corretta e la regolare attività fisica.



Art. 8

Interventi per l'inserimento nel mondo del lavoro e della scuola

1. La Giunta regionale con proprio provvedimento dispone iniziative volte a favorire l'inserimento dei malati diabetici nel mondo del lavoro. Il provvedimento in particolare prevede:

- a) il conferimento alla Commissione diabetologica regionale di cui alla legge regionale 24 novembre 2003, n. 36, di compiti di garante per la tutela dei soggetti diabetici, i quali a questa potranno segnalare eventuali violazioni subite, per l'assunzione di iniziative conciliative necessarie alla loro tutela;
- b) la diffusione di informazioni necessarie alla conoscenza della legislazione vigente in materia di diabete mellito, presso le organizzazioni sindacali ed imprenditoriali, le istituzioni scolastiche e sportive;
- c) la sensibilizzazione degli enti pubblici e privati in ordine alle necessità terapeutiche dei dipendenti affetti da diabete mellito e dei dipendenti con figli minori affetti da diabete, anche al fine di favorire l'assunzione di specifiche clausole contrattuali di tutela dei lavoratori diabetici, nei contratti aziendali o di categoria;
- d) la promozione di contratti di formazione che favoriscano l'assunzione di soggetti diabetici.

2. La Giunta regionale con propri provvedimenti dà esecuzione alle raccomandazioni ministeriali sui diritti del bambino con patologia cronica e sulla somministrazione in ambiente scolastico e prescolastico di farmaci di routine, disponendo per i casi di urgenza, il coinvolgimento dei soggetti che svolgono funzioni di integrazione sociosanitaria, come i comuni e le associazioni di pazienti diabetici.

Art. 9

Associazioni di pazienti diabetici

1. Alle associazioni di volontariato costituite da pazienti diabetici, iscritte nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato di cui all'articolo 4 della legge regionale 30 agosto 1993, n. 40, "Norme per il riconoscimento e la promozione delle organizzazioni di volontariato" e successive modificazioni, sono riconosciuti compiti di informazione e divulgazione in ordine alla malattia diabetica, nonché compiti di educazione dei pazienti alla malattia diabetica presso i soggetti e le strutture della rete regionale di assistenza diabetologica di cui all'articolo 4, alle condizioni e secondo le modalità stabilite da ciascun soggetto e struttura.

2. L'attività di divulgazione di cui al comma 1 consiste nella produzione e nella distribuzione di materiale informativo in occasione della giornata mondiale del diabete ed in ogni altra circostanza,



nell'organizzazione di conferenze per il pubblico e nella pubblicazione di periodici di informazione destinati ai pazienti diabetici.

3. L'attività di educazione è svolta accanto a quella svolta dal team diabetologico della Rete regionale di assistenza diabetologica, alle condizioni e secondo le modalità stabilite da ciascun soggetto e struttura della rete.

4. Nell'ambito delle attività di collaborazione con i CAD e con i MMG, le associazioni di pazienti diabetici possono avvalersi, ai fini dell'educazione dei pazienti, della figura del così detto "diabetico guida", ossia di un paziente specificamente formato alla trasmissione delle conoscenze nella gestione della malattia diabetica.

5. Le associazioni di pazienti diabetici possono organizzare, in collaborazione con i CAD, periodi di vacanza - educazione sulla gestione della malattia diabetica, destinati soprattutto ai soggetti diabetici in età evolutiva.

Art. 10

Formazione in campo diabetologico

1. Le unità operative del secondo livello e del terzo livello della rete regionale assistenziale diabetologica organizzano corsi di formazione ed aggiornamento specifici obbligatori, destinati a tutti i soggetti coinvolti nella cura delle persone con diabete dell'adulto e dell'età evolutiva, includenti un periodo di frequenza presso strutture specialistiche.

Art. 11

Registro regionale del diabete

1. Ai fini dell'ottimale comprensione epidemiologica, della definizione dei bisogni dei soggetti diabetici, della migliore allocazione delle risorse e dell'ottimizzazione della spesa sanitaria, le aziende ULSS dispongono di un registro di patologia dei pazienti diabetici, detto Registro regionale del diabete, nel quale è registrata la raccolta standardizzata dei casi di malattia ed i dati clinici regionali. Il Registro regionale del diabete è gestito dal Servizio di coordinamento del sistema epidemiologico regionale.

Art. 12

Commissione regionale per le attività diabetologiche

1. Al fine di organizzare un sistema coordinato di prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito nonché di verificare in tutto il territorio regionale il rispetto dei principi e delle disposizioni normative



vigenti in materia, la Regione del Veneto si avvale della Commissione istituita con la legge regionale 24 novembre 2003, n. 36.

2. Presso ogni azienda ULSS è istituita una Commissione per le attività sul diabete che promuove, esamina e propone il piano delle attività sul diabete previsto con provvedimento della Giunta regionale. Il medesimo provvedimento definisce la composizione della Commissione ed ogni altro compito a questa affidato.

Art. 13

Norma finanziaria

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge, quantificati in complessivi euro 11.500.000,00 per ciascuno degli esercizi 2012 e 2013, si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità" del bilancio pluriennale 2011-2013.

2. Agli oneri derivanti dall'applicazione dell'articolo 6, comma 3, della presente legge, quantificati in euro 500.000,00 per l'esercizio 2012, si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità" del bilancio pluriennale 2011-2013.

3. La Regione provvede annualmente, nei capitoli di bilancio pertinenti, a stanziare le risorse economiche necessarie a garantire la corretta applicazione della legge.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione veneta. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione veneta.

Venezia, 11 novembre 2011

Luca Zaia



Dichiarazione di Saint-Vincent, 1989

In occasione dell'uscita delle linee-guida Oms, ecco il documento che rappresentanti dei governi, dei ministeri della Sanità e di organizzazioni dei pazienti di tutte le nazioni europee hanno approvato all'unanimità nello storico incontro di Saint Vincent nei giorni 10 - 12 ottobre 1989, sotto l'egida degli Uffici Regionali dell'Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità) e dell>IDF (International Diabetes Federation).

"Il diabete mellito è un'importante e crescente problema sanitario in Europa, un problema che riguarda tutte le età e tutte le nazioni. Esso causa situazioni di malessere prolungate e decessi anticipati e minaccia almeno dieci milioni di cittadini europei.

Rientra nei poteri dei governi e dei ministeri della Sanità nazionali l'istituzione di condizioni in cui sia possibile ottenere una importante riduzione di questo grave pericolo di malattia e di morte. Le nazioni dovrebbero dare un riconoscimento formale al problema del diabete e adoperarsi con tutti i mezzi per la sua soluzione. Sarebbe necessario formulare a livello locale, nazionale e regionale europeo piani per la prevenzione, l'individuazione e il trattamento del diabete e in particolare delle sue complicazioni - cecità, insufficienza renale, cancrena e amputazione, aggravamento delle malattie coronariche e attacchi cardiaci. Un investimento fatto oggi consentirà importanti passi avanti per la riduzione delle sofferenze e fortissimi risparmi di risorse umane e materiali.

Gli obiettivi generali e i piani quinquennali sotto elencati possono essere raggiunti e realizzati dalle attività organizzate dei medici in attiva associazione con i cittadini diabetici, le loro famiglie, i loro amici e colleghi di lavoro e le loro organizzazioni; con la gestione del loro diabete e la preparazione a farlo; con la pianificazione, la predisposizione e un miglioramento qualitativo dell'assistenza sanitaria; con organizzazioni nazionali, regionali e internazionali per la diffusione di informazioni sul mantenimento della salute; con la promozione e l'attuazione della ricerca.

Obiettivi generali per i diabetici - giovani e adulti

- * Miglioramento costante nell'esperienza della salute e una vita che possa avvicinarsi alle aspettative normali come qualità e quantità.
- * Prevenzione e cura del diabete e delle sue complicanze mediante una intensificazione degli sforzi della ricerca.



Piani quinquennali

- * Elaborare, avviare e valutare programmi comprensivi per l'individuazione e il controllo del diabete e delle sue complicanze mediante l'autocura e l'appoggio delle comunità, che debbono esserne i componenti principali.
- * Portare a conoscenza della popolazione e dei professionisti della cura e della salute le attuali possibilità e le future necessità di prevenzione delle complicanze del diabete e del diabete stesso.
- * Organizzare l'addestramento e l'insegnamento della gestione del diabete e l'assistenza fra le persone diabetiche di ogni età, le loro famiglie, i loro amici e colleghi di lavoro e le équipes di assistenza sanitaria.
- * Fare in modo che l'assistenza ai bambini diabetici sia svolta da individui e gruppi specializzati sia nella gestione del diabete sia in quella dei bambini, e che le famiglie di un bambino diabetico abbiano il necessario appoggio sociale, economico ed emotivo.
- * Rafforzare i centri esistenti specializzati nella cura del diabete, nell'addestramento e nella ricerca. Creare nuovi centri dove esistano la necessità e il potenziale.
- * Promuovere l'indipendenza, la parità di diritti e l'autosufficienza di tutti i diabetici - ragazzi, adolescenti, persone in età lavorativa e anziani.
- * Eliminare ogni tipo di ostacolo alla massima integrazione possibile dei cittadini diabetici nella società.
- * Mettere in atto misure efficaci per la prevenzione di costose complicanze:
 - *riducendo di un terzo o più i nuovi casi di cecità dovuta al diabete.
 - *riducendo di almeno un terzo il numero dei soggetti che arrivano all'insufficienza renale diabetica finale.
 - *riducendo della metà il numero delle amputazioni di arti per cancrena diabetica.
 - *riducendo la morbilità e la mortalità per malattie coronariche tra i diabetici mediante vigorosi programmi di riduzione di fattori di rischio.
 - *raggiungendo, fra le donne diabetiche, risultati di gravidanza che si avvicinano a quelli delle donne non diabetiche.
- * Costituire sistemi di monitoraggio e controllo dotati di tecnologia informativa dello stato dell'arte per una garanzia di qualità dei provvedimenti per la cura del diabete e per le procedure tecniche e di laboratorio nella diagnosi, nel trattamento, nell'autogestione del diabete.
- * Promuovere la cooperazione europea e internazionale nei programmi di ricerca e sviluppo del diabete tramite le organizzazioni nazionali, regionali e dell'Oms e mediante un'attiva partecipazione delle organizzazioni dei diabetici.



* Agire con urgenza nello spirito del programma dell'Oms "Salute per tutti", allo scopo di organizzare un'attività comune tra l'Oms e Idf e Regione Europea, onde avviare, accelerare e facilitare l'attuazione di queste raccomandazioni".



Risoluzione ONU 20 dicembre 2006, n. 61/225
Proclamazione della “Giornata mondiale del diabete”

61/225, Giornata mondiale del diabete, 83° meeting plenario

20 dicembre 2006

L'Assemblea Generale, richiamando il World Summit Outcome¹ del 2005 e la United Nations Millennium Declaration², insieme ai risultati delle maggiori conferenze e dei summit delle Nazioni Unite nei settori economici, sociali e simili, in particolare gli obiettivi di sviluppo legati alla salute in essi raggiunti, e le risoluzioni 58/3 del 27 ottobre 2003, 60/35 del 30 novembre 2005 e 60/265 del 30 giugno 2006;

riconoscendo che il consolidamento dei sistemi di sanità pubblica e di assistenza sanitaria è cruciale per raggiungere gli obiettivi di sviluppo condivisi a livello internazionale, che includono i Millennium Development Goals;

riconoscendo altresì che il diabete è una malattia cronica, invalidante e costosa, associata a gravi complicazioni, e che rappresenta un serio rischio per la famiglia, gli Stati Membri e il mondo intero e che mette a repentaglio il raggiungimento degli obiettivi condivisi a livello internazionale, che includono i Millennium Development Goals;

richiamando la risoluzione WHA 42.36 del 19 maggio 1989 della World Health Assembly sulla prevenzione e il controllo del diabete mellito³ e quella WHA 57.17 del 22 maggio 2004 sulla strategia globale su dieta, attività fisica e salute⁴;

salutando con favore il fatto che la International Diabetes Federation ha rispettato il 14 novembre come Giornata Mondiale del Diabete a livello globale già dal 1991, con la cosponsorizzazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;

riconoscendo l'urgente bisogno di perseguire sforzi multilaterali per promuovere e migliorare la salute umana e fornire accesso ai trattamenti e all'educazione sanitaria;

1. decide di designare il 14 novembre, l'attuale Giornata Mondiale del Diabete, come Giorno delle Nazioni Unite, da osservare ogni anno a partire dal 2007;

¹ v. risoluzione 60/1

² v. risoluzione 55/2

³ v. World Health Organization, Forty-second World Health Assembly, Ginevra, 8–19 maggio 1989, Resolutions and Decisions, Annexes (WHA42/1989/REC/1).

⁴ Ibid., Fifty-seventh World Health Assembly, Ginevra, 17–22 maggio 2004, Resolutions and Decisions, Annexes (WHA57/2004/REC/1).



2. invita tutti gli Stati Membri, le organizzazioni di rilievo del sistema delle Nazioni Unite e altre organizzazioni internazionali, come pure le società civili includendo le organizzazioni non governative e quelle del settore privato, a osservare la Giornata Mondiale del Diabete in maniera appropriata, in modo da aumentare la consapevolezza pubblica sul diabete e le relative complicazioni, così come la sua prevenzione e terapia, anche mediante l'educazione e i mass media;
3. incoraggia gli Stati Membri a sviluppare politiche nazionali per la prevenzione, il trattamento e la cura del diabete, in linea con lo sviluppo sostenibile dei propri sistemi sanitari, prendendo in considerazione gli obiettivi su cui sussiste un accordo internazionale, che includono i Millennium Development Goals;
4. richiede al Segretario Generale di portare la presente risoluzione all'attenzione di tutti gli Stati Membri e delle organizzazioni che fanno parte sistema delle Nazioni Unite.



Manifesto dei diritti e dei doveri della Persona con diabete, 2009-2015,

artt. 1, 2, 3, 5 e 10.

1. Diritti della persona con diabete

I diritti di coloro che hanno il diabete sono gli stessi diritti umani e sociali delle persone senza diabete. I diritti comprendono, fra gli altri, la parità di accesso all'informazione, alla prevenzione, all'educazione terapeutica, al trattamento del diabete e alla diagnosi e cura delle complicanze.

Il sistema sanitario deve garantire alla persona con diabete l'accesso a metodi diagnostici e terapeutici appropriati, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Il diritto delle persone con diabete a vivere una vita sociale, educativa, lavorativa al pari delle persone senza diabete deve essere considerato un obiettivo delle azioni di governo.

- 1.** Affermare che avere il diabete non preclude la possibilità di perseguire (con successo) gli obiettivi personali, familiari, lavorativi, sportivi e sociali.
- 2.** Aumentare la consapevolezza sociale nel mondo della scuola, in quello del lavoro, nei luoghi in cui si pratica attività sportiva, nelle strutture sanitarie e nella società in generale per evitare discriminazioni e preclusioni personali e professionali.
- 3.** Sostenere la persona con diabete e i familiari nel superare gli ostacoli, i pregiudizi e le diffidenze attraverso l'impiego di strumenti informativi, formativi, educativi e sociali con la responsabilizzazione e il concorso attivo delle istituzioni, del sistema socio-sanitario, delle società scientifiche e delle associazioni di volontariato delle persone con diabete.
- 4.** Garantire alle persone con diabete uniformità di accesso al sistema sanitario su tutto il territorio nazionale in modo da promuovere con equità la migliore qualità di cura e di vita, la prevenzione e il trattamento delle complicanze.
- 5.** Istruire gli operatori socio-sanitari, gli insegnanti e gli istruttori sportivi e sensibilizzare i colleghi di lavoro su come prevenire, riconoscere e trattare le eventuali situazioni che necessitino di interventi urgenti
- 6.** Promuovere in tutte le regioni la garanzia di una diagnosi precoce di intolleranza glucidica e di diabete mellito per tutti i soggetti a rischio.
- 7.** Istituire in tutte le regioni un "tavolo" che faciliti l'interazione e lo scambio tra i diversi soggetti e sistemi (mondo delle associazioni, il sistema sanitario, il sistema scolastico, il sistema sportivo e del lavoro) attraverso il quale indirizzare nel modo corretto e semplice le varie richieste e istanze.



2. Aspettative e responsabilità della persona con diabete e dei familiari

La persona con diabete e/o i familiari non sono sempre al corrente del percorso assistenziale e degli obiettivi del trattamento farmacologico, nutrizionale e comportamentale a lungo termine, come definiti dalle attuali linee guida assistenziali.

La persona con diabete e i familiari possono credere erroneamente che la situazione sia “sotto controllo” a causa della mancanza di sintomi e sospendere le adeguate terapie o modificarle in modo incongruo.

La persona con diabete e i familiari devono ricevere una corretta informazione sulle cause di scompenso e sui fattori di rischio per lo sviluppo di complicanze, affinché siano consapevoli dell'importanza di condurre uno stile di vita sano, in linea con le proprie possibilità e i propri bisogni.

Occorre pertanto:

1. Educare la persona con diabete e i familiari affinché possano soddisfare le proprie aspirazioni di vita.
2. Aiutare le famiglie a gestire il diabete facendo formazione continua e fornendo informazioni, strumenti e servizi che tengano conto delle necessità delle singole persone.
3. Stimolare gli operatori sanitari (specialisti, medici curanti, infermieri, psicologi, nutrizionisti, podologi, ecc..) ad ascoltare attivamente e per un tempo congruo la persona con diabete e i familiari per conoscerne i bisogni, le aspirazioni e le aspettative.
4. Assicurare che gli operatori sanitari spieghino in modo esaustivo gli obiettivi terapeutici, verificandone sempre la comprensione, e consiglino schemi di cura personalizzati e condivisi (prescritti in forma sia scritta che orale) per il trattamento abituale e per eventuali situazioni di urgenza.
5. Invitare tutti gli operatori socio-sanitari a prendersi cura degli aspetti psicologici e sociali della persona con diabete e dei familiari.
6. Richiedere alle persone con diabete di rispettare i propri doveri riguardanti la corretta assunzione delle terapie prescritte, le modalità di controllo del diabete e le indicazioni sullo stile di vita fornite dagli operatori sanitari, così da raggiungere gli obiettivi terapeutici programmati nel rispetto delle risorse messe a disposizione dal sistema sanitario.

3. Associazionismo responsabile

L'associazionismo volontario no profit nel campo del diabete in Italia in passato ha contribuito a raggiungere traguardi di assoluto rilievo, come ad esempio l'approvazione della legge di iniziativa popolare 115/87 e la Dichiarazione di Saint Vincent. Il raggiungimento di risultati legislativi e regolatori, a livello internazionale, nazionale e locale, appare condizione qualificante dell'azione delle associazioni impegnate a promuovere il diabete quale area prioritaria di intervento. Appare altrettanto insostituibile



il ruolo di collegamento esercitato dalle associazioni tra il sistema sanitario, le persone con diabete, i familiari e la società.

