

# SALUTE QUITÀ

## **Nuovi LEA e Cronicità tra disuguaglianze e Diritti inesigibili dei pazienti**

**5° Report**

A cura di:

Tonino Aceti, Paolo Del Bufalo, Sabrina Nardi, Maria Pia Ruggieri

1. Analisi preliminare	3
2. I Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza	6
• a) Le principali innovazioni	7
• b) Il monitoraggio Lea	8
• c) L'aggiornamento Lea	9
• d) Il livello di attuazione e gli inadempimenti	10
• e) Disuguaglianze: il caso dell'asma e della Poliposi nasale	13
3. Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC)	15
• a) I numeri della cronicità	15
• b) Architettura del Piano	17
• c) Attuazione	19
4. Conclusioni e proposte	20
5. Bibliografia e sitografia	21

© Salutequità, Luglio 2021.

Attribuzione: 5° Report Salutequità - Luglio 2021 - Disponibile su [www.salutequita.it](http://www.salutequita.it) Questo documento è distribuito con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale. È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte

## 1. Analisi preliminare

La pandemia da Covid 19 che il Paese sta ancora attraversando ha avuto un impatto molto importante sull'accessibilità alle cure da parte di tutti i cittadini, a partire da quelli con fragilità.

E' il IV Report di Salutequità "le cure mancate nel 2020"<sup>1</sup> a tracciare il quadro preciso della situazione, analizzando ed evidenziando i dati contenuti nel Rapporto 2021 sul Coordinamento della Finanza Pubblica della Corte dei Conti:

- Nel 2020 oltre 1,3 milioni i ricoveri in meno rispetto al 2019  
Saltano anche i ricoveri urgenti: -554.123
- Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria e Chirurgia Vascolare sono le aree particolarmente interessate dal calo delle prestazioni
- Nell'ambito cardiovascolare il calo è stato di circa il 20% (impianti di defibrillatori, pacemaker ed interventi cardiocirurgici rilevanti).
- Riduzioni importanti anche in ambito oncologico.  
I ricoveri di chirurgia oncologica hanno visto una contrazione del 13%.  
Ridotti del 15% i ricoveri per radioterapia e del 10% quelli per chemioterapia, del 30% i ricoveri per il tumore della mammella, del 20% per i tumori di polmone, pancreas e apparato gastro intestinale.
- Anche i ricoveri per la gestione al paziente cronico hanno visto una forte contrazione.
- La specialistica ambulatoriale ha visto una contrazione di 144,5 milioni di prestazioni: circa 90 milioni di prestazioni in meno di laboratorio, 8 milioni in meno di prestazioni di riabilitazione, 20 milioni di prestazioni di diagnostica perse.
- Circa il 67% delle risorse stanziato nel 2020 per il recupero delle prestazioni non sono state spese dalle Regioni. L'accantonamento delle

---

<sup>1</sup> <http://salutequita.it/cure-mancate-report-iv/>

risorse è stato pari a circa il 96% nelle Regioni meridionali e insulari, di circa il 54% al Nord e del 45% al Centro.

**DIFFERENZIALE RICOVERI OSPEDALIERI ANNI 2019-2020  
(DRG MEDICI E CHIRURGICI -VOLUMI E VALORI)**

variazioni Volumi			variazione Valore (in milioni di euro)			
Ricoveri	DRG Medici	DRG Chirurgici	Totale	DRG Medici	DRG Chirurgici	Totale
Urgenti	-460.599	-93.524	-554.123	-664,5	-449,9	-1.114,4
Programmati	-221.253	-525.758	-747.011	-390,1	-2.205,1	-2.595,2
<b>Totale</b>	<b>-681.852</b>	<b>-619.282</b>	<b>-1.301.134</b>	<b>-1.054,6</b>	<b>-2.655,0</b>	<b>-3.709,5</b>

Fonte: Salutequità su Rapporto 2021 Coord. Finanza Pubblica Corte dei Conti, dati Ministero della salute

**DIFFERENZIALE RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMATI DRG AFFERENTI A  
DISCIPLINE CHIRURGICHE ANNI 2019-2020 (DRG MEDICI E CHIRURGICI -VOLUMI E  
VALORI)**

variazioni Volumi			variazione Valore (in milioni di euro)			
Specialità chirurgiche	DRG Chirurgici	DRG Medici	Totale	DRG Chirurgici	DRG Medici	Totale
<b>Chirurgia generale</b>	<b>-128.784</b>	<b>-9.685</b>	<b>-138.469</b>	<b>-404,4</b>	<b>-18,4</b>	<b>-422,8</b>
Chirurgia naso-bocca-faringe	-41.366	-3.328	-44.694	-74,6	-2,0	-76,6
Chirurgia vascolare	-24.737	-1.503	-26.240	-132,7	-3,8	-136,5
Chirurgia dell'orecchio	-5.644	-341	-5.985	-11,5	-0,2	-11,7
<b>Cardiochirurgia</b>	<b>-5.947</b>	<b>-8</b>	<b>-5.955</b>	<b>-131,1</b>	<b>0,0</b>	<b>-131,1</b>
Chirurgia sistema respiratorio	-5.102	-594	-5.696	-22,0	-0,3	-22,3

Fonte: Salutequità su Rapporto 2021 Coord. Finanza Pubblica Corte dei Conti, dati Ministero della salute

