

ARTICOLO ORIGINALE

Lo scenario dei nuovi LEA per la Diabetologia

New LEA: scenario for italian Diabetology

Lucia Briatore¹, Vincenzo Fiore², Cristina Lencioni³, Paola Pisanu⁴ e Consulta dei Presidenti regionali AMD 2023-2025

¹Presidente AMD Liguria, ASL 2 Savonese. ²Presidente AMD Lazio, ASL RM5, Roma.

³Presidente AMD Toscana, ASL Toscana Nordovest, Lucca. ⁴Presidente AMD Sardegna, Azienda Ospedaliero Universitaria, Cagliari.

Corresponding author: luciabriatore@hotmail.com

Abstract

The Essential Levels of Care (LEA) are healthcare services that Italy's National Health Service (SSN) must provide to all citizens, either free of charge or with a co-payment, to ensure equity and system sustainability. Regions must comply with these minimum levels and may offer additional services using their own funds.

LEA were first introduced in 2001 and are periodically updated to reflect medical advancements. A National Commission, established in 2015, is responsible for these updates. Major revisions were made in 2008 and 2017, with further adjustments through 2024. The implementation of the new service listings was postponed to December 30, 2024, due to organizational issues in the Regions.

During this transition phase, the Conference of Regional Presidents reviewed the changes affecting diabetology, focusing on a new service included in the 2017 LEA: dynamic glucose monitoring or Glycaemic Holter.

KEY WORDS LEA, diabetes, SSN, Continuous Glucose Monitoring, Glycaemic Holter.

Riassunto

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano deve fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o con una partecipazione di spesa, ed hanno lo scopo di garantire uniformità di accesso alle cure, equità e sostenibilità del sistema. Le regioni sono responsabili della loro applicazione, dovendo fornire livelli minimi garantiti di queste prestazioni, e possono offrire servizi aggiuntivi utilizzando fondi propri. I LEA sono stati introdotti per la prima volta nel 2001 e vengono aggiornati periodicamente per offrire cure in linea con i progressi medici. Una Commissione Nazionale, istituita nel 2015, è responsabile di questi aggiornamenti. Importanti revisioni sono state effettuate nel 2008 e nel 2017. L'applicazione di queste



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation Briatore L, Fiore V, Lencioni C, Pisanu P. Lo scenario dei nuovi LEA per la Diabetologia. JAMD 28:186-192, 2025.

DOI 10.36171/jamd.25.28.3.4

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received September, 2025

Accepted September, 2025

Published October, 2025

Copyright © 2025 Briatore L. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

Funding The Authors received no specific funding for this work.

Competing interest The Authors declare no competing interests.

ultime modifiche è progressivamente slittata fino al 30 dicembre 2024, a causa di problemi organizzativi e di bilancio. Trovandosi nella fase di transizione tra i precedenti e i nuovi LEA, la Consulta dei Presidenti Regionali AMD ha esaminato le nuove disposizioni per comprendere le modifiche che riguardano la diabetologia, focalizzandosi su una prestazione inserita per la prima volta nei LEA del 2017: il monitoraggio dinamico della glicemia o Holter Glicemico.

PAROLE CHIAVE LEA, diabete, SSN, CGM, Holter glicemico.

Introduzione

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresentano le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire gratuitamente o con una partecipazione alla spesa (ticket) a tutti i cittadini. Lo scopo fondamentale dei LEA è garantire equità di accesso alle cure, uniformità delle prestazioni sanitarie essenziali su tutto il territorio italiano e sostenibilità economica del sistema sanitario. Le Regioni sono responsabili della erogazione dei servizi e devono assicurare il rispetto di livelli minimi previsti dalle normative nazionali, potendo, in aggiunta, stabilire ulteriori prestazioni oltre a quelle incluse nei LEA da fornire con stanziamenti propri.

Il primo elenco completo di LEA risale al 2001 ed è operativo da febbraio 2002, rappresentando il punto di partenza per il sistema di assistenza sanitaria nazionale uniforme⁽¹⁾. Poiché la medicina evolve rapidamente ed ogni anno emergono nuovi farmaci, terapie o tecnologie diagnostiche e chirurgiche, è previsto dalla legge che i LEA siano sottoposti a revisione periodica. Con la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 - art.1, comma 556⁽²⁾ è stata istituita la Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN, nominata e presieduta dal Ministro della Salute, affinché i LEA possano essere aggiornati in modo continuo e sistematico, basandosi su regole chiare e criteri scientificamente validi.

