

# PROTOCOLLI DI IDONEITÀ ALLA GUIDA

## DIABETE

### L'IMPORTANZA DEL PROBLEMA DEL DIABETICO ALLA GUIDA

Con il termine diabete mellito viene descritto un disordine metabolico ad eziologia multipla caratterizzato da iperglicemia cronica con alterazioni del metabolismo dei carboidrati, dei grassi e delle proteine causato da difetti della secrezione insulinica o dell'azione insulinica o da entrambe queste condizioni. Si distinguono due forme principali di diabete mellito: diabete di tipo I o insulino-dipendente e diabete dell'adulto con insulino-resistenza o di tipo II. Il diabete di tipo 1 è autoimmune su base genetica e colpisce prevalentemente i soggetti in età infantile e adolescenziale e i giovani fino ai 35 anni circa. Viene determinato dalla distruzione delle betacellule del pancreas da parte di autoanticorpi, distruzione che provoca un deficit assoluto di insulina, facendo sì che questo tipo di diabete possa essere trattato soltanto con terapia insulinica non avendo su di esso alcun effetto gli antidiabetici orali. Il diabete di tipo 2 colpisce invece soggetti di età superiore ai 35 anni (con punte tra i 50 e i 60 anni) e alla sua origine vi è un fenomeno chiamato insulino-resistenza, condizione in cui è compromessa la capacità dell'insulina di stimolare l'uptake e l'utilizzazione del glucosio a livello di fegato, muscolo scheletrico e tessuto adiposo e di sopprimere l'output epatico di glucosio. Questo tipo di diabete può essere presente da molto tempo prima che il paziente o il medico ne notino i segni, in quanto l'iperglicemia e i sintomi corrispondenti spesso progrediscono lentamente. A volte la malattia viene riconosciuta soltanto quando sono comparsi danni d'organo e allora, spesso, quei danni sono irreversibili. Questa forma di diabete si giova nella maggior parte dei casi degli ipoglicemizzanti orali ma nelle fasi più avanzate, così come quando la malattia appare grave già al suo esordio, è necessario anche in questo caso ricorrere alla somministrazione di insulina. Vi sono poi forme di diabete secondario a malattie pancreatiche (pancreatite, tumori, ecc) ed extra pancreatiche o derivate dall'assunzione protratta di farmaci ed ormoni iperglicemizzanti (per esempio, cortisolo).

Il diabete mellito è una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene che nei paesi ricchi, a causa dell'incremento dell'attesa di vita, nonché dell'incremento della frequenza nella popolazione di sovrappeso ed obesità e dello stile di vita sedentario, la prevalenza della malattia sia destinata ad aumentare nel prossimo futuro. In Italia si stima che la prevalenza del diabete noto sia di circa il 3%: quindi oltre 2 milioni di persone sono affette dalla malattia. Il 90% è rappresentato dal tipo 2 ed il 10% dal tipo 1. La percentuale aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età, e dopo i 65 anni circa il 12% della

popolazione è diabetica. La patologia è particolarmente rilevante per le complicanze a carico di numerosi organi ed apparati (complicanze micro e macrovascolari, neuropatia, ecc.) e l'impatto sulla qualità della vita dei pazienti e, in generale, sulla salute pubblica è enorme: i diabetici hanno un rischio di andare incontro a malattie cardiovascolari da 2 a 4 volte superiore rispetto alla popolazione non diabetica; il diabete è la principale causa di cecità nella popolazione con età compresa tra 25 e 74 anni; è la principale causa di malattie renali che richiedono dialisi; è la principale causa di amputazione degli arti inferiori a causa di problemi neurologici e vascolari periferici.

