

di **Francesca Ciraolo** e **Marco Geddes**



Nel 21° secolo il ritmo dei cambiamenti in sanità sarà più veloce che mai. La sfida principale per gli ospedali - afferma un Rapporto dell'OMS - sarà quella di incorporare il massimo grado di flessibilità, per adattarsi ai cambiamenti nei bisogni e nelle aspettative della popolazione.

In Europa la sanità è uno dei più importanti settori occupazionali e ambito di rilevanti investimenti; costituisce pertanto una delle maggiori "industrie" e contribuisce ad una percentuale consistente del PIL, specie in questo periodo di crisi economica; nell'ospedale si attua la maggior concentrazione di capitali e di forza lavoro in sanità. Sono tuttavia rari gli studi e i rapporti finalizzati a valutare le diverse strategie di investimento, in relazione alle funzioni sanitarie e alla valenza sociale ed etica della struttura ospedale. L'ideologia, piuttosto che le evidenze empiriche, tipica di molti paesi europei, ha portato ad assumere come certezza il fatto che la competizione incrementi l'efficienza e che il settore privato sia in grado di offrire servizi sanitari migliori rispetto al pubblico.

Un importante Rapporto dell'Osservatorio Europeo sui Sistemi e le Politiche Sanitarie (*Investing in Hospital of the Future*. WHO 2009, in **Risorse**), a cui seguirà un secondo volume, riportante una serie di case studies attuati in vari Paesi europei, ribalta in larga parte tali assunti!

Partendo da una attenta analisi delle diverse realtà, il testo propone l'obiettivo di abbandonare il criterio dei posti letto per il dimensionamento degli investimenti ospedalieri e di valorizzare il rapporto dell'ospedale con i servizi territoriali.

**Gli elementi che emergono dalla lettura del Rapporto sono fondamentalmente i seguenti:**

1. Una valutazione della spesa sanitaria nell'ottica di investimento.
2. La necessità di una visione coerente fra sviluppo delle infrastrutture sanitarie e sviluppo della comunità e del territorio di riferimento.
3. L'attenzione ad uno sviluppo sostenibile in termini economici, sociali e ambientali.

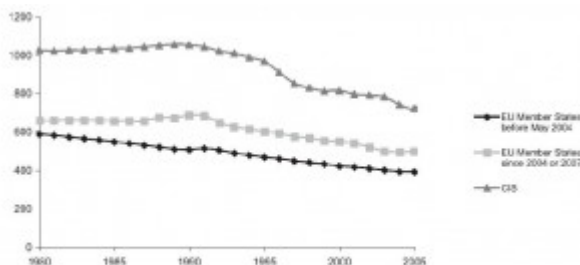
4. L'invito esplicito a non concentrarsi sulla tattica (i costi immediati) rispetto alla strategia (la durata di vita della struttura, i costi di futura gestione) per un doveroso senso di responsabilità verso le future generazioni.

Decidere come investire in sanità è ancora elemento di incertezza poiché, come già richiamato nel post [L'Ospedale del futuro](#), sono scarse le ricerche e le evidenze scientifiche sulla riconfigurazione dei servizi sanitari e la riorganizzazione degli ospedali.

Costruire un ospedale significa avviare per decenni un flusso di costi equivalente, ogni due anni, al costo sostenuto per costruire l'ospedale stesso.

Gli ospedali oggi devono sapersi adattare a molti fattori e nel corso degli ultimi trent'anni si è avuta una contrazione della loro recettività, in termini di posti letto, in tutti i paesi d'Europa, (**Figura 1**) in conseguenza del potenziamento di attività esterne all'ospedale (attività domiciliare e ambulatoriale; day hospital) e della riduzione della degenza media (**Figura 2**).

**Figura 1. Trend del tasso di posti letto per 100.000 abitanti - Ospedali per acuti. 1980 - 2005**

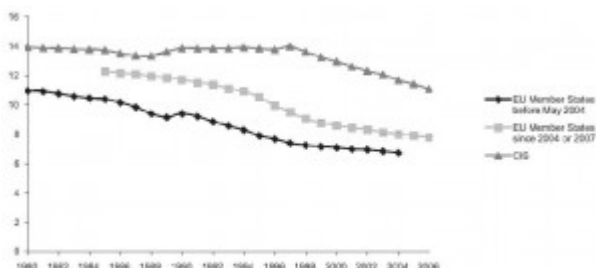


Source: WHO Regional Office for Europe 2005.

Note: EU: European Union; CIS: Commonwealth of Independent States.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Figura 2. Durata di degenza negli ospedali per acuti. 1980 - 2006**



Source: WHO Regional Office for Europe 2005.