Occorre pertanto:

1. Considerare l'associazionismo una risorsa e una componente importante nelle strategie di tutela della persona con diabete facilitando, di conseguenza, la collaborazione tra le associazioni, le organizzazioni di cittadinanza, le istituzioni e la comunità scientifica.
2. Prevedere la formazione certificata e l'accreditamento specifico delle associazioni di volontariato delle persone con diabete e loro familiari e delle associazioni civiche in linea con le politiche nazionali sulla salute.
3. Considerare l'associazionismo e le organizzazioni civiche, attraverso persone formate allo scopo, di diversa provenienza etnica e culturale, quale parte attiva nei percorsi di informazione e formazione su diritti e tutela sociale delle persone con diabete.
4. Avvalersi della collaborazione delle associazioni di volontariato delle persone con diabete e loro familiari e delle organizzazioni civiche nelle attività di prevenzione del diabete.
5. Sostenere l'azione di volontariato con strumenti legislativi e regolatori.
6. Definire un codice etico di autoregolamentazione e caratteristiche comuni che costituiscano un modello di riferimento per le associazioni.
7. Valorizzare nei rapporti tra operatore sanitario e persona con diabete e suoi familiari l'attività delle associazioni, consigliando di partecipare alla vita associativa.
8. Rendere l'associazionismo garante del rispetto di un modello di cura che ponga la persona con diabete, con i suoi desideri, bisogni, valori e la sua situazione familiare e sociale (oltre che per le sue necessità cliniche), al centro delle scelte mediche in modo da superare eventuali barriere ad un'assistenza corretta, efficace e condivisa.

.....Omissis.....

5. Controllo del diabete

La persona con diabete deve essere consapevole che la sua è una condizione cronica, che può essere asintomatica o presentare sintomi di gravità variabile, e deve essere messa in grado di gestire la propria cura.

Una corretta gestione del proprio diabete permette una vita scolastica, lavorativa, affettiva, sportiva e relazionale come quella della persona senza diabete.



Occorre pertanto:

1. Aumentare la conoscenza della persona con diabete e dei familiari sulle terapie appropriate alle diverse condizioni cliniche, selezionate in base alle necessità e alle capacità del singolo soggetto.
2. Garantire nelle situazioni di ricovero in reparti specialistici una assistenza diabetologica qualificata.
3. Facilitare l'iter burocratico e le modalità prescrittive per garantire l'accesso a terapie farmacologiche e a strumenti di somministrazione innovativi, sempre nel rispetto dell'appropriatezza.
4. Rendere la persona consapevole che il buon controllo del diabete dipende anche dall'autocontrollo glicemico domiciliare, da un'attività fisica regolare, da una corretta alimentazione, da un peso corporeo nella norma nonché dal controllo di altri fattori quali, ad esempio, la pressione arteriosa e la dislipidemia.
5. Favorire l'utilizzo di palestre e di centri specializzati dove poter praticare regolare esercizio fisico adeguatamente prescritto dal diabetologo avvalendosi di convenzioni.
6. Promuovere programmi di appropriatezza terapeutica per favorire una migliore attuazione dei protocolli clinici affinché la cura della persona con diabete avvenga anche in un'ottica di sostenibilità del sistema sanitario.

.....Omissis.....

10. Diabete in età evolutiva

Il bambino e l'adolescente con diabete hanno diritto nell'ambito dell'area pediatrica alle più adeguate prestazioni sanitarie senza alcuna distinzione di sesso, etnia, religione e condizione sociale.

È doveroso prendersi cura del bambino e dell'adolescente con diabete prestando particolare attenzione a momenti delicati come l'inserimento scolastico e il passaggio alla assistenza dell'età adulta, che andranno gestiti con interventi specifici.

Occorre pertanto:

1. Garantire il migliore iter diagnostico al fine di identificare con precisione la tipologia di diabete e le strategie terapeutiche adatte alle diverse condizioni cliniche.
2. Favorire la conoscenza dei sintomi per la diagnosi precoce del diabete tipo 1 al fine di evitare i gravissimi rischi di una diagnosi tardiva.
3. Garantire l'accesso alle cure più appropriate, innovative e meno invasive.
4. Promuovere l'inserimento nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA) dei campi scuola per i giovani al fine di facilitare il processo di responsabilizzazione e l'autogestione del diabete.
5. Incentivare l'attività motoria, compresa quella sportiva, nelle migliori condizioni possibili e senza alcun tipo di limitazione.
6. Sostenere i familiari nella gestione del bambino e dell'adolescente con diabete.



7. Garantire al bambino e all'adolescente una vita scolastica, sportiva, relazionale e sociale identica ai propri coetanei senza diabete.
8. Adottare un linguaggio comprensibile, adeguato all'età e alla cultura del bambino e dei familiari.
9. Garantire ambienti ospedalieri e ambulatoriali accoglienti, adatti all'infanzia e all'adolescenza nei quali siano presenti gruppi multidisciplinari dedicati e specializzati nella cura del diabete in questa fascia d'età e nell'assistenza ai familiari.
10. Assicurare che nei Centri Specializzati sia mantenuta la continuità nell'assistenza al bambino e ai familiari.
11. Assicurare l'aggiornamento permanente del personale sanitario al fine di migliorarne costantemente le competenze scientifiche, tecniche e comunicative.
12. Favorire "l'azione di rete" sul territorio tra centri di diabetologia pediatrica di riferimento regionale, centri periferici e pediatri di libera scelta.
13. Facilitare la transizione dell'adolescente dal diabetologo pediatra al diabetologo dell'adulto affinché si garantisca la continuità della cura e il processo avvenga in modo graduale, attraverso la condivisione degli obiettivi e delle scelte terapeutiche.

.....Omissis.....





Diabete e invalidità – Diabete e handicap

Legge 11 febbraio 1980, n. 18, art. 1

Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili.

La Camera dei Deputati ed il Senato hanno approvato;

Il Presidente della Repubblica Promulga la seguente legge:

Art. 1.

Ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118, nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie, previste dall'art. 7 e seguenti della legge citata, abbiano accertato che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua, è concessa un'indennità di accompagnamento, non reversibile, al solo titolo della minorazione, a totale carico dello Stato, dell'importo di lire 120.000 mensili a partire dal 1° gennaio 1980, elevate a lire 180.000 mensili dal 1° gennaio 1981 e a lire 232.000 mensili con decorrenza 1° gennaio 1982. Dal 1° gennaio 1983 l'indennità di accompagnamento sarà equiparata a quella goduta dai grandi invalidi di guerra ai sensi della tabella E, lettera a-bis, n. 1, del decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915.

La medesima indennità è concessa agli invalidi civili minori di diciotto anni che si trovano nelle condizioni sopra indicate. Sono escluse dalle indennità di cui ai precedenti commi gli invalidi civili gravi ricoverati gratuitamente in istituto. ^{5 6}

.....Omissis.....

⁵ La Corte costituzionale, con sentenza 14-22 giugno 1989 n. 346 (G. U. 28 giugno 1989, n. 26 - Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del combinato disposto degli artt. 1, primo comma, L. 11 febbraio 1980, n. 18 e 2, quarto comma, L. 30 marzo 1971, n. 118, nella parte in cui esclude che la cecità parziale possa concorrere con altre minorazioni allo stato totale di inabilità con diritto, quindi, all'indennità di accompagnamento

⁶ Per l'interpretazione autentica del presente si ricorda che, L. 26 luglio 1984, n. 392 - all'articolo 1 - ha fornito l'interpretazione autentica del presente articolo.



Legge 11 ottobre 1990, n. 289, artt. 1, 2 e 3

Istituzione di un'indennità di frequenza per i minori invalidi.

Legge 11 ottobre 1990, n. 289

"Modifiche alla disciplina delle indennità di accompagnamento di cui alla L. 21 novembre 1988, n. 508, recante norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti e istituzione di un'indennità di frequenza per i minori invalidi"

Art. 1

Beneficiari

- 1. Beneficiari.** - 1. Ai mutilati ed invalidi civili minori di anni 18, cui siano state riconosciute dalle commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età, nonché ai minori ipoacusici che presentino una perdita uditiva superiore ai 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze di 500, 1.000, 2.000 hertz, è concessa, per il ricorso continuo o anche periodico a trattamenti riabilitativi o terapeutici a seguito della loro minorazione, una indennità mensile di frequenza di importo pari all'assegno di cui all'articolo 13 della legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni, a decorrere dal 1° settembre 1990.
 - 2.** La concessione dell'indennità di cui al comma 1 è subordinata alla frequenza continua o anche periodica di centri ambulatoriali o di centri diurni, anche di tipo semiresidenziale, pubblici o privati, purché operanti in regime convenzionale, specializzati nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap.
 - 3.** L'indennità mensile di frequenza è altresì concessa ai mutilati ed invalidi civili minori di anni 18 che frequentano scuole, pubbliche o private, di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, nonché centri di formazione o di addestramento professionale finalizzati al reinserimento sociale dei soggetti stessi. (1)
 - 4.** Il requisito della frequenza continua o anche periodica, nonché la condizione di cui al comma 1, sono richiesti anche per i minori che si trovino nelle condizioni indicate al comma 3.
 - 5.** L'indennità mensile di frequenza è erogata alle medesime condizioni reddituali dell'assegno di cui al comma 1 e ad essa si applica il medesimo sistema di perequazione automatica.
- (1) La Sentenza della Corte Costituzionale 20 - 22 novembre 2002, n. 467 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1 comma 3 nella parte in cui non prevede che l'indennità mensile di frequenza sia concessa anche ai minori che frequentano l'asilo nido.



Art 2.

Modalità di concessione

2. Modalità di concessione. - 1. La domanda per ottenere l'indennità mensile di frequenza è presentata dal legale rappresentante del minore alla commissione medica periferica per le pensioni di guerra e di invalidità civile di cui all'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, competente per territorio, secondo le modalità previste dal decreto del Ministro del tesoro 20 luglio 1989, n. 292, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 193 del 1° agosto 1989, allegando altresì apposita documentazione che attesti l'iscrizione o l'eventuale frequenza del minore a trattamenti terapeutici o riabilitativi, a corsi scolastici o a centri di formazione o di addestramento professionale.
2. L'indennità mensile di frequenza è concessa dal comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica, previa acquisizione di ulteriore idonea certificazione di frequenza che contenga la precisa indicazione della durata del trattamento terapeutico o riabilitativo o del corso scolastico o di quello di formazione o di addestramento professionale.
3. La concessione dell'indennità mensile di frequenza è limitata alla reale durata del trattamento o del corso e decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di effettivo inizio della frequenza al corso o al trattamento stesso ed ha termine con il mese successivo a quello di cessazione della frequenza.
4. L'indennità mensile di frequenza può, in ogni momento, essere revocata con effetto dal primo giorno del mese successivo alla data del relativo provvedimento, qualora da accertamenti esperti non risulti soddisfatto il requisito della frequenza.

Art 3. – Incompatibilità

3. Incompatibilità. - 1. L'indennità mensile di frequenza è incompatibile con qualsiasi forma di ricovero e non è concessa ai minori che hanno titolo o che già beneficiano dell'indennità di accompagnamento di cui alle leggi 28 marzo 1968, n. 406, 11 febbraio 1980, n. 18, e 21 novembre 1988, n. 508, nonché ai minori beneficiari della speciale indennità in favore dei ciechi civili parziali o della indennità di comunicazione in favore dei sordi prelinguali, di cui agli articoli 3 e 4 della legge 21 novembre 1988, n. 508. Resta salva la facoltà dell'interessato di optare per il trattamento più favorevole.

.....Omissis.....



Decreto del Ministero della Salute 5 febbraio 1992, n. 43, art. 1,
parte seconda e parte terza - tabella B –
Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità
per le minorazioni e malattie invalidanti.

Il Ministro della Sanità di concerto con Il Ministro dell'interno e Il Ministro del Tesoro

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Vista la legge 26 luglio 1988, n. 291;

Visto il decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509;

Vista la legge 29 dicembre 1980, n. 407, recante norme diverse per l'attuazione della manovra di finanza pubblica 1991-1993; Visto, in particolare, l'art. 3, comma 3, che prevede che il Ministro della sanità provvede, di concerto con i Ministri dell'interno e del tesoro, a stabilire nuove tabelle per i gradi dell'invalidità civile secondo i criteri della legislatura vigente;

Sentito il Consiglio sanitario nazionale;

Decreta:

Articolo 1

È approvata la nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti.

La predetta tabella, articolata in cinque parti, costituisce parte integrante del presente decreto che sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

.....Omissis.....



Parte seconda:

APPARATO ENDOCRINO

CLASSE I - DIABETE MELLITO TIPO 2° (non insulino dipendente) con buon controllo metabolico (tasso glicemico a digiuno mg 150/dL e tasso glicemico dopo pasto mg 180-200/dL)

CLASSE II - DIABETE MELLITO TIPO 1°(insulino-dipendente) con buon controllo metabolico (tasso glicemico a digiuno mg 150/dL e tasso glicemico dopo pasto mg 180-200 dL)

Diabete mellito tipo 1° e 2° con iniziali manifestazioni micro e macroangiopatiche rilevabili solo con esami strumentali.

CLASSE III - DIABETE MELLITO INSULINO-DIPENDENTE con mediocre controllo metabolico (tasso glicemico a digiuno mg 150 dL e tasso glicemico dopo pasto mg 180-200 dL) con iperlipidemia o con crisi ipoglicemiche frequenti (nonostante una terapia corretta ed una buona osservanza da parte del paziente).

DIABETE MELLITO TIPO 1° e 2° con complicanze micro e/o macroangiopatiche con sintomatologia clinica di medio grado es. retinopatia non proliferante e senza maculopatia, presenza di microalbuminuria patologica con creatininemia ed azotemia normali, arteriopatia ostruttiva senza gravi dolori ischemici ecc.).

CLASSE IV DIABETE MELLITO COMPLICATO DA

- a) nefropatia con insufficienza renale cronica e/o
- b) retinopatia proliferante, maculopatia, emorragie vitreali e/o
- c) arteriopatia ostruttiva con grave "claudicatio" o amputazione di un arto

INDICE DI MASSA CORPOREA è espresso dalla formula $IMC = \frac{p}{h^2}$
dove "p" = peso espresso in Kg. ed "h" = altezza espressa in metri.

.....Omissis.....



Parte terza, tabella B:

9309	DIABETE MELLITO TIPO 1° O 2° CON COMPLICANZE MICRO - MACROANGIOPATICHE CON MANIFESTAZIONI CLINICHE DI MEDIOGRADO (CLASSE III)	41	50	0
9310	DIABETE MELLITO INSULINO - DIPENDENTE CON MEDIOCRE CONTROLLO METABOLICO E IPERLIPIDEMIA O CON CRISIPOGLICEMICHE FREQUENTI NONOSTANTE TERAPIA (CLASSE III)	51	60	0
9311	DIABETE MELLITO COMPLICATO DA GRAVE NEFROPATIA E/O RETINOPATIA PROLIFERANTE, MACULOPATIA, EMORRAGIE VITREALIE/O ARTERIOPATIA OSTRUTTIVA (CLASSE IV)	91	100	0



Legge 5 febbraio 1992, n. 104, artt. 1-8, 12-17, 23, 32 e 33 –

Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

Nota bene:

quello che segue è il testo vigente dopo le ultime modifiche introdotte dalla Legge 8 marzo 2000, n. 53, dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, dalla Legge 4 novembre 2010, n. 183 (art. 24) e dal decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 114 ed infine dal Decreto Legislativo 13 aprile 2017, n. 66.

1. Finalità.

1. La Repubblica:

- a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
- b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;
- c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;
- d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata.

2. Principi generali.

1. La presente legge detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata. Essa costituisce inoltre riforma economico-sociale della Repubblica, ai sensi dell'articolo 4 dello Statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, approvato con legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 5.



3. Soggetti aventi diritto.

1. È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.
2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.
3. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.
4. La presente legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.

4. Accertamento dell'handicap.

1. Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'articolo 3, sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali.

1-bis). Nel caso in cui gli accertamenti di cui al comma 1 riguardino persone in età evolutiva, le commissioni mediche di cui alla legge 15 ottobre 1990, n. 295, sono composte da un medico legale, che assume le funzioni di presidente, e da due medici specialisti, scelti fra quelli in pediatria, in neuropsichiatria infantile o nella specializzazione inerente la condizione di salute del soggetto. Tali commissioni sono integrate da un assistente specialistico o dall'operatore sociale di cui al comma 1, individuati dall'ente locale, nonché dal medico INPS come previsto dall'articolo 19, comma 11, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, commi 3 e 4, della citata legge n. 295 del 1990. (1a) il presente comma è stato aggiunto dall'articolo 5 del Decreto Legislativo 13 aprile 2017, n. 66



5. Principi generali per i diritti della persona handicappata.

1. La rimozione delle cause invalidanti, la promozione dell'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale sono perseguite attraverso i seguenti obiettivi:

- a) sviluppare la ricerca scientifica, genetica, biomedica, psicopedagogica, sociale e tecnologica anche mediante programmi finalizzati concordati con istituzioni pubbliche e private, in particolare con le sedi universitarie, con il Consiglio nazionale delle ricerche (CNR), con i servizi sanitari e sociali, considerando la persona handicappata e la sua famiglia, se coinvolti, soggetti partecipi e consapevoli della ricerca;
- b) assicurare la prevenzione, la diagnosi e la terapia prenatale e precoce delle minorazioni e la ricerca sistematica delle loro cause;
- c) garantire l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, che assicuri il recupero consentito dalle conoscenze scientifiche e dalle tecniche attualmente disponibili, il mantenimento della persona handicappata nell'ambiente familiare e sociale, la sua integrazione e partecipazione alla vita sociale;
- d) assicurare alla famiglia della persona handicappata un'informazione di carattere sanitario e sociale per facilitare la comprensione dell'evento, anche in relazione alle possibilità di recupero e di integrazione della persona handicappata nella società;
- e) assicurare nella scelta e nell'attuazione degli interventi socio-sanitari la collaborazione della famiglia, della comunità e della persona handicappata, attivandone le potenziali capacità;
- f) assicurare la prevenzione primaria e secondaria in tutte le fasi di maturazione e di sviluppo del bambino e del soggetto minore per evitare o constatare tempestivamente l'insorgenza della minorazione o per ridurre e superare i danni della minorazione sopraggiunta;
- g) attuare il decentramento territoriale dei servizi e degli interventi rivolti alla prevenzione, al sostegno e al recupero della persona handicappata, assicurando il coordinamento e l'integrazione con gli altri servizi territoriali sulla base degli accordi di programma di cui all'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142;
- h) garantire alla persona handicappata e alla famiglia adeguato sostegno psicologico e psicopedagogico, servizi di aiuto personale o familiare, strumenti e sussidi tecnici, prevedendo, nei casi strettamente necessari e per il periodo indispensabile, interventi economici integrativi per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente articolo;
- i) promuovere, anche attraverso l'apporto di enti e di associazioni, iniziative permanenti di



informazione e di partecipazione della popolazione, per la prevenzione e per la cura degli handicap, la riabilitazione e l'inserimento sociale di chi ne è colpito;

l) garantire il diritto alla scelta dei servizi ritenuti più idonei anche al di fuori della circoscrizione territoriale;

m) promuovere il superamento di ogni forma di emarginazione e di esclusione sociale anche mediante l'attivazione dei servizi previsti dalla presente legge.

6. Prevenzione e diagnosi precoce.

1. Gli interventi per la prevenzione e la diagnosi prenatale e precoce delle minorazioni si attuano nel quadro della programmazione sanitaria di cui agli articoli 53 e 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 , e successive modificazioni.