Ogni anno, ci sono in Italia più di 70.000 ricoveri per diabete principalmente causati da complicanze quali ictus cerebrale ed infarto del miocardio, retinopatia diabetica, insufficienza renale e amputazioni degli arti inferiori. La frequenza di infarto cardiaco e ictus cerebrale, l'ipertensione arteriosa, l'insufficienza renale, la retinopatia, e la cecità si presentano con maggiore frequenza nei diabetici rispetto alle altre persone. L'aumento progressivo del numero di diabetici non è ineludibile. È stato dimostrato che l'esercizio fisico adeguato e una alimentazione a basso contenuto calorico possono prevenire, o quantomeno ritardare, l'insorgenza del diabete di tipo 2. Una volta che il diabete sia insorto, inoltre, è stato dimostrato come le complicanze siano ampiamente prevenibili, o quantomeno sia possibile ridurne l'incidenza e soprattutto la gravità, attraverso uno stretto controllo del compenso metabolico e contemporaneamente dei parametri di rischio cardiovascolare associati. Per tale motivo è importante che paziente e diabetologo ottengano sempre un buon controllo della glicemia, sia con un adeguato trattamento terapeutico effettuato anche con più somministrazioni di insulina sia con un costante autocontrollo domiciliare che permetta di poter fare delle variazioni terapeutiche nella giornata e di poter intervenire tempestivamente in caso di crisi ipoglicemica o iperglicemica.

## **EPIDEMIOLOGIA**

Il diabete è la più diffusa e la più importante malattia metabolica presente in Italia e nel mondo occidentale; si calcola (Italian Heart Journal 2004) che il numero dei diabetici in Italia sia di circa 3 milioni di cui 1 milione non sa ancora di esserlo. A fronte di una prevalenza di 3-5% di casi noti, circa il 50% dei casi di diabete mellito risulta infatti non ancora diagnosticato. Ogni anno si verificano circa 200.000 nuovi casi di cui circa 15.000 di tipo 1 e 185.000 di tipo 2. La gestione delle complicanze del diabete incide pesantemente sulla spesa sanitaria, con una quota valutata nel 7% in continua crescita. L'incidenza del diabete mellito di tipo 1 presenta una notevole difformità legata a fattori razziali o geografici, con valori che oscillano per l'Europa tra 30 casi/100.000 persone/anno in Finlandia e 5-6 casi/100.000 persone/anno in Grecia. In Italia i dati di incidenza relativi al diabete di tipo 1 mostrano una discreta omogeneità in tutto il territorio variando da 4,7 a 10,1 casi/100.000 persone/anno a eccezione della Sardegna dove l'incidenza è di circa 35 casi su 100.000 abitanti/anno. Il diabete di tipo 2 presenta nei Paesi occidentali una prevalenza che oscilla intorno al 5% (5% in Europa e 7% in USA) ed una incidenza di 23 nuovi casi per 10.000 all'anno. Tale incidenza aumenta se si

prendono in considerazione le fasce di età più avanzata: 58,5 nuovi casi/1000 persone/anno per il gruppo di età 55-64 anni e 48,6 nuovi casi su 1000 persone per il gruppo di età superiore ai 65 anni. Dai dati presenti nella letteratura mondiale emerge che il numero totale dei pazienti diabetici è di circa 140 milioni destinati a raddoppiare nel 2010 se non si modificherà la tendenza di crescita riscontrata in questi anni. La patologia risulta infatti in aumento non solo nei Paesi ricchi, ma anche in quelli poveri, in particolare in Asia e in America Latina, a causa del cambiamento nello stile di vita.

## **IL DIABETE E LA GUIDA DI AUTOVEICOLI**

A fronte dei dati sopra ripostati sulla diffusione della malattia diabetica e delle possibilità del suo controllo mediante dieta e terapia, è da sottolineare anche un dato rilevato dall'Istat e cioè che circa il 25% dei diabetici, pur essendo a conoscenza della propria condizione, dichiara di non seguire le indicazioni terapeutiche, collocando questa patologia tra quelle che hanno le più alte percentuali (relativamente alle altre malattie cronico-degenerative) di mancata adesione – dichiarata – ai trattamenti. Questo fatto rende conto anche della difficoltà che presenta il paziente diabetico al momento del rinnovo della patente di guida, poiché non sempre questo tipo di paziente si rende conto della necessità di tenere sotto controllo i valori glicemici e tanto meno si rende conto della severità della Commissione quando sia riconosciuto che dalla scarsa compliance derivano le eventuali complicazioni della malattia.

