

Copertura Medicare di Articoli, servizi e programmi di prevenzione del diabete

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

**Questa guida ufficiale del governo
include importanti informazioni su:**

- Che cosa è coperto
- Come rimanere in salute
- Dove ottenere ulteriori informazioni



Le informazioni contenute in questo libretto descrivono il Programma Medicare al momento della stampa del libretto stesso. Vi possono essere modifiche prima della stampa. Visita Medicare.gov, o chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) per ottenere le più aggiornate informazioni. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

“Medicare Coverage of Diabetes Supplies, Services, & Prevention Programs” non è un documento legale. La guida legale ufficiale ai programmi Medicare è inclusa negli statuti, regolamenti e disposizioni rilevanti.

Indice

Introduzione	4
Sezione 1: Copertura Medicare per il diabete a colpo d’occhio	5
Sezione 2: Articoli per il diabete coperti da Medicare Parte B	9
Attrezzatura e articoli per l’autocontrollo della glicemia.	10
Microinfusori	13
Calzature o plantari terapeutici	13
Sostituzione di attrezzatura medica durevole o articoli persi o danneggiati in caso di calamità o emergenza	14
Sezione 3: Copertura farmacologia Medicare per il diabete	15
Insulina.	16
Farmaci antidiabetici	16
Articoli per il diabete	17
Sezione 4: Servizi e screening per il diabete coperti da Medicare	19
Screening per il diabete	20
Programma di prevenzione del diabete Medicare	20
Educazione per il controllo del diabete	21
Servizi di terapia medica nutrizionale.	24
Test dell’Emoglobina A1C	25
Test per il glaucoma	25
Vaccinazioni antinfluenzale e contro lo pneumococco	26
Visita preventiva “Benvenuti a Medicare”.	26
Visita annuale “Wellness”	26
Articoli e servizi non coperti da Medicare	26
Sezione 5: Suggerimenti e risorse utili.	27
Numeri di telefono e siti web	28



Introduzione

Questo libretto spiega la copertura Medicare per gli articoli e i servizi per il diabete nella copertura Original Medicare e con la copertura Medicare per i farmaci con obbligo di prescrizione (Parte D).

Medicare è il programma di assicurazione sanitaria federale per gli individui persone di età pari o superiore a 65 anni, alcuni individui al di sotto dei 65 anni con disabilità, e individui affetti da Nefropatia Terminale (insufficienza renale permanente che richiede dialisi o un trapianto, a volte designata come ESRD).

Il Medicare Originale comprende la Parte A (Assicurazione Ospedaliera) e la Parte B (Assicurazione Medica). Puoi aderire ad un piano per farmaci Medicare separato per ottenere la copertura farmacologica Medicare (Parte D). Medicare copre la maggior parte dei costi - ma non tutti - per i servizi e forniture sanitarie approvate.

Medicare Advantage (noto anche come Parte C) è un piano approvato da Medicare, fornito da una compagnia privata che offre un'alternativa a Medicare Originale per la tua copertura sanitaria e medicinale. Questi piani "combinati" includono Parte A, Parte B, e di solito la copertura Medicare per i farmaci (Parte D).

Nella lettura di questo libretto, potrebbe essere utile comprendere questi termini:

Co-assicurazione: si tratta di un importo che potrebbe essere a tuo carico per una parte del costo dei servizi dopo aver pagato eventuali franchigie. La co-assicurazione in genere è una percentuale (ad esempio, 20%).

Ticket: un importo che potrebbe essere a tuo carico per una parte del costo di un servizio o articolo medico, come visita di un medico, visita d'ambulatorio in un ospedale, o farmaco con obbligo di prescrizione. Un ticket è in genere un importo fisso, non una percentuale. Per esempio, potresti pagare \$10 o \$20 per una visita medica o un farmaco con obbligo di prescrizione.

Franchigia: L'importo a tuo carico per assistenza sanitaria o farmaci con obbligo di prescrizione, prima che Original Medicare, il tuo piano farmaceutico Medicare o altre assicurazioni inizino a pagare.

Dispositivi medici durevoli: Alcune attrezzature mediche, come un deambulatore, una sedia a rotelle o un letto d'ospedale, che sono ordinate dal medico per l'uso in casa.

Importo approvato da Medicare: in Original Medicare, è l'importo che può essere pagato a un medico o operatore sanitario convenzionato. La **convenzione** è un accordo da parte del medico o fornitore ad essere pagato direttamente da Medicare e ad accettare l'importo del pagamento che Medicare approva per il servizio, e non fatturarti l'importo superiore alla franchigia e alla coassicurazione Medicare. Potrebbe essere inferiore all'importo effettivo addebitato dal medico o dall'operatore. Medicare paga parte di questo importo e il resto è a tuo carico

1 Copertura Medicare per il diabete a colpo d'occhio

La tabella alle pagine 6-8 fornisce una rapida panoramica di alcuni servizi e articoli per il diabete coperti dalla Parte B di Medicare (Assicurazione medica) e dalla Parte D (Copertura di farmaci).

In genere, la Parte B (assicurazione medica) copre i servizi rilevanti per i pazienti diabetici. Parte B copre anche alcuni servizi preventivi per individui a rischio di diabete. Per ottenere servizi e articoli coperti dalla parte B, devi avere la Parte B.