Note: EU: European Union; CIS: Commonwealth of Independent States.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Il Rapporto si concentra sulla necessità di pianificare gli investimenti**, che devono essere finalizzati, in modo coerente, alla struttura edilizia, alla forza lavoro e alla ridefinizione delle modalità di erogazione delle prestazioni.

**Viene quindi presa in esame la competizione di mercato nell'ambito della assistenza ospedaliera in Europa.** Con tale termine si comprende la sanità privata, l'aumento della partecipazione privata nell'assistenza ospedaliera o l'introduzione di nuovi modelli di finanziamento a prestazione. Le riforme del sistema in senso competitivo si accompagnano allo sviluppo di sistemi informativi ospedalieri che misurano le prestazioni, prerequisito anche per una scelta informata ed una competizione efficace. Tali riforme possono essere frutto di una politica governativa oppure partire da iniziative "*bottom-up*" di privatizzazione a livello locale.

**Il concetto di competizione di mercato è ambiguo e controverso**, e le politiche messe in atto in vari paesi europei per una sua realizzazione in ambito sanitario hanno comportato decisioni spesso capricciose ed inconsistenti, prive di un modello di riferimento lineare, chiaro e coerente, soffrendo del fatto che ciascuna riforma può essere revocata, rinviata, indebolita. Ci sono dubbi sui costi di queste riforme, sull'equità dell'accesso alle cure e sulla distribuzione del carico finanziario (oneri finanziari indiretti) e scarse prove di efficacia sui suoi effetti nei sistemi ospedalieri europei, con un notevole gap fra la retorica della competizione di mercato e quello che succede nel "mondo reale".

La competizione è più facilmente applicabile in attività assistenziali elettive, per le quali esiste un consenso sulla definizione di buona assistenza ed in cui il rischio è limitato. Difficilmente potrà estendersi a tipologie ad alta complessità e all'emergenza.

Con le dovute differenze, in Europa occidentale la sanità ha una tradizione di accesso universale e di equità del trattamento e della distribuzione degli oneri finanziari. Tali valori probabilmente limiteranno lo sviluppo di politiche di competizione del mercato sanitario: **la sfida politica per il futuro è come preservare i "valori pubblici" in un modello competitivo.**

Al fine di finanziare gli investimenti in ambito ospedaliero si sono ricercati nuovi strumenti e in particolare la partnership pubblico-privato; tali strumenti si sono diffusi in alcuni paesi (ad esempio Regno Unito) attraverso il project financing. I contratti pubblico-privato hanno avuto il pregio di evidenziare i costi di gestione della strutture e dei servizi appaltati, elementi che spesso restano "opachi" nell'ambito degli investimenti pubblici. Tuttavia, non

sono riusciti a generare nuove risorse per il settore sanitario, per la riluttanza dei privati ad assumere rischi; il risultato è il semplicemente trasferimento degli oneri di investimento sulla spesa corrente che verrà sostenuta dalle future generazioni nei prossimi decenni.

**La parte conclusiva del Rapporto si concentra pertanto su** di un aspetto fondamentale della progettazione ospedaliera, in relazione alla necessità di aggiornare le tecnologie, **gli standard tecnici e di sicurezza: la flessibilità della struttura edilizia. Ciò comporta:**

1. flessibilità come possibilità di cambiare gli spazi interni;
2. generalità come possibilità di cambiare le funzioni all'interno di una determinata area;
3. elasticità come possibilità di modificare anche le volumetrie dell'edificio.

La configurazione degli ospedali non può più riflettere storiche demarcazioni istituzionali, ma deve seguire il flusso dei pazienti, e la permanenza di barriere fra strutture e funzioni spiega la difficoltà a ridurre la durata di degenza. **Nella progettazione dell'ospedale è quindi importante seguire un principio fondamentale dell'architettura:** la forma deve seguire le funzioni, funzioni che spesso mutano (consulta, per la flessibilità delle strutture, i seguenti siti: [Desin&Health](#) ; [OpenBuilding](#) ). Da qui una ricerca di flessibilità e adattabilità ai frequenti cambiamenti volti ad assicurare un flusso continuo dei pazienti all'interno della struttura.

## **Nota**

**Francesca Ciruolo** - Dirigente medico, Direzione sanitaria Presidio ospedaliero Firenze centro.

**Marco Geddes** - Direttore sanitario Presidio ospedaliero Firenze centro

## **Risorse**

**Investing in Hospital of the Future.** WHO 2009 [[PDF: 2,95 Mb](#)].