DIFFERENZIALE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER CATEGORIA FA.RE DI 1° LIVELLO ANNI 2019-2020 (VOLUMI E VALORI)						
Var. volume prestazioni strutture private strutture			var volume prestazioni strutture pubbliche		var in valore (in milioni di Euro)	
	n. in migliaia	comp %	n. in migliaia	comp %	Strutture private	Strutture pubbliche
Diagnostica	-3.834,3	26,9	-16.238,4	12,5	-179,3	-632,8
Laboratorio	-2.895,9	20,3	-87.556,4	67,2	-11,9	-435,4
Riabilitazione	-3.794,2	26,7	-4.519,0	3,5	49,5	-62,3
Terapeutica	-1.960,1	13,8	-5.068,0	3,9	-103,7	-428,6
Visite	-1.748,6	12,3	-16.947,7	13,0	-33,8	-297,0
Subtotale	-14.233,1	100,0	-130.329,6	100,0	-279,2	-1.855,9
<b>Totale</b>			<b>-144.563</b>		<b>-2.135,1</b>	

Fonte: Salutequità su Rapporto 2021 Coord. Finanza Pubblica Corte dei Conti, dati Ministero della salute

Il Governo sta provando a fornire una risposta a questa situazione attraverso il recente Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73 "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali", il quale all'art. 26 ripropone la strategia del Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104 (Decreto agosto), prevedendo il recupero da parte delle Regioni delle prestazioni non erogate durante il 2020 e l'utilizzo delle risorse stanziare (dallo stesso Decreto Agosto) ma in gran parte ancora non impegnate.

Il finanziamento di questa misura, come abbiamo già avuto modo di segnalare nel IV Report di Salutequità, da solo non basta più.

Serve:

- un sistema efficiente, efficace e tempestivo sull'attuazione da parte delle Regioni delle misure volte al recupero delle prestazioni;
- la previsione di poteri sostitutivi del livello centrale nel caso di inerzia delle Regioni;
- la realizzazione da parte del Ministero della Salute di linee guida per le Regioni volte a fornire strumenti operativi per il recupero delle

prestazioni perse e per garantire il doppio registro del SSN (covid e non covid) qualora il prossimo autunno-inverno dovesse ripartire il contagio;

- prevedere l’inserimento del recupero delle prestazioni e dell’utilizzo delle relative risorse da parte delle Regioni tra gli indicatori del Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia dei LEA.

Se da una parte il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta certamente una straordinaria opportunità per rafforzare, innovare e garantire la prossimità del SSN, accanto a tutto questo dobbiamo mettere in campo un vero e proprio **“National Recovery Plan For Patients’ Rights”**, rilanciando il tema dell’esigibilità ed effettività dei diritti dei pazienti, dell’allargamento del loro perimetro e del contrasto alle disuguaglianze.

Per fare questo è prioritario partire da due grandi pilastri incompiuti dei diritti dei pazienti: i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e il Piano Nazionale della Cronicità (PNC).

E’ proprio questo l’obiettivo del V Report di Salutequità **“Nuovi LEA e Cronicità tra disuguaglianze e diritti inesigibili dei pazienti”**: scattare una fotografia sul loro stato di attuazione, evidenziare scadenze e adempimenti non rispettati, aumentare il livello di attenzione pubblica sul tema, nonché provare ad individuare alcune azioni di miglioramento molto concrete volte a cambiare lo status quo.

## 2.1 nuovi LEA

La legge costituzionale 3/2001 (riforma del Titolo V), introduce il concetto di Livelli Essenziali e lo fa assegnandone la competenza esclusiva allo Stato attraverso l’art. 117 lettera m): *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”*.

E’ attraverso il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, che vengono introdotti i Livelli Essenziali di assistenza (LEA)

in sanità, cioè tutte quelle prestazioni che devono esser garantite dal SSN a tutti i cittadini del nostro Paese.

Ci sono voluti sedici anni per vedere approvata la revisione dei LEA mediante il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017), il quale definisce i nuovi LEA e sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001.

I nuovi Lea si compongono di **64 articoli, 6 Capi, 12 Allegati** e i lavori per la loro predisposizione, da aprile a dicembre 2014, hanno visto coinvolti il Ministero della Salute, le Regioni e l'Agenas.

## a) Le principali innovazioni

Diverse le prestazioni introdotte con i nuovi Lea. Ecco alcuni esempi:

- analgesia epidurale nelle strutture sanitarie individuate dalle Regioni;
- nuove vaccinazioni;
- sono stati inseriti dispositivi medici monouso (es. cateteri, ausili assorbenti, sacche per stomie, medicazioni avanzate per le lesioni da decubito,..). Vi sono forniture di dispositivi per le persone con diabete e si riconosce l'erogazione di presidi per i malati rari. E' sancita la fornitura di prodotti dietetici alle persone affette da malattie metaboliche congenite e da fibrosi cistica, l'erogazione di alimenti senza glutine per la celiachia, latte artificiale per i bambini di madri con infezione HIV/AIDS. Si sancisce inoltre che tutte le Regioni garantiscano prodotti apteici ai soggetti affetti da nefropatia cronica (in precedenza accadeva in alcune Regioni);
- vengono riconosciute e rimborsate tecnologie innovative per la comunicazione delle persone con disabilità gravi, nonché alcuni dispositivi acustici innovativi;
- sono garantite dal SSN prestazioni come l'**adroterapia, la procreazione medicalmente assistita...**, altre prestazioni per la diagnosi e il

monitoraggio di malattie rare, nonché quelle per la gestione delle malattie croniche;