La Parte D copre le forniture per il diabete utilizzate per la somministrazione delle dosi di insulina. Devi aderire alla copertura medicinali Medicare per ottenere le forniture coperte dalla Parte D.

Articolo/servizio	Che cosa è coperto	Importo a tuo carico
Farmaci antidiabetici Cfr. pagina 16	La Parte D copre i farmaci anti-diabetici per il mantenimento del livello di glicemia (glucosio).	Co-assicurazione o ticket Potrebbe anche essere applicabile la franchigia del piano Parte D
Screening per il diabete Cfr. pagina 20	Il piano Parte B copre questi screening se il medico determina che sei a rischio di diabete. Potresti avere diritto a un massimo di 2 screening per il diabete all'anno.	Nessuna co-assicurazione, ticket o franchigia Parte B
Programma di prevenzione del diabete Medicare Cfr. pagina 20-21	La parte B copre un programma di cambiamento del comportamento sanitario una sola volta per aiutarti a prevenire il diabete.	Niente per questi servizi, se hai i requisiti per l'ammissione al programma
Educazione per il controllo del diabete Cfr. pagina 21-24	La Parte B copre i servizi di educazione per il controllo autonomo del diabete per individui che hanno recentemente ricevuto una diagnosi di diabete o a rischio di complicazioni da diabete. Perché Medicare copra questi servizi, il tuo medico o altro fornitore di assistenza sanitaria deve ordinarli, e i servizi devono essere forniti da un soggetto accreditato o secondo un programma accreditato.	20% dell'importo approvato da Medicare dopo la franchigia Parte B annuale.
Articoli e dispositivi per il diabete Cfr. pagina 10-13	La Parte B copre i sistemi di monitoraggio domestico della glicemia (glucosio) e gli articoli usati con i dispositivi, incluse le strisce reattive, i dispositivi pungi-dito e i pungi-dito stessi. Potrebbero esservi limiti sulla quantità degli articoli che puoi ottenere e la frequenza con cui puoi ottenerli. La Parte B copre anche i microinfusori che sono considerati apparecchiature mediche durevoli.	20% dell'importo approvato da Medicare dopo la franchigia Parte B annuale A partire dal 1 luglio 2023 , se assumi insulina mediante un microinfusore tradizionale che è coperto in base all'indennità di Medicare per apparecchiature mediche durevoli, non pagherai più di \$35 al mese per una fornitura mensile di insulina. La franchigia per la Parte B non troverà applicazione.
Articoli per il diabete Cfr. pagina 17	La Parte D copre alcune forniture mediche per la somministrazione di insulina (come siringhe, aghi, tamponi imbevuti di alcool, e apparecchiature per pompe insuliniche che non sono coperte ai sensi dell'indennità Parte B per le apparecchiature mediche durevoli).	Co-assicurazione o ticket Potrebbe anche essere applicabile la franchigia del piano Parte D

Articolo/servizio	Che cosa è coperto	Importo a tuo carico
Vaccinazioni antinfluenzale e contro lo pneumococco Cfr. pagina 26	<p>Vaccinazione antinfluenzale — Aiuta a prevenire l'influenza o il virus influenzale. La parte B copre questa vaccinazione una volta a stagione influenzale in autunno o in inverno per aiutare a prevenire l'influenza o il virus dell'influenza.</p> <p>Vaccinazione contro lo pneumococco — La Parte B copre queste vaccinazioni per aiutare a prevenire infezioni da pneumococco (come certi tipi di polmonite).</p>	Nessuna co-assicurazione, ticket o franchigia Parte B se il tuo medico o operatore sanitario sono convenzionati.
Esami e trattamento dei piedi Cfr. pagina 25	La Parte B copre un esame dei piedi ogni 6 mesi per pazienti con neuropatia diabetica periferica e perdita della sensazione protettiva, sempre che non siano stati visitati da un altro podologo per un altro motivo nell'intervallo fra le visite.	20% dell'importo approvato da Medicare dopo la franchigia Parte B annuale.
Test per il glaucoma Cfr. pagina 25	La Parte B copre questo test una volta ogni 12 mesi se sei un soggetto ad alto rischio di glaucoma. Il test dovrà essere eseguito da un medico legalmente autorizzato dallo stato.	20% dell'importo approvato da Medicare dopo la franchigia Parte B annuale.
Insulina Cfr. pagina 16	La Parte D copre l'insulina che non viene somministrata mediante microinfusore.	Il costo di una fornitura mensile per ciascuna insulina coperta da Parte D è soggetto ad un tetto di \$35. Non devi pagare alcuna franchigia.

