

I LEA e l'assistenza geriatrica

Raffaele Antonelli Incalzi
Università Campus Bio-Medico
Roma

Definizione

- I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono **le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).**
- Riferimento: [Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri \(DPCM\) del 12 gennaio 2017](#)

LEA: ambiti di applicazione e rilevanza in Geriatria

- **1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica:** comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli
- **2. Assistenza distrettuale:** le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio
- **3. Assistenza ospedaliera**
- **Le Regioni, come hanno fatto fino ad oggi, potranno garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA, utilizzando risorse proprie.**

Applicazione LEA: monitoraggio

- La **Commissione di monitoraggio dell'attuazione del dPCM di definizione e aggiornamento dei LEA** è stata istituita dal Ministro Lorenzin con [DM 19 gennaio 2017](#) e si è insediata il 10 maggio 2017 presso l'Ufficio di Gabinetto del Ministero della salute.
- Compito: **monitorare costantemente** quale sia il livello di **attuazione e implementazione dei nuovi LEA in tutte le Regioni** italiane ed eventualmente intervenire, mediante apposite verifiche – effettuate anche in collaborazione con i Carabinieri dei NAS – ove si ravvisi una mancata, incompleta o scorretta erogazione dei nuovi LEA.
- Membri: Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute (coordinatore), Capo della Segreteria Tecnica del Ministro, Comandante generale dei Carabinieri per la tutela della salute, Direttore generale dell'AGENAS, Direttore generale dell'AIFA, Presidente dell'Istituto superiore di sanità, Direttori dei tre Uffici della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute rispettivamente competenti in materia di LEA, di monitoraggio e verifica dell'erogazione dei LEA e di qualità, rischio clinico e programmazione ospedaliera.
- La Commissione dura in carica **tre anni** a decorrere dalla data di insediamento

LEA: aggiornamento

- La **Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale** è stata istituita dall'art. 1, comma 556, della [legge 28 dicembre 2015, n. 208](#) (legge di stabilità 2016).
- Costituita con [decreto ministeriale 16 giugno 2016](#), parzialmente modificata con [decreto ministeriale 17 ottobre 2016](#), la Commissione si è **insediata l'11 ottobre 2016** al Ministero della Salute con il compito di **garantire il costante aggiornamento dei LEA** attraverso una procedura semplificata e rapida.
- Membri: Ministro della salute (presidente), direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, quindici esperti qualificati e altrettanti supplenti, di cui quattro designati dal Ministro della salute, uno dall'ISS, uno dall'Agenas, uno dall'AIFA, uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.
- La Commissione **dura in carica tre anni a decorrere dalla data di insediamento** e svolge le attività previste dall'articolo 1, commi 557 e 558, della citata legge n. 208/2015.

Attenzione all'anziano, ma visita geriatrica tra le «Altre»

- > 1. La visita geriatrica rientra nelle comuni prestazioni del SSN, pur in mancanza di uno specifico riferimento nei LEA.
- >
- > 2. L'articolo 3, lettera h e i però fanno specificamente riferimento alla assistenza domiciliare e alla assistenza semiresidenziale anche per anziani
- >
- > 3. L'articolo 21, comma 2.3.4. fanno riferimento alla qualità dell'assistenza integrata; all'approccio multidimensionale per il paziente anziano e al progetto di cure personalizzato, ovviamente anche per l'anziano. Tornano ad insistere sulla necessità di privilegiare l'assistenza domiciliare
- >
- > 4. Articolo 23 e 27 ritornano sulla necessità di garantire assistenza di qualità al paziente, anziano incluso, mantenendolo nel suo contesto familiare e territoriale.
-

Perché la visita geriatrica non rientra tra i LEA? (DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA0000410-09/01/2017-DGPROGS-MDS-P)

<<Com'è noto, **l'articolazione in branche** è finalizzata esclusivamente all'applicazione delle disposizioni

- in materia di compilazione della ricetta e di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini
- e **non riveste alcun carattere definitorio né delle competenze degli specialisti coinvolti, né dei professionisti e delle strutture abilitati all'erogazione delle prestazioni**, che formano l'oggetto della
- normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e di
- accreditamento.
- **Le visite di competenza geriatrica potranno essere in ogni caso prescritte utilizzando i codici delle**
- **visite non espressamente codificate** (89.7 PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate;
- 89.01 VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente
- codificate).>>

