



Linee Guida Aziendali predisposte dalla "sub-commissione per la Gestione Integrata", che è stata costituita con lo scopo di rendere armonico il lavoro relativo all'organizzazione delle parti degli Accordi che vanno assunti a sistema di lavoro in rete, quindi, di grande rilevanza strategica, in applicazione alla Legge 5/09.

Componenti (in ordine alfabetico)

- Dr. Carollo Paolo
- D.ssa Fleres Mattia
- Dr. Iraci Tindaro
- D.ssa D'Angelo Franca
- Dr. Di Carlo Vittorio
- D.ssa Fincato Maria
- Dr. Manunta Mario
- D.ssa Mirto Beatrice
- D.ssa Vaccaro Maria
- D.ssa Vitale Bruna

Referente Dr. Salvatore Vizzi

Premessa

L'assistenza alla persona diabetica non può prescindere da una stretta collaborazione tra

- Medico di Medicina Generale
- Specialista in Diabetologia, Medicina Interna ed Endocrinologia (branche affini)
- Specialista Cardiologo, Angiologo, Neurologo, Nefrologo, Oculista (possibili complicanze)
- Infermiere Professionale (sia dell'Ambulatorio Generico che Dedicato)
- Sportello dedicato al paziente cronico, con personale adeguatamente formato.

Il presente documento, pertanto, è finalizzato ad indicare le modalità operative che consentano l'effettiva integrazione tra le figure su indicate con l'obiettivo dichiarato di creare un TEAM MULTIPROFESSIONALE e MULTIDISCIPLINARE, che tratteggi delle linee operative condivise ed indirizzi di azione integrati secondo una visione unitaria di sistema tra tutti gli attori coinvolti e crei uniformità di trattamento e continuità assistenziale, con appropriatezza clinica (uso appropriato di protocolli diagnostico-terapeutici) ed organizzativa, al fine di migliorare la qualità di salute del paziente cronico.

Obiettivo della Gestione Integrata:

Ottimizzare la cura della malattia diabetica e prevenire le sue complicanze, evitare accessi impropri ospedalieri, che ha come presupposto:

- presa in carico della persona con diabete da parte dei diversi professionisti sanitari;
- stratificazione per classi di intensità di cura;
- concordare il percorso assistenziale (piano di cura) per ogni singolo paziente.

E' necessario, pertanto, che si realizzino le seguenti condizioni:

- diagnosi precoce della malattia diabetica
- promozione della partecipazione attiva della persona con diabete alla gestione della propria malattia
- monitoraggio/gestione della persona con diabete in forma di Gestione Integrata
- ottimizzazione e razionalizzazione dell'accesso agli ambulatori specialistici
- diagnosi precoce e cura delle complicanze con integrazione delle diverse competenze professionali
- utilizzo appropriato delle risorse disponibili

Appare opportuno ricordare l'identificazione delle sette classi di intensità di cura descritta nel "Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza al paziente con diabete" (AMD-SID-SIMG)

Classe 1 pazienti critici e/o fragili, con complicanza e/o una situazione clinica per cui vi è un serio e grave pericolo per la vita o l'autosufficienza (es: infarto acuto, coma, intervento di bypass, sepsi, amputazione) o comunque ogni situazione che comporti un ricovero ospedaliero urgente .

Classe 2 pazienti che presentano una complicanza acuta in atto e che necessitano di un intervento specialistico urgente, anche in regime di ricovero, ma che non sono in immediato pericolo di vita e/o di disabilità (es: piede in gangrena, dialisi, angioplastica, grave scompenso metabolico senza coma, recente e grave episodio di ipoglicemia con perdita di coscienza ma successivo recupero, paziente diabetico ricoverato in reparto non di terapia intensiva, ecc);

Classe 3 pazienti che richiedono un intervento specialistico o multidisciplinare non urgente, ma comunque indifferibile :

- diabetico di nuova diagnosi per il quale è necessaria la definizione diagnostica e/o l'inquadramento terapeutico e/o un intervento di educazione terapeutica strutturata ;
- diabete in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in diabetica nota);
- paziente con complicanza acuta in atto (es: ulcera piede senza infezione, retinopatia proliferante (PDR), controllo metabolico molto instabile);
- pazienti diabetici da sottoporre allo screening annuale delle complicanze micro e macrovascolari.

Classe 4 pazienti diabetici con compenso metabolico instabile; non a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare; ad alto rischio di evoluzione rapida verso una qualsiasi complicanza; pazienti che hanno avuto un evento cardiovascolare recente; piede diabetico senza ulcera.

Classe 5 Pazienti diabetici stabili, in buon compenso metabolico ($HbA1c < 7,0\%$) ed a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare, senza complicanze evolutive in atto.

Classe 6 Pazienti diabetici caratterizzati dalla coesistenza di cronicità multiple e riduzione dell'autosufficienza (in molti casi allestati in modo permanente o prevalente).

Classe 7 comprende tutta la popolazione generale sulla quale sono necessari interventi generali o specifici sullo stile di vita per ridurre il rischio di comparsa di un DMT2. Comprende anche i soggetti a rischio per diabete, sui quali il MMG deve attuare interventi di screening opportunistico per la diagnosi precoce di diabete mellito tipo 2.

Le eventuali neodiagnosi rimandano alla Classe 3.

Punti nodali descritti nell'A.I.R.