Articolo/servizio	Che cosa è coperto	Importo a tuo carico
Microinfusori Cfr. pagina 13	Medicare Parte B copre i microinfusori durevoli esterni e l'insulina somministrata attraverso il dispositivo che rientra nella categoria delle attrezzature mediche durevoli per individui che soddisfino determinate condizioni.	20% dell'importo approvato da Medicare dopo la franchigia Parte B annuale A partire dal 1 luglio 2023 , se assumi insulina mediante un microinfusore tradizionale che è coperto in base all'indennità di Medicare per apparecchiature mediche durevoli, non pagherai più di \$35 al mese per una fornitura mensile di insulina. La franchigia per la Parte B non troverà applicazione.
Servizi di terapia medica nutrizionale (Medical nutrition therapy) Cfr. pagina 24-25	La Parte B copre la terapia medica nutrizionale e determinati servizi connessi se soffri di diabete o malattia renale. I servizi MNT dovranno essere prescritti dal tuo medico o un altro operatore sanitario non medico.	Nessun ticket, co-assicurazione, o franchigia Parte B se il tuo medico o operatore sanitario sono convenzionati.
Calzature o plantari terapeutici Cfr. pagina 13-14	La Parte B copre calzature o plantari terapeutici per individui con il diabete che hanno una grave patologia di piede diabetico.	20% dell'importo approvato da Medicare dopo la franchigia Parte B annuale
Visita preventiva "Benvenuti a Medicare" Cfr. pagina 26	Entro i primi 12 mesi dalla tua adesione alla Parte B, Medicare copre una sola volta l'esame della tua salute ed educazione e consulenza sui servizi preventivi, fra cui alcuni screening, vaccinazioni, e riferimenti per altri servizi, se necessari.	Nessun ticket, co-assicurazione, o franchigia Parte B se il tuo medico o operatore sanitario sono convenzionati.
Visita annuale "Wellness" Cfr. pagina 26	Se hai già Parte B da oltre 12 mesi, puoi fare una visita annuale "Wellness" per sviluppare o aggiornare un piano di prevenzione personalizzato secondo i tuoi fattori correnti di salute e di rischio.	Nessun ticket, co-assicurazione, o franchigia Parte B se il tuo medico o operatore sanitario sono convenzionati. Se hai avuto la visita "Welcome to Medicare", dovrai aspettare 12 mesi prima di ottenere la tua prima visita annuale "Wellness".

SEZIONE

Articoli per il diabete coperti da Medicare Parte B

Questa sezione fornisce informazioni sulla parte B (Assicurazione medica) e la sua copertura degli articoli per il diabete. Medicare copre alcune forniture se lei ha il diabete e la Parte B, includendo:

- **Attrezzatura e articoli per l'autocontrollo della glicemia.** Cfr. pagina 10-12.
- **Microinfusori.** Cfr. pagina 13.
- **Calzature o plantari terapeutici.** Cfr. pagina 13-14.

Attrezzatura e articoli per l'autocontrollo della glicemia

La parte B copre le attrezzature e gli articoli per l'autocontrollo della glicemia come attrezzature mediche durevoli, anche se non usi l'insulina.

Gli articoli per l'autocontrollo includono:

- **sistemi di monitoraggio continuo della glicemia**
- **Strisce glicemia**
- **Dispositivi pungidito e pungidito**
- **Soluzioni di controllo di glucosio** per verificare l'accuratezza degli strumenti di test e delle strisce

Tuttavia, la quantità di articoli coperti dalla Parte B varia.

- Se usi l'insulina, potresti ottenere fino a 300 strisce e 300 pungi-dito ogni 3 mesi.
- Se non usi l'insulina, potresti ottenere fino a 100 strisce e 100 pungi-dito ogni 3 mesi.

Se il tuo medico dice che è necessario ai fini medici, e soddisfi gli altri requisiti, **Medicare ti permetterà di ottenere strisce per analisi e lancette aggiuntive.** Ti potrebbe essere richiesto di mantenere una documentazione che mostra con quale frequenza esegui il test.

Medicare può coprire un dispositivo per il monitoraggio continuo del glucosio (ricevitore) e le relative forniture (sensori e trasmettenti) se il tuo medico dice che soddisfi tutti i requisiti per la copertura Medicare.

I requisiti includono la necessità di:

- Monitorare frequentemente la tua glicemia (4 o più volte al giorno), e
- Utilizzare un microinfusore o ricevere 3 o più iniezioni di insulina al giorno.

Devi anche eseguire delle visite di routine di persona con il tuo medico.

Se hai domande sugli articoli per il diabete, visita [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage). Puoi anche chiamare il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

Attrezzatura e articoli per l'autocontrollo della glicemia (segue)

Che cosa devo procurarmi dal medico per ottenere questi articoli coperti?

Medicare copre l'attrezzatura e gli articoli per l'autocontrollo della glicemia solamente se ottieni una prescrizione dal medico. La prescrizione dovrebbe indicare:

- se hai il diabete.
- Il tipo di sistema di monitoraggio della glicemia di cui hai bisogno e perché. (Se hai bisogno di un sistema di monitoraggio speciale per problemi di vista, il tuo medico deve spiegarlo.)
- Se usi insulina.
- La frequenza con cui esegui il test della glicemia.
- La quantità di strisce test e pungidito di cui hai bisogno per un mese.

Tieni presente:

- devi chiedere articoli di riserva.
- Devi ottenere una nuova prescrizione dal tuo medico per i pungidito e strisce glicemia ogni 12 mesi.

Dove posso ottenere questi articoli?

- Puoi ordinare e ritirare i tuoi articoli in farmacia.
- Puoi ordinare i tuoi articoli da un fornitore di strumenti medici. In genere, un "fornitore" è un'azienda, una persona o agenzia che ti fornisce un articolo o servizio medico, tranne quando sei ricoverato in ospedale o in una struttura di cura specializzata. Se ottieni i tuoi articoli in questo modo, devi inoltrare l'ordine tu stesso. Avrai bisogno di una prescrizione del tuo medico per l'ordine, ma il tuo medico non può ordinare gli articoli per te.