Perché la visita geriatrica non rientra tra i LEA? (risposta Ministero all'AGE)

- <<Ciò premesso, le confermo che la recente proposta di Nomenclatore inclusa nello schema di decreto di aggiornamento dei Lea, mantiene pressoché inalterata l'articolazione in branche del decreto ministeriale 22 luglio 1997, dal momento che **nella sua elaborazione si è ritenuto di non introdurre “nuove” branche**, sia per la difficoltà di individuare un criterio per selezionare le numerosissime richieste di riconoscimento, sia perché la modifica delle branche, in assenza di una contestuale modifica delle regole di prescrizione e di calcolo della quota di partecipazione, avrebbe alterato in maniera imprevedibile, almeno per il momento, sia l'onere da partecipazione a carico del cittadino sia l'introito da partecipazione a vantaggio delle aziende sanitarie e ospedaliere. >>

Un piccolo vantaggio di essere «residui» (risposta

Ministero all'AGE)

- << Il nuovo nomenclatore individua sia visite specialistiche “di branca” (visite cardiologiche, gastroenterologiche, pneumologiche, ecc.) sia visite specialistiche genericamente definite (cod. 89.7 Prima visita; 89.02 Visita a completamento della prima visita; 89.01 Visita di controllo, ecc.) incluse nella branca residuale “Altre”; ne consegue che **le visite specialistiche “di branca” potranno essere associate, sulla stessa ricetta, alle sole prestazioni incluse nella branca, mentre le visite specialistiche genericamente definite potranno essere associate, sulla stessa ricetta, alle prestazioni di qualunque branca.** In tal modo, la visita “geriatrica” indicata con il codice generico della “Prima visita” 89.7, potrà essere prescritta sulla stessa ricetta con le prestazioni incluse nella branca di Medicina fisica e riabilitazione, ovvero con le prestazioni della diagnostica per immagini, ecc.. **Tale possibilità sarà esplicitamente prevista nella “Legenda” al Nomenclatore.** >>

E in futuro? (DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA0000410-09/01/2017-DGPROGS-MDS-P)

- <<Una eventuale, motivata richiesta di inserimento della visita geriatrica tra le prestazioni del nomenclatore nazionale, potrà essere sottoposta alla valutazione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, istituita dall'art. 1, comma 556, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016).>>

La richiesta SIGG-AGE-SIGOT al Ministero 1

- Il Nomenclatore tariffario nazionale delle prestazioni specialistiche omette la visita geriatrica togliendo un punto di riferimento chiaro, definito e validato e creando potenziali problemi nelle regioni quando verranno emanati i cataloghi delle prestazioni specialistiche.
- La visita geriatrica rappresenta il perno su cui si fonda il Comprehensive Geriatric Assessment, e le prestazioni che ne costituiscono parte integrante come i test di screening per il deterioramento cognitivo (MMSE), la valutazione delle funzioni esecutive e della autonomia (ADL, IADL) non possono essere attribuite unicamente a specialità differenti dalla geriatria.

La richiesta SIGG-AGE-SIGOT al Ministero 2

- Questo porterebbe ad una frammentazione della valutazione del paziente fra più specialisti, vanificando uno dei punti di forza della CGA che è rappresentata proprio dalla presa in carico “globale ed unitaria” che diviene un punto di riferimento chiaro e definito per la attivazione della rete di servizi nei differenti setting sulla base dei bisogni rilevati. La ricerca ha infatti dimostrato che per essere efficaci valutazione e management devono essere affidati ad un unico momento “geriatrico”, mentre la parcellizzazione fra diverse specialità della valutazione, della progettazione e della gestione del percorso di cura di non è ugualmente efficiente e rischia di determinare un disastroso spreco di risorse pubbliche.
-
- Siamo pertanto a chiedere il recepimento della nostra istanza di riconoscere nel Nomenclatore il ruolo della visita geriatrica e la conseguente attribuzione a questa disciplina delle prestazioni che ne costituiscono parte integrante.