



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

**Direzione Generale Diritto alla Salute
e Politiche di Solidarietà**

Prot. N. **ADGET** | 242.200 | 0.030.150
da citare nella risposta

Data 18/09/2009

Allegati

Risposta al foglio del
numero

**Ai Direttori Sanitari delle Aziende
Sanitarie della Toscana**

**Ai Servizi di Diabetologia della
Toscana**

Loro sedi

Oggetto: Modello per rinnovo patenti ai soggetti diabetici

Con la presente si propone l'adozione del modello allegato per il rinnovo della patente ai soggetti diabetici. Tale modello ha già avuto la necessaria approvazione della Commissione Regionale per le attività diabetologiche.

Si suggerisce un monitoraggio circa il corretto recepimento del modello a distanza di un anno al fine di raccogliere le eventuali modifiche/osservazioni necessarie.

Cordiali saluti.

**Il Dirigente del Settore
Assistenza Sanitaria
Dr. Valerio Del Ministro**

**Il Dirigente del Settore
Igiene Pubblica
Dr.ssa Emanuela Balocchini**

pacite 21/09

CERTIFICAZIONE PER IL RILASCIO / RINNOVO PATENTI

Si attesta che il / la Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____ è affetto/a da Diabete Mellito Tipo ____ dal ____

è attualmente in terapia con _____

Non presenta complicanze

Presenta le seguenti complicanze:

- ✓ Retinopatia background proliferante
✓ Neuropatia automatica sensitivo – motoria
✓ Nefropatia microalb. macroalb. I.R.C.
✓ Complicanze cardiovascolari

Giudizio sulla qualità del controllo glicemico, che influenza direttamente la velocità di progressione delle complicanze croniche

ADEGUATO

NON ADEGUATO

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

BUONO

ACCETTABILE

SCADENTE

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA ALLA GUIDA

Basso, si propone il rinnovo senza nessuna limitazione

Medio, *limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e delle complicanze riscontrate si ravvisa opportunità* di limitare il rinnovo a _____ per i seguenti dati clinici _____

Elevato, il tipo e l'entità di complicanze risultano tali da comportare un elevato rischio alla guida, pertanto si demanda la valutazione complessiva al giudizio della commissione medica

data ____ / ____ / ____

Firma del Diabetologo