Numerosi studi epidemiologici sono stati portati a termine nel mondo sugli effetti della condizione diabetica sulla guida e sugli incidenti stradali: dal confronto tra i vari studi appare evidente come nei Paesi in cui vige una maggiore severità nella concessione dell'idoneità alla guida (Paesi Europei), in questi soggetti (che quindi percorrono complessivamente un numero di chilometri inferiore) non vi è un aumento di incidenti, mentre nei paesi in cui si lascia maggiore spazio all'autocontrollo senza norme limitative rigide (molti stati degli USA) gli incidenti che vedono coinvolti i pazienti diabetici sono maggiori rispetto ai gruppi di controllo. L'obiettivo che si vuole raggiungere tenendo sotto controllo l'idoneità del guidatore affetto da una malattia spesso ad andamento inaggravante è quello di rendere trascurabili i rischi per il guidatore stesso e per gli altri utenti della strada, garantendogli anche un'adeguata indipendenza negli spostamenti ed, eventualmente, una regolare attività lavorativa.

## PRINCIPI GENERALI DELLA VALUTAZIONE DELL'IDONEITÀ'

I fattori generali da prendere in considerazione nella valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti diabetici, oltre agli aspetti particolari presentati nelle tabelle successive, sono i seguenti:

1. Il tipo di patente e il tipo di guida in cui il soggetto deve essere impegnato – coloro che guidano per professione passano quasi l'intera settimana all'interno del proprio automezzo che può pesare anche molte tonnellate e può trasportare diverse centinaia di passeggeri. Un incidente che coinvolga un veicolo del genere può mettere a rischio la vita di molte persone. Alcuni tipi di mezzi commerciali possono facilitare il rischio di attacchi ipoglicemici più di altri.
2. Divisione del lavoro, turni e ore complessive lavorate – l'ipoglicemia da sulfaniluree e da insulina è più comune prima dei pasti, specialmente nel periodo precedente il pasto di mezzogiorno; è comune anche durante il periodo notturno. Il lavoro a turni è maggiormente a rischio rispetto a quello regolare, e il complesso di ore alla guida non deve essere eccessivo.
3. La terapia farmacologica – deve essere preso in considerazione l'effetto dei farmaci e la compliance nei confronti della terapia;
4. La presenza di ogni eventuale complicazione del diabete – in particolare delle complicazioni visive e cardiache.
5. La storia personale di eventuali precedenti incidenti stradali – un periodo sufficientemente lungo di astensione dalla guida deve essere imposto nel caso di incidenti, anche di minore portata, che possano essere derivati dalle condizioni di salute del soggetto e l'idoneità deve essere sospesa fino al ripristino di un equilibrio o di condizioni adatte (per esempio, anche di una migliore compliance ai farmaci quando i fatti si sono determinati a causa dell'errata o mancata assunzione delle medicine).
6. La compresenza di altre forme morbose – l'esistenza di altre patologie deve essere considerata attentamente dal medico che valuta l'idoneità. Particolare attenzione deve essere data a certificati specialistici che descrivono, magari in termini accettabili, le condizioni di un organo od apparato laddove altri organi siano contemporaneamente compromessi e la comorbilità possa aggravare il rischio di fatti acuti (es. ipertensione, miocardiosclerosi e nefropatia).
7. Il problema dell'alcol – se vi è un problema di eccesso di assunzione alcolica più facile è il rischio di ipoglicemia.
8. Le cause dell'ipoglicemia - L'ipoglicemia grave può esser definita come una condizione in cui solo l'aiuto di una terza persona può risolvere la crisi. Il rischio di ipoglicemia in soggetti in terapia con ipoglicemizzanti orali è maggiore negli anziani e nei soggetti con perdita di peso e condizioni renali compromesse. È più facile con farmaci a lunga azione come la glibenclamide. In coloro che sono in terapia insulinica l'ipoglicemia si verifica per aver saltato l'introduzione regolare di cibo, oppure per poco attento dosaggio dell'insulina, oppure durante o dopo l'esercizio fisico. Sia con le sulfaniluree che con l'insulina l'ipoglicemia può essere legata all'assunzione di alcol.
9. Una particolare attenzione deve essere fatta alla disidratazione, cui molti soggetti anziani vanno incontro facilmente, che determina con frequenza delle alterazioni acute della glicemia con possibilità di perdita di coscienza.

