



**L'appropriatezza e
la Programmazione Regionale Sanitaria**

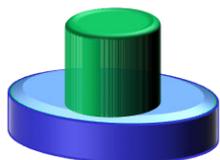
Enrico Coscioni

*Consigliere per la Sanità
del Presidente Regione Campania*

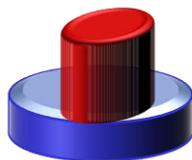
Napoli, 25 Settembre 2017

Definizione di Appropriatezza

E' "appropriato" ciò che risulta:



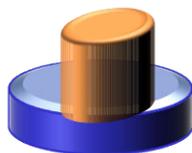
ADEGUATO (ad esempio a una circostanza)



PRECISO (ad esempio in risposta a determinati bisogni)



CALZANTE (soprattutto con riferimento a espressioni verbali o linguistiche)



OPPORTUNO (aggiungendo ai significati precedenti una sfumatura di buon senso o buon gusto).



*Secondo l'OMS un trattamento viene considerato appropriato:
se il **beneficio** atteso in termini di salute
è **superiore ai possibili effetti negativi** previsti,
con un margine sufficiente a giustificarne la scelta.*



**L'appropriatezza:
una dimensione della qualità dell'assistenza**

Prestazione giusta

Al paziente giusto



Utilizzo appropriato delle risorse

Nel momento giusto e per la giusta durata

Al costo giusto



APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE

quando la prestazione sanitaria erogata è :

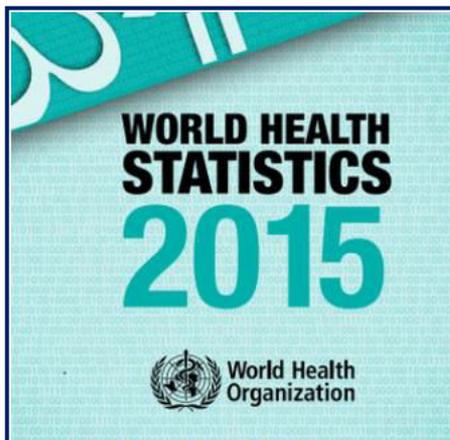
- **di efficacia provata da livelli di evidenza scientifica**
- **con effetti sfavorevoli accettabili rispetto ai benefici**

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

è un percorso terapeutico (ricovero ordinario, day hospital, day surgery, ambulatorio) che, a parità di efficacia e di sicurezza con altri, **consenta di raggiungere l'obiettivo clinico prefissato in minor tempo, al minor costo e con un utilizzo efficiente delle risorse a disposizione**, soddisfacendo così il principio di economicità.

APPROPRIATEZZA ETICA

quando nell'erogazione della prestazione sanitaria **si tutelano i diritti fondamentali della persona rendendola partecipe in modo consapevole del processo di cura**(consenso informato....)



L'OMS stima che
**una percentuale della spesa sanitaria
compresa tra il 20% e il 30%**
rappresenti **uno spreco**
causato da un utilizzo inefficiente
delle risorse
(Inappropriatezza)

Nell'ultimo decennio il termine appropriatezza è stato il filo conduttore dei principali documenti di programmazione nazionale e regionale: dai Piani Sanitari Nazionali, alla normativa sui LEA, al Patto sulla Salute, etc.

Per quanto riguarda i LEA è stabilito che:
le prestazioni che fanno parte dell'assistenza erogata,
non possono essere considerate essenziali,
se non sono appropriate.

DM 70/2015

Un esempio del rapporto tra appropriatezza e programmazione sanitaria

4-6-2015

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 127

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70.

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano";

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), il quale dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, secondo i parametri indicati dal medesimo articolo 15, comma 13, lettera c);

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1998, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale;

Ritenuto necessario, per le finalità sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

Dato atto che il Ministero della salute si è avvalso, ai fini della redazione del documento tecnico, di cui all'allegato 1 al presente regolamento, della collaborazione della Commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, istituita con decreto del Ministro della salute 12 settembre 2012, e che la Commissione medesima ha discusso la tematica in questione nelle sedute del 2 e del 9 ottobre 2012;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 5 agosto 2014;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 15 gennaio 2015 che fa seguito al parere interlocutorio del 23 ottobre 2014;

Vista la nota prot. n. 919 del 9 febbraio 2015, con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

ADOTTA

il seguente regolamento:

Art. 1.

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

1. Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera sono individuati nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto.



Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

«Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico – assistenziale della struttura ed alla sua interazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale territoriale;



promuove
l'appropriatezza professionale e organizzativa

per la riqualificazione dell'assistenza ospedaliera definisce:

➤ **I bacini d'utenza**, in particolare:

- **presidi ospedalieri di base**, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti;
- **presidi ospedalieri di I livello (DEA I)**, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti;
- **presidi ospedalieri di II livello (DEA II)**, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti,
- **per le strutture ospedaliere private accreditate**, un numero minimo di posti letto in grado di assicurare efficacia e sicurezza delle cure

- **Il tasso di ospedalizzazione atteso per ricoveri appropriati**
ad un livello **non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti**,
comprensivo di **0,7 posti letto per mille abitanti** per la
riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

- **I volumi attesi**

- **Gli esiti**

- **Il criterio di appropriatezza:**
concentrare i volumi di attività laddove singolarmente gli
erogatori non raggiungano volumi sufficienti a garantire i
migliori esiti delle cure.

**In riferimento alle reti assistenziali, tempo
dipendente e per patologia,
il DM 70 incentiva
il modello Hub and Spoke
come modello di
appropriatezza organizzativa**

- si è provveduto alla **definizione delle reti, dei posti letto ospedalieri** per acuti (sulla base dei ricoveri appropriati) attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni sulla base dei bacini relativi alla classificazione degli ospedali pubblici (I, II e III livello);
- si è provveduto a **programmare le reti tempo dipendenti** e a partire in fase attuativa con la rete per l'IMA, a breve partiranno quella dello Stroke e del Grande Trauma;

Il totale della dotazione di posti letto programmati sono pari a:

➤ **19.628 posti letto** (3,52/1000 abitanti) di cui:

16.486 per acuti (2,95/1.000 abitanti)

3.142 posti letto post-acuzie (0,56/1.000 abitanti).

Tale dotazione corrisponde all'attivazione di **1.424** di nuova istituzione **posti letto aggiuntivi rispetto alla dotazione rilevata**

Bacini provinciali e presidi ospedalieri

	RETE IMA	
HUB II	HUB I	Prov.
1	2	Av/Bn
1	4	CE
3	6	NA
1	3	SA
6	15	TOTALE

- **con il Decreto Commissariale n. 35 del 08/08/2017, si è intervenuti a migliorare l'appropriatezza organizzativa dei Ricoveri Ospedalieri con le "Linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC)".**

Tale decreto richiede una forte revisione degli attuali modelli organizzativi al fine di garantire il trasferimento di un notevole numero di ricoveri effettuati in regime ordinario in attività assistenziali erogate in regime ambulatoriale.

- Le politiche sull'appropriatezza **non servono a contenere la spesa sanitaria, ma a ridistribuire le risorse.**
- **Ridurre l'inappropriatezza permette di recuperare risorse e ridistribuirle,** particolarmente in periodo come quello attuale in cui vi è una forte discussione in atto sulla sostenibilità del nostro Servizio Sanitario, al fine di poter affrontare le nuove sfide

Le nuove sfide per i Sistemi Sanitari



Contenimento della spesa



Invecchiamento della popolazione



Uso improprio del Pronto Soccorso



**Uso improprio delle
strutture ospedaliere**



Allungamento dei tempi di attesa



Aumento delle cronicità



Aumento del tasso di obesità

- Se vogliamo conservare l'universalismo del nostro sistema sanitario, costituzionalmente garantito, **vanno assicurate solo quelle prestazioni che davvero servono a tutelare il bene salute e ciò vuol dire scegliere soltanto quelle essenziali**, in base ai cambiamenti epidemiologici, scientifici e tecnologici.
 - È ormai diffusa la cognizione che **l'appropriatezza delle cure può essere misurata** e può quindi costituire la base per compiere le scelte migliori sia per il singolo paziente sia per la collettività.
-

L' inappropriata prescrizione (farmaci e diagnostica strumentale) e l' utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri è ancora molto estesa e ciò, sommato ai differenti livelli di qualità dei servizi sanitari sul territorio nazionale, rappresenta un **fattore di criticità** da non sottovalutare **ai fini della sostenibilità del sistema** e della sua equità.

Fondamentale risulta essere anche il **ruolo dei professionisti che operano sul campo**: fondamentale per raggiungere livelli sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa e pertanto tutto ciò va promosso e sviluppato



**L'appropriatezza e
la Programmazione Regionale Sanitaria**

Enrico Coscioni

*Consigliere per la Sanità
del Presidente Regione Campania*

Napoli, 25 Settembre 2017