Quale fornitore o farmacia devo usare?

Devi ottenere gli articoli da una farmacia o fornitore iscritti in Medicare. Se usi una farmacia o fornitore che non sono iscritti in Medicare, Medicare non pagherà. **Dovrai pagare l'intero costo di articoli ottenuti da farmacie o fornitori non iscritti.**

Prima di ottenere articoli, è importante porre al fornitore o alla farmacia le seguenti domande:

- Siete iscritti in Medicare?
- Siete convenzionati?

Se la risposta a una delle 2 domande è negativa, dovresti chiamare un altro fornitore o farmacia di zona che risponda affermativamente a entrambe le domande per assicurarti che il tuo acquisto sia coperto da Medicare, e per risparmiare.

Attrezzatura e articoli per l'autocontrollo della glicemia (segue)

Per trovare un fornitore iscritto a Medicare, visita il sito web di Medicare.gov/medicalequipment-suppliers. O chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

Nota: Medicare non paga per articoli che non hai richiesto, o articoli che ti sono stati spediti automaticamente da fornitori, inclusi sistemi di monitoraggio della glicemia, strisce glicemia e pungi-dito. Se ricevi articoli che ti vengono inviati automaticamente, ricevi pubblicità fuorviante o sospetti frode connessa ai tuoi articoli per il diabete, chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Chi è responsabile della presentazione delle richieste di indennizzo?

Tutte le farmacie e i fornitori iscritti a Medicare devono presentare richieste di rimborso per i monitor per lo zucchero nel sangue (glucosio), le strisce reattive e gli altri articoli coperti dall'indennità per apparecchiature mediche durevoli. Non puoi presentare personalmente una richiesta di indennizzo per sistemi di monitoraggio continuo della glicemia e strisce glicemia.

Cosa devo pagare?

Tu dovrai pagare solamente l'importo della co-assicurazione quando ricevi gli articoli da una farmacia o fornitore per richieste convenzionate. Se la tua farmacia o fornitore **non sono** convenzionati, gli addebiti potrebbero essere più alti, e l'importo a tuo carico potrebbe essere maggiore. È anche possibile che tu debba pagare l'intero addebito al momento del servizio e attendere che Medicare ti invii la sua quota del costo.

Microinfusori

A partire dal 1 luglio 2023, il tuo costo per una fornitura mensile di insulina coperta da Medicare per il tuo microinfusore apparecchio medico durevole (DME) non potrà eccedere \$35, e la franchigia per la Parte B non si applicherà.

Se hai l'Assicurazione Supplementare Medicare (Medigap) che copre il tuo co-pagamento Parte B, quel piano dovrebbe coprire il costo dell'insulina a \$3 (o meno). Controlla il tuo piano per verificare se questo versa il tuo co-pagamento Parte B.

Se utilizzi un microinfusore installato all'esterno del corpo (esterno) che non è monouso, la Parte B può coprire l'insulina utilizzata con il microinfusore e coprire il microinfusore stesso come DME. Se risiedi in certe aree del paese, potresti dover utilizzare fornitori specifici di microinfusori affinché Medicare possa coprire il costo di un microinfusore durevole.

Come posso ottenere un microinfusore?

Se hai bisogno di usare un microinfusore, il tuo medico te lo prescriverà.

Nota: In Medicare Originale, tu copri il 100% delle forniture relative all'insulina (come siringhe, aghi, tamponi imbevuti di alcool, garze), salvo il caso in cui tu abbia Parte D. Per pompe, tubi, e altre forniture, tu copri il 20% dell'importo approvato da Medicare a valle della franchigia Parte B annuale.

Calzature o plantari terapeutici

Se hai Parte B, soffri di diabete e soddisfi determinate condizioni (Vedi pag, 14), Medicare coprirà calzature terapeutiche se ne hai bisogno.

I tipi di calzature che la parte B copre ogni anno, includono **uno** dei seguenti articoli:

- un paio di calzature predisposte per plantari e 3 paia di plantari.
- Un paio di calzature personalizzate (inclusi i plantari) se non puoi indossare calzature predisposte per plantari a causa di una deformità del piede, e 2 paia di plantari addizionali.

Nota: in alcuni casi, Medicare potrebbe anche coprire plantari separati o modifiche della calzature invece dei plantari.

Calzature o plantari terapeutici (segue)

Come posso ottenere calzature terapeutiche?

Medicare paga per le tue calzature terapeutiche, se il tuo diabetologo attesta che soddisfi queste 3 condizioni:

1. Soffri di diabete.
2. Soffri di almeno uno di questi disturbi in uno o in entrambi i piedi:
 - amputazione parziale o totale del piede
 - Ulcere regresse ai piedi
 - Calli che potrebbero causare ulcere ai piedi
 - Danni ai nervi in seguito al diabete con segni di problemi con calli
 - Cattiva circolazione
 - Un piede deforme
3. Sei in un piano di trattamento del diabete completo e hai bisogno di calzature e/o plantari terapeutici a causa del diabete.

Medicare richiede inoltre che:

- un podologo o altro medico qualificato prescriva le calzature
- Un medico o altro individuo qualificato come un tecnico ortopedico, ortottista o tecnico protesico preparino e forniscano le calzature.