2. Le regioni, conformemente alle competenze e alle attribuzioni di cui alla legge 8 giugno 1990, n. 142 , e alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 , e successive modificazioni, disciplinano entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge:

a) l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione sulle cause e sulle conseguenze dell'handicap, nonché sulla prevenzione in fase preconcezionale, durante la gravidanza, il parto, il periodo neonatale e nelle varie fasi di sviluppo della vita, e sui servizi che svolgono tali funzioni;

b) l'effettuazione del parto con particolare rispetto dei ritmi e dei bisogni naturali della partoriente e del nascituro;

c) l'individuazione e la rimozione, negli ambienti di vita e di lavoro, dei fattori di rischio che possono determinare malformazioni congenite e patologie invalidanti;

d) i servizi per la consulenza genetica e la diagnosi prenatale e precoce per la prevenzione delle malattie genetiche che possono essere causa di handicap fisici, psichici, sensoriali di neuromotulesioni;

e) il controllo periodico della gravidanza per la individuazione e la terapia di eventuali patologie complicanti la gravidanza e la prevenzione delle loro conseguenze;

f) l'assistenza intensiva per la gravidanza, i parti e le nascite a rischio;

g) nel periodo neonatale, gli accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malformazioni e l'obbligatorietà del controllo per l'individuazione ed il tempestivo trattamento dell'ipotiroidismo congenito, della fenilchetonuria e della fibrosi cistica. Le modalità dei controlli e della loro applicazione sono disciplinate con atti di indirizzo e coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 5, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Con tali atti possono essere individuate



altre forme di endocrinopatie e di errori congeniti del metabolismo alle quali estendere l'indagine per tutta la popolazione neonatale;

h) un'attività di prevenzione permanente che tuteli i bambini fin dalla nascita anche mediante il coordinamento con gli operatori degli asili nido, delle scuole materne e dell'obbligo, per accertare l'inesistenza o l'insorgenza di patologie e di cause invalidanti e con controlli sul bambino entro l'ottavo giorno, al trentesimo giorno, entro il sesto ed il nono mese di vita e ogni due anni dal compimento del primo anno di vita. È istituito a tal fine un libretto sanitario personale, con le caratteristiche di cui all'articolo 27 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, su cui sono riportati i risultati dei suddetti controlli ed ogni altra notizia sanitaria utile a stabilire lo stato di salute del bambino;

i) gli interventi informativi, educativi, di partecipazione e di controllo per eliminare la nocività ambientale e prevenire gli infortuni in ogni ambiente di vita e di lavoro, con particolare riferimento agli incidenti domestici.

3. Lo Stato promuove misure di profilassi atte a prevenire ogni forma di handicap, con particolare riguardo alla vaccinazione contro la rosolia.

7. Cura e riabilitazione.

1. La cura e la riabilitazione della persona handicappata si realizzano con programmi che prevedano prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro, che valorizzino le abilità di ogni persona handicappata e agiscano sulla globalità della situazione di handicap, coinvolgendo la famiglia e la comunità. A questo fine il Servizio sanitario nazionale, tramite le strutture proprie o convenzionate, assicura:

a) gli interventi per la cura e la riabilitazione precoce della persona handicappata, nonché gli specifici interventi riabilitativi e ambulatoriali, a domicilio o presso i centri socio-riabilitativi ed educativi a carattere diurno o residenziale di cui all'articolo 8, comma 1, lettera l);

b) la fornitura e la riparazione di apparecchiature, attrezzature, protesi e sussidi tecnici necessari per il trattamento delle menomazioni.

2. Le regioni assicurano la completa e corretta informazione sui servizi ed ausili presenti sul territorio, in Italia e all'estero.

8. Inserimento ed integrazione sociale.

1. L'inserimento e l'integrazione sociale della persona handicappata si realizzano mediante:



- a) interventi di carattere socio-psico-pedagogico, di assistenza sociale e sanitaria a domicilio, di aiuto domestico e di tipo economico ai sensi della normativa vigente, a sostegno della persona handicappata e del nucleo familiare in cui è inserita;
- b) servizi di aiuto personale alla persona handicappata in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale;
- c) interventi diretti ad assicurare l'accesso agli edifici pubblici e privati e ad eliminare o superare le barriere fisiche e architettoniche che ostacolano i movimenti nei luoghi pubblici o aperti al pubblico;
- d) provvedimenti che rendano effettivi il diritto all'informazione e il diritto allo studio della persona handicappata, con particolare riferimento alle dotazioni didattiche e tecniche, ai programmi, a linguaggi specializzati, alle prove di valutazione e alla disponibilità di personale appositamente qualificato, docente e non docente;
- e) adeguamento delle attrezzature e del personale dei servizi educativi, sportivi, di tempo libero e sociali;
- f) misure atte a favorire la piena integrazione nel mondo del lavoro, in forma individuale o associata, e la tutela del posto di lavoro anche attraverso incentivi diversificati;
- g) provvedimenti che assicurino la fruibilità dei mezzi di trasporto pubblico e privato e la organizzazione di trasporti specifici;
- h) affidamenti e inserimenti presso persone e nuclei familiari;
- i) organizzazione e sostegno di comunità alloggio, case-famiglia e analoghi servizi residenziali inseriti nei centri abitati per favorire la deistituzionalizzazione e per assicurare alla persona handicappata, priva anche temporaneamente di una idonea sistemazione familiare, naturale o affidataria, un ambiente di vita adeguato;
- l) istituzione o adattamento di centri socioriabilitativi ed educativi diurni, a valenza educativa, che perseguano lo scopo di rendere possibile una vita di relazione a persone temporaneamente o permanentemente handicappate, che abbiano assolto l'obbligo scolastico, e le cui verificate potenzialità residue non consentano idonee forme di integrazione lavorativa. Gli standard dei centri socio-riabilitativi sono definiti dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per gli affari sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400;
- m) organizzazione di attività extrascolastiche per integrare ed estendere l'attività educativa in continuità ed in coerenza con l'azione della scuola.



12. Diritto all'educazione e all'istruzione.

1. Al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido.
2. È garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona handicappata nelle sezioni di scuola materna, nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie.
3. L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione.
4. L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap.
5. Successivamente all'accertamento della condizione di disabilità delle bambine e dei bambini, delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti ai sensi dell'articolo 3, è redatto un profilo di funzionamento secondo i criteri del modello bio-psico-sociale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ai fini della formulazione del progetto individuale di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, nonché per la predisposizione del Piano Educativo Individualizzato (PEI).⁷
- [6. Alla elaborazione del profilo dinamico-funzionale iniziale seguono, con il concorso degli operatori delle unità sanitarie locali, della scuola e delle famiglie, verifiche per controllare gli effetti dei diversi interventi e l'influenza esercitata dall'ambiente scolastico.]⁸
- [7. I compiti attribuiti alle unità sanitarie locali dai commi 5 e 6 sono svolti secondo le modalità indicate con apposito atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 5, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833. ⁹] ¹⁰
- [8. Il profilo dinamico-funzionale è aggiornato a conclusione della scuola materna, della scuola elementare e della scuola media e durante il corso di istruzione secondaria superiore.]¹¹
9. Ai minori handicappati soggetti all'obbligo scolastico, temporaneamente impediti per motivi di salute a frequentare la scuola, sono comunque garantite l'educazione e l'istruzione scolastica. A tal fine il provveditore agli studi, d'intesa con le unità sanitarie locali e i centri di recupero e di riabilitazione,

⁷ comma così sostituito dal comma 2 dell'articolo 5 del articolo 5 del Decreto Legislativo 13 aprile 2017, n. 66; si veda anche il comma 4 del medesimo articolo

⁸ commi soppressi dal comma 2 dell'articolo 5 del articolo 5 del Decreto Legislativo 13 aprile 2017, n. 66.

⁹ si veda l'Atto di indirizzo emanato con Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 e il successivo Regolamento approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 23 febbraio 2006, n. 185

¹⁰ commi soppressi dal comma 2 dell'articolo 5 del articolo 5 del Decreto Legislativo 13 aprile 2017, n. 66.

¹¹ commi soppressi dal comma 2 dell'articolo 5 del articolo 5 del Decreto Legislativo 13 aprile 2017, n. 66.



pubblici e privati, convenzionati con i Ministeri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, provvede alla istituzione, per i minori ricoverati, di classi ordinarie quali sezioni staccate della scuola statale. A tali classi possono essere ammessi anche i minori ricoverati nei centri di degenza, che non versino in situazioni di handicap e per i quali sia accertata l'impossibilità della frequenza della scuola dell'obbligo per un periodo non inferiore a trenta giorni di lezione. La frequenza di tali classi, attestata dall'autorità scolastica mediante una relazione sulle attività svolte dai docenti in servizio presso il centro di degenza, è equiparata ad ogni effetto alla frequenza delle classi alle quali i minori sono iscritti.

10. Negli ospedali, nelle cliniche e nelle divisioni pediatriche gli obiettivi di cui al presente articolo possono essere perseguiti anche mediante l'utilizzazione di personale in possesso di specifica formazione psico-pedagogica che abbia una esperienza acquisita presso i nosocomi o segua un periodo di tirocinio di un anno sotto la guida di personale esperto.

13. Integrazione scolastica.

1. L'integrazione scolastica della persona handicappata nelle sezioni e nelle classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado e nelle università si realizza, fermo restando quanto previsto dalle leggi 11 maggio 1976, n. 360, e 4 agosto 1977, n. 517, e successive modificazioni, anche attraverso:

a) la programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici o privati. A tale scopo gli enti locali, gli organi scolastici e le unità sanitarie locali, nell'ambito delle rispettive competenze, stipulano gli accordi di programma di cui all'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della pubblica istruzione, d'intesa con i Ministri per gli affari sociali e della sanità, sono fissati gli indirizzi per la stipula degli accordi di programma. Tali accordi di programma sono finalizzati alla predisposizione, attuazione e verifica congiunta di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché a forme di integrazione tra attività scolastiche e attività integrative extrascolastiche. Negli accordi sono altresì previsti i requisiti che devono essere posseduti dagli enti pubblici e privati ai fini della partecipazione alle attività di collaborazione coordinate;

b) la dotazione alle scuole e alle università di attrezzature tecniche e di sussidi didattici nonché di ogni altra forma di ausilio tecnico, ferma restando la dotazione individuale di ausili e presidi funzionali all'effettivo esercizio del diritto allo studio, anche mediante convenzioni con centri specializzati, aventi funzione di consulenza pedagogica, di produzione e adattamento di specifico materiale didattico;



- c) la programmazione da parte dell'università di interventi adeguati sia al bisogno della persona sia alla peculiarità del piano di studio individuale;
- d) l'attribuzione, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, di incarichi professionali ad interpreti da destinare alle università, per facilitare la frequenza e l'apprendimento di studenti non udenti;
- e) la sperimentazione di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 419, da realizzare nelle classi frequentate da alunni con handicap.

2. Per le finalità di cui al comma 1, gli enti locali e le unità sanitarie locali possono altresì prevedere l'adeguamento dell'organizzazione e del funzionamento degli asili nido alle esigenze dei bambini con handicap, al fine di avviarne precocemente il recupero, la socializzazione e l'integrazione, nonché l'assegnazione di personale docente specializzato e di operatori ed assistenti specializzati.

3. Nelle scuole di ogni ordine e grado, fermo restando, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e successive modificazioni, l'obbligo per gli enti locali di fornire l'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con handicap fisici o sensoriali, sono garantite attività di sostegno mediante l'assegnazione di docenti specializzati.

4. I posti di sostegno per la scuola secondaria di secondo grado sono determinati nell'ambito dell'organico del personale in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge in modo da assicurare un rapporto almeno pari a quello previsto per gli altri gradi di istruzione e comunque entro i limiti delle disponibilità finanziarie all'uopo preordinate dall'articolo 42, comma 6, lettera h).

5. Nella scuola secondaria di primo e secondo grado sono garantite attività didattiche di sostegno, con priorità per le iniziative sperimentali di cui al comma 1, lettera e), realizzate con docenti di sostegno specializzati, nelle aree disciplinari individuate sulla base del profilo dinamico-funzionale e del conseguente piano educativo individualizzato.

6. Gli insegnanti di sostegno assumono la contitolarità delle sezioni e delle classi in cui operano, partecipano alla programmazione educativa e didattica e alla elaborazione e verifica delle attività di competenza dei consigli di interclasse, dei consigli di classe e dei collegi dei docenti¹².

6 - bis. Agli studenti handicappati iscritti all'università sono garantiti sussidi tecnici e didattici specifici, realizzati anche attraverso le convenzioni di cui alla lettera b) del comma 1, nonché il supporto di appositi servizi di tutorato specializzato, istituiti dalle università nei limiti del proprio bilancio e delle

¹² Vedi, anche, il D.M. 9 luglio 1992.



risorse destinate alla copertura degli oneri di cui al presente comma, nonché ai commi 5 e 5 -bis dell'articolo 16.¹³

14. Modalità di attuazione dell'integrazione.

1. Il Ministro della pubblica istruzione provvede alla formazione e all'aggiornamento del personale docente per l'acquisizione di conoscenze in materia di integrazione scolastica degli studenti handicappati, ai sensi dell'articolo 26 del D.P.R. 23 agosto 1988, n. 399, nel rispetto delle modalità di coordinamento con il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica di cui all'articolo 4 della legge 9 maggio 1989, n. 168. Il Ministro della pubblica istruzione provvede altresì:

- a) all'attivazione di forme sistematiche di orientamento, particolarmente qualificate per la persona handicappata, con inizio almeno dalla prima classe della scuola secondaria di primo grado;
- b) all'organizzazione dell'attività educativa e didattica secondo il criterio della flessibilità nell'articolazione delle sezioni e delle classi, anche aperte, in relazione alla programmazione scolastica individualizzata;
- c) a garantire la continuità educativa fra i diversi gradi di scuola, prevedendo forme obbligatorie di consultazione tra insegnanti del ciclo inferiore e del ciclo superiore ed il massimo sviluppo dell'esperienza scolastica della persona handicappata in tutti gli ordini e gradi di scuola, consentendo il completamento della scuola dell'obbligo anche sino al compimento del diciottesimo anno di età; nell'interesse dell'alunno, con deliberazione del collegio dei docenti, sentiti gli specialisti di cui all'articolo 4, secondo comma, lettera l), del decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 416, su proposta del consiglio di classe o di interclasse, può essere consentita una terza ripetenza in singole classi.

2. I piani di studio delle scuole di specializzazione di cui all'articolo 4 della legge 19 novembre 1990, n. 341, per il conseguimento del diploma abilitante all'insegnamento nelle scuole secondarie, comprendono, nei limiti degli stanziamenti già preordinati in base alla legislazione vigente per la definizione dei suddetti piani di studio, discipline facoltative, attinenti all'integrazione degli alunni handicappati, determinate ai sensi dell'articolo 4, comma 3, della citata legge n. 341 del 1990. Nel diploma di specializzazione conseguito ai sensi del predetto articolo 4 deve essere specificato se l'insegnante ha sostenuto gli esami relativi all'attività didattica di sostegno per le discipline cui il diploma

¹³ Comma aggiunto dalla Legge 28 gennaio 1999, n. 17



stesso si riferisce, nel qual caso la specializzazione ha valore abilitante anche per l'attività didattica di sostegno.

3. La tabella del corso di laurea definita ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della citata legge n. 341 del 1990 comprende, nei limiti degli stanziamenti già preordinati in base alla legislazione vigente per la definizione delle tabelle dei corsi di laurea, insegnamenti facoltativi attinenti all'integrazione scolastica degli alunni handicappati. Il diploma di laurea per l'insegnamento nelle scuole materne ed elementari di cui all'articolo 3, comma 2, della citata legge n. 341 del 1990 costituisce titolo per l'ammissione ai concorsi per l'attività didattica di sostegno solo se siano stati sostenuti gli esami relativi, individuati come obbligatori per la preparazione all'attività didattica di sostegno, nell'ambito della tabella suddetta definita ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della medesima legge n. 341 del 1990.

4. L'insegnamento delle discipline facoltative previste nei piani di studio delle scuole di specializzazione di cui al comma 2 e dei corsi di laurea di cui al comma 3 può essere impartito anche da enti o istituti specializzati all'uopo convenzionati con le università, le quali disciplinano le modalità di espletamento degli esami e i relativi controlli. I docenti relatori dei corsi di specializzazione devono essere in possesso del diploma di laurea e del diploma di specializzazione.

5. Fino alla prima applicazione dell'articolo 9 della citata legge n. 341 del 1990, relativamente alle scuole di specializzazione si applicano le disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 417, e successive modificazioni, al decreto del Presidente della Repubblica 31 ottobre 1975, n. 970 e all'articolo 65 della legge 20 maggio 1982, n. 270.

6. L'utilizzazione in posti di sostegno di docenti privi dei prescritti titoli di specializzazione è consentita unicamente qualora manchino docenti di ruolo o non di ruolo specializzati. **7.** Gli accordi di programma di cui all'articolo 13, comma 1, lettera a), possono prevedere lo svolgimento di corsi di aggiornamento comuni per il personale delle scuole, delle unità sanitarie locali e degli enti locali, impegnati in piani educativi e di recupero individualizzati.

15. Gruppi per l'inclusione scolastica.

1. Presso ogni Ufficio scolastico regionale (USR) è istituito il Gruppo di lavoro interistituzionale regionale (GLIR) con compiti di:

- a) consulenza e proposta all'USR per la definizione, l'attuazione e la verifica degli accordi di programma di cui agli articoli 13, 39 e 40 della presente legge, integrati con le finalità di cui alla legge 13 luglio 2015, n. 107, con particolare riferimento alla continuità delle azioni sul territorio, all'orientamento e ai percorsi integrati scuola-territorio-lavoro;
- b) supporto ai Gruppi per l'inclusione territoriale (GIT);



c) supporto alle reti di scuole per la progettazione e la realizzazione dei Piani di formazione in servizio del personale della scuola.

2. Il GLIR è presieduto dal dirigente preposto all'USR o da un suo delegato. Nell'ambito del decreto di cui al comma 3 è garantita la partecipazione paritetica dei rappresentanti delle Regioni, degli Enti locali e delle associazioni delle persone con disabilità maggiormente rappresentative a livello regionale nel campo dell'inclusione scolastica.

3. La composizione, l'articolazione, le modalità di funzionamento, la sede, la durata, nonché l'assegnazione di ulteriori funzioni per il supporto all'inclusione scolastica del GLIR, fermo restando quanto previsto al comma 2, sono definite con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili, sentito l'Osservatorio permanente per l'inclusione scolastica istituito presso il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

4. Per ciascuno degli ambiti territoriali di cui all'articolo 1, comma 66, della legge 13 luglio 2015, n. 107, è istituito il Gruppo per l'inclusione territoriale (GIT). Il GIT è composto da un dirigente tecnico o scolastico che lo presiede, tre dirigenti scolastici dell'ambito territoriale, due docenti per la scuola dell'infanzia e il primo ciclo di istruzione e uno per il secondo ciclo di istruzione, nominati con decreto dell'USR.

5. Il GIT riceve dai dirigenti scolastici le proposte di quantificazione delle risorse di sostegno didattico, le verifica e formula la relativa proposta all'USR.

6. Per lo svolgimento di ulteriori compiti di consultazione e programmazione delle attività nonché per il coordinamento degli interventi di competenza dei diversi livelli istituzionali sul territorio, il GIT è integrato:

a) dalle associazioni rappresentative delle persone con disabilità nel campo dell'inclusione scolastica;

b) dagli Enti locali e dalle Aziende sanitarie locali.

7. Le modalità di funzionamento, la sede, la durata, nonché l'assegnazione di ulteriori funzioni per il supporto all'inclusione scolastica del GIT sono definite dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili, sentito l'Osservatorio permanente per l'inclusione scolastica istituito presso il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

8. Presso ciascuna istituzione scolastica è istituito il Gruppo di lavoro per l'inclusione (GLI). Il GLI è composto da docenti curricolari, docenti di sostegno e, eventualmente da personale ATA, nonché da specialisti della Azienda sanitaria locale del territorio di riferimento dell'istituzione scolastica. Il gruppo



è nominato e presieduto dal dirigente scolastico ed ha il compito di supportare il collegio dei docenti nella definizione e realizzazione del Piano per l'inclusione nonché i docenti contitolari e i consigli di classe nell'attuazione dei PEI.