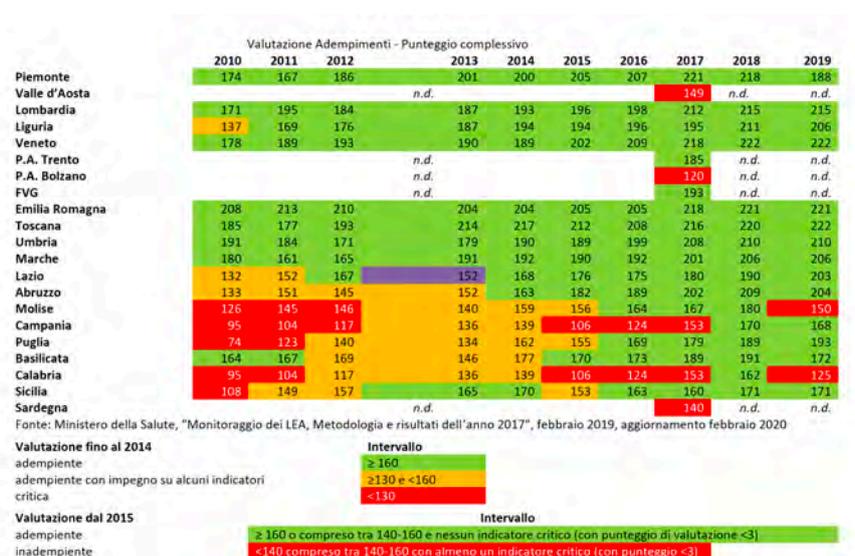
- diviene obbligatorio in ogni Regione lo screening neonatale esteso per 47 patologie rare;
- l'elenco delle malattie rare vede l'inclusione e il riconoscimento di 110 nuove malattie o gruppi. L'elenco delle malattie croniche viene integrato con sei nuove patologie: broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), rene policistico autosomico dominante, osteomielite cronica, l'endometriosi, malattie renali croniche, sindrome da talidomide. Si modifica il riconoscimento della celiachia: viene prevista come malattia cronica e non più come rara.

## b) Il monitoraggio Lea

Il DM 12 marzo 2019 (GU 14 giugno 2019) ha previsto l'entrata in vigore, dal 1° gennaio 2020, del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

Il Nuovo Sistema di Garanzia va a sostituire, a partire dall'anno di valutazione 2020, la Griglia LEA.

Il sistema di monitoraggio basato sulla griglia LEA certifica che nel 2019 le Regioni inadempienti sono 2, Molise e Calabria.



Fonte: Corte dei Conti, Rapporto 2021 sul Coordinamento della Finanza Pubblica

Diversamente gli ultimi dati disponibili relativi alla “Sintesi della Sperimentazione Indicatori Core 2018” del nuovo Sistema Nazionale di Garanzia ci restituisce una situazione più seria con ben **8 Regioni inadempienti**, con una particolare sofferenza nell’area dell’assistenza distrettuale.

Regione	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
PIEMONTE	93,04	88,31	85,59
VALLE D'AOSTA	72,30	36,70	71,54
LOMBARDIA	89,94	83,44	79,93
PROV. AUTON. BOLZANO	51,86	40,60	71,38
PROV. AUTON. TRENTO	93,02	72,90	94,18
VENETO	91,72	94,65	85,93
FRIULI VENEZIA GIULIA	73,20	76,42	82,94
LIGURIA	83,50	86,84	75,84
EMILIA ROMAGNA	93,26	94,32	90,70
TOSCANA	88,48	89,79	90,91
UMBRIA	93,92	67,48	87,33
MARCHE	82,03	76,70	77,04
LAZIO	84,99	62,40	73,25
ABRUZZO	86,24	74,05	68,54
MOLISE	79,55	44,49	44,74
CAMPANIA	74,67	64,30	58,07
PUGLIA	79,39	70,57	72,14
BASILICATA	84,16	45,09	75,83
CALABRIA	64,03	58,44	47,22
SICILIA	50,76	75,64	n.c.
SARDEGNA	75,78	34,50	64,60

Fonte: Ministero Salute

### c) L'aggiornamento Lea

La Legge di stabilità 2016 (L. 208/2015), all'art. 1, commi 554 e 559, disciplina le due possibili procedure di aggiornamento dei Lea.

La prima è quella che determina ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, come il DPCM 12 gennaio 2017, ed è così articolata:

decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari.

La seconda invece, prevista dal comma 559, riguarda le ipotesi di aggiornamento dei livelli essenziali che non determinano ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, andando a modificare le prestazioni facendo leva sui criteri di appropriatezza. Questa seconda procedura prevede come provvedimento finale un decreto del Ministro della salute e la Conferenza Stato-Regioni esprime un parere sullo schema di decreto così come le Commissioni parlamentari competenti.