Sostituzione di attrezzatura medica durevole o articoli persi o danneggiati in caso di calamità o emergenza

Se Original Medicare ha già pagato per l'attrezzatura medica durevole (come un microinfusore tradizionale) o articoli (come articoli per i diabetici) danneggiati o persi in seguito a un'emergenza o una calamità:

- In certi casi, Medicare coprirà il costo per la riparazione o sostituzione dell'attrezzatura o articoli
- In genere, Medicare copre anche il costo del noleggio di articoli (come sedie a rotelle) mentre la tua attrezzatura viene riparata.

Per maggiori informazioni su attrezzatura o articoli di ricambio, visita [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) oppure chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

SEZIONE

Copertura farmacologia Medicare per il diabete

3

Questa sezione fornisce informazioni sulla copertura Medicare per i farmaci (Parte D) per persone con Medicare che abbiano o siano a rischio di diabete. Per ottenere l'intera copertura Medicare per medicinali, devi aderire a un piano Medicare per medicinali o ad un piano Medicare Advantage con copertura per medicinali. La Parte D di Medicare copre l'insulina, i medicinali anti-diabetici, e alcune forniture relative alla tua insulina.

Insulina

Il costo di una fornitura mensile per ciascuna insulina coperta da Parte D è soggetto ad un tetto di \$35, e non devi versare alcuna franchigia per l'insulina. Ciò si applica a chiunque assume insulina, anche se ricevi Extra Help (un programma di Medicare che aiuta le persone con reddito e risorse limitati a pagare i premi, franchigie, co-pagamenti, e altri costi di Medicare Parte D). Se ricevi una fornitura di insulina da 60 o 90 giorni, i tuoi costi non possono eccedere i \$35 per ciascun mese di fornitura di ciascuna insulina coperta. Ad esempio, se ricevi una fornitura da 60 giorni per un'insulina coperta da Parte D, in generale non pagherai più di 70 dollari.

Se assumi insulina, puoi ricevere aiuto per confrontare i piani medicinali e costi di Medicare:

- Chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti DTS possono chiamare il numero 1-877-486-2048.
- Contatta il tuo Programma di Assistenza Statale per Assicurazione Medica (SHIP) per ottenere consulenza personalizzata e gratuita in materia di assicurazione medica.

Nota: A partire dal 1 luglio 2023, si applicano limiti simili per l'insulina utilizzata nei microinfusori tradizionali (coperti ai sensi di Parte B).

Farmaci antidiabetici

Glicemia che non è controllata dall'insulina viene tenuta sotto controllo da farmaci anti-diabetici. La Parte D di Medicare può coprire una serie di medicinali anti-diabetici. Controlla il tuo piano per verificare quali medicinali specifici copre.

Articoli per il diabete

Le forniture direttamente associate alla somministrazione di insulina sono coperte se hai la copertura medicinale di Medicare e il diabete. Tali articoli medici includono:

- Tamponi imbevuti di alcol
- Garza
- Aghi
- Siringhe

Per maggiori informazioni

Per maggiori informazioni sulla copertura dei farmaci Medicare:

- Visitare [Medicare.gov/drug-coverage-part-d](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d).
- Chiamare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.
- Chiama SHIP - State Health Insurance Assistance Program (Programma statale di assistenza per l'assicurazione sanitaria), per consulenza gratuita sull'assicurazione sanitaria. Per il numero di telefono, visita [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org), o chiama 1-800-MEDICARE.

Servizi e screening per il diabete coperti da Medicare

4

La parte B di Medicare copre alcuni servizi, screening e corsi di formazione per aiutarti a prevenire, rilevare e trattare il diabete. In generale, il tuo medico deve prescriverti questi servizi, incluso:

- **Screening per il diabete.** Cfr. pagina 20.
- **Programma Medicare di prevenzione del diabete.** Cfr. pagina 20-21.
- **Educazione per il controllo del diabete.** Cfr. pagina 21-24.
- **Servizi di terapia medica nutrizionale.** Cfr. pagina 24-25.
- **Test dell'Emoglobina A1C.** Cfr. pagina 25.

Puoi ottenere alcuni servizi coperti da Medicare senza prescrizione. Cfr. pagina 25-26.

Screening per il diabete

La Parte B di Medicare paga per i test di screening del diabete se sei a rischio diabete. Questi test aiutano la diagnosi precoce del diabete. Potresti essere a rischio di diabete se hai:

- Ipertensione
- Dislipidemia (anamnesi di livelli anormali di colesterolo e trigliceridi)
- Obesità (definita come indice di massa corporea (BMI) ≥ 30)
- Alterata tolleranza al glucosio
- Alta glicemia a digiuno

Potresti anche essere a rischio se hai due o più di questi fattori di rischio:

- Sei sovrappeso (definito come IMC > 25 , ma < 30)
- Hai una anamnesi familiare di diabete
- Hai una anamnesi di diabete gestazionale o hai partorito un neonato di oltre 9 libbre
- Hai 65 anni o più

Medicare potrebbe pagare per un massimo di due test di screening del diabete in un periodo di 12 mesi. Dopo il test di screening del diabete iniziale, il tuo medico determinerà se hai bisogno di un secondo test. Medicare copre questi test di screening del diabete:

- Esami del sangue del glucosio (zucchero) a digiuno
- Altri esami del sangue per il livello di glucosio approvati da Medicare

Se ritieni di essere a rischio diabete, parla con il tuo medico per scoprire se è consigliabile che tu faccia questi test.

Programma di prevenzione del diabete Medicare

La parte B copre un programma di cambiamento del comportamento sanitario una sola volta per aiutarti a prevenire il diabete di tipo 2. Il programma inizia con sessioni settimanali di base in un lezioni di gruppo per un periodo di 6 mesi. In queste sessioni, riceverai:

- Allenamento per cambiamenti di comportamento realistici e duraturi di dieta e esercizio fisico
- Suggerimenti su come fare più esercizio fisico.
- Strategie per controllare il tuo peso
- Un trainer appositamente formato per aiutarti a rimanere motivato.
- Supporto da parte di persone con obiettivi e sfide simili

Programma di prevenzione del diabete Medicare (segue)

Dopo aver completato le sessioni di base, avrai sessioni di controllo ogni 6 mesi.

Se hai iniziato il Programma di prevenzione del diabete Medicare nel 2021 o prima, avrai altre 12 sessioni mensili se raggiungi determinati obiettivi di perdita di peso.

Per qualificarti, devi avere:

- La parte B (o un piano Medicare Advantage).
- Un glucosio plasmatico a digiuno di 110-125mg/dL, un glucosio plasmatico a 2 ore di 140-199 mg/dL (test di tolleranza al glucosio orale), o un risultato del test dell'emoglobina A1C tra 5,7 e 6,4% entro 12 mesi prima di partecipare alla prima sessione di base.
- Un indice di massa corporea (IMC) di 25 o più (IMC di 23 o più se sei asiatico)
- Nessuna storia di un diabete di tipo 1 o 2
- Nessuna malattia renale allo stadio terminale (ESRD).
- Non hai mai partecipato al Programma di prevenzione del diabete di Medicare

Non paghi niente per questi servizi se sei qualificato.

Consulta [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program) per trovare questi programmi nella tua zona.

Educazione per il controllo del diabete

La formazione per il controllo del diabete ti aiuta a imparare come tenere sotto controllo il tuo diabete. Perché la parte B copra questo servizio, il medico o altro operatore sanitario devono prescriverlo.

Puoi ottenere il servizio di educazione al controllo autonomo del diabete se soddisfi una di queste condizioni:

- Sei stato diagnosticato di diabete.
- Hai iniziato per la prima volta ad usare farmaci antidiabetici, o sei passato da un farmaco antidiabetico orale all'insulina.
- Ti è stato diagnosticato il diabete e sei a rischio di complicanze (vedi prossima pagina).

Educazione per il controllo del diabete (segue)

Il tuo medico o altro operatore sanitario potrebbero considerarti a maggior rischio in uno dei seguenti casi:

- Hai difficoltà a tenere sotto controllo la glicemia, sei stato trattato in un pronto soccorso, o hai pernottato in ospedale a causa del tuo diabete.
- Sei stato diagnosticato di una malattia degli occhi connessa al diabete.
- Hai una perdita di sensibilità ai piedi o altri problemi con i piedi, come ulcere, deformità, o hai subito un'amputazione.
- Sei stato diagnosticato di malattia renale connessa al diabete.

Il tuo medico o altro operatore sanitario di solito ti darà informazioni su dove ottenere la formazione di autogestione del diabete. Sarà necessario che ottenga questa formazione da un soggetto che abbia ricevuto l'approvazione o da un programma che sia parte di un piano di assistenza preparato dal tuo medico o altro fornitore operatore sanitario. Questi programmi e individui sono accreditati dall'American Diabetes Association o dall'American Association of Diabetes Educators.

In che misura viene coperta l'educazione?

Medicare coprirà fino a 10 ore di formazione iniziale e 2 ore di formazione di follow-up se ne hai bisogno.

La formazione iniziale deve essere completata non oltre 12 mesi da quando inizi i corsi. La formazione iniziale prevede 1 ora di formazione individuale diretta. Le altre 9 ore di educazione iniziale avvengono normalmente in gruppo.

Importante: Il tuo medico o altro operatore sanitario può prescrivere fino a 10 ore di formazione individuale, invece che sessioni di gruppo. Potresti dover ricevere formazione individuale se sei ipovedente, hai un deficit uditivo, una difficoltà di comunicazione dovuta alla lingua o di altro tipo, o limitazioni cognitive. Medicare copre la formazione individuale anche se non è disponibile alcun gruppo entro 2 mesi dalla data dell'ordine.

Educazione per il controllo del diabete (segue)

Se ne hai bisogno Medicare copre fino a 2 ore di formazione di follow-up ogni anno dopo l'anno in cui hai ricevuto la formazione iniziale. Il servizio di educazione di follow-up può avvenire in sessioni di gruppo o individuali. Il tuo medico o altro operatore sanitario deve prescrivere questa formazione continua ogni anno affinché Medicare possa coprirlo.

Nota: L'educazione al controllo autonomo del diabete è disponibile in molti Centri sanitari qualificati federali (FQHC). I FQHC forniscono servizi sanitari primari e servizi preventivi qualificati in zone rurali e urbane con scarsi servizi medici.

Alcuni tipi di FQHC sono centri di salute per la comunità, centri di salute per i migranti, assistenza sanitaria per i senzatetto, centri di assistenza primaria per gli alloggi pubblici e programmi/strutture di assistenza ambulatoriale gestiti da un'organizzazione tribale o da un'organizzazione urbana indiana. Non devi pagare la franchigia della parte B. Visitez findahealthcenter.hrsa.gov per trovare un centro sanitario nella tua zona.

Telemedicina: Potresti essere in grado di ottenere formazione per il controllo del diabete presso un medico o altro operatore sanitario in un'altra zona usando tecnologia di comunicazione solo audio (come il telefono) o audio e video (come il computer). Per maggiori informazioni sui servizi di Telemedicina, chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti DTS possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

Che cosa imparerò in questo corso?

La prima sessione DSMT è una valutazione individuale per aiutare gli istruttori a capire meglio le tue necessità.

Le lezioni in classe copriranno argomenti come i seguenti:

- informazioni generali sul diabete, i vantaggi del controllo della glicemia e i rischi di un cattivo controllo della glicemia
- Nutrizione e come gestire la tua dieta
- Opzioni su come gestire e migliorare il controllo della glicemia

Educazione per il controllo del diabete (segue)

- Esercizio fisico e perché è importante per la tua salute
- Come assumere correttamente i farmaci
- Test della glicemia e come usare le informazioni per migliorare il controllo del diabete
- Come prevenire, riconoscere e trattare le complicazioni acute e croniche del diabete
- Cura dei piedi, della cute e dei denti
- In che modo dieta, esercizio fisico e farmaci influiscono sulla glicemia
- Cambiamenti di comportamento, definizione di obiettivi, riduzione del rischio e soluzione di problemi
- Come adattarsi emotivamente al diabete
- Coinvolgimento e supporto della famiglia
- L'uso del sistema sanitario e delle risorse della comunità

Servizi di terapia medica nutrizionale

In aggiunta alla formazione per la gestione autonoma del diabete, la Parte B copre anche servizi di terapia medica nutrizionale se hai il diabete o insufficienza renale e soddisfi certi criteri. Un medico deve prescriverti questi servizi.

Un dietista registrato o alcuni professionisti della nutrizione possono fornire i seguenti servizi:

- Una valutazione iniziale della nutrizione e stile di vita
- Consulenza sulla nutrizione (gli alimenti da consumare e come seguire un piano alimentare per diabetici individualizzato)
- Come gestire fattori di stile di vita rilevanti per il diabete
- Visite di follow-up per controllare il tuo progresso nel gestire la tua dieta

Ricorda, perché Medicare intervenga con la copertura, la terapia medica nutrizionale deve essere prescritta dal tuo medico o altro operatore sanitario.

Servizi di terapia medica nutrizionale (segue)

Nota: La terapia medica nutrizionale è disponibile in molti Centri sanitari qualificati federali. Cfr. pagina 24. Visita findahealthcenter.hrsa.gov per trovare un centro sanitario nella tua zona.

Telemedicina: Potresti riuscire ad ottenere terapia medica nutrizionale da un dietologo certificato o da un altro operatore sanitario mediante telemedicina. Scopri di più a pagina 23.

Esami e trattamento dei piedi

Se soffri di danni ai nervi da diabete in uno dei piedi, la parte B coprirà un esame dei piedi ogni 6 mesi da parte di un podologo o altro specialista della cura dei piedi a meno che negli ultimi sei mesi tu non sia stato esaminato da uno specialista per altri disturbi al piede. Medicare potrebbe coprire visite più frequenti se hai subito un'amputazione non traumatica (non a seguito di infortunio) di tutto o di parte del piede o i tuoi piedi hanno un aspetto alterato che potrebbe indicare una grave malattia del piede. Tieni presente che devi essere in cura presso il tuo medico curante o specialista del diabete quando ricevi servizi di cura dei piedi.

Test dell'Emoglobina A1C

Un test di emoglobina A1C è un test di laboratorio che misura il livello di controllo della glicemia negli ultimi 3 mesi. Se hai il diabete, la parte B copre questo test se il tuo medico lo prescrive.

Test per il glaucoma

La parte B pagherà per un eventuale controllo del glaucoma una volta ogni 12 mesi se sei ad elevato rischio di glaucoma. Sei considerato ad elevato rischio di glaucoma se hai:

- Diabete mellito
- o una storia familiare di glaucoma, o
- Sei afroamericano e hai 50 anni o più, o
- Sei ispanico e hai 65 anni o più.

Questo test deve essere effettuato o supervisionato da un oculista legalmente autorizzato a fornire questo servizio nel tuo stato.

Vaccinazioni antinfluenzale e contro lo pneumococco

Se hai il diabete, sei soggetto a maggior rischio di complicazioni a seguito dell'influenza e della polmonite. È importante farsi vaccinare per ridurre questo rischio. La Parte B coprirà il costo del tuo vaccino antinfluenzale in genere una volta ogni stagione. La Parte B coprirà anche il vaccino pneumococcico per prevenire le infezioni da pneumococco (come alcuni tipi di polmonite). Parlane con il tuo medico o altro operatore sanitario per scoprire se hai bisogno di questi vaccini.

Visita preventiva “Benvenuti a Medicare”

La parte B copre un check-up generale una tantum della tua salute, e la formazione e la consulenza sui servizi di prevenzione entro i primi 12 mesi dall'adesione alla parte B. Ciò include informazioni su certi screening, vaccinazioni e riferimenti per altre cure di cui potresti avere bisogno. La visita preventiva “Benvenuti a Medicare” è un'ottima opportunità di parlare con il tuo medico dei servizi preventivi di cui potresti avere bisogno, come test di screening del diabete.

Visita annuale “Wellness”

Se hai Parte B da oltre 12 mesi, hai diritto a una visita annuale “Wellness” per sviluppare o aggiornare un piano di prevenzione personalizzato secondo i tuoi fattori correnti di salute e di rischio. Include:

- un esame dell'anamnesi personale e familiare
- Un elenco di operatori sanitari e farmaci correnti
- La tua altezza, peso, pressione arteriosa e altre misurazioni di routine
- Un programma di screening per i servizi preventivi appropriati
- Un elenco dei fattori di rischio e delle opzioni terapeutiche

Articoli e servizi non coperti da Medicare

Original Medicare e i piani per i farmaci Medicare non coprono tutto. Per esempio, non sono coperti i seguenti articoli e servizi:

- Occhiali ed esami per occhiali, eccetto dopo chirurgia della cataratta
- Calzature ortopediche (calzature per individui con problemi ai piedi, ma piedi intatti)
- Chirurgia cosmetica

Suggerimenti e risorse utili

5

Sono disponibili maggiori informazioni per aiutarti nelle scelte e decisioni di cura più adatte al tuo caso.

Per maggiori informazioni sulla copertura Medicare per il diabete, visita [Medicare.gov/coverage](https://www.Medicare.gov/coverage) oppure chiama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-877-486-2048.

Numeri di telefono e siti web

**Centers for Disease Control and Prevention (CDC),
Department of Health and Human Services (HHS)**

cdc.gov/diabetes
1-800-232-4636

Trova un Centro Sanitario

findahealthcenter.hrsa.gov

Indian Health Service

ihs.gov/diabetes

MyHealthfinder

healthfinder.gov

National Diabetes Prevention Program

cdc.gov/diabetes/prevention

**National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases (NIDDK)
of the National Institutes of Health (NIH), DHHS**

niddk.nih.gov
niddk.nih.gov/health-information/diabetes
1-800-860-8747 (Clearinghouse)

Comunicazioni accessibili tramite CMS

Medicare fornisce aiuti e servizi ausiliari gratuiti, comprese informazioni in formati accessibili come il Braille, la stampa a caratteri grandi, file di dati o audio, servizi di ritrasmissione e comunicazioni DTS. Se richiedi informazioni in un formato accessibile, non subirai alcuno svantaggio in termini di tempi aggiuntivi necessari a fornirlo. Ciò significa che, in caso di ritardo nel soddisfare la tua richiesta, avrai del tempo extra per intraprendere una qualsiasi azione.

Per richiedere informazioni su Medicare o Marketplace in un formato accessibile puoi:

- 1. Chiamaci:** Per Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
DTS: 1-877-486-2048.
Per Marketplace: 1-800-318-2596. DTS: 1-855-889-4325
- 2. Mandaci un'email:** altformatrequest@cms.hhs.gov.
- 3. Inviaci un fax:** 1-844-530-3676.
- 4. Inviaci una lettera:**

Centers for Medicare & Medicaid Services
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Customer Accessibility Resource Staff

La tua richiesta deve includere il tuo nome, numero di telefono, tipo di informazioni di cui hai bisogno (se conosciute), e l'indirizzo postale a cui dobbiamo inviare il materiale. Potremmo dover ricontattarti per informazioni aggiuntive.

Nota: Se sei iscritto a un piano Medicare Advantage o Prescription Drug, puoi contattare il tuo piano per richiedere le informazioni in un formato accessibile. Per Medicaid, contatta l'ufficio Medicaid del tuo stato o locale.

Avviso di non discriminazione

I Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) non escludono, negano benefici a o altrimenti discriminano qualsiasi persona in base a razza, colore, nazionalità di origine, disabilità, sesso (incluso orientamento sessuale e identità di genere) o età per l'ammissione a, la partecipazione o la ricezione dei servizi e dei benefici previsti dai loro programmi e attività, siano essi effettuati dal CMS direttamente o tramite un contraente o qualsiasi altra entità con la quale i CMS organizzino i propri programmi e attività.

Se hai dubbi su come ottenere informazioni in un formato da te utilizzabile, puoi contattare il CMS in uno qualsiasi dei modi inclusi in questo avviso.

Se pensi di essere stato oggetto di discriminazione in un programma o attività CMS, compresi i problemi con l'acquisizione delle informazioni in un formato accessibile da qualsiasi Piano Medicare Advantage Plan, Piano Medicare Prescription Drug, Stato o ufficio locale Medicaid, o Piani sanitari qualificati Marketplace, potrai anche presentare un reclamo. Ci sono tre modi per presentare un reclamo al Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, Ufficio per i diritti civili:

1. **Online:** hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
2. **Per telefono:** Chiama l'1-800-368-1019. Gli utenti di TTY possono chiamare il 1-800-537-7697.
3. **Per iscritto:** Invia i dettagli del reclamo a: Ufficio per i diritti civili

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Uso ufficiale
Ammenda per uso privato, \$300

CMS Product No. 11022-I (Italian)
June 2023

Medicare Coverage of Diabetes Supplies, Services, & Prevention Programs

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