9. In sede di definizione e attuazione del Piano di inclusione, il GLI si avvale della consulenza e del supporto degli studenti, dei genitori e delle associazioni delle persone con disabilità maggiormente rappresentative del territorio nel campo dell'inclusione scolastica. Al fine di realizzare il Piano di inclusione e il PEI, il GLI collabora con le istituzioni pubbliche e private presenti sul territorio.^{14 15}

16. Valutazione del rendimento e prove d'esame.

1. Nella valutazione degli alunni handicappati da parte degli insegnanti è indicato, sulla base del piano educativo individualizzato, per quali discipline siano stati adottati particolari criteri didattici, quali attività integrative e di sostegno siano state svolte, anche in sostituzione parziale dei contenuti programmatici di alcune discipline.

2. Nella scuola dell'obbligo sono predisposte, sulla base degli elementi conoscitivi di cui al comma 1, prove d'esame corrispondenti agli insegnamenti impartiti e idonee a valutare il progresso dell'allievo in rapporto alle sue potenzialità e ai livelli di apprendimento iniziali.

3. Nell'ambito della scuola secondaria di secondo grado, per gli alunni handicappati sono consentite prove equipollenti e tempi più lunghi per l'effettuazione delle prove scritte o grafiche e la presenza di assistenti per l'autonomia e la comunicazione.

4. Gli alunni handicappati sostengono le prove finalizzate alla valutazione del rendimento scolastico o allo svolgimento di esami anche universitari con l'uso degli ausili loro necessari.

5. Il trattamento individualizzato previsto dai commi 3 e 4 in favore degli studenti handicappati è consentito per il superamento degli esami universitari previa intesa con il docente della materia e con l'ausilio del servizio di tutorato di cui all'articolo 13, comma 6 -bis . È consentito, altresì, sia l'impiego di specifici mezzi tecnici in relazione alla tipologia di handicap, sia la possibilità di svolgere prove equipollenti su proposta del servizio di tutorato specializzato.¹⁶

5 - bis. Le università, con proprie disposizioni, istituiscono un docente delegato dal rettore con funzioni di coordinamento, monitoraggio e supporto di tutte le iniziative concernenti l'integrazione nell'ambito dell'ateneo.¹⁷

¹⁴ Vedi, anche, il D.M. 26 giugno 1992.

¹⁵ Il presente testo è stato così sostituito dall'art. 9, comma 1, del Decreto Legislativo 13 aprile 2017, n. 66. Si veda, ai fini dell'entrata in vigore, l'articolo 19 del medesimo decreto.

¹⁶ comma così modificato dalla Legge 28 gennaio 1999, n. 17.

¹⁷ comma aggiunto dalla Legge 28 gennaio 1999, n. 17.



17. Formazione professionale.

1. Le regioni, in attuazione di quanto previsto dagli articoli 3, primo comma, lettere l) e m), e 8, primo comma, lettere g) e h), della legge 21 dicembre 1978, n. 845, realizzano l'inserimento della persona handicappata negli ordinari corsi di formazione professionale dei centri pubblici e privati e garantiscono agli allievi handicappati che non siano in grado di avvalersi dei metodi di apprendimento ordinari l'acquisizione di una qualifica anche mediante attività specifiche nell'ambito delle attività del centro di formazione professionale tenendo conto dell'orientamento emerso dai piani educativi individualizzati realizzati durante l'iter scolastico. A tal fine forniscono ai centri i sussidi e le attrezzature necessarie.
2. I corsi di formazione professionale tengono conto delle diverse capacità ed esigenze della persona handicappata che, di conseguenza, è inserita in classi comuni o in corsi specifici o in corsi prelaborativi.
3. Nei centri di formazione professionale sono istituiti corsi per le persone handicappate non in grado di frequentare i corsi normali. I corsi possono essere realizzati nei centri di riabilitazione, quando vi siano svolti programmi di ergoterapia e programmi finalizzati all'addestramento professionale, ovvero possono essere realizzati dagli enti di cui all'articolo 5 della citata legge n. 845 del 1978, nonché da organizzazioni di volontariato e da enti autorizzati da leggi vigenti. Le regioni, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvedono ad adeguare alle disposizioni di cui al presente comma i programmi pluriennali e i piani annuali di attuazione per le attività di formazione professionale di cui all'articolo 5 della medesima legge n. 845 del 1978.
4. Agli allievi che abbiano frequentato i corsi di cui al comma 2 è rilasciato un attestato di frequenza utile ai fini della graduatoria per il collocamento obbligatorio nel quadro economico-produttivo territoriale.
5. Fermo restando quanto previsto in favore delle persone handicappate dalla citata legge n. 845 del 1978, una quota del fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, è destinata ad iniziative di formazione e di avviamento al lavoro in forme sperimentali, quali tirocini, contratti di formazione, iniziative territoriali di lavoro guidato, corsi prelaborativi, sulla base di criteri e procedure fissati con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

.....Omissis.....

23. Rimozione di ostacoli per l'esercizio di attività sportive, turistiche e ricreative.



1. L'attività e la pratica delle discipline sportive sono favorite senza limitazione alcuna. Il Ministro della sanità, con proprio decreto da emanare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce i protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica alle persone handicappate.
2. Le regioni e i comuni, i consorzi di comuni ed il Comitato olimpico nazionale italiano (CONI) realizzano, in conformità alle disposizioni vigenti in materia di eliminazione delle barriere architettoniche, ciascuno per gli impianti di propria competenza, l'accessibilità e la fruibilità delle strutture sportive e dei connessi servizi da parte delle persone handicappate.
3. Le concessioni demaniali per gli impianti di balneazione ed i loro rinnovi sono subordinati alla visitabilità degli impianti ai sensi del decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236, di attuazione della legge 9 gennaio 1989, n. 13, e all'effettiva possibilità di accesso al mare delle persone handicappate.
4. Le concessioni autostradali ed i loro rinnovi sono subordinati alla visitabilità degli impianti ai sensi del citato decreto del Ministro dei lavori pubblici 14 giugno 1989, n. 236.
5. Chiunque, nell'esercizio delle attività di cui all'articolo 5, primo comma, della legge 17 maggio 1983, n. 217, o di altri pubblici esercizi, discrimina persone handicappate è punito con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire un milione a lire dieci milioni e con la chiusura dell'esercizio da uno a sei mesi.

.....Omissis.....

32. Agevolazioni fiscali.

Articolo abrogato dal D.L. 31 maggio 1994, n. 330, convertito con modificazioni dalla L. 27 luglio 1994, n. 473.

Per avere un quadro sempre aggiornato sulle continue modifiche in materia, consultare il sito dell'Agenzia delle Entrate, alla voce "Agevolazioni fiscali per persone con disabilità".

33. Agevolazioni.

[1. La lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, anche adottivi, di minore con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, hanno diritto al prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativa dal lavoro di cui all'articolo 7 della legge 30 dicembre 1971, n. 1204, a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.]¹⁸

¹⁸ Il primo comma dell'articolo 33 è stato abrogato dall'articolo 86 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151. **Si veda ora l'articolo 33 del decreto citato.**



2. I soggetti di cui al comma 1 possono chiedere ai rispettivi datori di lavoro di usufruire, in alternativa al prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativa, di due ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del terzo anno di vita del bambino.

3. A condizione che la persona handicappata non sia ricoverata a tempo pieno, il lavoratore dipendente, pubblico o privato, che assiste persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa. Il predetto diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità. Per l'assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente. Il dipendente ha diritto di prestare assistenza nei confronti di più persone in situazione di handicap grave, a condizione che si tratti del coniuge o di un parente o affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.^{19 20}

3-bis. Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.²¹

4. Ai permessi di cui ai commi 2 e 3, che si cumulano con quelli previsti all'articolo 7 della citata legge n. 1204 del 1971, si applicano le disposizioni di cui all'ultimo comma del medesimo articolo 7 della legge n. 1204 del 1971, nonché quelle contenute negli articoli 7 e 8 della legge 9 dicembre 1977, n. 903.

5. Il lavoratore di cui al comma 3 ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.²²

¹⁹ Comma così modificato dall'articolo 24, comma 1 della Legge 4 novembre 2010, n. 183. L'ultimo periodo è stato aggiunto dall'articolo 6, comma 1, lettera a), del Decreto Legislativo 19 luglio 2011, n. 119.

²⁰ La Sentenza della Corte Costituzionale n. 213 del 5 luglio 2016 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma nella parte in cui non include il convivente di fatto tra i soggetti legittimati a fruire del permesso mensile retribuito per l'assistenza alla persona con handicap in situazione di gravità, in alternativa al coniuge, parente o affine entro il secondo grado.

²¹ Comma aggiunto dall'articolo 6, comma 1, lettera b), del Decreto Legislativo 19 luglio 2011, n. 119.

²² Comma così modificato dall'articolo 24, comma 1 della Legge 4 novembre 2010, n. 183. Su tali aspetti si veda ora la Circolare INPS 3 dicembre 2010, n. 155



6. La persona handicappata maggiorenne in situazione di gravità può usufruire alternativamente dei permessi di cui ai commi 2 e 3, ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferita in altra sede, senza il suo consenso.

7. Le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 3, 4 e 5 si applicano anche agli affidatari di persone handicappate in situazione di gravità.

7-bis. Ferma restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilità disciplinare, il lavoratore di cui al comma 3 decade dai diritti di cui al presente articolo, qualora il datore di lavoro o l'INPS accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica». ²³

.....Omissis.....

²³ Comma aggiunto dall'articolo 24, comma 1 della Legge 4 novembre 2010, n. 183. Su tali aspetti si veda ora la Circolare INPS 3 dicembre 2010, n. 155



Linee – Guida, Raccomandazioni INPS, 20 novembre 2015

La valutazione a fini di invalidità civile e handicap del minore affetto da diabete mellito tipo 1.

.....Omissis.....

La valutazione del diabete mellito tipo 1 a fini di invalidità e handicap

La breve disamina condotta sugli aspetti clinici del diabete mellito tipo 1, sull’impegno terapeutico che esso comporta e sulle indicazioni socio-assistenziali recentemente dettate dal Ministero della Salute non può che approdare ad una prima considerazione basilare e propedeutica ad ogni proposta valutativa.

L’acquisizione, da parte del minore affetto da diabete mellito tipo 1, della necessaria consapevolezza di dover convivere con una malattia cronica non guaribile, ma solo controllabile, e al contempo della indispensabile competenza a gestire il trattamento terapeutico, rappresenta un processo graduale, lento ed inevitabilmente legato alla sua complessiva maturazione psico-fisica.

L’autonoma competenza alla terapia, infatti, non si esaurisce nella sola capacità manuale di auto-inoculazione del farmaco ma presuppone invece l’acquisizione di compiute capacità di critica, giudizio e autodeterminazione tali da permettere di fronteggiare nel modo più opportuno le estemporanee esigenze di adeguamento terapeutico proposte da variazioni dell’alimentazione o dell’attività fisica ovvero dalla comparsa di sintomi indicativi di una condizione di ipo o iperglicemia.

Si tratta evidentemente di una attività cognitivo-volitiva tanto complessa quanto delicata e pericolosa per le possibili conseguenze di un errore valutativo. A tal proposito non si può non ricordare che, pur in altri ambiti e a fini diversi, la capacità di autodeterminazione da parte del minore sia esclusa prima dei 14 anni di età e debba essere valutata caso per caso tra i 14 e 18 anni, risultando presunta solo al raggiungimento della maggior età.

Su tali presupposti, considerando prioritaria la tutela della salute e della sicurezza del minore e allo stesso tempo eccedente dalle possibilità della commissione valutatrice una compiuta valutazione sul suo grado di maturità, la Commissione Medica Superiore ritiene che per i minori affetti da diabete mellito tipo 1, si debba:

1. riconoscere in ogni caso la sussistenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri dell’età, ai fini dello status di “minore invalido” e del conseguente diritto all’indennità di frequenza;
2. riconoscere in ogni caso la sussistenza della condizione di handicap con connotazione di gravità, con previsione di revisione al raggiungimento dell’età adulta.



Tale orientamento oltre che soddisfare pienamente l'obiettivo più generale perseguito dalla Commissione Medica Superiore INPS di promuovere in ogni caso una valutazione medico legale fondata sull'evidenza clinica, garantisce al minore portatore di una malattia cronica, come è il diabete mellito, l'assistenza scolastica necessaria a permettergli la massima espressione delle sue qualità e capacità nell'ottica futura di un pieno inserimento nella società e nel mondo del lavoro.

Infatti, come sottolineato, già nel 1992, in un documento congiunto dalla IDF (International Diabetes Federation) e dall'ISPA (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes), “..un bambino non può lottare per i suoi diritti. Pertanto è compito della società fornire aiuto al bambino e alla famiglia.

Quest'aiuto dovrebbe includere risorse mediche, sociali e pubbliche” (“Manuale operativo per l'applicazione del 'Piano sulla Malattia Diabetica' in età pediatrica” SIEDP, febbraio 2014).

Il Presidente della Commissione Medica Superiore

Prof. Massimo Piccioni





Diabete e scuola

Linee - Guida, Miur e Ministero della Salute, 25 novembre 2005

Atto di Raccomandazioni contenente le Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico.

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL' UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

IL MINISTRO DELLA SALUTE

VISTO il Decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, concernente “il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro”, e le successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 1999, n. 275, concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000, n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

VISTO il Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, concernente “norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

VISTO il Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

VISTE le linee programmatiche del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca che pongono tra le strategie fondamentali della politica scolastica quella della centralità dei “bisogni, interessi, aspirazioni degli studenti, delle loro famiglie, degli insegnanti”;

CONSIDERATO che tale principio è stato recepito dalla Legge 28 marzo 2003, n. 53 di delega al Governo per la definizione delle norme generali dell'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale;

VISTO il contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto scuola per il quadriennio normativo 2002/2005;

CONSIDERATO che, secondo i principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali, alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici, organismi non lucrativi di utilità



sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni volontarie, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato ed altri soggetti privati;

CONSIDERATA la necessità di regolamentare questo settore facendo riferimento ai principi generali contenuti nelle norme e linee programmatiche sopra indicate;

EMANANO

LE SEGUENTI RACCOMANDAZIONI

Art. 1 – Oggetto

Le presenti Raccomandazioni contengono le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica.

Art. 2 – Tipologia degli interventi

La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle AUSL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Art. 3 – Soggetti coinvolti

La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola: dirigente scolastico, personale docente ed ATA;
- i servizi sanitari: i medici di base e le AUSL competenti territorialmente;
- gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso d'integrazione scolastica e formativa dell'alunno.

Per quanto concerne i criteri cui si atterranno i medici di base per il rilascio delle certificazioni e la valutazione della fattibilità delle somministrazioni di farmaci da parte di personale non sanitario, nonché



per la definizione di apposita modulistica, saranno promossi accordi tra le istituzioni scolastiche, gli Enti locali e le AUSL competenti.

Art.4 – Modalità di intervento

La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

- effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati. Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 626/94. Potranno, altresì, essere promossi, nell'ambito della programmazione delle attività di formazione degli Uffici Scolastici regionali, specifici moduli formativi per il personale docente ed ATA, anche in collaborazione con le AUSL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, i dirigenti scolastici possono procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, i dirigenti scolastici possono provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso ad Enti ed Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada).



In difetto delle condizioni sopradescritte, il dirigente scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

Art. 5 – Gestione delle emergenze

Resta prescritto in ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo le presenti linee guida ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

Roma, 25.11.2005

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE
UNIVERSITA' E RICERCA

IL MINISTRO DELLA SALUTE

F.to MORATTI

F.to STORACE



Legge Regionale (veneta) 11 novembre 2011, n. 24 – art. 8.

.....Omissis.....

Art. 8

Interventi per l'inserimento nel mondo del lavoro e della scuola

1. La Giunta regionale con proprio provvedimento dispone iniziative volte a favorire l'inserimento dei malati diabetici nel mondo del lavoro. Il provvedimento in particolare prevede:

- a) il conferimento alla Commissione diabetologica regionale di cui alla legge regionale 24 novembre 2003, n. 36, di compiti di garante per la tutela dei soggetti diabetici, i quali a questa potranno segnalare eventuali violazioni subite, per l'assunzione di iniziative conciliative necessarie alla loro tutela;
- b) la diffusione di informazioni necessarie alla conoscenza della legislazione vigente in materia di diabete mellito, presso le organizzazioni sindacali ed imprenditoriali, le istituzioni scolastiche e sportive;
- c) la sensibilizzazione degli enti pubblici e privati in ordine alle necessità terapeutiche dei dipendenti affetti da diabete mellito e dei dipendenti con figli minori affetti da diabete, anche al fine di favorire l'assunzione di specifiche clausole contrattuali di tutela dei lavoratori diabetici, nei contratti aziendali o di categoria;
- d) la promozione di contratti di formazione che favoriscano l'assunzione di soggetti diabetici.

2. La Giunta regionale con propri provvedimenti dà esecuzione alle raccomandazioni ministeriali sui diritti del bambino con patologia cronica e sulla somministrazione in ambiente scolastico e prescolastico di farmaci di routine, disponendo per i casi di urgenza, il coinvolgimento dei soggetti che svolgono funzioni di integrazione sociosanitaria, come i comuni e le associazioni di pazienti diabetici.

.....Omissis.....



**Documento AGDI in collaborazione con Miur e Ministero della Salute, 7
Novembre 2013, paragrafi b), c), d) ed e) - Documento strategico di intervento
integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con Diabete in
contesti Scolastici, Educativi, Formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla
salute, all'istruzione e alla migliore qualità di vita.**

.....Omissis.....

B) Modello proposto

Proposta di modello di percorso di gestione integrata

Una considerazione va fatta in primis sui diritti che possiamo ravvisare nel percorso di integrazione quali:

- è diritto della famiglia, ove lo richieda, di accedere alla scuola in orario scolastico per somministrare direttamente il farmaco;
- è diritto dello studente/ssa che necessiti di assumere farmaci a scuola ricevere l'assistenza appropriata, in condizione di minima medicalizzazione e massima sicurezza;
- è diritto della famiglia o degli esercenti la potestà genitoriale chiedere, in caso di propria impossibilità, che le Istituzioni responsabili garantiscano la somministrazione di tali farmaci, attuando le forme di accordo, di organizzazione e di collaborazione che si rendano a tal fine necessarie;
- è diritto del personale scolastico (che si renda disponibile in forma volontaria alla somministrazione dei farmaci) ricevere una adeguata formazione.

Per garantire una migliore accoglienza e permanenza a scuola in condizione di sicurezza per la salute del bambino, adolescente e giovane con diabete è necessaria una fattiva collaborazione di tutte le realtà coinvolte, nel rispetto dei reciproci ruoli istituzionali o familiari, compatibilmente con l'assetto organizzativo locale.

In particolare, per l'erogazione di prestazioni uniformi, appropriate e qualificate, si evidenzia l'esigenza di individuare un percorso coordinato fra i vari soggetti interessati quali

- La Famiglia e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- Il Servizio Sanitario con le sue articolazioni;
- Il sistema scolastico;
- Le Associazioni per l'aiuto ai giovani con diabete;



- Le Organizzazioni di Volontariato organizzato e di sostegno alla persona;
- Gli Enti Locali (Province e Comuni).