Il soggetto che esamina tutte le richieste di aggiornamento è la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale attraverso una specifica procedura:

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5158&area=Lea&menu=aggLea>

## d) Il livello di attuazione e gli inadempimenti

### I° inadempimento

Purtroppo, ad oltre quattro anni dalla loro approvazione, una buona parte dei nuovi Lea sono rimasti al palo. Ci riferiamo in particolare all'entrata in vigore delle misure in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, ad una parte delle disposizioni-nomenclatori sull'assistenza protesica, alle nuove prestazioni specialistiche in esenzione per le nuove malattie croniche e rare riconosciute. All'appello manca il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni (il cosiddetto Decreto Tariffe).

In assenza di questo Decreto, l'accesso a tutte le innovazioni contenute nei nuovi Lea continuerà ad essere un privilegio per pochi cittadini, quelli che vivono in quelle Regioni che già prima dell'approvazione le avevano garantite come "extra Lea". Parliamo quindi dei cittadini di Regioni non in Piano di rientro, con i Livelli Essenziali di Assistenza e i conti in ordine.

La mancata emanazione del Decreto Tariffe, quindi, rappresenta un moltiplicatore di disuguaglianze tra cittadini, tra Regioni (in Piano e non) e aree del Paese, nonché tra categorie di pazienti.

Un problema noto alle Istituzioni da anni sul quale sono intervenute diverse interrogazioni parlamentari e diverse risposte da parte di Governi di differente estrazione politica, con le stesse argomentazioni: c'è la necessità di valutare l'impatto economico e di trovare l'allineamento tra Ministero della Salute e Ministero dell'Economia.

**Il termine per l'emanazione del Decreto di fissazione delle tariffe massime delle prestazioni, era stato individuato al 28 febbraio 2018 dalla legge di bilancio 2018 (art. 1, comma 420, della legge 205/2017).**

Ad oggi tale scadenza continua ad essere “bucata” perché l’accordo sull’impatto economico dei nuovi Lea non si è ancora trovato, nonostante l’ulteriore richiamo del **Patto per la Salute 2019-2021**, che alla scheda 2 recita: *“Governo e Regioni convengono sulla necessità di completare al più presto il percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 “Nuovi LEA”, attraverso l’approvazione del decreto che fissa le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che consente l’entrata in vigore dei relativi Nomenclatori sull’intero territorio nazionale”*.

Ecco una delle molteplici risposte del Governo ad una delle molte interrogazioni parlamentari intervenute sul tema.

Atto Camera

**Risposta scritta pubblicata Giovedì 25 luglio 2019  
nell'allegato al bollettino in Commissione XII (Affari sociali)  
5-02602**

L'articolo 64 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, subordina l'entrata in vigore dei nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, limitatamente agli ausili su misura, all'approvazione del decreto interministeriale di definizione delle tariffe massime nazionali delle medesime prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica.

In conseguenza di tale previsione, fino all'approvazione di detto decreto, resteranno in vigore i nomenclatori vigenti prima dell'approvazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017, risalenti l'uno al 1996 (specialistica ambulatoriale) e l'altro al 1999 (assistenza protesica).

Al riguardo, occorre sottolineare che molte delle nuove prestazioni sono già erogate da alcune regioni (ad esempio, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e altre regioni non in piano di rientro dal disavanzo sanitario), perché la normativa vigente consente loro di erogare prestazioni «extra LEA» se in equilibrio economico e non in piano di rientro.

Ne consegue che tali nuove prestazioni innovative (ad esempio: aeroterapia, procreazione medicalmente assistita, nuove tipologie di dialisi, prestazioni di laboratorio, ecc.) continueranno ad essere fornite nelle regioni in questione.

Ciò premesso, con riferimento all'iter in corso sulla definizione delle tariffe, si fa presente che la proposta di tariffe, dopo un ulteriore affinamento della valutazione di impatto resa possibile dalle nuove disponibilità dei dati messi a disposizione dai servizi del Ministero dell'economia e delle finanze, nel senso di una maggiore completezza del flusso relativo al «Sistema Tessera Sanitaria» per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, sarà trasmessa quanto prima allo stesso Dicastero per la necessaria verifica della stima di impatto, e per il proseguimento dell'iter.

In ogni caso, si rappresenta che sulla base della relazione tecnica predisposta dal Ministero della salute, la stima di impatto risulta compatibile con le risorse finanziarie assegnate alle regioni, in applicazione dell'articolo 1, comma 555, della legge n. 208 del 2015, laddove è prevista la finalizzazione, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario *standard* nazionale, dell'importo di 800 milioni di euro.

Fonte: <https://aic.camera.it/aic/scheda.html?numero=5-02602&ramo=C&leg=18>

## II° inadempimento

Un altro inadempimento è rappresentato dal mancato aggiornamento dei Lea. E' infatti l'articolo 1, comma 558, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, a prevedere un aggiornamento annuale dei Lea a cura della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale: per l'anno 2017 **l'aggiornamento si sarebbe dovuto concludere entro il 28 febbraio 2017 e l'adozione del relativo provvedimento entro il 15 marzo 2017**.

Ad oggi non vi è stato alcun tipo di aggiornamento.

### III° inadempimento

Come riportato sul sito del Ministero della Salute (<https://www.salute.gov.it/portale/lea/homeLea.jsp>) "il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000.

**Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020".**

Ad oggi però non disponiamo ancora di alcun dato relativo alla valutazione delle Regioni per l'anno 2020: è tutto fermo ai dati della sperimentazione per l'anno 2018.

### IV° inadempimento

All'art. 21 del Dpcm 12 gennaio 2017 viene affrontato il tema dei Percorsi Assistenziali Integrati prevedendo che "I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali... prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni.

Ad oggi non sono state ancora definite le linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa di cui sopra.

### V° inadempimento

Al fine di non aumentare le disuguaglianze, l'art. 64 del Dpcm 12 gennaio 2017 prevede che "con successivi appositi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province

autonome, su proposta del Ministro della salute sono fissati criteri uniformi per la individuazione di limiti e modalità di erogazione delle prestazioni che il presente decreto demanda alle regioni e alle province autonome”.

Ad oggi tali Accordi non sono stati ancora varati.

### **e) Disuguaglianze: il caso dell’asma e della Poliposi nasale**

I nuovi Lea hanno introdotto nuove prestazioni sanitarie rimborsate dal SSN. Tra queste abbiamo preso in considerazione l’esame del FENO (ossido nitrico esalato) utilizzato per le malattie respiratorie come l’asma. Per verificarne l’equità di accesso da parte dei cittadini Salutequità ha realizzato (maggio 2021) un’indagine passando in rassegna i nomenclatori tariffari di dieci Regioni.

A causa della mancata emanazione del Decreto tariffe, su dieci Regioni monitorate solo una garantisce l’erogazione di questo esame attraverso l’inserimento di un codice ad hoc: la Regione Friuli Venezia Giulia (Regione a Statuto Speciale). Un’evidente e inaccettabile disuguaglianza.

Gli altri due esami presi in considerazione, nell’ambito dell’indagine svolta da Salutequità, con i codici 89.38.6 (VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI) e 89.38.8 (TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI), già rimborsati da parte del SSN con i vecchi Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) del 2001, sono caratterizzati da importanti differenze relative alle tariffe di rimborso delle Regioni nei confronti del soggetto erogatore, con una forbice che può arrivare per una stessa prestazione anche a 30 euro.

Altri profili di iniquità sono rappresentati dal fatto che per nessuno dei tre esami è prevista l’esenzione totale dal pagamento del ticket per i pazienti con asma, e che per quanto riguarda la poliposi nasale, invece, questa non è neanche riconosciuta all’interno dei Lea come patologia cronica esente ticket.

Regioni	Codici	Tariffe
LOMBARDIA	<b>89.38.6</b>	<b>€ 99,76</b>
	89.38.8	€ 23,75
FVG	<b>93.99.4 (MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO)</b>	<b>€ 23,20</b>
	89.38.6	€ 89,00
VENETO	89.38.8	€ 29,60
	89.38.6	€ 71,10
PIEMONTE	89.38.8	€ 23,70
	<b>89.38.6</b>	<b>€ 69,70</b>
EMILIA ROMAGNA	89.38.8	€ 23,20
	89.38.6	€ 69,70
TOSCANA	89.38.8	€ 24,50
	89.38.6	€ 70,00
LAZIO	89.38.8	€ 24,00
	89.38.6	€ 69,72
SICILIA	89.38.8	€ 23,24
	89.38.6	€ 69,72
PUGLIA	89.38.8	€ 23,24
	89.38.6	€ 69,72
CAMPANIA	89.38.8	€ 23,24
	89.38.6	€ 69,72
Fonte: Salutequità		

## 3. Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC)

### a) I numeri della cronicità

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche.

Nella regione europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. Ed entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di euro per anno.

I cronici in Italia sono 26 milioni, il 43% della popolazione. Di questi il 39% ha una cronicità (23,5 milioni) e il 4% una cronicità complessa (multi cronicità anche gravi: 2,5 milioni di persone con cure domiciliari di II e III livello, cure palliative e hospice).