A- Governo Clinico (Art.2)

Attività di governo clinico e gestione integrata dei pazienti Cronici per il quale il M.M.G. ha contribuito alla creazione di un "Registro" distrettuale ed aziendale dei pazienti Cronici e deve attivare la "G.I." con il PTA o Poliambulatorio del Distretto di riferimento.

B- Gestione integrata M.M.G. - Distretto (Art. 3)

Il Registro Distrettuale, composto dalle schede di start-up, sarà custodito dal personale dello "sportello dedicato" per inviare i pazienti alla visita specialistica (stadiazione e piano di cura annuale) e per la presa in carico infermieristica.

Il M.M.G. riceve il piano di cura (redatto secondo le linee guida G.I.) che, lo condivide o se ne discosta, motivandolo.

Lo Sportello, inoltre, deve gestire i pazienti con il metodo del follow-up attivo, che comprende:

- il richiamo telefonico per i controlli
- tenere i contatti con lo specialista e l'ambulatorio infermieristico
- partecipare a programmi di educazione dei pazienti
- partecipare ai piani di cura dei pazienti complessi gestiti in Day Service Territoriale

C-Ambulatori a Gestione Integrata (Art.5 Integrazione organizzativa con P.T.A.- Distretto)

Si tratta di spazi di effettiva integrazione di un Team Multiprofessionale e Multidisciplinare formato da M.M.G. - Specialisti Ambulatoriali - Infermieri

Il Distretto svolge, pertanto, un ruolo fondamentale nella GOVERNANCE sia di tipo organizzativa (Gestione Integrata) che clinico-assistenziale (Percorsi Assistenziali)

La G.I. è il risultato di una gestione concordata e coordinata (gestione delle cure);

-il M.M.G. invia sia i pazienti con diagnosi nota secondo un target di medio-alta complessità (*scheda di start-up ed adesione informata*) sia i pazienti neodiagnosticati

-lo Sportello dedicato al Paziente Cronico (diabete, scompenso, ecc.) curerà la tenuta del *Registro* e terrà aggiornata l'*agenda condivisa* per l'effettuazione delle visite secondo un calendario preciso

-il M.M.G. visita il paziente insieme allo specialista che effettua la *stratificazione* del rischio (inquadramento in sub-target) e la *stadiazione* della patologia

-viene condiviso il relativo *follow-up attivo personalizzato* e calibrato sul fabbisogno assistenziale del singolo paziente

-viene definito anche il follow-up infermieristico con l'automonitoraggio ed il piano educativo

Compiti del Medico di Medicina Generale nella Gestione Integrata

- screening selettivo della popolazione a rischio di diabete con la determinazione (in almeno due occasioni) della glicemia a digiuno con metodica di laboratorio
- follow-up dei soggetti a rischio con ridotta tolleranza glucidica (IGT) o alterata glicemia a digiuno (IFG)
- invio del paziente neodiagnosticato presso lo specialista di diabetologia per l'inquadramento diagnostico e terapeutico e la formulazione del piano di cura personalizzato (lo screening delle complicanze, l'impostazione terapeutica, sia dietologica che farmacologica)
- presa in carico, in gestione integrata, del paziente con compenso metabolico accettabile e senza complicanze d'organo "Classe di intensità di cura 5"
- la registrazione dei dati relativi al follow-up periodico in maniera omogenea, mediante cartelle cliniche, preferibilmente in formato elettronico, e la loro comunicazione allo Sportello
- il monitoraggio degli effetti collaterali delle terapie
- l'informazione corretta e completa sul diabete, sulle sue complicanze, sull'efficacia della modificazione degli stili di vita e dei trattamenti nel modificare la storia naturale della malattia
- l'invio del paziente presso gli ambulatori di diabetologia per una revisione generale su compenso e complicanze nei tempi definiti dal piano di cura condiviso in gestione integrata.
- l'invio del paziente presso l'ambulatorio di diabetologia in caso di scompenso metabolico, ripetute ipoglicemie, comparsa di segni clinici riferibili a complicanze in fase evolutiva.

- il trattamento degli altri fattori di rischio cardiovascolare quali il sovrappeso, l'ipertensione e le dislipidemie

Compiti degli Specialisti Diabetologi e delle branche affini nella Gestione Integrata

- La gestione clinica in collaborazione con i MMG (ambulatori gestione integrata) dei pazienti diabetici :
 - Classe di intensità di cura 3 e 4 (individuati secondo il " Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza al paziente con diabete" AMD-SID-SIMG)
- L'inquadramento diagnostico, terapeutico, dietetico, educativo dei diabetici neo diagnosticati con formulazione del piano di cura personalizzato e condiviso con il MMG
- La valutazione periodica (in linea di massima annuale) del paziente diabetico non complicato
- La consulenza per i MMG per visite non programmate (urgenti o meno)
- Effettuazione in collaborazione con il MMG di interventi di educazione terapeutica strutturata rivolta in particolare all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione domiciliare
- La fornitura dei dispositivi medici per l'attuazione della terapia
- L'addestramento al monitoraggio domiciliare della glicemia e la prescrizione del relativo materiale di consumo nei casi che lo richiedano
- lo screening ed il trattamento delle complicanze (retinopatia, nefropatia, neuropatia, disfunzione erettile, piede diabetico, cardiopatia ischemica e delle altre complicanze vascolari)
- lo screening ed il trattamento della corretta informazione sulla contraccezione e la gravidanza nelle diabetiche in età fertile
- La registrazione dei dati relativi al follow-up periodico in maniera omogenea con il MMG, mediante cartelle cliniche, preferibilmente in formato elettronico, e il loro invio al MMG

