

**REGIONE TOSCANA**

Richiesta di fornitura di presidi sanitari per pazienti diabetici  
(ai sensi della Delibera Regione Toscana n. 400 del 13/04/2001)

Sig./Sig.ra: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Esenzione: Sì No

Classe di appartenenza:

CA	Terapia	Controlli/die (secondo Linee Guida Regionali)
1 ●	Insulinica Intensiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Di regola controlli uguali al numero di iniezioni di insulina + 1/die</li> <li>• Numero superiore in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti o condizioni particolari quali: età pediatrica, gravidanza, terapia con micro-infusore</li> </ul>
2 ●	Insulinica convenzionale o mista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero controlli pari alle iniezioni giornaliere</li> <li>• Numero superiore in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione del fatto</li> </ul>
3 ●	Ipoglicemizzanti orali stimolanti la secrezione insulinica ( <i>sulfaniluree, glinidi</i> )*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fino a 2 controlli/die in presenza di rischio elevato di ipoglicemia o conseguenze potenzialmente gravi dell'ipoglicemia (<i>coronaropatia, vasculopatia cerebrale, retinopatia proliferante</i>). I controlli della glicemia dovrebbero essere prevalentemente volti al monitoraggio post-prandiale sia per valutare l'efficacia della terapia sia per la prevenzione di ipoglicemie. Il quantitativo indicato di strisce è quello massimo concedibile.</li> <li>• Numero superiore a due controlli/die in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione del fatto (da 1 a 3 mesi)</li> </ul>
4 ●	Dieta e/o farmaci insulinosensibilizzanti*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'efficacia dell'autocontrollo in questa classe di pazienti è dimostrata all'interno di un programma educativo, all'inizio del trattamento, o per periodi di verifiche alimentari ben definite. Pertanto la prescrizione di strisce per autocontrollo è indicata solo alla diagnosi e per un periodo limitato (max 75 strisce - 3 confezioni - in 1 anno)</li> </ul>
5 ●	Diabete gestazionale e alterazioni minori del metabolismo glucidico in gravidanza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo dieta, 4/die (Max 124/mese)</li> <li>• Terapia insulinica, fino ad un massimo di 6/die (Max 186/mese)</li> </ul>

\*vedere allegato 1 per principi attivi ed ATC

Presidio	Tipo	Fabbisogno mensile
Strisce reattive per glicemia		
Strisce reattive per glicosuria/chetonuria		
Siringhe monouso da insulina		
Aghi monouso per penna		
Lancette pungi dito		
Strisce per la chetonemia		

La presente prescrizione ha validità fino a \_\_\_\_\_.

Luogo e data:

Il Medico Prescrittore

\*Allegato 1

**Elenco di principi attivi con i relativi ATC dei farmaci appartenenti alle classi 3 (insulino stimolanti) e 4 (insulino sensibilizzanti)**

<b>Classe 3 insulino stimolanti</b>	
<b>ATC</b>	<b>PA</b>
A10BB01	glibenclamide
A10BB09	gliclazide
A10BB12	glimepiride
A10BB07	glipizide
A10BX02	repaglinide
A10DB02	glibenclamide+ metformina
A10BD06	glimepiride+ pioglitazone

<b>Classe 4 insulino sensibilizzanti</b>	
<b>ATC</b>	<b>PA</b>
A10BA02	metformina
A10BG03	pioglitazone
A10BD05	metformina+ pioglitazone
A10BH01	sitagliptin
A10BH02	vildagliptin
A10BH03	saxagliptin
A10BH04	alogliptin
A10BH05	linagliptin
A10BD07	sitagliptin+ metformina
A10BD08	vildagliptin+ metformina
A10BD09	alogliptin+ pioglitazone
A10BD10	saxagliptin+ metformina
A10BD11	linagliptin+ metformina
A10BD13	alogliptin+ metformina
A10BX04	exenatide
A10BX07	liraglutide
A10BX10	lixisenatide
A10BF01	acarbosio
A10BX09	dapagliflozin
A10BX11	canagliflozin
A10BX12	empagliflozin
A10BD16	canagliflozin+ metformina
A10BD15	dapagliflozin+ metformina