Famiglia

- È tenuta ad informare il personale scolastico che il figlio è affetto da diabete mellito, consegnando al Dirigente Scolastico la lettera informativa e il Piano Individuale di Trattamento diabetologico rilasciati dal servizio specialistico di riferimento e relativi allegati integrativi e fornendo tutte le informazioni utili alla gestione del bambino, adolescente e giovane durante l'orario scolastico, nonché i contatti personali e quelli di SDP e PLS.
- Partecipa agli incontri a cui è convocata assieme al personale sanitario e scolastico, esprimendo i bisogni e le esigenze del minore e favorendone la partecipazione al percorso
- Fornisce alla scuola il materiale necessario alla gestione della patologia, da verificare periodicamente
- Comunica al personale scolastico coinvolto la presenza di eventuali problemi o criticità del figlio e/o aggiornamenti del Piano Individuale di Trattamento Diabetologico
- Fornisce all'ufficio di competenza, se il bambino/adolescente e giovane frequenta la mensa, l'eventuale schema alimentare personalizzato.

Servizio sanitario, opera a vari livelli per:

- assicurare la corretta informazione/formazione sanitaria, agli operatori scolastici e non, sui casi specifici, sulla base di percorsi e protocolli sul diabete condivisi
- favorire la comunicazione fra i soggetti coinvolti
- pianificare e coordinare le azioni necessarie, valutando ed individuando le risorse disponibili e concertando con i diversi interlocutori il percorso di risposta.

In particolare:

a) Servizio di Diabetologia Pediatrica

- Valuta il caso. Stila e aggiorna il Piano Individuale di Trattamento diabetologico (PIT) e relativi allegati.
- Comunica tempestivamente l'insorgenza di un nuovo caso di diabete mellito al Pediatra di Libera Scelta/MMG e, per tramite della famiglia, all'Istituto Scolastico di frequenza del bambino, adolescente e giovane. Informa i genitori dei rischi, anche legali, che derivano al bambino, adolescente e giovane dalla mancata comunicazione



- Fornisce ai genitori o all'interessato, se maggiorenne, il Piano Individuale di Trattamento diabetologico (PIT) da consegnare al pediatra/medico di medicina generale e al Dirigente Scolastico.
- Fornisce ai genitori o all'interessato, se maggiorenne, la lettera indirizzata al Dirigente Scolastico relativa alla certificazione di diabete, con informazioni chiare sulla sua gestione a scuola e su come contattare i servizi sanitari ospedalieri o territoriali in caso di necessità.
- Si rende disponibile per eventuali consulenze, richieste dagli operatori coinvolti nell'inserimento scolastico.
- Si rende disponibile per la formazione degli operatori sanitari e scolastici.

b) Pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

- Prende visione del Piano individuale di trattamento diabetologico e lo sottoscrive per condivisione.
- Collabora con la Pediatria di Comunità/Medicina Scolastica all'inserimento a scuola del proprio paziente con diabete, fornendo agli operatori coinvolti le informazioni sanitarie utili.
- Valuta con la famiglia, con il Dirigente Scolastico e con il Pediatra di Comunità o Medico Scolastico, con la consulenza del Servizio di Diabetologia Pediatrica, la migliore soluzione per assicurare al bambino, adolescente e giovane la sicurezza e la piena integrazione, in armonia con il protocollo attuativo locale
- Collabora alla formazione degli operatori sanitari e scolastici.
- Certifica alla dirigenza scolastica eventuali altre specifiche necessità del proprio assistito.

c) Medico Scolastico/Pediatra di Comunità (PdC) (lì dove presenti)

- Collabora con il PLS all'inserimento scolastico del bambino, adolescente e giovane con diabete
- Funziona da punto di raccolta di eventuali altre problematiche della famiglia
- Promuove e coordina gli incontri fra le parti interessate
- Effettua in collaborazione con il Servizio di diabetologia pediatrica (SDP) e con il PLS la formazione mirata del personale scolastico
- Fornisce le informazioni sulle regole di comportamento contenute nel protocollo terapeutico, comprendenti anche l'eventuale utilizzo del farmaco salva vita (es. glucagone)
- Partecipa alla ricerca di forme alternative di collaborazione esterna (Croce Rossa Italiana, altri Enti o Associazioni, volontariato esperto, etc.), qualora le richieste di assistenza non possano essere soddisfatte dal personale scolastico.



d) Distretto

- Contribuisce con il dirigente scolastico a favorire il percorso di integrazione tra i vari attori coinvolti.

Il sistema e le istituzioni della scuola:

gli operatori scolastici svolgono un ruolo fondamentale per assicurare ai giovani studenti con diabete un'esperienza scolastica serena, sovrapponendola in modo naturale a quella dei loro compagni. Affinché ciò si verifichi sono necessarie azioni ed interventi realizzati a diversi livelli:

a) Ufficio Scolastico Regionale

Gli Uffici Scolastici Regionali hanno compiti di diffusione delle linee guida e di controllo e monitoraggio della loro attuazione.

b) Il Dirigente Scolastico

- Riceve dalla famiglia la segnalazione/certificazione del caso di diabete e il relativo P.I.T.
- Organizza l'incontro con le parti interessate Scuola-Famiglia-Distretto (gruppo di coordinamento) per concordare le modalità di attuazione di eventuali servizi all'interno della scuola.
- Organizza la formazione del personale scolastico coinvolto, prendendo accordi con il Servizio di Diabetologia Pediatrica, direttamente o per tramite del PLS
- Facilita la relazione tra operatori scolastici, sanitari e genitori.
- Individua luoghi adeguati alle attività connesse al trattamento dell'alunno con diabete nel rispetto della privacy e della dignità della persona.
- Garantisce la possibilità di una corretta conservazione dei farmaci salvavita presso la scuola.
- Comunica alla famiglia o all'alunno, se maggiorenne, il/i nominativo/i del/dei responsabile/i della somministrazione dei farmaci.
- Verifica la corretta esecuzione ed attuazione della procedura (registrazione, etc.).
- Ha la responsabilità della verifica della scadenza e del rifornimento dei prodotti farmaceutici in scorta presso l'ambiente scolastico.

c) Il personale scolastico docente e non docente



- Favorisce l'inserimento scolastico del bambino, adolescente e giovane con diabete, partecipando alle riunioni organizzate per conoscere la malattia e le necessità legate al suo controllo.
 - Si adopera perché l'alunno possa partecipare a tutte le iniziative (uscite, feste scolastiche, giochi, tornei e gare sportive), tenendo presenti le precauzioni del caso (sorveglianza, giusta quantità e qualità di movimento, attenzione alla qualità e quantità di cibo).
 - Provvede alla corretta conservazione dei materiali e degli alimenti necessari per il controllo della glicemia.
 - Consente al bambino, adolescente e giovane con diabete di assumere spuntini per prevenire o trattare un'ipoglicemia, usare il bagno e bere acqua, quando necessario e secondo le indicazioni dei medici curanti. Consente allo studente che sia in grado di effettuare da sé le procedure della terapia e del controllo glicemico di provvedervi in forma autonoma, attuando comunque un discreto ma opportuno controllo.
 - In caso di bisogno, e se fa parte del personale addetto, che ha dato la propria disponibilità ed ha effettuato una specifica formazione, somministra l'insulina, secondo le indicazioni del Piano individuale di trattamento diabetologico.
 - Partecipa ai momenti di informazione/formazione organizzati per approfondire la conoscenza del diabete.
 - Segnala alla famiglia eventuali variazioni comportamentali del bambino, adolescente e giovane (stanchezza, sonnolenza, brusche variazioni di umore).
 - Effettua, se ha dato la disponibilità, la somministrazione di insulina secondo quanto previsto nel Piano Individuale di trattamento.
 - In caso di ipoglicemia grave (perdita di coscienza, convulsioni), somministra la fiala di Glucagone i.m. in custodia presso la scuola, secondo quanto prescritto nel Piano Individuale di trattamento.
- Attiva comunque e immediatamente il Servizio di Emergenza 118 (112 per la Lombardia) e contatta la famiglia.

Le associazioni

- Collaborano con le regioni per la definizione e l'attuazione dei protocolli operativi
- Forniscono alla scuola e alle famiglie degli studenti con diabete attività di consulenza e supporto per individuare e affrontare le criticità.



- Collaborano con la famiglia, il Servizio Sanitario e le Istituzioni scolastiche e gli altri Enti coinvolti per la segnalazione di casi problematici e l'individuazione delle soluzioni.
- Collaborano con il Servizio Sanitario, con figure formate dallo stesso, nell'ambito delle iniziative di formazione/informazione.

PERCORSO INTEGRATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Qualora ad un bambino, adolescente o giovane sia prescritto dal medico curante (pediatra di libera scelta o specialista, centro di diabetologia) un trattamento farmacologico e la famiglia intenda richiedere alla scuola l'organizzazione di tale somministrazione, va considerato che

- Il rilascio della certificazione sanitaria per la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve tenere conto del fatto che questa può essere prevista solo in presenza dei seguenti criteri:
 1. assoluta necessità;
 2. somministrazione indispensabile in orario scolastico;
 3. non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi alla posologia, alle modalità di somministrazione e/o di conservazione.
 4. fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario ma adeguatamente formato.

E, inoltre, va considerato che:

- il soccorso e l'assistenza di alunni con diabete che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;
- tale attività di soccorso e l'assistenza rientrano in un piano terapeutico stabilito da sanitari del SSN, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
- la prestazione di soccorso e l'assistenza viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardante la patologia, che può rientrare nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza;

Pertanto, nel rispetto dell'obbligatorietà di accogliere nell'ambito scolastico il bambino, adolescente e giovane con diabete, va necessariamente definito un percorso di integrazione condiviso e formalizzato attraverso protocolli che tengano conto di modalità concrete per la somministrazione dei farmaci sia nella gestione ordinaria, assicurando la continuità terapeutica, sia nella gestione della emergenza, assicurando la somministrazione dei farmaci Salvavita.



Si ritiene utile, per arrivare ad un disegno unitario che, pur nel rispetto delle differenze locali, garantisca il massimo possibile in termini di processi attivati e di risultati raggiunti, proporre un percorso per la gestione dell'ordinario relativamente alla somministrazione dell'insulina e un percorso per la gestione dell'emergenza individuando i soggetti che partecipano nell'ambito di una condivisione di intenti e di responsabilità e definendo i vari livelli e i relativi compiti.

Tale percorso, che deve prevedere l'adozione di protocolli scritti condivisi, ha come caposaldo la de-medicalizzazione dell'intervento, valorizzando tutte le figure coinvolte, che, attraverso adeguati momenti formativi, potranno gestire in maniera autonoma sia la gestione dell'ordinario che l'emergenza.

C) Gestione dell'ordinario (insulina e controllo glicemico)

- i soggetti responsabili (gli asset principali)
- i vari livelli e i relativi compiti (chi fa cosa)

Proposta di percorso per somministrazione insulina e controllo glicemico

FLOW CHART PER SOMMINISTRAZIONE INSULINA

SERV. DIAB PED. → → → → P.I.T. → → P.L.S.

↓↓↓↓

P.I.T.

↓↓↓↓

FAMIGLIA richiesta di intervento

P.I.T.

↓↓↓↓

DIRIGENTE SCOLASTICO attiva l'intervento da parte dei soggetti individuati

↓↓↓

FAMIGLIA - PERSONALE SCOLASTICO – ASL – ASSOCIAZIONI - COMUNE

1. All'atto della presa in carico del bambino con diabete per il follow up, il Servizio di Diabetologia Pediatrica redige il P.I.T. (Piano Individuale di Trattamento), lo consegna con i relativi allegati alla famiglia e ne invia una copia al P.L.S. (Pediatra di Libera Scelta).



2. La famiglia reca il P.I.T. al Dirigente Scolastico, unitamente alla richiesta di assistenza ed alla dichiarazione di disponibilità/indisponibilità a farsi carico direttamente dell'intervento, in tempo utile affinché questi ponga in essere tutte le misure organizzative di sua competenza.

Il P.L.S. ne prende visione per le successive incombenze di formazione ed assistenza, previste dal PND e dall'ACN in vigore.

3. Il Dirigente Scolastico convoca nel più breve tempo possibile, in modo da evitare situazioni di disagio o rischio al bambino, un gruppo di coordinamento di cui faranno parte: la famiglia, il Dirigente Scolastico o suo delegato, il Direttore del Distretto Sanitario o suo delegato (es.: medico scolastico, pediatra di libera scelta, pediatra di comunità, servizio infermieristico) e, su indicazione della famiglia, l'Associazione di persone con diabete.

Il gruppo di coordinamento non esaurisce le sue funzioni, ma si riunisce, su convocazione del Dirigente Scolastico o a richiesta di uno dei partecipanti, ogni qualvolta emergano situazioni nuove o criticità.

Nel caso di disponibilità non continuativa della famiglia, o al fine di fronteggiare eventuali imprevisti che dovessero presentarsi nel corso dell'anno scolastico, dovrà comunque essere predisposto un piano di intervento da parte della scuola.

Nel caso in cui più bambini con diabete frequentino la stessa scuola, il gruppo di coordinamento già costituito varierà la sua composizione solo per la componente famiglia/associazione.

4. Compito del gruppo di coordinamento sarà di individuare nel più breve tempo possibile percorso, operatori, spazi, logistica e attrezzature necessari, in aderenza alle presenti linee guida e al P.I.T..

5. Il Dirigente Scolastico, sulla base della relazione/verbale del gruppo di lavoro, attiva gli operatori individuati, nelle forme e nei modi previsti dalla normativa vigente, anche attraverso specifica convenzione, secondo l'ordine di priorità indicato nella flow chart allegata.

I) Famiglia: se ha espresso la propria disponibilità a farsi carico direttamente dell'intervento, anche in maniera non continuativa.

II) Personale scolastico: gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso, come già indicato nelle raccomandazioni interministeriali del 25-11-2005, ovvero altro personale che abbia dato disponibilità al servizio.

III) ASL: servizio infermieristico, medici scolastici, pediatri di comunità, personale A.D.I.

IV) Associazioni ed Enti di volontariato e di utilità sociale (ad es. Croce Rossa Italiana, Misericordie, Unità Mobili di Strada, ecc.), associazioni di persone con diabete che dispongano o si facciano carico di mettere a disposizione le figure professionali necessarie.

V) Comune: con i propri servizi sociali o con apposite convenzioni ai sensi della Legge 8-11-2000 n.



6. Il Dirigente Scolastico contatta il Servizio di Diabetologia Pediatrica di riferimento, concordando tempi e modalità di svolgimento del necessario percorso formativo.

7. Il S.D.P. provvede, in collaborazione con il P.L.S. o per suo tramite, secondo quanto concordato con il Dirigente Scolastico, alla formazione degli operatori preferibilmente in house, in modo da prendere visione della situazione logistica ed eventualmente dare suggerimenti.

Il S.D.P. avrà anche il ruolo di supervisione del processo.

D) Gestione delle emergenze (GLUCAGONE)

(Come definito dagli organi competenti e riportato nel bugiardino del farmaco glucagone, che non ha effetti tossici e non ha effetti avversi da sovradosaggi, è già prevista la possibilità di somministrazione da parte di personale non sanitario, che è stato già adeguatamente formato e non deve operare alcuna discrezionalità, poiché segue specifica prescrizione medica - Piano Individuale di Trattamento, P.I.T.).

- i soggetti responsabili (gli asset principali)
- i vari livelli e i relativi compiti (chi fa cosa)

FLOW CHART PER EMERGENZA (IPOGLICEMIA)

SERV. DIAB PED. → → → → P.I.T. → → P.L.S.

↓↓↓↓

P.I.T.

↓↓↓↓

FAMIGLIA richiesta di intervento

P.I.T.

↓↓↓↓

DIRIGENTE SCOLASTICO attiva l'intervento da parte dei soggetti individuati

↓↓↓↓

PERSONALE

SCOLASTICO

EMERGENZA 118



1. Il servizio di Diabetologia Pediatrica consegna il P.I.T. (Piano Individuale di Trattamento) alla famiglia e al Pediatra di Libera Scelta;
2. La famiglia richiede l'intervento al Dirigente Scolastico;
3. Il Dirigente Scolastico, convocato un grappo di coordinamento tra scuola, famiglia e distretto, individua all'interno dell'Istituto i soggetti abilitati;
4. Contestualmente richiede collaborazione e formazione al SDP;
5. Il SDP, in collaborazione con il PLS, si fa carico della formazione e della supervisione;
6. In caso di particolare gravità i soggetti del punto 3 richiedono l'intervento del 118, dopo avere somministrato il glucagone.

E) Indicazioni specifiche per la gestione del percorso

Auto-somministrazione

L'autorizzazione rilasciata dal centro di diabetologia contiene l'indicazione della capacità dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, ad eccezione che si tratti di farmaco di emergenza.

In tal caso va comunque prevista la presenza di un adulto adeguatamente formato, sia per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione, sia per intervenire in caso di eventuali situazioni di urgenza-emergenza.

Somministrazione ad opera di un familiare

Un familiare, o chi esercita la potestà genitoriale, può chiedere espressamente al Dirigente Scolastico/Responsabile strutture educative/Direttore di Ente di formazione professionale di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco/effettuare attività a supporto di alcune funzioni vitali al/alla proprio/a figlio/a o di permettere l'accesso alla scuola di una persona munita di apposita delega. Il Dirigente Scolastico autorizza i familiari ad accedere a scuola per la somministrazione del farmaco.

Modifiche o sospensione della terapia

In caso di modifiche significative della terapia (es. microinfusore) la famiglia o l'alunno maggiorenne devono fornire tempestivamente tale informazione alla scuola insieme alla prescrizione del medico curante.

Passaggio dell'alunno ad altro Istituto/Scuola/Ente di formazione professionale



In caso di passaggio o trasferimento dell'alunno ad altro Istituto/Ente di formazione professionale o ad altro Comune/Provincia è compito della famiglia o dell'alunno maggiorenne informare il Dirigente Scolastico/Responsabile strutture educative/Direttore di Ente di formazione professionale ricevente e/o la Pediatria Territoriale/di Comunità del territorio di riferimento.

Partecipazione a uscite didattiche e/o visite scolastiche

La somministrazione del farmaco autorizzata in orario scolastico deve essere garantita anche durante tutte le attività extrascolastiche indicate nel PDF concordato con il Dirigente Scolastico/Responsabile, le strutture educative/Direttore di Ente di formazione e con la famiglia o l'alunno maggiorenne.

.....Omissis.....



Diabete e patente

Decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modifiche, Codice della strada, artt. 119 e 126.

.....Omissis.....

TITOLO IV - GUIDA DEI VEICOLI E CONDUZIONE DEGLI ANIMALI

Art. 119.

Requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida.

1. Non può ottenere la patente di guida o l'autorizzazione ad esercitarsi alla guida di cui all'art. 122, comma 2, chi sia affetto da malattia fisica o psichica, deficienza organica o minorazione psichica, anatomica o funzionale tale da impedire di condurre con sicurezza veicoli a motore.

2. L'accertamento dei requisiti fisici e psichici, tranne per i casi stabiliti nel comma 4, è effettuato dall'ufficio della unità sanitaria locale territorialmente competente, cui sono attribuite funzioni in materia medico-legale. L'accertamento suindicato può essere effettuato altresì da un medico responsabile dei servizi di base del distretto sanitario ovvero da un medico appartenente al ruolo dei medici del Ministero della salute, o da un ispettore medico delle Ferrovie dello Stato o da un medico militare in servizio permanente effettivo, o in quiescenza, o da un medico del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di Stato o da un medico del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco o da un ispettore medico del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. L'accertamento può essere effettuato dai medici di cui al periodo precedente, anche dopo aver cessato di appartenere alle amministrazioni e ai corpi ivi indicati, purché abbiano svolto l'attività di accertamento negli ultimi dieci anni o abbiano fatto parte delle commissioni di cui al comma 4 per almeno cinque anni. In tutti i casi tale accertamento deve essere effettuato nei gabinetti medici.²⁴

2-bis. L'accertamento dei requisiti psichici e fisici nei confronti dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sottocategorie, è effettuato dai medici specialisti nell'area della diabetologia e malattie del ricambio dell'unità sanitaria

²⁴ Così modificato dalla legge 29 luglio 2010, n. 120 (G.U. n. 175 del 29 luglio 2010 suppl. ord.).



locale che indicheranno l'eventuale scadenza entro la quale effettuare il successivo controllo medico cui è subordinata la conferma o la revisione della patente di guida.