Ambulatorio Infermieristico

All'interno del modello organizzativo, assolutamente innovativo, della gestione del paziente cronico, l'Ambulatorio Infermieristico rappresenta un punto di riferimento importante nelle due sottoorganizzazioni che si devono rendere operative:

1-deve essere attivato un "A.I. Dedicato al paziente cronico" al fine di ottenere quanto più possibile la "demedicalizzazione" e sganciare lo specialista da attività che possono essere rese brillantemente dall'I.P. come la condivisione di un follow-up infermieristico, la capacità di monitorare il paziente sul piano educativo effettuando le sedute educazionali con organizzazione diretta dei gruppi, contribuendo all'empowerment e migliorando la "compliance" del paziente;

2- deve essere attivato un "A.I. Generico" utilizzabile per quanto erogabile di competenza come medicazioni, somministrazione di farmaci, ect.

Compiti del Distretto

-Realizzare un " libretto del paziente diabetico"
-Garantire la GOVERNANCE e la collaborazione tra tutte le componenti del TEAM, coinvolgendo anche le associazioni di volontariato, non solo tramite contatti telefonici ed e mail, ma anche attraverso incontri periodici distrettuali di aggiornamento, finalizzati ad un miglioramento della organizzazione complessiva.

Modalità di prenotazione a cura del personale dello SPORTELLLO DEDICATO

Lo Sportello dedicato al Paziente Cronico (diabete, scompenso, ecc.) curerà la tenuta del *Registro* e terrà aggiornata l'*agenda condivisa* per l'effettuazione delle visite secondo un calendario preciso ed effettuerà le prenotazioni di pacchetti di prestazioni fruibili in unico accesso:

- A. Prestazioni Multiple, somma di prestazioni che rispondono a più bisogni sanitari- (P.M.)
- B. Pacchetti di prestazioni Assistenziali Complesse -(P.A.C.); attivazione dei percorsi preferenziali per una disponibilità di posti programmati e per la relativa procedura di prenotazione per le branche specialistiche di Cardiologia, Oculistica, Angiologia, Neurologia, Nefrologia
- C. Percorso Assistenziale Individualizzato (P.A.I.)- Visita + Presidi, Visita + Esenzione Ticket, etc.

Le Fasi complessive sono:

- Identificazione (scheda di start-up del paziente MMG)
- Registrazione (tenuto a cura dello Sportello)
- Invio allo specialista per la stratificazione del rischio - classificazione dei pazienti in sub-target
- Visita congiunta (a mezzo di agenda condivisa tra MMG e Specialista ambulatoriale)
- Invio follow-up diversificato in base alla stratificazione del paziente allo Sportello Diabetico

NORME E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Decreto Assessoriale 6065 del 29/07/2005
- Decreto Assessoriale del 06/09/2010: Accordo Regionale Assistenza Primaria
- Progetto IGEA (Gestione Integrata del Diabete Mellito di tipo 2 nell'adulto)
- Linee Guida per l'assistenza integrata alla persona con diabete mellito di tipo 2 AMD-SID-FIMMG-SIMG-SNAMI-SNAMID
- Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito 2009-2010

Dr. Carollo Paolo

D.ssa Fleres Mattia

Dr. Iraci Tindaro

D.ssa D'Angelo Franca

Dr. Di Carlo Vittorio

D.ssa Fincato Maria

Dr. Manunta Mario

D.ssa Mirto Beatrice

D.ssa Vaccaro Maria

D.ssa Vitale Bruna

Referente Dr. Salvatore Vizzi

P.S. Si allegano alcune tabelle e flow-chart che riteniamo utili per la capacità sinottica di sintesi degli argomenti trattati, di per sé molto complessi.

Si sottolinea che, come appare evidente, non sono di produzione propria, ma estratti da altri importanti documenti editi.

