



AMD
ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI

Preg.mo On. Mario Marazziti
Presidente XII Commissione Affari Sociali
Camera dei Deputati

p.c. Onorevoli Componenti della XII Commissione
Camera dei Deputati

La ringraziamo per l'invito a partecipare ai lavori di questa Commissione: ciò consente ad una parte importante e consistente del mondo diabetologico nazionale di approfondire alcuni inderogabili aspetti assistenziali e nel contempo contribuire alla definizione dei contenuti del Decreto "Livelli essenziali di assistenza (LEA)", strumento fondamentale per adeguare il SSN ai reali bisogni della popolazione italiana. Infatti questo è lo strumento che identifica le prestazioni riconosciute, quindi erogabili, e che pertanto "governano e disciplinano" l'operato dei professionisti.

Apprezziamo che finalmente dopo 15 anni si passi all'aggiornamento dei nuovi LEA, consapevoli di un tempo troppo lungo per le Persone con Diabete alla luce dell'evoluzione scientifica e tecnologica di questi anni; infatti è necessario un più veloce adeguamento dell'offerta assistenziale per contrastare la crescente prevalenza della malattia nella popolazione italiana.

Il nuovo schema di decreto è l'esito di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni e Società Scientifiche.

La nostra Associazione esprime soddisfazione per il lavoro di revisione condotto, al quale ha contribuito con diverse sollecitazioni nel corso degli ultimi due anni e più recentemente con la proposta di revisione del tariffario e la ridefinizione di alcuni importanti DRG (allegato 1). Ad oggi non abbiamo avuto risposta alle nostre proposte. Auspichiamo che il coinvolgimento delle Società Scientifiche, continui nel tempo anche con maggiore assiduità e periodicità, in quanto siamo interessati solo alla crescita del benessere e della salute della nostra popolazione.

Riteniamo che il primo problema da affrontare a livello territoriale sia l'**equità** nell'accesso alle cure. A questo proposito il Piano Nazionale del Diabete, emanato nel 2012, e successivamente adottato dalle Regioni, aveva ben definito negli obiettivi e nei percorsi anticipando molti contenuti del recente Piano della Cronicità: in realtà l'accesso alle cure è differente nelle diverse Regioni, spesso nell'ambito della stessa Regione e purtroppo anche nella stessa ASL.

Chiediamo perciò in premessa, una distribuzione delle risorse e delle prestazioni da erogare in maniera omogenea sul territorio nazionale con una offerta uniforme rivolta senza distinzione a tutti i cittadini; a tale riguardo chiediamo un forte intervento da parte del Legislatore.

Uno dei problemi che è venuto all'attenzione negli ultimi è l'applicazione dell'Art. 13: "Erogazione di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare"; la norma prevede che "...agli assistiti affetti da malattia diabetica o dalle malattie rare di cui allegato 3 al presente decreto, sono garantite le prestazioni che comportano l'erogazione dei presidi indicati nel nomenclatore...". Le regioni e le province autonome disciplinano 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".

Riteniamo che l'automonitoraggio sia una terapia fondamentale per la Persona con Diabete e che il paziente abbia il diritto di accedere a una terapia personalizzata, prescritta e discussa con il Diabetologo nell'ambito di un processo di empowerment attraverso uno specifico percorso di educazione strutturata.

Pertanto anche nell'ottica di eseguire quanto le linee guida consigliano, si deve definire un criterio di erogazione semplice con l'opportunità di differenziare il tipo di refllettometro più adatto per quel paziente.

In sintesi chiediamo una direttiva da applicare sull'intero territorio nazionale in modo uniforme in linea con le più recenti linee guida per la cura del DM.

In particolare rimarchiamo che non siamo stati coinvolti nella definizione delle "Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e dei dispositivi medici monouso" come previsto all'art.18 dello schema di decreto per la definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) (Allegato 5).L' Articolo 1: "Procedura di erogazione" definisce che "...Il piano riabilitativo-assistenziale individuale è formulato dal medico specialista in collaborazione con l'equipe multidisciplinare sulla base delle esigenze espresse dall'assistito. Il medico specialista deve essere in possesso di specifiche competenze per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici". Riteniamo che il Diabetologo, componente fondamentale dell'equipe multidisciplinare per l'assistenza diabetologica, debba essere iscritto tra gli specialisti abilitati alla prescrizione delle ortesi e degli ausili e rientrare negli elenchi regionali o aziendali che le regioni predisporranno sia perché possa intervenire nelle fasi precoci che nel trattamento a lungo termine di una complicanza molto invalidante qual è il piede diabetico.

In sintesi nell'apprezzare il lavoro eseguito nella definizione delle varie procedure ed ausili/ortesi/dispositivi, si chiede che lo specialista Diabetologo possa essere individuato come referente per la prescrizione delle ortesi e degli ausili per il trattamento del Piede diabetico.