2-ter. Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria, ovvero di certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, l'interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinicotossicologici le cui modalità sono individuate con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, sentito il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri. Con il medesimo provvedimento sono altresì individuate le strutture competenti ad effettuare gli accertamenti prodromici alla predetta certificazione ed al rilascio della stessa. La predetta certificazione deve essere esibita dai soggetti di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c) e d), e dai titolari del certificato CFP o patentino filoviario, in occasione della revisione o della conferma di validità delle patenti possedute, nonché da coloro che siano titolari di certificato professionale di tipo KA o KB, quando il rinnovo di tale certificato non coincida con quello della patente. Le relative spese sono a carico del richiedente.^{25 26}

3. L'accertamento di cui ai commi 2 e 2-ter deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida. La certificazione deve tenere conto dei precedenti morbosità del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato dal medico di fiducia.²⁷

4. L'accertamento dei requisiti fisici e psichici è effettuato da commissioni mediche locali costituite dai competenti organi regionali ovvero dalle province autonome di Trento e di Bolzano che provvedono altresì alla nomina dei rispettivi presidenti²⁸, nei riguardi:

a) dei mutilati e minorati fisici. Nel caso in cui il giudizio di idoneità non possa essere formulato in base ai soli accertamenti clinici si dovrà procedere ad una prova pratica di guida su veicolo adattato in relazione alle particolari esigenze;

b) di coloro che abbiano superato i sessantacinque anni di età ed abbiano titolo a guidare autocarri di massa complessiva, a pieno carico, superiore a 3,5 t, autotreni ed autoarticolati, adibiti al trasporto di cose, la cui massa complessiva, a pieno carico, non sia superiore a 20 t, macchine operatrici;

²⁵ Comma inserito dalla legge cit. cfr. nota 5.

²⁶ Le disposizioni del primo e terzo periodo del comma 2-ter dell'articolo 119 del decreto legislativo n. 285 del 1992, introdotto dal comma 1, lettera c), del presente articolo, si applicano, rispettivamente, decorsi dodici mesi e sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al medesimo comma 2-ter.

²⁷ Si veda nota 24

²⁸ Alinea sostituito dall'art. 11 comma 1 lett. b) del decreto-legge 9 febbraio 2012 n. 5, in G.U. 9 febbraio 2012 n. 33, suppl. ord. n. 27.



c) di coloro per i quali è fatta richiesta dal prefetto o dall'ufficio competente del Dipartimento per i trasporti terrestri;

d) di coloro nei confronti dei quali l'esito degli accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio faccia sorgere al medico di cui al comma 2 dubbi circa l'idoneità' e la sicurezza della guida;

d-bis) dei soggetti affetti da diabete per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti C, D, CE, DE e sottocategorie. In tal caso la commissione medica è integrata da un medico specialista diabetologo, sia ai fini degli accertamenti relativi alla specifica patologia sia ai fini dell'espressione del giudizio finale.

5. Le commissioni di cui al comma 4 comunicano il giudizio di temporanea o permanente inidoneità alla guida al competente ufficio della motorizzazione civile che adotta il provvedimento di sospensione o revoca della patente di guida ai sensi degli articoli 129 e 130 del presente codice. Le commissioni comunicano altresì all'ufficio della motorizzazione civile eventuali riduzioni della validità della patente, anche con riferimento ai veicoli che la stessa abilita a guidare ovvero ad eventuali adattamenti, ai fini del rilascio del duplicato che tenga conto del nuovo termine di validità ovvero delle diverse prescrizioni delle commissioni mediche locali. I provvedimenti di sospensione o di revoca ovvero la riduzione del termine di validità della patente o i diversi provvedimenti, che incidono sulla categoria di veicolo alla cui guida la patente abilita o che prescrivono eventuali adattamenti, possono essere modificati dai suddetti uffici della motorizzazione civile in autotutela, qualora l'interessato produca, a sua richiesta e a sue spese, una nuova certificazione medica rilasciata dagli organi sanitari periferici della società Rete Ferroviaria Italiana Spa dalla quale emerga una diversa valutazione. È onere dell'interessato produrre la nuova certificazione medica entro i termini utili alla eventuale proposizione del ricorso giurisdizionale al tribunale amministrativo regionale competente ovvero del ricorso straordinario al Presidente della Repubblica. La produzione del certificato oltre tali termini comporta decadenza dalla possibilità di esperire tali ricorsi²⁹

6. I provvedimenti di sospensione e revoca della patente di guida emanati dagli uffici del Dipartimento per i trasporti terrestri a norma dell'articolo 129, comma 2, e dell'articolo 130, comma 1, nei casi in cui sia accertato il difetto con carattere temporaneo o permanente dei requisiti fisici e psichici prescritti, sono atti definitivi.³⁰

²⁹ Si veda nota 24

³⁰ Così modificato dal decreto-legge 151/2003, conv. con legge n. 214 del 1° agosto 2003, con effetto dal 1° settembre 2003 .



7. Per esprimersi sui ricorsi inoltrati dai richiedenti di cui al comma 4, lettera a), il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti si avvale della collaborazione di medici appartenenti ai servizi territoriali della riabilitazione.

8. Nel regolamento di esecuzione sono stabiliti: a) i requisiti fisici e psichici per conseguire e confermare le patenti di guida; b) le modalità di rilascio ed i modelli dei certificati medici; c) la composizione e le modalità di funzionamento delle commissioni mediche di cui al comma 4, delle quali dovrà far parte un medico appartenente ai servizi territoriali della riabilitazione, qualora vengano sottoposti a visita aspiranti conducenti di cui alla lettera a) del citato comma 4. In questa ipotesi, dovrà farne parte un ingegnere del ruolo del Dipartimento per i trasporti terrestri. Qualora siano sottoposti a visita aspiranti conducenti che manifestano comportamenti o sintomi associabili a patologie alcolcorrelate, le commissioni mediche sono integrate con la presenza di un medico dei servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati. Può intervenire, ove richiesto dall'interessato, un medico di sua fiducia; (4) d) i tipi e le caratteristiche dei veicoli che possono essere guidati con le patenti speciali di categorie A, B, C e D.

9. I medici di cui al comma 2 o, nei casi previsti, le commissioni mediche di cui al comma 4, possono richiedere, qualora lo ritengano opportuno, che l'accertamento dei requisiti fisici e psichici sia integrato da specifica valutazione psico-diagnostica effettuata da psicologi abilitati all'esercizio della professione ed iscritti all'albo professionale.

10. Con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro della salute, è istituito un apposito comitato tecnico che ha il compito di fornire alle Commissioni mediche locali informazioni sul progresso tecnico-scientifico che ha riflessi sulla guida dei veicoli a motore da parte dei mutilati e minorati fisici.

.....Omissis.....

Art. 126.

Durata e conferma della validità della patente di guida.

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 119, la durata della validità delle patenti di guida e dei certificati di abilitazione professionale di cui all'articolo 116, commi 8 e 10, è regolata dalle disposizioni



del presente articolo. La conferma della validità delle patenti di guida e dei certificati di abilitazione professionale di cui all'articolo 116, commi 8 e 10, è subordinata alla permanenza dei requisiti fisici e psichici di idoneità alla guida.

2. Le patenti di guida delle categorie AM, A1, A2, A, B1, B e BE sono valide per dieci anni; qualora siano rilasciate o confermate a chi ha superato il cinquantesimo anno di età sono valide per cinque anni ed a chi ha superato il settantesimo anno di età sono valide per tre anni.

3. Le patenti di guida delle categorie C1, C1E, C e CE, sono valide per cinque anni fino al compimento del sessantacinquesimo anno di età e, oltre tale limite di età, per due anni, previo accertamento dei requisiti fisici e psichici in commissione medica locale.

Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 115, comma 2, lettera a), al compimento del sessantacinquesimo anno di età, le patenti di categoria C e CE abilitano alla guida di autotreni ed autoarticolati di massa complessiva a pieno carico non superiore a 20 t.

4. Le patenti di guida delle categorie D1, D1E, D e DE sono valide per cinque anni e per tre anni a partire dal settantesimo anno di età. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 115, comma 2, lettera b), al compimento del sessantesimo anno di età, le patenti di guida di categoria D1 o D, ovvero di categoria D1E o DE abilitano alla guida solo di veicoli per i quali è richiesto rispettivamente il possesso delle patenti di categoria B o BE. È fatta salva la possibilità per il titolare di richiedere la riclassificazione della patente D1 o D, ovvero, D1E o DE rispettivamente in patente di categoria B o BE.

5. Le patenti di guida speciali, rilasciate a mutilati e minorati fisici, delle categorie AM, A1, A2, A, B1, B sono valide per cinque anni; qualora siano rilasciate o confermate a chi ha superato il settantesimo anno di età sono valide per tre anni. Alle patenti di guida speciali delle categorie C1, C, D1, D si applicano le disposizioni dei commi 3 e 4.

6. I titolari delle patenti di guida di cui ai commi 2, 3, 4 e 5, al compimento dell'ottantesimo anno di età, rinnovano la validità della patente posseduta ogni due anni, previa verifica della sussistenza dei requisiti fisici e psichici presso una commissione medica locale, ai sensi dell'articolo 119, comma 4, lettera b-bis).

7. L'accertamento dei requisiti fisici e psichici per il rinnovo di validità dei certificati di abilitazione professionale di tipo KA e KB è effettuato ogni cinque anni e comunque in occasione del rinnovo di validità della patente di guida.

8. La validità della patente è confermata dal competente ufficio centrale del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici, che trasmette per posta al titolare della patente di guida un duplicato della patente medesima, con l'indicazione del nuovo termine di validità. A tal fine i sanitari indicati nell'articolo 119, comma 2, sono tenuti a trasmettere al suddetto ufficio del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici, nel termine di cinque



giorni decorrente dalla data di effettuazione della visita medica, i dati e ogni altro documento utile ai fini dell'emissione del duplicato della patente di cui al primo periodo. Analogamente procedono le commissioni di cui all'articolo 119, comma 4. Non possono essere sottoposti alla visita medica i conducenti che non dimostrano, previa esibizione delle ricevute, di avere effettuato i versamenti in conto corrente postale degli importi dovuti per la conferma di validità della patente di guida. Il personale sanitario che effettua la visita è responsabile in solido dell'omesso pagamento. Il titolare della patente, dopo aver ricevuto il duplicato, deve provvedere alla distruzione della patente scaduta di validità.

9. Per i titolari di patente italiana, residenti o dimoranti in un altro Stato per un periodo di almeno sei mesi, la validità della patente è altresì confermata, tranne per i casi previsti nell'articolo 119, commi 2-bis e 4, dalle autorità diplomatico-consolari italiane presenti negli Stati medesimi, che rilasciano, previo accertamento dei requisiti fisici e psichici da parte di medici fiduciari delle ambasciate o dei consolati italiani, una specifica attestazione che per il periodo di permanenza all'estero fa fede dell'avvenuta verifica del permanere dei requisiti di idoneità psichica e fisica. Riacquisita la residenza o la dimora in Italia, il cittadino, che ha provveduto secondo quanto previsto nel periodo precedente, dovrà confermare la patente ai sensi del comma 8.

10. L'autorità sanitaria, nel caso che dagli accertamenti di cui al comma 8 rilevi che siano venute a mancare le condizioni per la conferma della validità della patente, comunica al competente ufficio della Direzione generale per la motorizzazione del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici l'esito dell'accertamento stesso per i provvedimenti di cui agli articoli 129, comma 2, e 130.

11. Chiunque guida con patente o con altra abilitazione professionale di cui all'articolo 116, commi 8, 10, 11 e 12, scaduti di validità è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da 155 euro a 624 euro. Alla violazione consegue la sanzione amministrativa accessoria del ritiro della patente, del certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB o della carta di qualificazione del conducente, rilasciata ad un conducente titolare di patente di guida emessa da altro Stato secondo le norme del capo I, sezione II, del titolo VI. Al conducente titolare di patente di guida italiana che, nell'esercizio dell'attività professionale di autotrasporto per la quale è richiesta l'abilitazione di cui all'articolo 116, comma 11, guida con tale abilitazione scaduta, si applicano le sanzioni di cui all'articolo 216, comma 6.

12. Chiunque viola le disposizioni del comma 3, secondo periodo, è punito con le sanzioni di cui all'articolo 116, commi 15-bis. Le medesime sanzioni si applicano a chiunque viola le disposizioni del comma 4, secondo periodo.



**Decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59, art. 23, comma 4 che demanda
all'Allegato III – Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE
concernenti la patente di guida.**

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

Vista la legge 7 luglio 2009, n. 88, recante disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee - legge comunitaria 2008, ed in particolare l'articolo 1, commi 1 e 3, e l'allegato B;

Vista la direttiva 2006/126/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 dicembre 2006, concernente la patente di guida;

Vista la direttiva 2009/113/CE della Commissione, del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 2006/126/CE concernente la patente di guida;

Vista altresì la direttiva 2002/24/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 18 marzo 2002, relativa all'omologazione dei veicoli a motore a due o tre ruote e che abroga la direttiva 92/61/CEE;

Visto il decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, recante nuovo codice della strada, e successive modificazioni, di seguito denominato: «Codice della strada»;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, recante regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti in data 30 settembre 2003, n. 40T, recante disposizioni in materia di patenti di guida e recepimento della direttiva 2000/56/CE, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, n. 88 del 15 aprile 2004;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 10 gennaio 2011;

Acquisiti i pareri delle competenti Commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 7 aprile 2011;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con i Ministri degli affari esteri, della giustizia, dell'interno, dell'economia e delle finanze e della salute;

Emana il seguente decreto legislativo:



.....Omissis.....

Art. 23

Disposizioni in materia di requisiti per l'esame di idoneita' alla guida, di requisiti fisici e psichici di idoneita' alla guida e di requisiti minimi per gli esaminatori adibiti all'espletamento delle prove di verifica delle capacita' e dei comportamenti.

.....Omissis.....

comma 4. L'accertamento dei requisiti fisici e psichici previsto dall'articolo 119 del Codice della strada si conforma almeno ai requisiti minimi previsti dall'allegato III. Sono fatte salve le disposizioni adottate con decreti del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti in attuazione di direttive particolari in materia.

.....Omissis.....



Allegato III, lettera c)
Attuazione delle direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE
concernenti la patente di guida.

Allegato III

(previsto dall'articolo 23)

REQUISITI MINIMI DI IDONEITÀ FISICA E MENTALE
PER LA GUIDA DI UN VEICOLO A MOTORE

L'articolo 119 del Codice della strada prevede la presentazione di una certificazione medica, rilasciata dai medici di cui allo stesso articolo, ai fini del rilascio della patente di guida, per il rinnovo di validità di quest'ultima, nonché nelle ipotesi in cui è emesso uno specifico provvedimento di revisione della patente, ai sensi dell'articolo 128 del Codice della strada.

Tale certificazione deve conformarsi ai requisiti di idoneità fisica e psichica stabiliti dagli articoli da 319, 320, 321, 323, 324, 326, 327, 328 e 329 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495. Per quanto concerne le seguenti patologie:

- a) vista,
- b) affezioni cardiovascolari,
- c) diabete mellito,
- d) epilessia,
- e) dipendenza da alcool o guida dipendente da alcool,
- f) uso di sostanze stupefacenti o psicotrope e abuso e consumo abituale di medicinali,
- g) turbe psichiche,

si fa riferimento a quanto di seguito stabilito.

Conseguentemente, nell'articolo 320, del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, appendice II le voci relative alle su elencate patologie sono soppresse.

Ai fini del presente allegato, i conducenti sono classificati in due gruppi:

- Gruppo 1: conducenti di veicoli delle categorie AM, A, A1, A2, B1, B, e BE.



- Gruppo 2: conducenti di veicoli delle categorie C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 e D1E nonché i titolari di certificato di abilitazione professionale di tipo KA e KB, giusta il disposto di cui all'articolo 311, comma 2, del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495.

.....Omissis.....

C. DIABETE MELLITO

Nelle disposizioni per "ipoglicemia grave" si intende la condizione in cui è necessaria l'assistenza di un'altra persona, mentre per "ipoglicemia ricorrente" si intende la manifestazione in un periodo di 12 mesi di una seconda ipoglicemia grave. Tale condizione è riconducibile esclusivamente a patologia diabetica in trattamento con farmaci che possono indurre ipoglicemie gravi, come l'insulina o farmaci orali "insulino-stimolanti" come sulfaniluree e glinidi.

C.1. Gruppo 1

C.1.1. L'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del candidato o del conducente affetto da diabete mellito è effettuato dal medico monocratico di cui al comma 2 dell'articolo 119 del codice della strada, previa acquisizione del parere di un medico specialista in diabetologia o con specializzazione equipollente (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni.) operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate.

C.1.2. In caso di presenza di comorbilità o di gravi complicanze che possono pregiudicare la sicurezza alla guida il giudizio di idoneità è demandato alla Commissione medica locale.

In caso di trattamento farmacologico con farmaci che possono indurre una ipoglicemia grave il candidato o il conducente può essere dichiarato idoneo alla guida di veicoli del gruppo 1 fino a un periodo massimo di 5 anni, nel rispetto dei limiti previsti in relazione all'età.

C.1.3. La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata al candidato o al conducente affetto da diabete mellito che soffre di ipoglicemia grave e ricorrente o di un'alterazione dello stato di coscienza per ipoglicemia. Il candidato o conducente affetto da diabete mellito deve dimostrare di comprendere il rischio di ipoglicemia e di controllare in modo adeguato la sua condizione.

C.1.4. Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell'alfa-glicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata di validità della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all'età.



C.2. Gruppo 2

C.2.1. In caso di trattamento con farmaci che possano indurre ipoglicemie gravi, (come insulina, e farmaci orali come sulfaniluree e glinidi,) l'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida del gruppo 2 da parte della Commissione medica locale, a candidati o conducenti affetti da diabete mellito è effettuato avvalendosi di consulenza da parte di un medico specialista in diabetologia o specializzazione equipollente (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche e integrazioni) operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate, che possa attestare le seguenti condizioni:

- a) assenza di crisi di ipoglicemia grave nei dodici mesi precedenti;
- b) il conducente risulta pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia;
- c) il conducente ha dimostrato di controllare in modo adeguato la sua condizione, monitorando il livello di glucosio nel sangue, secondo il piano di cura;
- d) il conducente ha dimostrato di comprendere i rischi connessi all'ipoglicemia;
- e) assenza di gravi complicanze connesse al diabete che possano compromettere la sicurezza alla guida.

In questi casi, la patente di guida può essere rilasciata o confermata di validità per un periodo massimo di tre anni o per un periodo inferiore in relazione all'età'.

C.2.2. Per i candidati o conducenti affetti da diabete mellito in trattamento solo dietetico, o con farmaci che non inducono ipoglicemie gravi, come metformina, inibitori dell'alfa-glicosidasi, glitazoni, analoghi o mimetici del GLP-1, inibitori del DPP-IV in monoterapia o in associazione tra loro, il limite massimo di durata della patente di guida, in assenza di complicanze che interferiscano con la sicurezza alla guida, può essere fissato secondo i normali limiti di legge previsti in relazione all'età.

C.2.3. In caso di crisi di ipoglicemia grave nelle ore di veglia, anche al di fuori delle ore di guida, ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile, per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del codice della strada.