Una prima revisione del LEA, inserita nel DPCM del 23 aprile 2008⁽³⁾, ha introdotto oltre 5.700 prestazioni e servizi per prevenzione, cura e riabilitazione; la successiva modifica si ritrova nel DPCM del 12 gennaio 2017⁽⁴⁾. Vari decreti ministeriali e atti di indirizzo tra il 2017 e il 2024 hanno integrato o precisato l'attuazione dei nuovi LEA. L'iniziale programmazione prevedeva il 1° gennaio 2024 come data per l'entra-

ta in vigore del nuovo nomenclatore per l'assistenza specialistica ambulatoriale ed il 1° aprile 2024 per il nomenclatore per l'assistenza protesica. Tuttavia, successivamente è stata approvata una proroga generale, su richiesta delle Regioni, principalmente per difficoltà organizzative e mancanza di adeguate risorse. Un successivo decreto ha stabilito come data di attuazione del nuovo regolamento il 30 dicembre 2024.

Trovandosi in questa fase di transizione e dovendo affrontare l'applicazione dei nuovi LEA, la Consulta dei Presidenti Regionali 2023/2025 ha cercato di comprendere quali sono i cambiamenti che riguardano la diabetologia. Tra questi ha deciso di focalizzare l'attenzione su una nuova prestazione inserita nei LEA 2017: il monitoraggio dinamico della glicemia (Holter Glicemico).

Principali novità per la diabetologia nel DPCM 12 gennaio 2017

La tabella 1 riassume le principali novità per la diabetologia presenti nel DPCM del 12 Gennaio 2017 e allegati. La prima evidenziata è l'inserimento della prestazione "Monitoraggio dinamico della glicemia" (Holter glicemico), di cui si parlerà più approfonditamente nei paragrafi successivi. Colpisce poi la scomparsa della visita diabetologica che viene sostituita da "visita endocrinologica" anche quando è riferita all'assistenza al diabete. Sebbene le due branche siano equipollenti, la presa in carico delle persone con diabete mellito ha una caratterizzazione specifica e richiede professionalità elevata e l'attribuzione di una codifica specifica ne sottolinea il riconoscimento. Nella definizione descritta nel nomenclatore emerge anche un'altra criticità: una prestazione che include oltre al piano nutrizionale anche l'eventuale applicazione di microinfusore è estremamente sottodimensionata; infatti nella pratica clinica l'applicazione di microinfusore è un processo complesso che coinvolge l'intero team diabetologico e deve prevedere, sia per la prima applicazione che per il monitoraggio, un tempo distinto dalla visita.

Per quanto riguarda le complicanze oculari sono state introdotte due prestazioni sempre più diffuse come l'OCT e la fotografia del *fundus oculi*, quest'ultima spesso eseguita direttamente nei servizi di diabetologia. L'esclusione dell'esame *fundus* rende meno fruibile lo screening della retinopatia diabe-

Tabella 1 | Principali novità per la diabetologia presenti nel DPCM del 12 gennaio 2017 e allegati.

	NUOVE PRESTAZIONI INTRODOTTE	BRANCA DI APPARTENENZA
99.99.2	MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO) Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio	ENDOCRINOLOGIA
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	ENDOCRINOLOGIA
89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO Incluso: eventuale controllo di microinfusore	ENDOCRINOLOGIA
95.11	FOTOGRAFIA DEL <i>FUNDUS</i>	OCULISTICA
95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4	OCULISTICA
96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE DI FERITA CON ESTENSIONE < 10 CM ² E/O SUPERFICIALE Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita.	ALTRE
	PRESTAZIONI ELIMINATE	
95.09.1	ESAME <i>FUNDUS OCULI</i>	OCULISTICA
	PRESCRIZIONE CALZATURE DI SERIE	
	HDL COLESTEROLO (eliminata da esenzione 013)	

tica, obbligando alla scelta della visita oculistica completa, meno disponibile e più onerosa anche in termini di tempo.

Un capitolo importante riguarda anche le prestazioni che interessano la cura del piede diabetico: è stata inserita nella esenzione 013 la medicazione avanzata semplice, ma è stata eliminata la prescrizione di calzature di serie, pertanto, al momento è consentita solo la prescrivibilità delle calzature su misura, esponendo al rischio di un aumento dei costi senza la garanzia di una qualità e di una efficacia superiore. Infine, nella la diagnostica strumentale la prestazione ecocolorDoppler degli arti inferiori è stata attribuita alla branca endocrinologia, ma la stessa attribuzione di branca non è prevista per l'ecocolorDoppler dei tronchi sovraortici, pur essendo entrambe prestazioni comprese nell'esenzione 013 e spesso erogate direttamente nei servizi di diabetologia.

Proposte di aggiornamenti

Nel mese di aprile 2025 il Ministero della Salute di concerto con il Ministero Economia e Finanza (MEF) ha presentato al Presidente del Consiglio dei Ministri, la bozza del decreto interministeriale recante “Primo aggiornamento del DPCM 12 Gennaio 2017 in materia di Livelli Essenziali di

Assistenza”⁽⁵⁾. In attesa del cosiddetto “Decreto tariffe” il nuovo documento è stato elaborato al fine di correggere gli errori presenti nel precedente decreto, introdurre nuove prestazioni, ampliare le esenzioni ed aumentare l'offerta della sanità pubblica.

L'aggiornamento attualmente è in attesa di approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni.

Relativamente all'ambito della Endocrinologia e della Diabetologia le proposte di aggiornamento sono sintetizzate nella tabella 2.

Parallelamente la comunità scientifica diabetologica (AMD-SID) ha già individuato delle richieste di modifica dei LEA (alcune già contemplate nell'aggiornamento LEA Aprile 2025) e le ha inserite sulla specifica piattaforma LEA presso il Ministero della Salute⁽⁶⁾. Le richieste riguardano:

- Inserimento **visita diabetologica** (prima visita e visita di controllo).
- Reinserimento **HDL colesterolo** in esenzione 013.
- Reinserimento **esame fundus** in alternativa alla visita oculistica, sia nei LEA sia in esenzione 013.
- Inserimento **fotografia del fundus** in esenzione 013.
- Riconduzione **ecocolorDoppler TSA** a branca endocrinologia (analogamente a ecocolorDoppler arti inferiori).

Tabella 2 | Proposte di aggiornamento relative all'ambito di endocrinologia e diabetologia.

TIPO DI MODIFICA	codice	DENOMINAZIONE
MODIFICA DELLA DESCRIZIONE della prestazione Non incluso "applicazione microinfusore" che risulta una prestazione autonoma.	89.7A .8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale
NUOVA prestazione non-isorisorse: non incorporata nella visita endocrinologica, tariffa € 26,00	99.99.4	APPLICAZIONE DI MICROINFUSORE SOTTOCUTE. Escluso: costo del dispositivo
NUOVA prestazione non-isorisorse	93.82.4	TERAPIA PSICO-EDUCAZIONALE per i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. Per seduta individuale ciclo fino a 10 sedute
NUOVA prestazione non-isorisorse	93.82.5	TERAPIA PSICO-EDUCAZIONALE per i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione per seduta collettiva. ciclo fino a 10 sedute
NUOVA prestazione non-isorisorse	88.74B	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA. Non associabile a Ecografia dell'addome superiore e Ecografia dell'addome completo. Con relative condizioni di erogabilità
NUOVA prestazione isorisorse MODIFICHE ALL'ALLEGATO 8 (DPCM 12 GENNAIO 2017_ALLEGATO D) DIABETE MELLITO_013. Nuovi inserimenti di prestazioni in esenzione 013	90.05.6	ALBUMINA GLICATA Con condizione di erogabilità Nota 113: "Non indicato a fini diagnostici, prescrivibile solo per il monitoraggio glicemico di pazienti con condizioni che possono interferire con le concentrazioni di emoglobina glicata (HbA1c)"
DIFFERENTE ATTRIBUZIONE DI BRANCA Attribuito alla branca endocrinologia	88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi.
MODIFICHE ALL'ALLEGATO 8 (DPCM 12 GENNAIO 2017_ALLEGATO D) DIABETE MELLITO_013 Nuovi inserimenti di prestazioni in esenzione 013	95.11	FOTOGRAFIA DEL <i>FUNDUS</i> : incluso refertazione, prescrivibile in alternativa alla prestazione già presente 95.02 "PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, <i>FUNDUS</i> OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA"; la prescrivibilità in esenzione dell'una o dell'altra, in alternativa, in relazione alle esigenze assistenziali del paziente non comporta oneri aggiuntivi per il SSN
MODIFICHE ALL'ALLEGATO 8 (DPCM 12 GENNAIO 2017_ALLEGATO D) DIABETE MELLITO_013 Nuovi inserimenti di prestazioni in esenzione 013	90.14.1	COLESTEROLO HDL: è reinserita in sostituzione della prestazione "90.13.B COLESTEROLO LDL determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)"

Ulteriori necessità di modifiche, condivise dalla comunità diabetologica attraverso uno specifico gruppo di lavoro AMD-SID ma ancora non inserite nella piattaforma LEA, sono quelle di seguito elencate.

- Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale da Inserire in All. 4: "aggiornamento 'pacchetto' autoimmunità diabete" con cancellazione dai LEA ICA (presenti ma obsoleti) e inserimento di Ab anti IA2 e Ab anti ZnT8 (sono già presenti Ab Anti GAD e Ab Anti-insulina).
- Per quanto riguarda la terapia educativa del diabetico e dell'obeso, sia per seduta individuale che per seduta collettiva: modifica della descrizione della prestazione: "Ciclo di 10 sedute" con "Ciclo fino a 10 sedute".
- Per l'assistenza protesica da Inserire in All. 5: prevedere nuovamente la prescrivibilità delle calzature di serie.

- Attribuzione esenzione 013 da inserire in All. 8 e/o modifica della riconduzione alla branca:
 - applicazione microinfusore, già richiesta prestazione separata da visita endocrinologica/diabetologica (da inserire in 013);
 - emocromo (da inserire in 013);
 - elastografia transiente epatica (da inserire in 013 con specifica nota nell'allegato 8 su criterio proposto: FIB-4 > 2,67 previa valutazione di ecografia addome superiore);
 - valutazione protesica finalizzata alla prescrizione e al collaudo. Medicazione avanzata di ferita complicata con tecniche strumentali. Medicazione avanzata complessa di ferita con estensione 10-25 cm² e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita. (inserire in 013 e attribuire a branca 9);

- biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo. Aspirazione della cute e del tessuto sottocutaneo. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma aspirazione. Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (già in 013 e attribuire a branca 9).

Relativamente alla riconduzione alla branca il DPCM 12 Gennaio 2017 e il successivo aggiornamento di Aprile 2025 chiarisce che «l'articolazione in branche specialistiche ha il solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni che regolano la modalità di compilazione della ricetta (max 8 prestazione della stessa branca nella stessa ricetta), e non limita in alcun modo l'attività dei professionisti dipendenti o convenzionati con il SSN la cui attività è determinata dai rispettivi contratti di lavoro, collettivi e individuali. Le visite specialistiche per cui non è esplicitata la branca sono incluse nella categoria "altre" e possono essere prescritte nella stessa ricetta insieme ad altre prestazioni complementari; pertanto, tali visite devono essere considerate appartenenti alla branca a cui afferiscono tali prestazioni».

Holter glicemico: riflessioni della Consulta dei Presidenti AMD

Per qualsiasi diabetologo al giorno d'oggi il monitoraggio in continuo della glicemia (CGM) è uno strumento basilare per la corretta gestione del diabete. I dispositivi CGM hanno rivoluzionato il trattamento del diabete, in particolare il diabete tipo 1 e quello insulino-trattato, e stanno emergendo evidenze scientifiche su come siano strumenti potentissimi per migliorare non solo la glicemia ma anche gli outcomes di malattia⁽⁷⁻¹⁰⁾. Non era così 10 anni fa, quando i dispositivi CGM erano ancora pochi, complessi, meno precisi e spesso non in grado di trasmettere il dato glicemico in tempo reale. È proprio in tale momento storico, negli anni precedenti al 2017, che sono stati scritti i nuovi LEA in cui è stata inserita la prestazione "Monitoraggio Dinamico della Glicemia (Holter glicemico)", il cui nome stona rispetto alla realtà odierna ma rispecchia quello che per allora era già un grande progresso: consentire ai medici ed ai pazienti di misurare e poi analizzare l'andamento in continuo della glicemia. Le evoluzioni tecnologiche sono state più rapide di quanto si potesse sperare ed è ormai