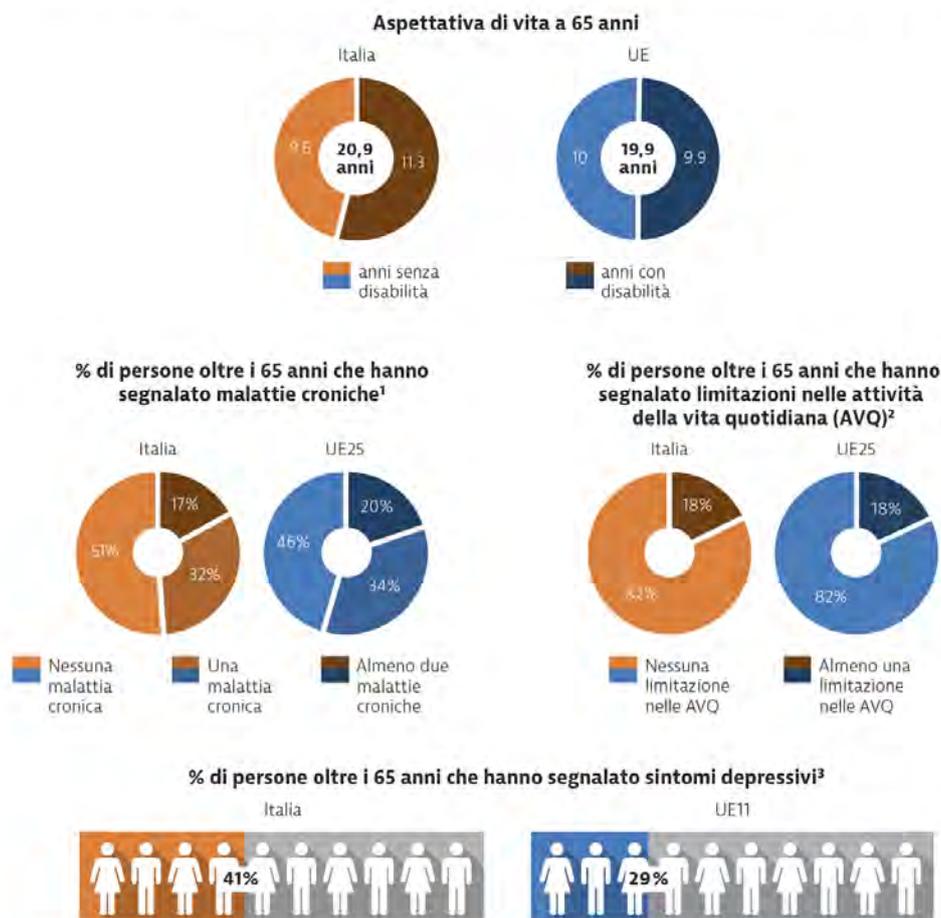
Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte in quasi tutto il mondo, in Europa sono causa di circa l'86% dei decessi.

Ma l'Italia, pur ponendosi agli ultimi posti nella classifica dell'Europa a 28 (dal 2020 a 27 per Brexit), presenta (dati Eurostat) forti differenziazioni regionali con percentuali di decessi per cronicità sul totale dei decessi che vanno da meno del 19% nelle Regioni del Nord a quasi il 25% in quelle del Sud.

E un'ulteriore diversità – sempre secondo i dati Eurostat – è tra uomini (19,6% nel 2019) e donne (24,5%).

Secondo il profilo della Sanità italiana 2020 della Commissione Europea, pubblicato dall'OCSE circa la metà degli italiani dichiara di soffrire di una o più malattie croniche dopo i 65 anni.

Circa la metà degli italiani dichiara di soffrire di una o più malattie croniche dopo i 65 anni



*Nota: 1. Le malattie croniche includono l'infarto, l'ictus, il diabete, il morbo di Parkinson, il morbo di Alzheimer, l'artrite reumatoide o l'osteoartrite. 2. Tra le attività di base della vita quotidiana rientrano le seguenti: vestirsi, camminare in una stanza, fare il bagno o la doccia, mangiare, salire o scendere dal letto e usare i servizi igienici. 3. Si considerano affette da sintomi depressivi le persone che riferiscono di avere più di tre sintomi depressivi (su 12 variabili possibili).  
Fonti: Banca dati di Eurostat sulla speranza di vita e sugli anni di vita in salute (i dati si riferiscono al 2017); indagine SHARE per gli altri indicatori (i dati si riferiscono al 2017).*

Fonte: OCSE

## b) Architettura del Piano

Il Piano è articolato in due blocchi.

Nel primo oltre la strategia generale per la presa in carico delle cronicità, vengono individuati obiettivi, linee di azione, risultati attesi, richiamando l'attenzione sul valore delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza e dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e affrontando anche la cronicità in età evolutiva.

Nel secondo blocco vengono affrontate specifiche patologie croniche, "per la maggior parte delle quali al momento non esistono atti programmatori specifici a livello nazionale, individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure.

Esse sono:

- malattie renali croniche e insufficienza renale;
- malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;
- malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn;
- malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca;
- malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi
- malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria;
- insufficienza respiratoria in età evolutiva;
- asma in età evolutiva;
- malattie endocrine in età evolutiva;
- malattie renali croniche in età evolutiva.

Per ciascuna il Piano prevede: a) un sintetico inquadramento generale (definizioni, dati epidemiologici, caratteristiche generali dell'assistenza); b) un elenco delle principali criticità dell'assistenza; c) la definizione di obiettivi generali, specifici, la proposta di linee di intervento, di risultati attesi e di alcuni indicatori per il monitoraggio." (Fonte: PNC)

**L'elenco delle patologie doveva essere aggiornato e integrato dalla Cabina di regia, ma ad oggi non vi è stata alcuna revisione.**