C.2.4. In caso di modifiche della terapia farmacologica durante il periodo di validità della patente di guida di veicoli sia di Gruppo 1 che di Gruppo 2, con aggiunta di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave (insulina o farmaci orali "insulino-stimolanti" come sulfaniluree o glinidi); ricorre l'obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile per l'adozione del provvedimento di cui all'articolo 128 del Codice della strada.

.....Omissis.....



Allegato B alla Circolare del Ministero della Salute 25 luglio 2011, n. 17798.

Allegato B

INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE DEL PROFILO DI RISCHIO PER LA CIRCOLAZIONE STRADALE DEI SOGGETTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO O EPILESSIA E RELATIVA MODULISTICA CERTIFICATIVA PER LO SPECIALISTA CHE DEVE ESSERE ACQUISITA DAL MEDICO MONOCRATICO O DALLA CML.

Certificazione di idoneità alla guida di autoveicoli per pazienti affetti da diabete mellito

Per la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici in riferimento alla valutazione di pericolosità alla guida si individuano i seguenti criteri:

1. potrà essere considerato come controllo glicemico ADEGUATO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida, un valore di emoglobina glicata $<9.0\%$, non adeguato in caso di valori $>9.0\%$;
2. per le valutazioni delle ipoglicemie dovranno essere tenuti presenti al fine di attribuzione del giudizio di BUONO, ACCETTABILE o SCARSO i seguenti parametri valutativi:
 - a. valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente;
 - b. presenza/assenza di ipoglicemie gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) riferite negli ultimi 12 mesi;
3. per formulare il giudizio sul rischio per la sicurezza alla guida, gli elementi che dovranno essere considerati sono:

a) per rientrare in un profilo di RISCHIO BASSO:

- assenza di retinopatia
- assenza di neuropatia
- assenza di nefropatia
- ipertensione ben controllata
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia BUONO



b) per rientrare in un profilo di RISCHIO MEDIO:

- USO DI FARMACI CHE POSSONO INDURRE IPOGLICEMIE GRAVI
- retinopatia non proliferante o proliferante, se con buona conservazione del visus
- neuropatia autonoma o sensitivo-motoria di grado lieve, se con buona conservazione della percezione sensitiva e delle capacità motorie, non trattata con farmaci specifici
- nefropatia se solo con microalbuminuria o macroalbuminuria
- ipertensione se ben controllata
- cardiopatia ischemica se ben controllata
- assenza di ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico NON ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia ACCETTABILE

c) per rientrare in un profilo di RISCHIO ELEVATO:

- retinopatia proliferante, con riduzione del visus
- neuropatia autonoma o sensitivo-motoria grave, con perdita della percezione sensitiva e delle capacità motorie, trattata con farmaci specifici
- nefropatia con insufficienza renale cronica
- ipertensione non controllata, TIA/Ictus, ischemia cardiaca recente (< 1 anno) o non ben controllata
- ipoglicemie gravi e ricorrenti riferite negli ultimi 12 mesi
- incapacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e gestirla precocemente e adeguatamente
- controllo glicemico NON ADEGUATO
- giudizio sull'ipoglicemia SCARSO
- Il Certificato diabetologico non deve essere stato rilasciato in data anteriore a 3 mesi.
- Per la redazione del certificato possono essere accettati esami strumentali e di laboratorio effettuati entro l'anno con l'eccezione della emoglobina glicata il cui referto non deve essere superiore a 6 mesi.



**Decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive
modifiche, art. 330, comma 6 – Regolamento di esecuzione e attuazione del
nuovo Codice della strada.**

ARTICOLO 330

(art. 119 Codice della strada)

Commissioni mediche locali

.....Omissis.....

6- La commissione può avvalersi di singoli consulenti oppure di istituti medici specialistici appartenenti a strutture pubbliche, con onere a carico del soggetto esaminato.

.....Omissis.....



Approvazione da parte del Consiglio Regionale del Veneto della Mozione 22 febbraio 2017, n. 206 - copertura economica ai diabetici in trattamento insulinico, a sostegno delle spese per gli esami di idoneità alla guida.

CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO
DECIMA LEGISLATURA

MOZIONE N. 206

LA REGIONE GARANTISCA UNA COPERTURA ECONOMICA AI DIABETICI IN TRATTAMENTO INSULINICO, A SOSTEGNO DELLE SPESE PER GLI ESAMI DI IDONEITÀ ALLA GUIDA

presentata il 22 febbraio 2017 dai Consiglieri Moretti, Fracasso, Azzalin, Dalla Libera, Ferrari, Guarda, Pigozzo, Ruzzante, Salemi, Sinigaglia, Zanoni e Zottis

Il Consiglio regionale del Veneto

PREMESSO CHE:

- in Veneto sono oltre 70 mila le persone affette da diabete sottoposte a trattamento insulinico;
- i suddetti soggetti, a seguito delle modifiche degli articoli 119 e 126 del codice della strada, sono tenute a sottoporsi ogni anno anziché due, come era in precedenza, agli esami delle commissioni mediche delle ULSS per l'ottenimento dell'idoneità alla guida;
- il costo complessivo degli esami ammonta a 322 euro, di cui 300 per spese di competenza regionale;

CONSIDERATO CHE:

- la suddetta spesa rappresenta un carico economico rilevante per persone che già devono affrontare notevoli spese legate alla cura del diabete;
- le suddette spese non rientrano tra i servizi ritenuti come livelli essenziali di assistenza e dunque non viene prevista alcuna forma di esenzione;



impegna il Presidente della Giunta regionale ad individuare soluzioni che possano garantire una copertura economica, almeno parziale, ai diabetici in trattamento insulinico che devono sostenere le spese per gli esami di idoneità alla guida.



Diabete:
prescrizione e dispensazione di dispositivi
a carico del Servizio Sanitario Regionale

Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto 14 marzo 2016,
n. 21 - Erogazione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete: modifica e
sostituzione Allegati A e B, DGR n. 2696 del 29 dicembre 2014.

Il Direttore generale,

VISTA la legge n. 115 del 16 marzo 1987 recante disposizioni per la fornitura gratuita agli assistiti affetti da diabete mellito di presidi diagnostici e terapeutici già previsti dal DM Sanità 8 febbraio 1982: reattivi per il controllo di parametri quali glicosuria, chetonuria, dosaggio della glicemia con prelievo capillare estemporaneo, siringhe monouso per insulina, oltre ad eventuali presidi sanitari ritenuti idonei, su specifica prescrizione medica;

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 che conferma l'inclusione delle prestazioni in ambito di Assistenza Integrativa, ricompresa nell'Assistenza Distrettuale, all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza a favore di soggetti affetti da diabete;

VISTE le delibere di Giunta regionale n. 1067 del 28 giugno 2013 e n. 2696 del 29 dicembre 2014 dettanti indirizzi 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, disposti tenendo conto del protocollo predisposto dal Gruppo di lavoro coordinato dalla competente Struttura regionale e composto da Diabetologi, Medici di Medicina Generale, Farmacisti delle Aziende Sanitarie e rappresentanti delle Direzioni Sanitarie delle Aziende ULSS in collaborazione con il Coordinamento delle Associazioni di diabetici della Regione Veneto;

PRESO ATTO che la Giunta regionale con la citata delibera n. 2696/2014 incarica il Direttore Generale Area Sanità e Sociale della revisione degli Allegati A "Disposizioni per la prescrizione e dispensazione a carico del SSR di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione a favore di soggetti affetti da diabete mellito" e B "Programma di Cura per la fornitura di dispositivi a favore di pazienti affetti da diabete residenti nella Regione Veneto" alla delibera stessa, qualora se ne dovesse ravvisare l'esigenza;

DATO ATTO che detta esigenza si è manifestata in considerazione di ulteriori analisi e valutazioni effettuate dal Gruppo di lavoro, il quale nella seduta del 21 dicembre 2015, con gli obiettivi di



migliorare l'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete, personalizzare la prescrizione sulla base del fabbisogno individuale e razionalizzare la spesa, ha ritenuto di dover meglio specificare le differenti tipologie di pazienti diabetici e di ridefinire a livello regionale il numero massimo di strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare e di lancette pungidito erogabili a carico del SSR per tipologia di paziente diabetico nei seguenti termini:

con riferimento alle strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare da utilizzarsi da parte del paziente affetto da diabete mellito insulino-trattato: quantificare il numero massimo prescrivibile in 400 strisce/anno per i diabetici in trattamento con insulina 1 iniezione/die (basale o altro tipo); 800 strisce/anno per i diabetici in trattamento con insulina 2 iniezioni/die (basal-plus, premiscelata, ecc); 1200 strisce/anno per i diabetici in trattamento con insulina 3 iniezioni/die; 1800 strisce/anno per i diabetici in trattamento con insulina basal-bolus (4 o più iniezioni/die); 3000 strisce/anno per i diabetici in terapia con microinfusore; 3000 strisce/anno per i diabetici tipo 1 in età evolutiva (<18 anni); 1800 strisce nel corso della gravidanza per le pazienti con diabete gestazionale insulino-trattato;

con riferimento alle lancette pungidito da utilizzarsi da parte del paziente affetto da diabete mellito insulino-trattato: quantificare il numero massimo prescrivibile in 400 lancette/anno, ferma restando la possibilità del medico di prescrivere quantitativi superiori a fronte di specifiche esigenze, dandone opportuna motivazione alle Aziende ULSS di appartenenza dell'assistito (relazione con allegato Programma di cura);

con riferimento alle strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare da utilizzarsi da parte del paziente affetto da diabete mellito non insulino-trattato: quantificare il numero massimo prescrivibile in 25 strisce/anno per i diabetici in trattamento solo dieta (anche se di norma non necessarie); 50 strisce/anno per i diabetici in trattamento con uno o più antidiabetici orali che non inducono generalmente ipoglicemia (metformina, acarbosio, pioglitazone, inibitori DPP-4, agonisti recettore GLP-1, inibitori SGLT-2); 200 strisce/anno per i diabetici in trattamento con antidiabetici orali che possono indurre ipoglicemia (sulfoniluree e glinidi in monoterapia o in associazione con altri antidiabetici orali);

con riferimento alle lancette pungidito da utilizzarsi da parte del paziente affetto da diabete mellito non insulino-trattato: quantificare il numero massimo prescrivibile in egual misura a quello delle strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare, ferma restando la possibilità del medico di prescrivere quantitativi superiori a fronte di specifiche esigenze, dandone opportuna motivazione alle Aziende ULSS di appartenenza dell'assistito (relazione con allegato Programma di cura);



RAVVISATA inoltre la necessità di dettare indicazioni per la dispensazione dei dispositivi per l'autogestione e l'automonitoraggio del diabete ai pazienti diabetici domiciliati nelle Aziende ULSS del Veneto ma residenti fuori Regione;

RITENUTO pertanto di modificare in tal senso e conseguentemente gli Allegati A e B alla richiamata DGR n. 2696/2014

decreta

di modificare per le motivazioni e nei termini riportati in premessa, gli Allegati A e B alla delibera di Giunta regionale n. 2696 del 29.12.2014;

di ritenere gli Allegati A e B, parti integranti del presente provvedimento, sostitutivi degli allegati indicati al punto 1, per una agevole consultazione/applicazione delle disposizioni regionali;

di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

di pubblicare integralmente il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Domenico Mantoan



Allegato A al Decreto Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto 14 marzo 2016, n. 21 - Disposizioni per la prescrizione e dispensazione a carico del SSR di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione a favore di soggetti affetti da diabete mellito.

PROGRAMMA DI CURA

La prescrizione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione a favore di soggetti affetti da diabete mellito deve avvenire in presenza e nel rispetto del Programma di cura effettuato da un diabetologo di un Servizio di diabetologia pubblico o accreditato, fatti salvi specifici accordi a livello di Aziende ULSS o di Area Vasta. Tali accordi possono prevedere, per alcune tipologie di pazienti diabetici, il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), laddove siano presenti protocolli condivisi di gestione integrata e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali concordati.

Conformemente a quanto sottolineato dalla Legge Regionale n. 24 dell'11 novembre 2011, è necessario attivare forme strutturate di integrazione fra i MMG, i PLS e i Servizi di diabetologia istituiti in tutte le Aziende Sanitarie, al fine di favorire la continuità assistenziale ospedale - territorio e migliorare la qualità delle prestazioni.

Il Programma di cura è richiesto per il diabete mellito insulino-trattato, non insulino-trattato e per il diabete gestazionale. Devono essere indicati i dati anagrafici del paziente, la diagnosi, il tipo e la quantità di dispositivi prescrivibili e la durata (in genere un anno, salvo diversa indicazione da parte del medico).

Il Programma di cura può essere modificato esclusivamente dai medici autorizzati a redigerlo e nel Programma va specificata la motivazione di ogni eventuale modifica.

Il medico che redige il Programma di cura deve fornire un percorso strutturato di educazione al paziente sull'uso del glucometro e sull'automonitoraggio della glicemia a domicilio che di norma sia almeno di 2 ore.

Nelle more dell'utilizzo esclusivo dell'applicativo WebCare per la gestione dell'assistenza integrativa "online" attraverso il Programma di cura informatizzato, il formato cartaceo del Programma di cura deve essere redatto in quattro copie: per il diabetologo, per il MMG o PLS, per l'Azienda ULSS di residenza del paziente e per il paziente.

GLUCOMETRO



Il glucometro (marca e modello) sul quale il paziente è stato addestrato deve essere riportato nel Programma di cura.

Le farmacie e gli esercizi commerciali di articoli sanitari non possono fornire a carico del SSR glucometri diversi da quello indicato dal medico sul Programma di cura.

Il paziente può ricevere a carico del SSR strisce per la misurazione della glicemia relative esclusivamente al glucometro indicato dal medico nel Programma di cura.

Al fine di evitare scorte non utilizzate di dispositivi e conseguenti sprechi, la sostituzione di marca e modello del glucometro al paziente va effettuato solo se sussistono reali esigenze cliniche. Se viene ravvisata tale necessità è comunque fortemente raccomandato che la sostituzione avvenga dopo che il paziente ha esaurito le strisce per la misurazione della glicemia già in suo possesso, qualora queste non siano fruibili nel nuovo strumento.

Di norma i glucometri sono forniti dai Servizi di diabetologia o dall'Azienda ULSS di appartenenza dell'assistito.

È fortemente raccomandato che in occasione delle visite ambulatoriali il paziente diabetico porti con sé il glucometro e/o il diario della glicemia correttamente compilato affinché il diabetologo rivaluti il quantitativo di dispositivi effettivamente necessario.

PRESCRIZIONE E DISPENSAZIONE

Nelle more dell'adozione esclusiva dell'applicativo Web Care che permette la gestione "on-line" della prescrizione e dispensazione dell'assistenza integrativa attraverso il Programma di cura informatizzato, la prescrizione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione a favore di soggetti affetti da diabete mellito insulino-trattato e non insulino-trattato e da diabete gestazionale avviene tramite ricetta SSN, in presenza e nel rispetto del Programma di cura cartaceo. La ricetta deve indicare il numero di determinazioni/somministrazioni e il numero di confezioni erogabili. In caso di discordanza tra le due quantità, ai fini della quantificazione del numero di confezioni erogabili, va privilegiata l'indicazione del numero di determinazioni/somministrazioni.

La dispensazione avviene attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate e gli esercizi commerciali di articoli sanitari, fatti salvi specifici accordi a livello di Aziende ULSS o di Area Vasta che, valutati i costi complessivi e le esigenze dei pazienti, possono prevedere l'attivazione di una distribuzione diretta di tali prodotti.

DIABETE INSULINO-TRATTATO



Sono dispensabili a carico del SSR i dispositivi riportati di seguito sulla base del quantitativo indicato nel Programma di cura.

a. Siringhe per la somministrazione ipodermica di insulina

Sono dispensabili fino ad un massimo di 1800 siringhe/anno, in base al numero di somministrazioni giornaliere di insulina indicate nel Programma di cura.

b. Aghi per iniettore di insulina a penna

Sono dispensabili fino ad un massimo di 1800 aghi/anno, in base al numero di somministrazioni giornaliere di insulina indicate nel Programma di cura. Esclusivamente per i diabetici in terapia insulinica basal-bolus, è prevista un'estensione del limite massimo dispensabile a 2200 aghi/anno. In questi casi il prescrittore deve inviare una relazione adeguatamente motivata e documentata al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza con allegato il Programma di cura.

c. Strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare

Le tipologie di pazienti diabetici individuate e i corrispondenti limiti massimi alla dispensazione di strisce sono i seguenti:

- diabetici in trattamento con insulina 1 iniezione/die (basale o altro tipo): dispensabili fino ad un massimo di 400 strisce/anno;
- diabetici in trattamento con insulina 2 iniezioni/die (basal-plus, premiscelata, ecc): dispensabili fino ad un massimo di 800 strisce/anno;
- diabetici in trattamento con insulina 3 iniezioni/die: dispensabili fino ad un massimo di 1200 strisce/anno;
- diabetici in trattamento con insulina basal-bolus (4 o più iniezioni/die): dispensabili fino ad un massimo di 1800 strisce/anno;
- diabetici in terapia con microinfusore: dispensabili fino ad un massimo di 3000 strisce/anno;
- diabetici tipo 1 in età evolutiva (<18 anni): dispensabili fino ad un massimo di 3000 strisce/anno;
- pazienti con diabete gestazionale insulino-trattato: dispensabili fino ad un massimo di 1800 strisce nel corso della gravidanza.

d. Apparecchi e lancette pungidito

É dispensabile un numero di lancette fino ad un massimo di 400 lancette/anno, fatte salve specifiche esigenze che devono essere adeguatamente motivate con una relazione da inviarsi al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza con allegato il Programma di cura.



Di norma gli apparecchi sono forniti dai Servizi di diabetologia o dall'Azienda ULSS di appartenenza dell'assistito.

e. Reattivi rapidi per la determinazione della glicosuria, della chetonuria e della chetonemia

Il numero dispensabile di reattivi per glicosuria e chetonuria è stabilito in base al numero di misurazioni prescritte fino ad un massimo di 400 reattivi/anno, fatte salve specifiche esigenze individuate dal medico prescrittore e documentate al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza da apposita relazione con allegato il piano di cura.

La determinazione ematica dei chetoni è prescrivibile unicamente dal diabetologo e sono dispensabili fino ad un massimo di 20 strisce/anno.

f. Iniettori di insulina a penna

Di norma gli iniettori sono forniti dai Servizi di diabetologia o dall'Azienda ULSS di appartenenza dell'assistito.

DIABETE NON INSULINO-TRATTATO

Sono dispensabili a carico del SSR i dispositivi riportati di seguito sulla base del quantitativo riportato nel Programma di cura.

a. Strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare

Le tipologie di pazienti diabetici individuate e i corrispondenti limiti massimi alla prescrizione di strisce sono i seguenti:

- diabetici in trattamento solo dieta: di norma non necessarie ma comunque dispensabili fino ad un massimo di 25 strisce/anno;
- diabetici in trattamento con uno o più antidiabetici orali che non inducono generalmente ipoglicemia (metformina, acarbiosio, pioglitazone, inibitori DPP-4, agonisti recettore GLP-1, inibitori SGLT-2) dispensabili fino ad un massimo di 50 strisce/anno;
- diabetici in trattamento con antidiabetici orali che possono indurre ipoglicemia (sulfoniluree e glinidi in monoterapia o in associazione con altri anti-diabetici orali): dispensabili fino ad un massimo di 200 strisce/anno.

b. Apparecchi e lancette pungidito

É dispensabile un numero di lancette pari a quello delle strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare, fatte salve specifiche esigenze che devono essere adeguatamente motivate con una relazione da inviarsi al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza con allegato il Programma di cura.