Pur nella consapevolezza di una necessaria rivisitazione dei LEA, ormai non più procrastinabile, poniamo l'esigenza di procedere sulle basi del nuovo nomenclatore alla definizione di **percorsi specifici di cura** abbandonando la logica della rigida prescrizione prescrittiva inserendo una **tariffa di presa in carico** sostituendo la tariffa di prestazione. Questo risponderebbe in modo più puntuale alle esigenze di una "medicina dell'accompagnamento" e di una "medicina centrata sulla persona" riconosciute sia dal Piano Nazionale del diabete che dal Piano della Cronicità, come i modelli assistenziali più efficaci per la presa in carico della Cronicità. Tale nuova visione è fondamentale nei processi di cura nelle malattie croniche, infatti salvaguarda e protegge il paziente nel lungo termine prevenendo le acuzie ed assicurando una vera responsabilizzazione dei Sanitari interessati.

Inoltre vogliamo sottolineare come oggi non sia più possibile ignorare la telemedicina che purtroppo non è presente nei LEA proposti e che rappresenterebbe uno strumento di

estrema utilità proprio nei processi di cura che prevedono follow up nel lungo periodo come il diabete.

Pertanto chiediamo che partendo dalle varie prestazioni e procedure contenute nel decreto in discussione, in tempi brevi si possano definire percorsi diagnostici e terapeutici di cura investendo la Commissione per la revisione periodica dei LEA e il progetto it.DRG, integrando con prestazioni di telemedicina ;in altri termini si chiede di introdurre il costo percorso/processo di cura nella logica della presa in carico della Persona con Diabete(per esempio :piede diabetico, gravidanza, microinfusori etc.).

In ultimo ma non da ultimo vogliamo riproporre la specifica dizione di VISITA DIABETOLOGICA , diversificandola dalla visita endocrinologica.

Infatti la presa in carico della persona con diabete richiede percorsi di cura complessi che richiedono competenze multidisciplinari e team specialistici, e che restano molto diversi e molto più articolati di quelli necessari per la gestione di altre patologie endocrinologiche.

In conclusione auspichiamo un costante coinvolgimento dei professionisti interessati nella revisione dei LEA e dei DRG per contribuire sempre più all'appropriatezza della cura ed a migliorare l'assistenza in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

Confidiamo altresì che il presente decreto sia un punto di partenza e non di arrivo per una Sanità sempre più moderna, efficace ed efficiente.

Nicoletta MUSACCHIO
Presidente AMD

ALLEGATO !

Prestazioni LEA riservate all'Endocrinologia/Diabetologia

Proposte di modifiche relative alle nuove prestazioni previste inviate al ministero della Salute in data 29 settembre 2016

89.7A.8 PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute

NUOVA PRESTAZIONE differente dalla visita generale (20.66) in quanto prevede piano nutrizionale ed eventuale microinfusore proposta tariffa 46,48 E (come per consulto complessivo)

89.01.8 VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale controllo di microinfusore

NUOVA PRESTAZIONE differente dalla visita di controllo per eventuale controllo microinfusore;proposta tariffa 20,66 E

99.99.2 MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio Nuova prestazione proposta tariffa 120 euro

93.82.TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute

NUOVA PRESTAZIONE è una prestazione individuale che in media dura 30-40 minuti per seduta nell'ambito di un percorso di educazione terapeutica strutturata(ETS):in tal senso può veramente essere utile; proposta tariffa 12 E per seduta

93.82.2TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva.Ciclo fino a 10 sedute Nuova prestazione :i gruppi nell'educazione terapeutica (ETS)devono essere formati al massimo di sei persone per favorire un coinvolgimento; una seduta dura almeno 60 minuti proposta tariffa 6 E per singola seduta

93.07.1 BIOIMPEDEZIOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO DI IDRATAZIONE Nuova prestazione Proposta tariffa 11.62 E

Proposte per i DRG inviate al Ministero della Salute in data 14 ottobre

Nuovo DRG: PIEDE DIABETICO (nuovo DRG 292.1 opp 296.1)

Il codice DRG attualmente utilizzato si riferisce ad arteriopatia(DRG 130) sicuramente diverso ed inadeguato per definire la complessità della patologia da piede diabetico che necessita di approfondimento diagnostico specifico(esami neurologici,colture per tampone etc), di un approccio terapeutico specifico(comprensivo di trattamento dell'ulcera,determinazione scarico punti appoggio piede,riabilitazione,antibiotico terapia etc) nonché di un compenso metabolico da ripristinare rapidamente .Pertanto per favorire la diagnosi circa lo stadio ed il migliore approccio al trattamento si propone di considerare un nuovo DRG comprensivo di un approccio diagnostico-terapeutico completo al fine di trattare precocemente la patologia invalidante nella logica di evitare il ricorso ad amputazione.

La tariffa proposta deriva dall'accorpamento delle prestazioni diabetologiche(DRG 295)e da arteriopatia cc(DRG 130).

Il presente DRG proposto non determina un aumento della spesa. Inoltre è molto utile ai fini statistici ;infatti allo stato è impossibile determinare l'incidenza di tale patologia in ambito ospedaliero nonostante la gravità e l'esito talora invalidante.

CODICE 250.1(DIABETE CON CHETOACIDOSI)

CODICE 250.2 DIABETE CON COMA

l'attuale DRG 294/295 dovrebbe essere sostituito dal DRG 300 Malattie Endocrine CC certamente più adeguato e congruo alla diagnosi di Coma diabetico in attesa dei nuovi it.DRG che dovranno dedicare un DRG ben distinto