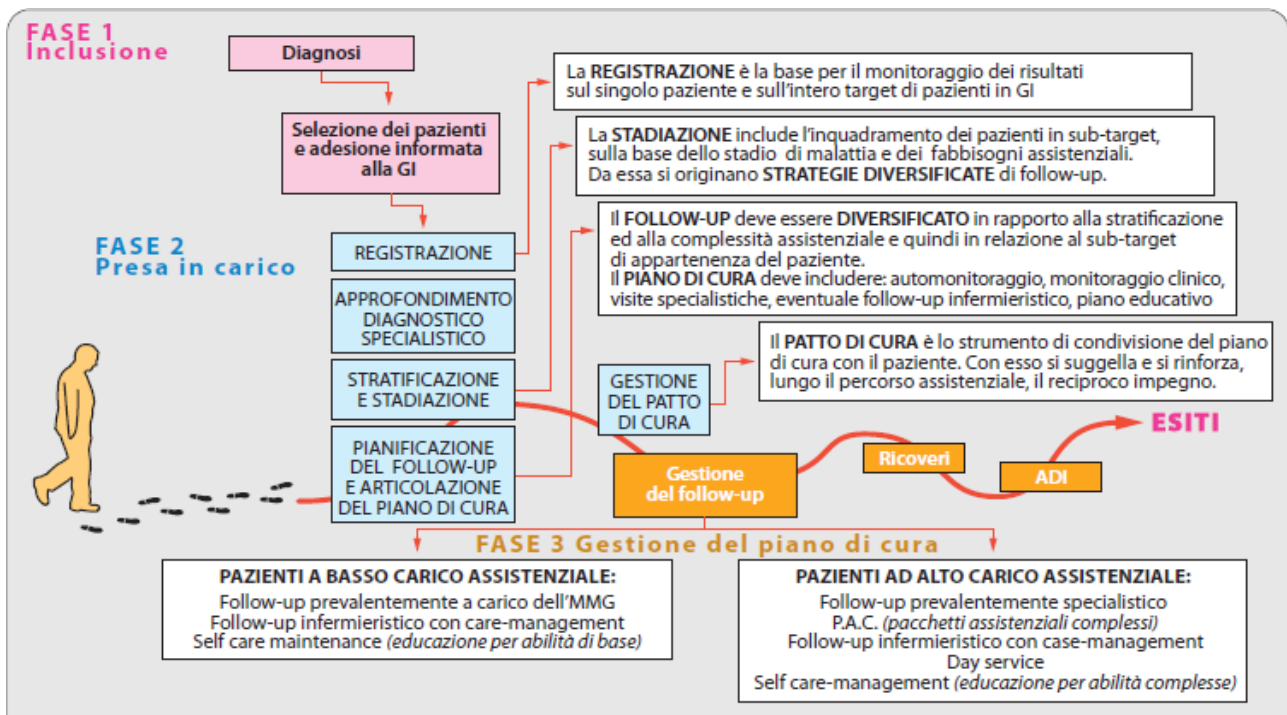


Figura 4. IL PERCORSO ASSISTENZIALE DI BASE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO.

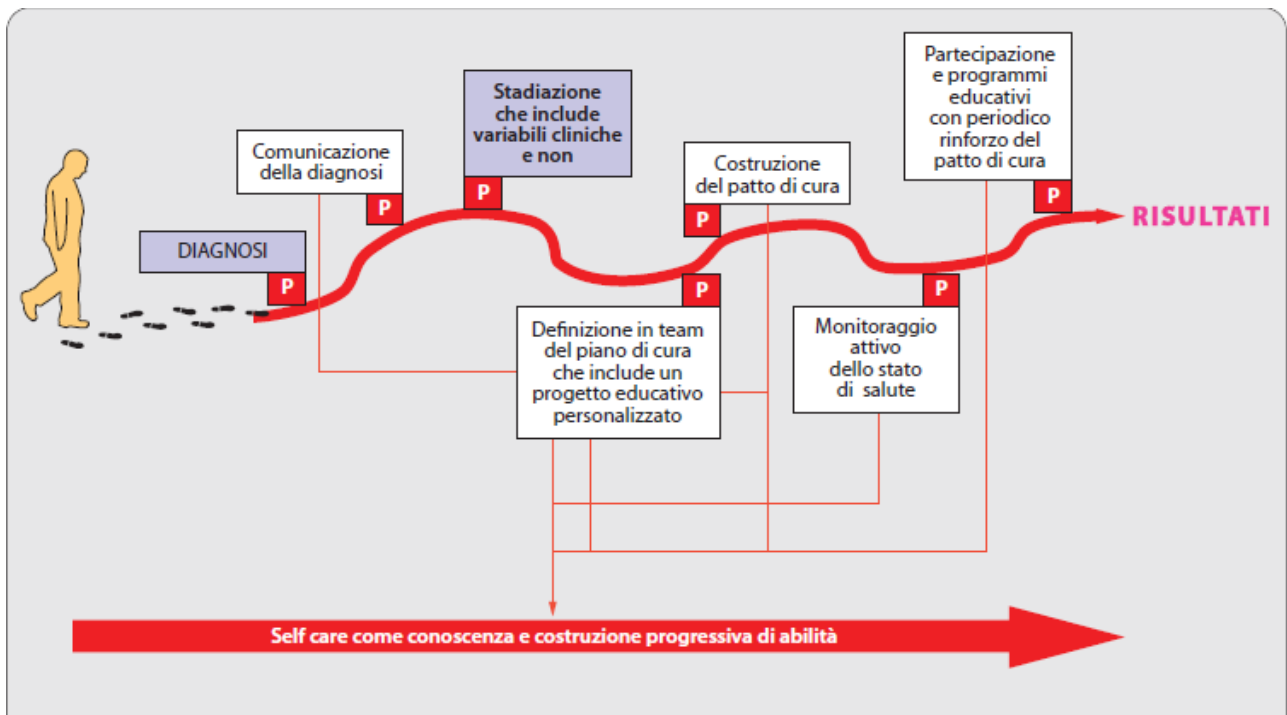
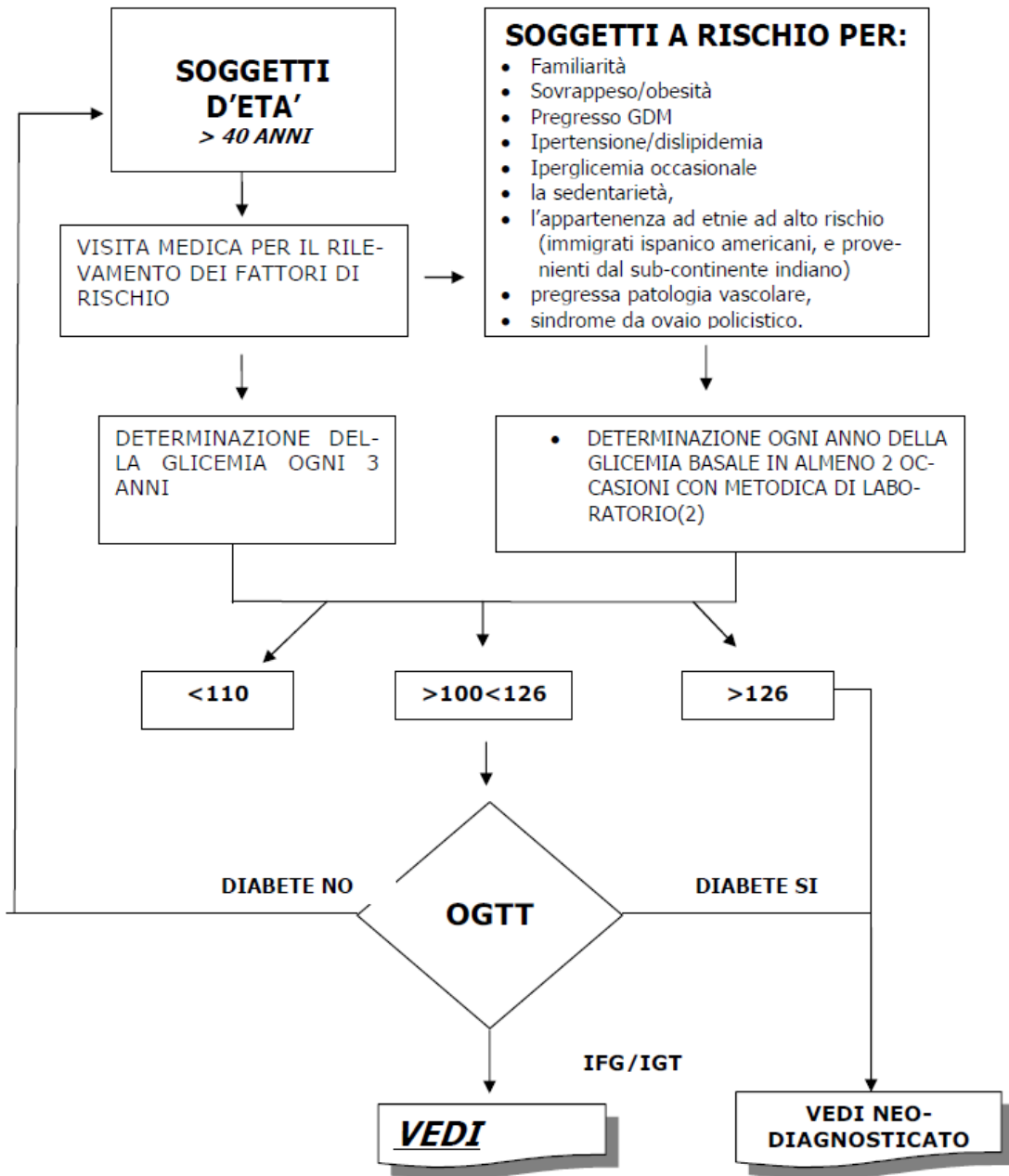