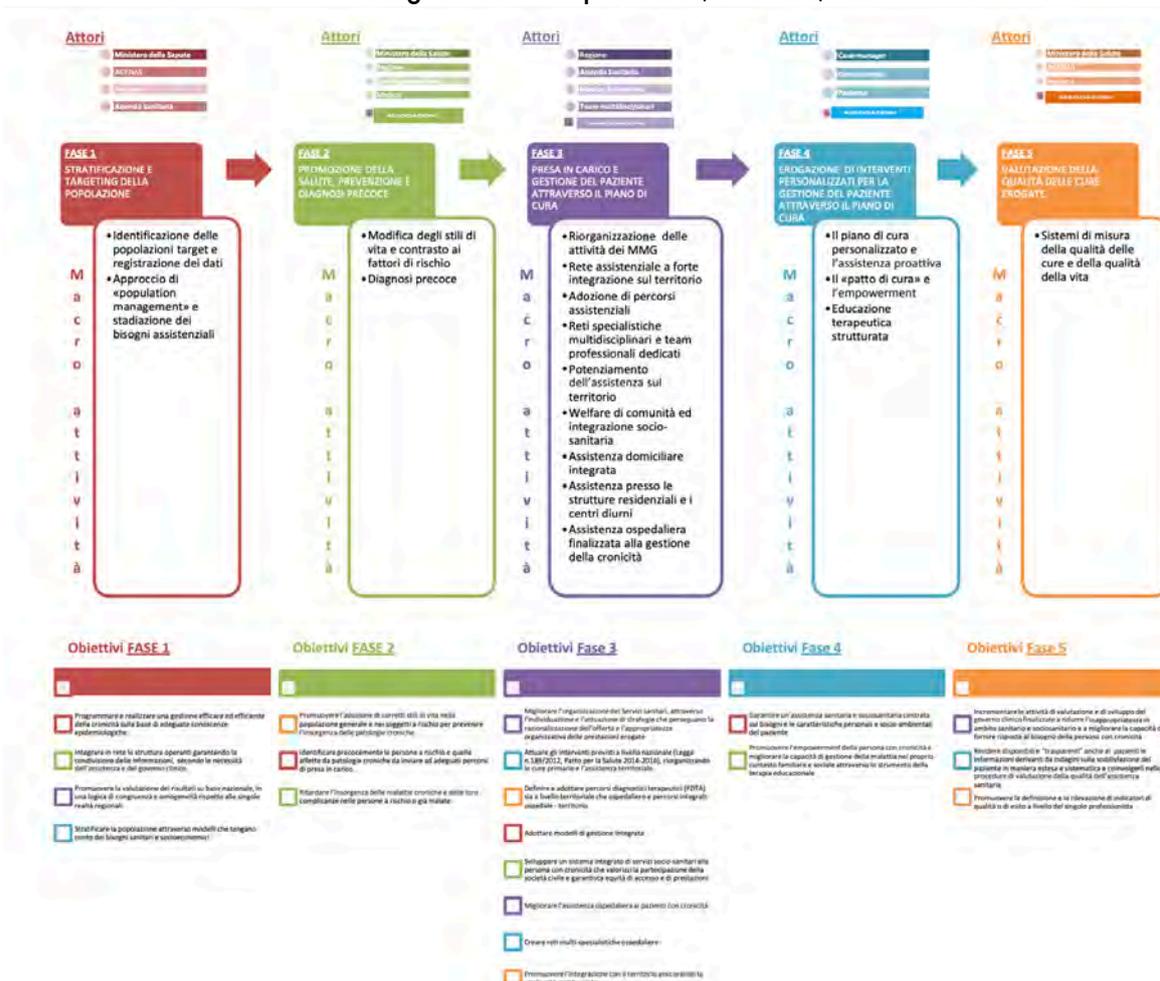
### Gli elementi chiave di gestione della cronicità

1. Aderenza
2. Appropriatezza
3. Prevenzione
4. Cure domiciliari
5. Informazione, educazione, empowerment
6. Conoscenza e competenza

Gli aspetti trasversali dell'assistenza per la cronicità (Fonte: PNC)



Il disegno del macroprocesso (Fonte: PNC)



## c) Attuazione

A distanza di quasi 5 anni dall'approvazione del Piano nazionale delle cronicità, tutte le Regioni, lo hanno recepito.

I tempi di recepimento vanno dai 2 mesi della Puglia agli oltre 3 anni della Sicilia. Differenti anche le modalità di recepimento: Delibere di Giunta Regionali o Delibere del Commissario ad Acta, Delibere del Direttore Generale, Leggi Regionali,... Ci sono recepimenti formali come, ad esempio, quelli di Molise e Calabria e recepimenti più sostanziali, cui sono seguiti strategie e azioni puntuali per attuare concretamente i contenuti e il modello del Piano Nazionale della Cronicità. E' il caso, solo per fare alcuni esempi, del Piemonte, dell'Umbria e del Veneto che lo ha recepito direttamente all'interno del proprio Piano socio sanitario regionale 2019-2023.