da molti anni che quotidianamente i diabetologi ed i team di cura delle persone con diabete dedicano tempo ed energie per educare i pazienti all'utilizzo di questi dispositivi, per trasformare la mole di dati che da essi derivano in indicazioni puntuali e personalizzate, per consentire una migliore gestione della glicemia per ogni paziente. Tutto questo lavoro, assolutamente indispensabile e proficuo come già dimostrato dagli studi clinici, non era ancora stato valorizzato dal sistema sanitario, perché non esisteva una specifica prestazione o un rimborso... ma forse siamo ad una svolta! Nei LEA 2017 inserendo la prestazione "Monitoraggio Dinamico della Glicemia (Holter glicemico)" il legislatore ha definito solo i confini generali, cioè la descrizione, la codifica e la tariffa di rimborso, di un atto medico che crediamo debba essere declinato in maniera univoca in base a quelli che sono gli attuali campi di applicazione e gli utilizzi concreti dei sistemi CGM. L'aggiunta di questa prestazione nella pratica clinica necessita di linee di indirizzo precise che ne favoriscano un utilizzo appropriato e omogeneo su tutto il territorio nazionale. Per tale motivo riteniamo importante che parta dalla comunità diabetologica, prima che dagli organi istituzionali, la definizione e la condivisione dei criteri attraverso cui la prestazione deve essere regolamentata.

Come Consulta dei Presidenti regionali abbiamo individuato alcuni ambiti fondamentali per la strutturazione e l'applicazione della prestazione Monitoraggio dinamico della glicemia (Holter glicemico) e di seguito vengono riportate alcune proposte in merito.

Campi di applicazione

La prestazione ha il suo prevalente utilizzo nei seguenti casi: pazienti con microinfusore e CGM, pazienti in gravidanza con microinfusore e CGM, pazienti in MDI basal-bolus e CGM. Altre applicazioni cliniche possibili sono: l'applicazione del CGM e lo scarico e lettura dati in pazienti in terapia basal-oral o basal-plus, in pazienti con diabete non insulino-trattato, nella diagnosi del prediabete o nella diagnosi di ipoglicemia.

Modalità di esecuzione

La prestazione può essere svolta sia in presenza che in telemedicina. La prima applicazione di un sensore (che richiede un training) e la valutazione dei profili durante le fasi di instabilità glicemica, dovrebbero essere previste solo in presenza. La telemedi-

cina viene proposta per il controllo di un paziente cronico stabilizzato, per il paziente fragile e/o ad alta complessità in un setting domiciliare o in strutture sanitarie di lungodegenza/RSA/hospice attraverso la mediazione di un caregiver, e alle donne in gravidanza che necessitano di controlli ravvicinati. Si prevede un tempo da dedicare alla singola prestazione Holter glicemico pari a 30 minuti.

Modalità di prescrizione

L'Holter glicemico, sia con i sensori a tecnologia avanzata che con quelli a tecnologia base, è considerato come prestazione di "secondo livello" che fa parte di un piano di cura strutturato e che deve essere necessariamente programmato e interpretato dallo specialista diabetologo. La richiesta della prestazione dovrebbe essere fatta dallo specialista diabetologo o endocrinologo, e non dal MMG o da altri specialisti, per garantire una maggiore appropriatezza. L'esenzione 013 verrà utilizzata quando applicabile. Nell'ambito della gestione integrata in PDTA strutturati, il MMG potrebbe essere colui che individua pazienti candidabili all'Holter glicemico, da proporre poi allo specialista per la specifica prescrizione ed esecuzione. I sensori utilizzati per la prestazione Holter glicemico saranno quelli prescritti al singolo paziente per l'automonitoraggio del glucosio. Nel caso di utilizzo occasionale per un breve periodo (giorni o settimane), soprattutto se a scopo diagnostico, la fornitura dei sensori può essere effettuata *una tantum* a cura dell'unità operativa o con prescrizione al paziente in base alle singole regole di prescrizione regionali o aziendali.

Modalità di refertazione

La prestazione Holter glicemico deve prevedere una refertazione standardizzata che comprenda gli elementi che permettono di passare dalla *lettura* alla *interpretazione* dei dati glicemici. Il referto deve contenere i parametri standard della glucometria (TIR, TAR, TBR, CV, glucosio medio, GMI, e tempo di attività del sensore) derivati dall'Ambulatory Glucose Profile (AGP) e inoltre le seguenti informazioni: il target range per fenotipo (DM tipo 1, gravidanza, paziente fragile, etc.); la evidenza di pattern ripetuti (spike, nadir), espressione di variabilità in alcuni momenti della giornata; la descrizione del profilo del glucosio notturno, di quello al risveglio la mattina e dell'andamento dopo i pasti; le indicazioni per l'adeguamento della terapia alla luce delle rile-

vazioni descritte nei punti precedenti. È auspicabile l'adozione di un modello di referto condiviso. Si sottolinea il valore medico-legale del referto, al pari di qualsiasi altro referto medico, e l'importanza della registrazione nella cartella informatica dell'attività svolta, di quanto osservato e identificato ed eventualmente corretto, anche al fine di rendere conto del tempo impiegato.

Tipologia di sensore da utilizzare

Tutti i CGM in grado di produrre un report standardizzato per un determinato periodo di monitoraggio (7, 14, 30, 90 giorni) e le eventuali evoluzioni tecnologiche possono essere presi in considerazione per la prestazione Holter glicemico.

Ruolo dell'infermiere e del dietista

L'infermiere esperto e il dietista hanno un ruolo fondamentale nell'educazione e nella formazione di pazienti e caregiver, ma non possono essere il solo operatore a gestire la prestazione Holter glicemico. La formazione del paziente all'uso dell'apparecchio è inclusa nella prestazione e non deve essere inserito come prestazione infermieristica autonoma.

Conclusioni

I nuovi LEA entrati in vigore dal dicembre 2024 cambiano in parte l'assistenza alle persone con diabete, prevedendo alcune modifiche delle prestazioni garantite e limitandone altre. La più grande novità per la diabetologia presente in questi LEA è la nuova prestazione Holter glicemico, che permette di mettere in luce il prezioso lavoro svolto da anni dai diabetologi nella raccolta, osservazione e interpretazione dei dati glicemici prodotti dai sensori CGM. La possibilità di valorizzare queste attività e di produrre uno specifico referto consente finalmente al diabetologo di vedere riconosciuta una competenza specifica nella gestione del compenso glicometabolico, utilizzando al meglio le potenzialità delle tecnologie applicate al diabete. La Consulta dei Presidenti Regionali 2023/2025 si è interrogata su come definire in modo condiviso e chiaro le modalità operative e i confini di questa nuova prestazione, le indicazioni che ne disciplinano la rimborsabilità e gli standard per la refertazione. Solo così si riuscirà a sfruttare appieno questa opportunità, valorizzando il lavoro dei diabetologi e migliorando l'assistenza alle persone con diabete.

In un mondo in continua evoluzione, ogni cambiamento ne porta inevitabilmente altri, spesso altrettanto rilevanti. La possibilità di aggiornare i LEA rappresenta uno strumento fondamentale per garantire la migliore tutela della salute pubblica. È responsabilità condivisa, soprattutto delle società scientifiche, agire come sentinelle del sistema sanitario, monitorando i bisogni emergenti e proponendo modifiche ogni volta che si rendano necessarie.

Bibliografia

1. D.P.C.M. 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2002/02/08/02A00907/sg.
2. La Legge istitutiva la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/12/30/15G00222/sg.
3. DPCM del 23 aprile 2008 I Livelli Essenziali di Assistenza www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/05/30/08A03777/sg.
4. Il DPCM del 2017 e gli allegati www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/il-dpcm-del-2017-e-gli-allegati/.
5. Pronto l'aggiornamento dei Lea. Arrivano nuovi screening per la mammella e per la Sma, test di ultima generazione e si ampliano le esenzioni. Ecco la proposta del Ministero Salute - Quotidiano Sanità www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=129213.
6. www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/riciesta-di-aggiornamento-dei-lea/.
7. Diabetes Technology: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care 48(Suppl. 1): S146–S166 | <https://doi.org/10.2337/dc25-S007>, 2025.
8. Ajjan RA, Battelino T, Cos X et al. Continuous glucose monitoring for the routine care of type 2 diabetes mellitus. Nat Rev Endocrinol 20, 426–440 <https://doi.org/10.1038/s41574-024-00973-1>, 2024.
9. Reaven PD, Zhou JJ et al. Continuous glucose monitoring is associated with improved glycemic control and a reduction in clinical events in individuals with Type 1 and Type 2 diabetes within the Veterans Health Administration. Diabetes Care 46:854–863 | <https://doi.org/10.2337/dc22-2189>, 2023.
10. Glycemic Goals and Hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care 48(Suppl. 1): S128–S145 <https://doi.org/10.2337/dc25-S006>, 2025.