Figura 16. IL PERCORSO ASSISTENZIALE PER DARE CONCRETEZZA AI PROGRAMMI DI EMPOWERMENT DELLE PERSONE CON DIABETE.

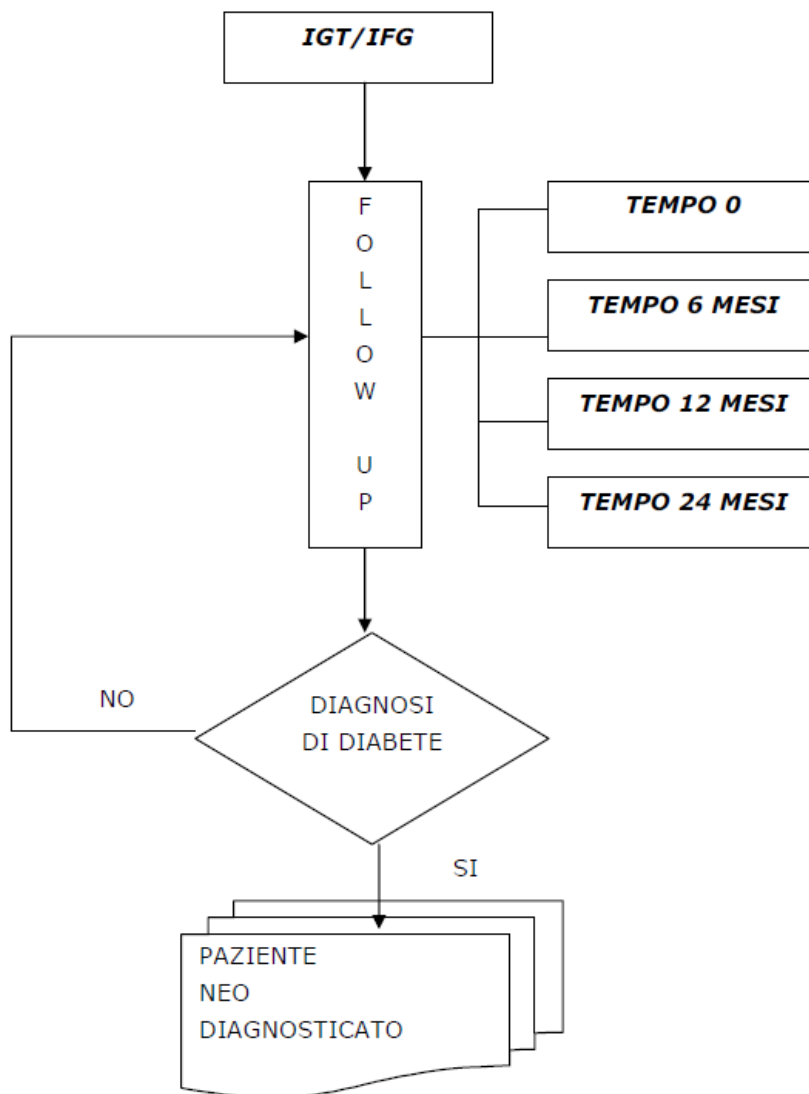
Flow chart n.1 :

compiti del mmg: screening selettivo della popolazione a rischio di diabete



La glicemia basale nello screening va misurata una sola volta, e non due volte. Se superiore a 126 mg%, in assenza di sintomi, per fare diagnosi di diabete è necessario ripeterla e verificare la persistenza di glicemia > 126 mg%.

Flow chart n. 2 : compiti del MMG: follow-up dei soggetti affetti da alterata glicemia a digiuno (IFG) o ridotta tolleranza glucidica (IGT)



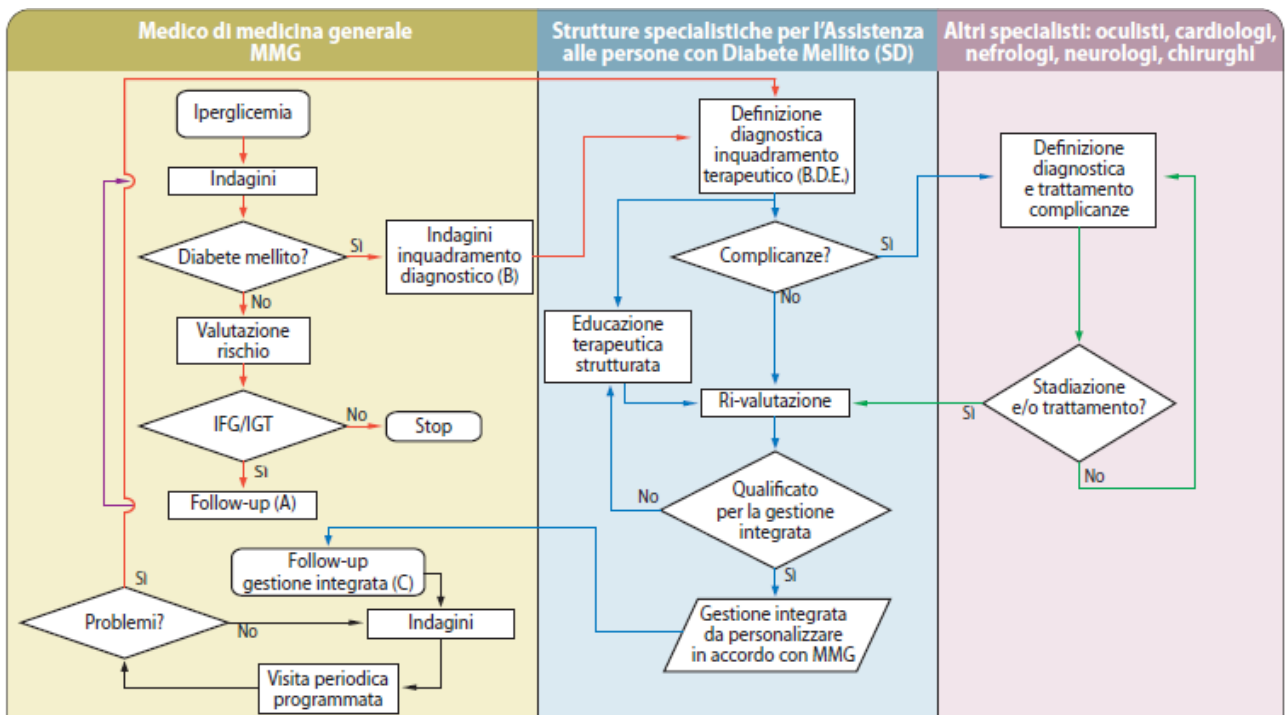
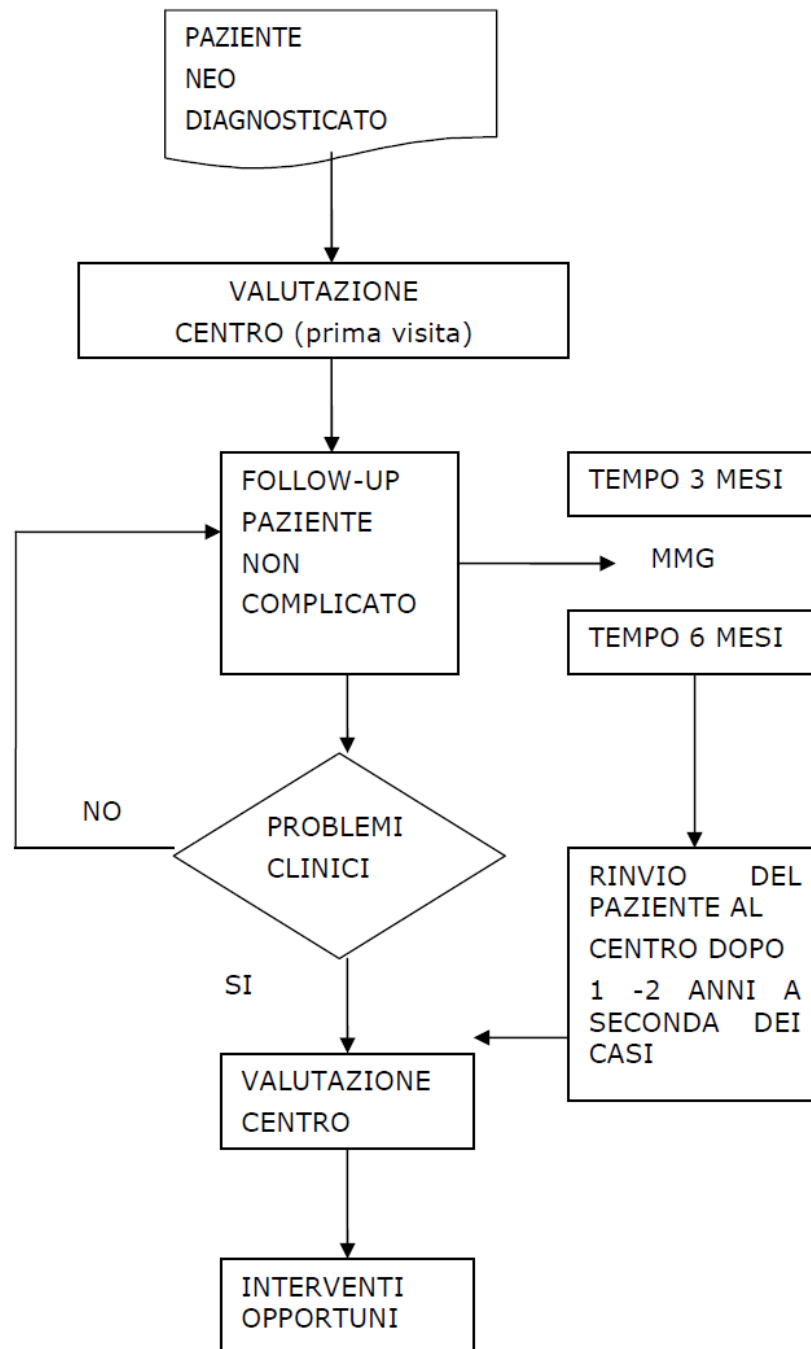