Regioni	Provvedimento di recepimento del Piano nazionale approvato il 15 settembre 2016	Mesi dall'approvazione del Piano nazionale	Anni dall'approvazione del Piano nazionale
Abruzzo	Con nota 7.11.2019 ha comunicato che con DGR del 18.6.2018 ha formalmente recepito il Piano nazionale Cronicità	21	1,75
Basilicata	DGR 729/2019 (con comunicato stampa, ma non si trova un riscontro e non è stata trasmessa la deliberazione)	38	3,17
Bolzano	Con nota 5 aprile 2019 ha comunicato che, con delibera della Giunta provinciale n.1281 del 4 dicembre 2018 ha approvato il "Masterplan Chronic Care 2018-2020", in recepimento del Piano nazionale cronicità	27	2,25
Campania	Decreto commissario ad acta n. 60 del 24.07.2019	35	2,92
Calabria	Decreto commissario ad acta n. 93 del 18 giugno 2019	33	2,75
Emilia Romagna	D.G.R. N. 429 del 5 APRILE 2017	7	0,58
FVG	C'è solo un comunicato stampa che annuncia il recepimento ad agosto 2020, ma non si trova un riscontro e non è stata trasmessa la deliberazione	47	3,92
Lazio	DCA U00046 dell'8 febbraio 2018	17 mesi	1,42
Liguria	delibera n. 439 del 31 maggio	32	2,67
Lombardia	La Regione provvede con suoi Piani dal 2015. La Regione ha elaborato un suo modello di Piano per le cronicità in sintonia anche con il Piano nazionale e rispondente alle varie delibere che si sono succedute negli anni sulla materia	-	-
Marche	D.G.R. n. 1355 del 20 novembre 2017	14	1,17
Molise	Decreto del Commissario ad acta n. 1 del 31.01.2019	28	2,33
Piemonte	Delibera del Consiglio regionale 306-29185/10 luglio 2018	22	1,83
Puglia	D.G.R. N. 1740 del 22 novembre 2016"	2	0,17
Sardegna	Senza averlo formalmente recepito con deliberazione, ha adottato una serie di provvedimenti fra cui la deliberazione del DG n. 462 del 19 giugno 2019 ove, il PNC viene citato nella programmazione delle attività a supporto del "Piano ATS Sardegna per la Cronicità"	34	2,83
Sicilia	D.A. n. 2199 del 6 dicembre 2019	39	3,25
Trento	delibera Giunta provinciale 1850 del 5 ottobre 2018 la PA di Trento ha recepito il PNC	25	2,08
Toscana	D.G.R. n. 826 del 23 luglio 2018 recante:	22	1,83
Umbria	D.G.R. N. 1600 del 28 dicembre 2016	3	0,25
Valle d'Aosta	D.G.R. 25 gennaio 2019	28	2,33
Veneto	Legge regionale n. 48 del 28.12.2018	27	2,25

Fonte: Salutequità

## 4. Conclusioni e proposte

Se da una parte il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta certamente una straordinaria opportunità per rafforzare, innovare e garantire la prossimità del SSN, soprattutto alla luce delle difficoltà mostrate durante la pandemia, accanto a tutto questo dobbiamo mettere in campo un vero e proprio **“National Recovery Plan For Patients’ Rights”**, rilanciando il tema dell’esigibilità ed effettività dei diritti dei pazienti, dell’allargamento del loro perimetro e del contrasto alle disuguaglianze.

Per fare questo è prioritario ripartire da due grandi pilastri incompiuti dei diritti dei pazienti, messi ancor più in stand by dal Covid-19: i **nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e il Piano Nazionale della Cronicità (PNC)**.

Ecco alcune proposte specifiche:

1. Emanare subito il **“Decreto Tariffe”** per rendere effettivi il complesso dei nuovi LEA e i diritti dei pazienti collegati, uniformare i nomenclatori tariffari della specialistica ambulatoriale e ridurre le disuguaglianze nell’assistenza ai pazienti;
2. Procedere all’**aggiornamento dei Lea**, basato su evidenze, al fine di dare risposte costantemente appropriate ai nuovi bisogni della popolazione;
3. Fissare, come previsto dall’art. 64 del Dpcm 12 gennaio 2017, i **criteri uniformi** per la individuazione di **limiti e modalità di erogazione delle prestazioni**, demandati dallo stesso Dpcm alle Regioni e alle Province autonome, attraverso Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, su proposta del Ministro della salute, al fine di ridurre le attuali disuguaglianze nell’accesso alle cure;
4. Procedere, al fine di valutare la capacità delle Regioni di garantire i Lea, con il calcolo degli indicatori “core” del **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per l’anno 2020** (e seguenti) e con la relativa pubblicazione dei risultati;

5. Produrre, come già previsto dal Piano Nazionale Cronicità (PNC), la **Relazione periodica** sugli obiettivi realizzati e sullo stato di avanzamento dei lavori, a cura del Ministero della Salute;
6. Rilanciare, aggiornare e integrare il **Piano Nazionale della Cronicità (PNC)**, prevedendo:
  - Finanziamento specifico del Piano
  - Inserimento di altre patologie croniche nell'attuale elenco come ad es.: psoriasi, asma anche nell'adulto e per tutte le condizioni di gravità, sclerosi multipla, poliposi nasale,..;
7. Prevedere l'attuazione del Piano come specifico adempimento LEA e indicatore all'interno del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA.

## 5. Bibliografia e sitografia

Rapporto 2021 sul Coordinamento della Finanza Pubblica, Corte dei Conti  
<https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39>

Piano Nazionale della Cronicità,  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf)

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/homeLea.jsp>

[https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18\\_aggiornamento\\_deilivelli\\_essenziali\\_di\\_assistenza\\_lea.html](https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_aggiornamento_deilivelli_essenziali_di_assistenza_lea.html)

<https://aic.camera.it/aic/scheda.html?numero=5-02602&ramo=C&leg=18>

*Realizzato con il contributo non condizionato di Sanofi*

# SALUTE QUITÀ

© Salutequità, Luglio 2021.

Attribuzione: 5° Report Salutequità – Luglio 2021 - Disponibile su [www.salutequita.it](http://www.salutequita.it) Questo documento è distribuito con licenza Creative Commons  
Attribuzione - Non commerciale. È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte