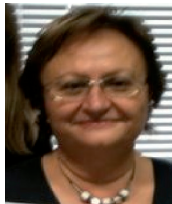


## I nuovi LEA nella nostra pratica clinica quotidiana

### New LEA in daily clinical practice



C. Suraci<sup>1</sup>, A. Ozzello<sup>2</sup>

suraci.concetta@gmail.com

Con il nuovo DPCM LEA, in attesa di promulgazione, dopo l'approvazione della Conferenza Stato Regioni dello scorso 7 settembre, le linee d'indirizzo per l'assistenza delle persone diabetiche, del Piano Nazionale della malattia diabetica, del decreto di ammodernamento della medesima a livello ospedaliero e territoriale e del Patto della salute, s'incontrano al "livello distrettuale" e si identificano in un "repertorio di strumenti", prestazioni servizi, farmaci e dispositivi medici spendibili per costruire i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali.

Sembra opportuna una presentazione del documento ai medici, che con le prestazioni attribuite alla disciplina 19, endocrinologia, e quelle delle varie discipline sanitarie coinvolte nella cura del diabete e delle sue complicanze, dovranno erogare l'assistenza essenziale alle persone con diabete mellito secondo i principi delle attività di provata efficacia.

L'augurio è che, familiarizzando con il DPCM, si apra un confronto tra le parti interessate per contribuire a chiarire gli elementi di raccordo, attuativo e integrativo, a livello nazionale e regionale, per un'assistenza equa, uniforme e sostenibile che renda possibile la realizzazione del Chronic Care Model e la valorizzazione del ruolo dello specialista nella declinazione di una strategia di cura personalizzata e condivisa con il paziente e supportata dal sistema, come ci dettano le linee guida.

#### IL PROVVEDIMENTO

Lo schema di provvedimento è articolato in sei Capi:  
- Capo I identifica i tre livelli essenziali della "Pre-

venzione collettiva e sanità pubblica", della "Assistenza distrettuale" e della "Assistenza ospedaliera", ciascuno dei quali si articola in "attività, servizi e prestazioni".

- Capo II è dedicato al livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica";
- Capo III è dedicato alla "Assistenza distrettuale".
- Capo IV è dedicato alla "Assistenza sociosanitaria"
- Capo V è dedicato al livello della "Assistenza ospedaliera"
- Capo VI è dedicato all'assistenza specifica a particolari categorie di assistiti.

Il nuovo DPCM ribadisce l'articolazione dell'assistenza in erogazione di servizi e prestazioni, articolata su tre livelli: assistenza ospedaliera, distrettuale, prevenzione collettiva e sanità pubblica; nel corpo principale del documento sono richiamati vari allegati che contengono le specifiche operative.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, particolare attenzione è stata dedicata all'appropriatezza organizzativa; è stato effettuato un aggiornamento della lista dei DRG "potenzialmente inappropriati" in regime di ricovero ordinario (le Regioni dovranno fissare le percentuali di ricoveri effettuabili appropriatamente e le misure volte a disincentivare i ricoveri inappropriati), definita la lista delle procedure trasferibili dal ricovero diurno chirurgico (day surgery) al regime ambulatoriale ed esplicitati i criteri di appropriatezza per tutti i regimi di ricovero (Allegato 6).

L'assistenza per le persone con diabete si realizza principalmente a livello distrettuale ove coinvolge quasi tutte le sottoarticolazioni previste nell'art. 3 del DPCM: assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza protesica, assistenza termale, assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale, e assisten-

<sup>1</sup> U.O di Dietologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche, Ospedale Sandro Pertini, Roma.

<sup>2</sup> S.S.V.D. Diabetologia a Malattie Metaboliche, ASL TO3, Ospedali Riuniti di Pinerolo (TO).

za socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale. Da sottolineare la stretta connessione tra il sociale e il sanitario per la promozione-produzione di salute come risposta alla complessità della malattia e a quella del malato come persona. L'assistenza socio-sanitaria, inclusa nel livello dell'assistenza distrettuale, prevede l'erogazione di percorsi assistenziali integrati in specifiche aree che possono interessare anche i pazienti diabetici (ad esempio persone non autosufficienti, con disabilità, ma anche assistenza semiresidenziale e residenziale alle persone non autosufficienti).

## CAMBIA IL TAVOLO DI LAVORO DEL DIABETOLOGO?

Il documento (sostitutivo del DPCM 29 novembre 2001 e dei provvedimenti attualmente in vigore) si propone come la fonte primaria per la definizione delle "attività, dei servizi e delle prestazioni" garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale.