Figura 11. SCHEMA DI PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE (TRATTA DA: AMD 2008).

Flow chart n.4 compiti del mmg: presa in carico del paziente con compenso metabolico accettabile e senza complicanze d'organo



<p>A) FOLLOW UP DEL SOGGETTO CON RIDOTTA TOLLERANZA AGLI ZUCCHERI (IGT) O ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO (IFG)</p> <p>(la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG: Ogni 6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • glicemia a digiuno • es.urine completo • peso corporeo • circonferenza vita • pressione arteriosa • accertamento di adesione alla prescrizione dietetica e rinforzo del messaggio di educazione alimentare <p>Ogni anno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colesterolo tot., HDL, LDL - calcolato -, trigliceridi <p>Ogni 2 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuale curva da carico di glucosio
<p>B) PRIMA VALUTAZIONE DI BASE PER SOSPETTO DI DIABETE</p>	<p>Il MMG in caso di diagnosi di diabete mellito: Prescrive le indagini per il 1° inquadramento diagnostico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c, • Colesterolo totale, HDL, LDL - calcolato -, Trigliceridi • Creatininemia, • ECG, • Fundus oculi <p>Invia il paziente alla SD La Struttura Specialistica per l'Assistenza alle persone con Diabete (SD)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. effettua la prima valutazione di 2° livello: <ul style="list-style-type: none"> • Inquadramento diagnostico-terapeutico • Stadiazione clinica e delle eventuali complicanze • Terapia Medica Nutrizionale • Educazione terapeutica strutturata (ETS) 2. a seconda delle condizioni cliniche: <ul style="list-style-type: none"> • Avvia al Follow-up del diabete tipo 2 non complicato • Appronta, in accordo con il MMG o PLS, il Piano di Cura personalizzato per i diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato

Allegato 4. DIAGNOSI di DIABETE MELLITO CRITERI DIAGNOSTICI

La DIAGNOSI di DIABETE mellito si basa su:

- o la misurazione del GLUCOSIO plasmatico (ADA)
- o il risultato del test OGTT (Oral Glucose Tolerance Test) alla 2^a ora (WHO)

La glicemia è il parametro laboratoristico principale per:

Diagnosi di diabete

Screening dei soggetti ad alto rischio di diabete

Monitoraggio del controllo diabetico.

Nel 1989 sono stati introdotti i nuovi criteri Diagnostici per il Diabete (ADA), che hanno abbassato la soglia di Glicemia a digiuno da 140 a 126 per porre diagnosi di Diabete.