10. Il problema dell'ipoglicemia inavvertita - In alcuni casi l'ipoglicemia grave può essere legata al fatto che il soggetto non si avvede dell'inizio della sintomatologia cosicché non riesce a prendere in tempo i necessari provvedimenti: questa condizione è la più pericolosa nei soggetti diabetici ed è quella che innalza enormemente il rischio di incidenti alla guida. Come per coloro che sono sotto l'influenza dell'alcol i soggetti che presentano questa caratteristica possono stimare male il livello al quale la loro capacità di guida può essere ridotta. Il maggior rischio di avere una crisi di ipoglicemia inavvertita si associa alle seguenti condizioni che devono essere verificate bene al momento degli accertamenti per l'idoneità alla guida:
- a. Una storia precedente di gravi crisi ipoglicemiche. In alcuni casi, il sospetto di precedenti crisi deve indurre a controllare gli accessi del paziente al pronto soccorso.
  - b. Un'intensa terapia ipoglicemizzanti
  - c. Diabete di Tipo I da lungo tempo

Malattia	ESAMI DA RICHIEDERE	PATENTE AB	PATENTE CDE	NOTE
DIABETE TIPO I	<p>Visita specialistica diabetologica con indicazione dell'indice di massa corporea e con: emocromo, glicemia, Hb glicata, colesterolo, colesterolo HDL, trigliceridi, potassio, sodio, fibrinogeno, creatininemia, azotemia, transaminasi, gammaGT, profilo proteico, PT, es. urine,</p> <p>Visita oculistica, sempre con fundus, eventualmente con campo visivo in presenza di retinopatia proliferante.</p> <p>La presenza di specifici fattori di rischio aggiuntivi potrà rendere necessaria la valutazione funzionale di altri organi o apparati (v. protocolli specifici cardiovascolare, nefrologico, neurologico) anche prima della conclamata manifestazione di complicanze d'organo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se in buon equilibrio, con buona compliance, senza anamnesi di ipoglicemia, e senza effetti d'organo (anche se indipendenti e precedenti il diabete) o di fattori di rischio aggiuntivi, valutando anche l'età e l'attività lavorativa, tenuto conto delle indicazioni dello specialista relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche (compresa dieta, attività fisica e abolizione del fumo), IDONEO fino a 3 anni.</li> <li>- Se iniziali effetti d'organo, non inabilitanti, fino a 1 anno; se dovuti a scarsa compliance NON IDONEO.</li> <li>- Se crisi ipoglicemiche NON IDONEO per 6 settimane e comunque fino alla identificazione della causa di ipoglicemia.</li> <li>- Se ipoglicemie non avvertite NON IDONEO</li> <li>- Se effetti d'organo inabilitanti NON IDONEO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se in buon equilibrio, con buona compliance, senza anamnesi di ipoglicemia, e senza effetti d'organo (anche se indipendenti e precedenti il diabete) o di fattori di rischio aggiuntivi, valutando anche l'età e l'attività lavorativa, tenuto conto delle indicazioni dello specialista relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche (compresa dieta, attività fisica e abolizione del fumo), IDONEO fino a 1 anno.</li> <li>- Se iniziali effetti d'organo, anche non inabilitanti ma dovuti a scarsa compliance NON IDONEO</li> <li>- Se iniziali effetti d'organo, non inabilitanti, con buona compliance, valutando anche l'età e l'attività lavorativa, IDONEO fino a SEI MESI</li> <li>- Se crisi ipoglicemiche NON IDONEO per 3 mesi e comunque fino alla identificazione della causa di ipoglicemia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Buon equilibrio" = HB1c MAI superiore a 9%, e assenza di complicazioni, a livelli inferiori per le patenti CDE.</li> <li>- All'inizio dell'assunzione o alle variazioni importanti di tipo o dosaggio di insulina non idoneità per almeno un mese.</li> <li>- In caso di crisi ipoglicemiche il curante deve avvertire il paziente che non potrà essere considerato idoneo alla guida se non dopo l'esame della Commissione.</li> <li>- La scarsa adesione al programma terapeutico deve essere valutata severamente dalla Commissione.</li> <li>- Per le complicanze d'organo fare riferimento alle corrispondenti sezioni ma tenere conto della eventuale presenza contemporanea di più d'una complicanza e, comunque, della</li> </ul>

			avvertita NON IDONEO - Se effetti d'organo inabilitanti NON IDONEO.	diabetica e quindi della loro maggiore gravità e della maggiore possibilità di fatti acuti.
DIABETE TIPO II in esclusivo controllo dietetico	Visita specialistica diabetologica con indicazione dell'indice di massa corporea e con: emocromo, glicemia, Hb glicata, colesterolo, colesterolo HDL, trigliceridi, potassio, sodio, fibrinogeno, creatininemia, azotemia, transaminasi, gammaGT, profilo proteico, PT, es. urine. Eventualmente visita oculistica con fundus.	In assenza di segni significativi di iperglicemia, senza segni di compromissione d'organo (anche se indipendenti e precedenti il diabete) o di fattori di rischio aggiuntivi (fumo, obesità, iperlipemia, familiarità), fino a 5 anni, tenuto conto anche delle indicazioni dello specialista relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche (compresa dieta, attività fisica e abolizione del fumo).	In assenza di segni di iperglicemia, senza segni di compromissione d'organo (anche se indipendenti e precedenti il diabete) o di fattori di rischio aggiuntivi, fino a 3 anni tenuto conto anche delle indicazioni dello specialista relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche (compresa dieta, attività fisica e abolizione del fumo).	Segni significativi di iperglicemia = Hb1c > o = a 7% (se fosse maggiore opportuno invio al Centro antidiabetico per terapia farmacologica)
DIABETE DI TIPO II sotto controllo farmacologico	Visita specialistica diabetologica con indicazione dell'indice di massa corporea e con:	In assenza di segni significativi di iperglicemia, senza segni di patologie d'organo (anche se	In assenza di segni significativi di iperglicemia, senza segni di patologie d'organo (anche se	- "buon equilibrio" o Segni significativi di iperglicemia = HB1c MAI superiore a 9%, a livelli inferiori per le patenti CDE.

emocromo, glicemia, Hb glicata, colesterolo, colesterolo HDL, trigliceridi, potassio, sodio, fibrinogeno, creatininemia, azotemia, transaminasi, gammaGT, profilo proteico, PT, es. urine, Visita oculistica, sempre con fundus, eventualmente con campo visivo in presenza di retinopatia proliferante. La presenza di specifici fattori di rischio aggiuntivi potrà rendere necessaria la valutazione funzionale di altri organi o apparati (v. protocolli specifici cardiovascolare, nefrologico, neurologico) anche prima della conclamata manifestazione di complicanze d'organo. Le complicazioni cardiologiche vanno valutate sempre con test dinamici.

diabete) o di fattori di rischio aggiuntivi, valutando anche l'età e l'attività lavorativa, fino a 5 anni tenuto conto delle indicazioni dello specialista relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche (compresa dieta, attività fisica e abolizione del fumo). Particolare attenzione ai fattori di rischio: obesità, fumo, iperlipemia, alcol, familiarità ...).  
 Se Hb1C superiore a 7 o se iniziali segni di patologie d'organo, progressiva diminuzione del periodo di validità.  
 Se Hb1C superiore a 10, anche senza significative compromissioni d'organo, per mancata compliance NON IDONEO.  
 Se Hb1C superiore a 9 con effetti d'organo non ben controllati (iniziale ipertensione o sofferenza cardiaca al test dinamico o neurovasculopatia) non più di 1 anno.  
 Se > 70 anni fino a 2 anni in caso di assenza di complicanze e con buona compliance.

diabete) o di fattori di rischio aggiuntivi, valutando anche l'età, fino a 2 anni tenuto conto delle indicazioni dello specialista relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche (compresa dieta, attività fisica e abolizione del fumo). Particolare attenzione ai fattori di rischio: obesità, fumo, iperlipemia, alcol, familiarità ...)  
 Se Hb1C superiore a 7 e se iniziali segni di patologie d'organo, 1 anno.  
 Se Hb1C superiore a 8 per mancata compliance anche senza significativi effetti d'organo, NON IDONEO.  
 Se Hb1C superiore a 8 con effetti d'organo non ben controllati (iniziale ipertensione – PA diastolica > 90 e < 100 -- o iniziale sofferenza cardiaca al test dinamico o iniziale neurovasculopatia) non più di 6 mesi.  
 Se > 60 anni in caso di assenza di complicanze e con buona compliance, non più di 1 anno

- Le complicanze vascolari, e neurologiche vanno valutate in Commissione allargata.  
 - La scarsa adesione al programma terapeutico deve essere valutata severamente dalla Commissione.  
 - Particolare attenzione ai fattori di rischio: obesità, fumo, iperlipemia, alcol, familiarità, ... la cui presenza DEVE far ridurre la durata dell'idoneità.  
 - Per le complicanze d'organo fare riferimento alle corrispondenti sezioni ma tenere conto della eventuale presenza contemporanea di più d'una complicanza e, comunque, della compresenza della malattia diabetica e quindi della loro maggiore gravità e della maggiore possibilità di fatti acuti.