Per la persona con diabete l'assistenza si concretizza nell'accessibilità a prestazioni, visite della medicina di base, visite specialistiche, esami di laboratorio o strumentali, e alla prescrizione di farmaci e/o dispositivi medici, trattamenti curativi e/o riabilitativi (ortesi e protesi), vaccinazioni, ecc. che previa attestazione di patologia da parte dello specialista, alla prima visita, l'unica non esente, escludono la partecipazione alla spesa da parte del paziente (Allegato 8). Le modalità di questa erogazione sono decise dalle Regioni (art. 15 DCPM).

Nell'attività quotidiana il medico, di medicina generale, l'endocrinologo/diabetologo e tutti gli altri specialisti coinvolti nell'assistenza delle persone affette da diabete, deve avvalersi delle prestazioni specialistiche previste nell'Allegato 4, anche per la prescrizione dei presidi (Allegato 3) e dell'assistenza protesica (Allegato 5). Inoltre deve tenere presente l'Allegato 8 dove troviamo la tabella delle prestazioni esenti per patologia.

Questi documenti ("liste" o "nomenclatori") costituiscono la "scrittura del diabete/diabetologo" cui il sanitario attinge per dare una risposta concreta al bisogno del paziente.

Nel rimandare alla lettura del testo, facciamo alcuni esempi di quelle che possono essere le spigolosità da chiarire.

Per quanto riguarda le liste delle prestazioni tro-

viamo novità rilevanti come l'inserimento del "Monitoraggio dinamico della glicemia (Holter glicemico). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio". Nella pratica quotidiana la dizione fa pensare a chi erogherà questa prestazione, diabetologi e infermieri, all'educazione all'impiego interpretativo e decisionale delle informazioni che tali sistemi di autodiagnosi propongono come supporto alla cura e quindi a un processo continuo di supporto e non a un prodotto "fatto e finito"; quante saranno le prestazioni di educazione prescrivibili?

## LUCI E OMBRE: GLI SNODI DECISIONALI

La sostituzione della prestazione 89.01 "Anamnesi e valutazione breve" con la "Visita di controllo necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti" è una soluzione al problema delle visite necessarie per il follow-up della malattia diabetica?

Nel DPCM la prestazione "Visita di controllo" non ha un codice disciplina, che sarà attribuito come specifica la "Nota: il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale". Chi sarà il prescrittore? Quante visite di controllo saranno autorizzabili per ogni disciplina? Quante volte il paziente avrà diritto a un riferimento specialistico in caso di transitorio aggravamento del compenso glicemico, nefrologico o altro?

Quest'ambiguità può generare un problema interpretativo sia amministrativo, con la richiesta di un ticket come se si trattasse di una "prima visita" (89.7A.8 o 89.7) quella in cui viene rilasciato l'attestato di patologia e che da diritto all'esenzione permanente, sia di appropriata gestione clinica se le visite per il follow-up delle complicanze, specificate in dettaglio, non vengono riconosciute come prestazioni esenti (ad esempio la visita cardiologica o degli altri specialisti coinvolti nel monitoraggio/prevenzione delle complicanze d'organo che vengono identificate dal prescrittore dovranno essere tutte codificate come visita di controllo e pertanto esenti dal pagamento del ticket).

L'inserimento della creatininemia e dell'educazione terapeutica nella tabella delle prestazioni esenti (Allegato 8) era da tempo atteso e promesso: finalmente è realtà effettiva appena i LEA saranno pubblicati, anche prima della entrata in vigore del nuovo No-

menclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche (norme transitorie art.63 del DPCM).

Le prestazioni che comportano l'erogazione dei presidi per i pazienti affetti da malattia diabetica (Allegato 3) sembrerebbero assicurare anche le nuove tecnologie (CGM e FGM), ma tale dato deve trovare conferma, a nostro avviso in un riferimento esplicito da parte del Ministero. Il documento precisa che le regioni disciplineranno le modalità di accertamento del diritto alle prestazioni, le modalità di fornitura dei prodotti e i quantitativi massimi concedibili sulla base del fabbisogno determinato in funzione del livello di gravità della malattia (legge 24.11.2003) Per quanto riguarda l'assistenza protesica (Allegato 5) resta l'assenza delle calzature di serie per la pre-

venzione primaria delle ulcere del piede nei diabetici neuropatici o con malformazioni. Questo potrebbe comportare un aumento di spesa (si chiederanno sempre calzature su misura o non si effettuerà prevenzione primaria dell'ulcera?).

### CONCLUSIONE

I documenti d'indirizzo per la tutela della salute delle persone con diabete hanno definito ruoli, responsabilità e attività dei sanitari, obiettivi, indicatori e metodologia di erogazione dell'assistenza, nei LEA si devono riconoscere gli strumenti per costruire i percorsi per assicurare un'offerta sanitaria appropriata ai risultati di salute.