DIAGNOSI	Concentrazione del glucosio nel sangue
DIABETE MELLITO A digiuno, confermato 2 volte, oppure OGTT a 2 h	≥ 126 ≥ 200
IGT (<i>Impaired glucose Tolerance</i>) a digiuno e OGTT a 2 h	< 126 ≥ 140 e < 200 mg/dl
IFG (<i>Impaired Fasting Glucose</i>) a digiuno, OGTT a 2 h	≥ 110 e < 126 < 140

Un paziente viene definito "diabetico" quando :

- a. presenta un riscontro casuale (in ogni momento del giorno senza relazione con il tempo trascorso dall'ultimo pasto) di glicemia superiore o uguale a 200 mg/dl accompagnato o meno dai classici sintomi di diabete (poliuria, polidipsia, astenia e calo ponderale)**
- b. presenta due valori consecutivi della glicemia a digiuno (periodo successivo all'ottava ora trascorsa senza assunzione di calorie) superiori o uguali a 126 mg/dl**
- c. presenta un valore di glicemia dopo carico orale di glucosio (75 g) alla seconda ora maggiore o uguale a 200 mg/dl**

La glicemia è ritenuta non patologica quando il suo valore nel plasma è < di 110 mg/dl.

Si parla di **IFG** (Impaired fasting glucose; alterata glicemia a digiuno) quando il valore si colloca tra 110 e 125 mg/dl.

Viene definito **IGT** (Impaired glucose tolerance) un soggetto che presenta una glicemia a digiuno < 126 mg/dl e tra ≥ 140 e < 200 mg/dl dopo 2 ore dal carico orale di glucosio (75 g).

<p>C) FOLLOW UP DELLA PERSONA CON DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO</p> <p>(la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG prescrive ed effettua la valutazione, in base al Piano di Cura personalizzato definito al momento dell'inquadramento clinico. In ogni caso esegue:</p> <p>Ogni 3 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • glicemia a digiuno • HBA1c • Esame completo delle urine • pressione arteriosa • peso corporeo • circonferenza vita • verifica autocontrollo glicemico (se effettuato) <p>Ogni 6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita medica generale con: ispezione dei piedi, EO cardiovascolare, EO neurologico <p>Ogni anno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creatininemia • Uricemia • Microalbuminuria • Colesterolo totale, HDL, LDL - calcolato -, Trigliceridi • Fundus oculi (anche ogni due anni se normale) • Calcolo del Rischio CV (Progetto CUORE) • ECG • se indicati: parametri epatici (AST, ALT, GGT), elettroliti sierici (Na, K) <p>Invia alla SD, se ritenuto opportuno e comunque in base al Piano di Cura definito al momento dell'inquadramento clinico.</p>
<p>D) ACCESSO PROGRAMMATO ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE MELLITO (SD)</p>	<p>Avviene nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • al momento della diagnosi • alla cadenza prevista dal Piano di Cura personalizzato (Follow-up) • Secondo gli intervalli programmati e concordati tra SD e MMG per i diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato
<p>E) ACCESSO NON PROGRAMMATO ALLE STRUTTURE SPECIALISTICHE PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE MELLITO (SD)</p>	<p>Il MMG invia alla SD in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mancato raggiungimento dell'obiettivo di compenso condiviso nella Gestione Integrata • Severe ipoglicemie ripetute • Procedure invasive e/o prima di interventi di chirurgia maggiore • Complicanze neurologiche, renali, oculari in rapida evoluzione • Complicanze micro e macrovascolari in fase evolutiva • Piede diabetico • Gravidanza in diabetica, diabete gestazionale, pianificazione della gravidanza

COMUNICAZIONE MMG - SD

Saranno identificate le modalità migliori per comunicare: libretto della persona con DM, lettera ad ogni visita oltre la compilazione delle schede di follow-up periodico, condivisione dei dati per via elettronica.

Nel sistema di comunicazione dovranno essere identificati Sistemi Informativi idonei per assicurare:

- ✓ la comunicazione con i pazienti e tra gli operatori sanitari, per condividere, efficacemente e tempestivamente, le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti,
- ✓ la misura, il monitoraggio e il controllo dei processi e degli esiti.

Le raccomandazioni per ridurre l'incidenza delle complicanze negli adulti con diabete mellito tipo 2, in un modello di gestione integrata della malattia, sono riportate nella seguente tabella.

TABELLA 1 – RACCOMANDAZIONI

NEGLI ADULTI CON: DIABETE MELLITO TIPO 2 E RACCOMANDATO	GRADING		PARAMETRI DI MONITORAGGIO	FREQUENZA DI RILEVAZIONE
	Forza	Qualità complessiva delle prove		
Il trattamento intensivo mirato ad ottimizzare i valori di HbA1c	Raccomandazione forte	Bassa	Misurazione di HbA1c	Ogni 3-4 mesi (semestrale in presenza di un buon controllo)
			Misurazione della microalbuminuria	Annuale
La riduzione della colesterolemia	Raccomandazione forte	Moderata	Misurazione di: <ul style="list-style-type: none"> • colesterolemia totale • colesterolo HDL • colesterolo LDL calcolato • trigliceridemia 	Annuale
La riduzione della pressione arteriosa	Raccomandazione forte	Moderata	Misurazione della pressione arteriosa	Ogni 3-4 mesi
La valutazione del piede e l'educazione del paziente	Raccomandazione forte	Molto bassa	Esame obiettivo del piede e stratificazione del rischio	Annuale
L'esame del fondo oculare	Raccomandazione forte	Molto bassa	Esame del fondo oculare	Alla diagnosi e almeno ogni due anni (più frequentemente in presenza di retinopatia)
La modifica degli stili di vita, adottare una alimentazione corretta, fare un regolare esercizio fisico	Raccomandazione forte	Molto bassa	Misurazione di: <ul style="list-style-type: none"> • circonferenza vita • peso 	Semestrale

Nelle persone con diabete è consigliato, inoltre, un moderato apporto di alcol e la disassuefazione dal fumo