## DIABETE TIPO II in terapia insulinica

Visita specialistica diabetologica con indicazione dell'indice di massa corporea e con: emocromo, glicemia, Hb glicata, colesterolo, colesterolo HDL, trigliceridi, potassio, sodio, fibrinogeno, creatinemia, azotemia, GOT, GPT, gammaGT, profilo proteico, PT, es. urine,  
Visita oculistica, sempre con fundus, eventualmente con campo visivo in presenza di retinopatia proliferante.  
La presenza di specifici fattori di rischio aggiuntivi potrà rendere necessaria la valutazione funzionale di altri organi o apparati (v. protocolli specifici cardiovascolare, nefrologico, neurologico) anche prima della conclamata manifestazione di complicanze d'organo.  
> 70 appare utile la valutazione neuropsicologica con indicazione ADL e IADL

In assenza di segni significativi di iperglicemia, senza segni di patologie d'organo (anche se indipendenti e precedenti il diabete) o di fattori di rischio aggiuntivi, valutando anche l'età e l'attività lavorativa, fino a 3 anni tenuto conto delle indicazioni dello specialista relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche (compresa dieta, attività fisica e abolizione del fumo).  
- Se iniziali complicanze d'organo, non inabilitanti, fino a complicazioni di medio grado (retinopatia non proliferante e conservazione del visus, nefropatia con macroalbuminuria, iper-tensione lieve (min. non > 95) test cardiologico dinamico alterato ma senza segni di ischemia significativa, se presente iniziale neuropatia aa. inf. non invalidante), IDONEO fino a 1 anno.  
- Se iniziali complicanze d'organo dovute a scarsa compliance NON IDONEO.

In assenza di segni significativi di iperglicemia, senza segni di patologie d'organo (anche se indipendenti e precedenti il diabete) o di fattori di rischio aggiuntivi, valutando anche l'età e l'attività lavorativa, fino a 1 anno tenuto conto delle indicazioni dello specialista relativamente al rispetto delle indicazioni terapeutiche (compresa dieta, attività fisica e abolizione del fumo).  
- Se iniziali complicanze d'organo progressiva riduzione del periodo di idoneità  
- Se iniziali effetti d'organo, anche non inabilitanti ma dovuti a scarsa compliance NON IDONEO  
- Se crisi ipoglicemica NON IDONEO per 3 mesi e comunque fino alla identificazione della causa di ipoglicemia.  
- Se ipoglicemia non avvertita NON IDONEO  
- Se effetti d'organo significativi NON IDONEO.

- Segni significativi di iperglicemia = HB1c superiore a 9%, livelli inferiori per le patenti CDE.  
- All'inizio dell'assunzione o alle variazioni importanti di tipo o dosaggio di insulina non idoneità per un mese, sempre.  
- In caso di crisi ipoglicemica il curante deve avvertire il paziente che non potrà essere considerato idoneo alla guida se non dopo l'esame della Commissione.  
- Particolare attenzione ai fattori di rischio: obesità, fumo, iperlipemia, alcol, familiarità ...).  
- La scarsa adesione al programma terapeutico deve essere valutata severamente dalla Commissione.  
- Per le complicanze d'organo fare riferimento alle corrispondenti sezioni ma tenere conto della eventuale presenza contemporanea di più d'una complicanza e, comunque, della presenza della malattia diabetica

		<p>IDONEO per 6 settimane e comunque fino alla identificazione della causa di ipoglicemia.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se ipoglicemie non avvertite NON IDONEO</li><li>- Se effetti d'organo significativi o inabilitanti NON IDONEO.</li></ul> <p>&gt; 80 anni NON IDONEO; &lt; 80 anni idoneo max 1 anno.</p>		<p>gravità e della maggiore possibilità di fatti acuti.</p>
--	--	---	--	---