Di norma gli apparecchi sono forniti dai Servizi di diabetologia o dall'Azienda ULSS di appartenenza dell'assistito.

c. Aghi per iniettori a penna per somministrazione di incretine

Sono dispensabili fino ad un massimo di 400 aghi/anno in base al tipo di medicinale indicato nel Programma di cura.

DIABETE GESTAZIONALE NON INSULINO-TRATTATO

Il Programma di cura deve essere redatto da un diabetologo.

In caso di diabete gestazionale non insulino-trattato sono dispensabili a carico del Servizio Sanitario i dispositivi riportati di seguito sulla base del quantitativo riportato nel Programma di cura.

a. Strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare

Sono dispensabili fino ad un massimo di 400 strisce nel corso della gravidanza.

b. Apparecchi e lancette pungidito

Sono dispensabili fino ad un massimo di 200 lancette nel corso della gravidanza.

Di norma gli apparecchi sono forniti dai Servizi di diabetologia o dall'Azienda ULSS di appartenenza dell'assistito.

c. Reattivi rapidi per la determinazione della chetonuria

Sono dispensabili fino ad un massimo di 150 strisce nel corso della gravidanza.

In caso di diabete gestazionale insulino-trattato, vengono applicate le disposizioni relative al diabete insulino-trattato.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Nei pazienti di nuova diagnosi, indipendentemente dal tipo di trattamento orale instaurato, sono ulteriormente dispensabili fino ad un massimo di 100 strisce/mese per il primo semestre di terapia, al fine di consentire un monitoraggio personalizzato valutato sulla base del compenso glicemico e del tipo di terapia instaurata.

Nei pazienti in squilibrio glicemico o in presenza di malattie intercorrenti sono ulteriormente dispensabili fino ad un massimo di 100 strisce/mese per un periodo limitato alla durata dell'evento. La modifica del Programma di cura può essere apportata esclusivamente dai medici autorizzati a redigerlo e deve essere specificata la motivazione.

Nei pazienti impossibilitati ad accedere ai Servizi di diabetologia per gravi motivi di salute, il MMG o il PLS possono effettuare, in situazioni di urgenza, la prescrizione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione a favore di soggetti affetti da diabete mellito, riportando sulla ricetta la dicitura "urgente".



DIABETE TEMPORANEO

Nei pazienti con diabete temporaneo insorto a seguito della presenza di altre patologie sono dispensabili 1500 strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare per semestre. Inoltre sono dispensabili 350 lancette pungidito a semestre, fatte salve specifiche esigenze che devono essere adeguatamente motivate con una relazione da inviarsi al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di competenza con allegato il Programma di cura. Rispetto a detta fattispecie, il Programma di cura, che avrà una durata di sei mesi rinnovabile semestralmente in caso di permanenza della condizione di diabete temporaneo, deve essere redatto esclusivamente da un diabetologo di un Centro antidiabetico pubblico o accreditato.

PAZIENTI DIABETICI NON RESIDENTI IN REGIONE DEL VENETO

Per i pazienti diabetici domiciliati nelle Aziende ULSS del Veneto ma residenti fuori Regione, è necessaria l'autorizzazione da parte dell'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito prima di procedere alla dispensazione dei dispositivi per l'autogestione e l'automonitoraggio del diabete. Ai fini dell'autorizzazione, il paziente dovrà fare richiesta al Servizio Farmaceutico dell'Azienda ULSS di domicilio.



Deliberazione della Giunta Regionale 28 aprile 2017, n. 547 – Erogazione dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM (flash glucose monitoring).

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 547, 28 aprile 2017

Erogazione dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM (Flash Glucose Monitoring). Art. 53, l.r. n. 30 del 30 dicembre 2016 -Collegato alla legge di stabilità regionale 2017- DGR/CR n. 26/2017.

(Con la presente deliberazione si definiscono modalità e criteri per la dispensazione dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM (Flash Glucose Monitoring) rivolti a pazienti di minore età (dai 4 ai 17 anni) con patologia e ad adulti in terapia insulinica con particolari necessità.)

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Si evidenzia preliminarmente che il diabete mellito è una malattia molto complessa in quanto contiene molteplici sindromi cliniche. È stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, WHO), al pari della tubercolosi e della malaria, un'emergenza sanitaria a livello mondiale.

Nella Regione del Veneto, dove vivono circa 5 milioni di persone, si stima siano presenti circa 300 mila individui con diagnosi di diabete (diabete noto), di cui circa 15.000 con diabete tipo 1 e i rimanenti per la maggior parte con diabete tipo 2. Si stima, inoltre, che siano presenti circa 100 mila individui affetti da tale malattia senza tuttavia esserne consapevoli (diabete ignoto).

Il diabete mellito è una malattia cronica in costante crescita. Nel Veneto i nuovi casi di diabete tipo 1 sono circa 200 per anno e quelli di diabete tipo 2 circa 20 mila per anno.

Quasi tutti i diabetici sviluppano nel corso della loro vita complicanze d'organo, che negli stadi terminali possono essere altamente invalidanti. Per intervenire in modo efficace sulla storia naturale delle complicanze microangiopatiche del diabete, è fondamentale ottenere e mantenere nel lungo termine una effettiva ottimizzazione del controllo metabolico.

Sotto il profilo normativo, si richiama in particolare la legge 16 marzo 1987, n. 115 recante "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" che stabilisce l'erogazione gratuita, agli assistiti affetti da diabete mellito, dei presidi diagnostici e terapeutici di cui al D.M. Sanità 8 febbraio 1982, ovvero: reattivi per il controllo di parametri quali glicosuria, chetonuria, dosaggio della glicemia



con prelievo capillare estemporaneo, siringhe monouso per insulina, oltre ad eventuali presidi sanitari ritenuti idonei, su specifica prescrizione medica.

Le prestazioni in ambito di Assistenza Integrativa a favore di soggetti affetti da diabete, già incluse all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui al DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza", risultano oggi ricomprese anche all'interno dei "nuovi LEA" di cui al DPCM 12 gennaio 2017, recentemente pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18.3.2017 - Supplemento Ordinario n. 15.

La Giunta Regionale del Veneto, al fine di migliorare l'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete, personalizzare la prescrizione sulla base del fabbisogno individuale e razionalizzare la spesa, ha approvato, nel corso degli anni, diversi provvedimenti volti a disciplinare le modalità di prescrizione, dispensazione e tariffazione di tali prodotti anche sotto il profilo meramente gestionale, stabilendo l'utilizzo dell'applicativo WebCare per il diabete; applicativo fornito a titolo gratuito da Federfarma Veneto e oggetto di specifiche convenzioni successivamente stipulate tra la Regione del Veneto e le Associazioni di Categoria rappresentative delle farmacie pubbliche e private convenzionate.

Ulteriori disposizioni in materia sono state recentemente introdotte dalla legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30 -Collegato alla legge di stabilità 2017-, art. 53. Quest'ultimo, nello specifico, stabilisce che la Giunta regionale predisponga, sentita la competente commissione consiliare, un documento che individui le modalità relative all'erogazione di dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM (Flash Glucose Monitoring), rivolti a pazienti di minore età.

Con riferimento ai dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione a favore di soggetti affetti da diabete mellito, si evidenzia che, nella gestione dell'automonitoraggio glicemico domiciliare del paziente pediatrico affetto da diabete, così come rappresentato da pazienti e diabetologi pediatrici, può trovare particolare indicazione proprio l'utilizzo dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano detto sistema FGM. Trattasi di presidi composti da un sensore monouso che legge i livelli di glucosio nel liquido interstiziale e da un lettore che scansiona i dati registrati dal sensore e funge anche da glucometro. I sensori possono essere applicati sul braccio fino ad un massimo di 14 giorni, eliminando così il fastidio di molteplici punture d'ago quotidiane e favorendo una migliore aderenza alla terapia nei pazienti che hanno indicazione ad una plurideterminazione quotidiana della glicemia. Tali dispositivi, infatti, possono essere intesi come alternativa al test della glicemia con puntura del polpastrello e sostituire strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare e lancette pungidito, fatta eccezione per alcune situazioni particolari come ad esempio nelle fasi di cambiamento rapido dei livelli di glucosio, per confermare l'ipoglicemia o l'imminente ipoglicemia riportata nel sensore, oppure nei casi in cui i



sintomi non corrispondono alla lettura del sensore. Per sopperire a tali situazioni, di conseguenza, è necessario fornire ai pazienti un quantitativo annuale di strisce e lancette; quantitativo che tuttavia, rispetto a quello da ultimo stabilito con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 21 del 14 marzo 2016 e riferito ai pazienti che eseguono esclusivamente l'automonitoraggio glicemico, risulta fortemente ridotto.

L'introduzione nella Regione del Veneto della nuova tecnologia FGM è stata oggetto di valutazione in più occasioni da parte di un gruppo di lavoro coordinato dall'Unità Organizzativa Farmaceutico, Protesica, Dispositivi Medici, composto da Diabetologi, Medici di Medicina Generale, Farmacisti e rappresentanti delle Direzioni Sanitarie e Mediche delle Aziende ULSS, nonché dal Coordinamento delle Associazioni regionali dei pazienti diabetici. Analizzati gli ultimi studi prodotti (Bailey et al., 2015; Bolinder et al., 2016; Haak et al., 2016), il gruppo ha evidenziato che le categorie di pazienti che possono trarre il maggior beneficio dalla nuova tecnologia sono: bambini/adolescenti dai 4 ai 17 anni; pazienti adulti in terapia con microinfusore; pazienti adulti in terapia insulnicabasal-bolus che effettuano abitualmente 5 o più determinazioni di glicemia al giorno.

Tutto ciò premesso, in attuazione del richiamato art. 53, l.r. n. 30/2016 si propone di approvare l'Allegato A alla presente deliberazione dettante disposizioni in ordine alla prescrizione e alla dispensazione dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM a favore dei bambini/adolescenti dai 4 (tali presidi non sono infatti indicati nei bambini al di sotto dei 4 anni di età) ai 17 anni residenti/domiciliati in Veneto, a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Sebbene la norma regionale individui come beneficiari dei dispositivi in esame unicamente i pazienti di minore età con patologia, si ritiene opportuno estendere l'erogazione degli stessi anche ad altre categorie di pazienti che potrebbero trarre benefici dalla nuova tecnologia, quali i pazienti adulti residenti/domiciliati in Veneto in terapia con microinfusore e i pazienti adulti residenti/domiciliati in Veneto in terapia insulinica basal-bolus che effettuano abitualmente 5 o più determinazioni di glicemia al giorno, per ovviare anche in questo caso al dolore legato alle molteplici punture d'ago quotidiane e migliorare di conseguenza la compliance. Ciò anche in virtù dei nuovi LEA di cui al richiamato DPCM 12.1.2017 che all'Allegato 3 "Presidi per persone affette da patologia diabetica e da malattie rare", nell'individuare puntualmente gli apparecchi per la glicemia, riporta anche il codice Z12040115 con cui si classifica il dispositivo in esame.

Il documento di cui trattasi, nel rispetto della norma regionale di cui sopra, potrà essere revisionato qualora, trascorsi 12 mesi dall'applicazione dello stesso, se ne dovesse ravvisare la necessità alla luce dei dati riscontrati, di eventuali modifiche nei prezzi di acquisto dei dispositivi e/o nelle condizioni



negoziali definite nei contratti di acquisto con le Aziende fornitrici dei dispositivi in questione, nonché dell'ingresso in commercio di nuovi prodotti alternativi.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTA la legge 16 marzo 1987, n. 115 recante "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito";

VISTO l'art. 2, co. 2, lettera o) della legge regionale 31 dicembre 2012, n. 54;

VISTA la delibera di Giunta regionale 16 aprile 2013, n. 497 ad oggetto "Fornitura con onere SSR dei dispositivi (reattivi rapidi) per l'autocontrollo della glicemia nel diabete mellito: aggiornamento prezzi di rimborso. Modifica DGR n. 1806 del 8 novembre 2011";

VISTA la delibera di Giunta regionale 28 giugno 2013, n. 1067 ad oggetto "Erogazione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete mellito: modifica disposizioni regionali vigenti. Modifica DGR n. 1798 del 16.6.2009 e DGR n. 1806 del 8.11.2011";

VISTA la delibera di Giunta regionale 29 dicembre 2014, n. 2696 ad oggetto "Erogazione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete: modifica e sostituzione Allegati A e B, DGR n. 1067 del 23 giugno 2013";

VISTA la delibera di Giunta regionale 27 maggio 2016, n. 739 del 27.5.2016 ad oggetto: "Distribuzione dei farmaci di cui al Prontuario della distribuzione diretta (PHT) per conto delle Aziende ULSS, tramite le farmacie convenzionate: approvazione del nuovo schema di Accordo tra Regione del Veneto e Associazioni di categoria delle farmacie aderenti";

VISTI i decreti del Direttore dell'Area Sanità e Sociale del 13 maggio 2014, n. 94 ad oggetto "Approvazione schema di convenzione tra Regione del Veneto e Federfarma Veneto per la fornitura e l'utilizzo dell'applicativo WebCare per il diabete" e del 24 luglio 2014, n. 127 ad oggetto "Approvazione schema di convenzione tra Regione del Veneto, Farmacieunite e Assofarm per l'utilizzo dell'applicativo "WebCare" per il diabete";



VISTO il decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale 14 marzo 2016, n. 21 "Erogazione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete: modifica e sostituzione Allegati A e B, DGR n. 2696 del 29 dicembre 2014";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.";

VISTO l'art. 53, comma 1 della legge regionale n. 30 del 30 dicembre 2016 -Collegato alla legge di stabilità regionale 2017;

VISTA la propria deliberazione/CR n. 26 del 28 marzo 2017;

VISTO il parere della Quinta Commissione Consiliare n. 185, favorevole all'unanimità, rilasciato nella seduta del 4 aprile 2017;

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante del presente provvedimento;
2. di approvare l'Allegato A "Disposizioni per la prescrizione e la dispensazione a carico del SSR dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM (flash glucose monitoring)" parte integrante della presente deliberazione;
3. di incaricare il Direttore dell'Unità Organizzativa Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici dell'esecuzione del presente atto;
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
5. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione del Veneto.



Allegato A alla Delibera di Giunta Regionale 28 aprile 2017, n. 547 – Disposizioni per la prescrizione e la dispensazione a carico del ssr dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM (flash glucose monitoring).

PRESCRIZIONE E DISPENSAZIONE

La redazione del Programma di cura informatizzato a favore dei pazienti candidabili all'uso dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM, che include eventuali altri dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete, deve essere effettuata unicamente da parte di un diabetologo di un Servizio di diabetologia pubblico o accreditato utilizzando l'applicativo WebCare Diabete.

Il diabetologo, prima di procedere con la prescrizione, verifica l'idoneità e l'aderenza del paziente alla nuova tecnologia attraverso l'applicazione di un sensore di prova. Lo stesso fornisce, altresì, un percorso strutturato di educazione al paziente sull'uso dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM.

La distribuzione dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM avviene per conto delle Aziende ULSS (DPC) tramite le farmacie pubbliche e private convenzionate, utilizzando la piattaforma WebDPC. Il Programma di cura informatizzato redatto nell'applicativo WebCare Diabete deve essere adeguatamente modificato in modo tale da ritenersi equivalente alla ricetta SSN ai fini dell'approvvigionamento, in quanto recante gli stessi elementi obbligatori.

La remunerazione per il servizio di DPC è determinata nei termini e nella misura del rimborso stabiliti all'art. 3 del vigente Accordo regionale per la distribuzione tramite le farmacie convenzionate dei farmaci di cui al prontuario della distribuzione diretta (PHT) per conto delle Aziende ULSS (Allegato A alla DGR n. 739 del 27 maggio 2016), stipulato tra Regione del Veneto e le Rappresentanze sindacali delle farmacie pubbliche e private convenzionate.

Il farmacista che eroga i dispositivi in argomento ha il compito di rinforzare l'informazione sull'uso corretto del sistema, assistere il paziente qualora il sensore non funzioni e monitorare il suo effettivo utilizzo.

Resta ferma la distribuzione degli eventuali altri dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete inclusi nel Programma di cura informatizzato attraverso il canale convenzionale.



PROGRAMMA DI CURA

Per i pazienti candidabili all'uso dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM (bambini/adolescenti dai 4 ai 17 anni; pazienti adulti in terapia con microinfusore; pazienti adulti in terapia insulinica basal-bolus che effettuano abitualmente 5 o più determinazioni di glicemia al giorno), deve essere creato nell'applicativo WebCare Diabete un nuovo Programma di cura informatizzato, selezionando la diagnosi apposita dal menu a tendina ("sistemi FGM – bambini/adolescenti" oppure "sistemi FGM – paziente con microinfusore" oppure "sistemi FGM – paziente in terapia insulinica basal-bolus 5 o più det/die"). Il Programma di cura informatizzato eventualmente già inserito in precedenza deve essere cancellato.

Ai suddetti pazienti sono dispensabili a carico del SSR i dispositivi riportati di seguito sulla base del quantitativo indicato nel Programma di cura informatizzato.

a. Dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema FGM.

Sono dispensabili 26 sensori/anno.

b. Siringhe per la somministrazione ipodermica di insulina.

Sono dispensabili fino ad un massimo di 1800 siringhe/anno.

c. Aghi per iniettore di insulina a penna.

Sono dispensabili fino ad un massimo di 1800 aghi/anno.

Nel caso di pazienti in squilibrio glicemico o in presenza di malattie intercorrenti, è prevista un'estensione del limite massimo dispensabile a 2200 aghi/anno. In questi casi il prescrittore deve adeguatamente motivare la scelta prescrittiva nell'apposita sezione del Programma di cura informatizzato.

d. Reattivi rapidi per la determinazione della glicosuria, della chetonuria e della chetonemia.

Il numero dispensabile di reattivi per glicosuria e chetonuria è stabilito in base al numero di misurazioni prescritte fino ad un massimo di 400 reattivi/anno, fatte salve specifiche esigenze che devono essere adeguatamente motivate nell'apposita sezione del Programma di cura informatizzato.

Per la determinazione ematica dei chetoni sono dispensabili fino ad un massimo di 20 strisce/anno.

e. Strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare e lancette pungidito.

Per i bambini/adolescenti dai 4 ai 17 anni e per i pazienti adulti in terapia con microinfusore sono dispensabili 100 strisce/mese per i primi 2 mesi di terapia e 50 strisce/mese per il proseguimento della terapia, nonché 200 lancette/anno.



Per i pazienti adulti in terapia insulinica basal-bolus che effettuano abitualmente 5 o più determinazioni di glicemia al giorno sono dispensabili 300 strisce/anno e 200 lancette/anno.

f. Iniettori di insulina a penna; apparecchi pungidito; lettore.

Di norma sono forniti dai Servizi di diabetologia o dall'Azienda ULSS di appartenenza dell'assistito.

PAZIENTI DIABETICI NON RESIDENTI IN REGIONE DEL VENETO

Per i pazienti diabetici domiciliati nelle Aziende ULSS del Veneto ma residenti fuori Regione, è necessaria, in considerazione del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, l'autorizzazione da parte dell'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito prima di procedere alla dispensazione dei dispositivi per l'autogestione e l'automonitoraggio del diabete. Ai fini dell'autorizzazione, il paziente dovrà fare richiesta al Servizio Farmaceutico o agli Uffici competenti dell'Azienda ULSS di domicilio. Si precisa che la richiesta di autorizzazione non è permanente ma va rinnovata alla scadenza del Programma di cura informatizzato oppure in caso il fabbisogno del paziente cambi e quindi sia necessario un quantitativo maggiore di dispositivi per diabetici.

