

Cambiamenti organizzativi per una Sanità d'eccellenza sostenibile

Riassunto

L'autore, attraverso la sua lettura magistrale, pone l'accento sulla sostenibilità finanziaria degli investimenti per la salute pubblica, sulla relativa influenza dei cambiamenti organizzativi nel comparto sanitario e sui fattori che incidono sugli standard qualitativi delle cure.

Karl Kob

Membro Segreteria Scientifica Nazionale A.N.M.D.O. e Responsabile Qualità

Consulente scientifico in materia di programmazione ed organizzazione sanitaria presso l'Assessorato alla sanità della Provincia autonoma di Bolzano

SVILUPPO SOCIO-ECONOMICO E SALUTE

All'inizio della seconda metà del 2008, i Paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) sono entrati in un periodo di grave crisi finanziaria. Verso la fine del 2009, il prodotto interno lordo è sceso del 4% e si prevede che nello stesso periodo la disoccupazione possa raggiungere tassi intorno al 10%. (1, 2)

La crisi economica non ha, finora, influenzato il progresso medico-scientifico e l'offerta dell'innovazione tecnologica, mentre i responsabili per la salute pubblica sono sottoposti a continue pressioni per dimostrare efficacia ed efficienza dell'allocazione delle risorse. A livello europeo, gli Stati dell'Unione sono consapevoli che la salute è una condizione fondamentale per conseguire il progresso economico e sociale. (10)

A prescindere dall'attuale momento di crisi economica, molti Paesi si interrogano, se i loro sistemi sanitari pubblici e universalistici saranno fi-

nanziabili anche in futuro, senza ridurre le prestazioni, oppure se nelle diverse realtà dovranno essere rivisti o sostituiti con altri modelli.

Le migliorate condizioni socio-economiche ed i progressi della scienza medica hanno comportato un aumento dell'aspettativa di vita. In concomitanza con l'invecchiamento della popolazione sono, tuttavia, aumentate le patologie cronico-degenerative sia in termini numerici che di gravità e, di conseguenza, la domanda di prestazioni sanitarie, spesso erogate in sedi inappropriate (ospedale) con un crescente consumo di risorse.

L'andamento demografico ed epidemiologico della popolazione europea e, soprattutto, le future proiezioni, sono aspetti che dovranno essere affrontati, a livello di Unione Europea e dei singoli Paesi, con soluzioni efficaci e pragmatiche. (10)

Gli esperti in materia di programmazione ed organizzazione sanitaria ritengono, tuttavia, che l'esigenza di un radicale cambiamento organizzativo in ambito socio-sanitario non dipenda solamente da valu-

tazioni economico-finanziarie, ma dal progresso medico-scientifico, dall'aumento delle patologie cronico-degenerative, dalla crescente consapevolezza dei cittadini per i propri diritti, dal grado di informazione, dalle loro attese e da altri fattori. (6) I cittadini, infatti, esigono un'efficace rete di servizi di base vicini ai loro luoghi di vita e di lavoro, ma anche strutture ospedaliere e centri specialistici di eccellenza di elevata qualità e sicurezza, con accessi rapidi e trasparenti. Per prestazioni ospedaliere di alta specialità, molti cittadini sono disponibili ad accettare lunghi viaggi per recarsi ai centri di eccellenza clinica.

La Commissione Europea invita gli Stati membri a trovare accordi sulla creazione e definizione di centri di riferimento e di reti specialistiche di eccellenza a valenza europea, in cui sono applicati gli strumenti della "information technology".

ANALISI DEL SISTEMA SANITARIO E PROGETTAZIONE DEI CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI

L'attuale modello di welfare investe soprattutto in interventi sanitari, in cui il danno alla persona si è già verificato. Anche se tutti condividono l'importanza della prevenzione, nei sistemi sanitari prevale la logica riparativa. Di conseguenza, anche la ricerca biomedica e clinico-assistenziale nonché l'industria delle biotecnologie e della farmaceutica continuano ad investire soprattutto in tale direzione. Tale strategia,

**PAROLE CHIAVE:**

Clinical governance, cambiamenti organizzativi, macro-livelli di assistenza

considerata a lungo termine perdente, non ha migliorato lo stato di salute della popolazione ed indotto un aumento della domanda sanitaria. (6, 8)

Gli esperti della programmazione sanitaria ritengono che l'attuale modello di welfare, debba favorire programmi ed azioni finalizzate alla promozione della salute.

Infatti, la politica dovrà investire maggiormente in strategie inter-settoriali che coinvolgono non solo la sanità, ma anche altri settori della vita pubblica, in grado di intervenire in anticipo, con un'offerta personalizzata e basata su evidenze scientifiche. (6, 8)

Una serie di azioni programmate dovrà stimolare comportamenti e stili di vita responsabili, passando dal concetto di tutela alla promozione della salute.

“Invecchiare in buona salute”, sarà uno dei principali slogan ed obiettivi della società del prossimo decennio. Sarà, tuttavia, necessario mettere in atto strategie finalizzate ad un profondo cambiamento culturale sia a livello di operatori sanitari che di cittadini, attraverso iniziative di formazione permanente per gli operatori ed un dialogo aperto e trasparente tra le istituzioni, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di categoria e la popolazione in generale.

Dall'analisi delle criticità organizzative, gli Stati membri dell'Unione Europea dovranno promuovere, compatibilmente ed nel rispetto della disponibilità di risorse, uno sviluppo organizzativo finalizzato alla creazione di servizi di qualità

ed eccellenza, passando da modelli, in cui prevale l'organizzazione a tipo verticale, ad un'organizzazione orizzontale, a matrice.

Nella realtà italiana, i cambiamenti organizzativi dovranno aver luogo all'interno dei tre macro-livelli in cui sono erogati i livelli essenziali di assistenza, così articolati:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli;
- l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, principale luogo di presa in carico di malati affetti da patologie cronicodegenerative;
- l'assistenza ospedaliera, che riguarda il pronto soccorso, le principali attività specialistiche e l'alta specializzazione per il trattamento delle patologie complesse in fase di acuzie, con presenza di specifiche professionalità e tecnologia complessa.

Per ottenere i necessari cambiamenti organizzativi e gestionali sarà fondamentale implementare, a livello aziendale ed all'interno dei tre macrolivelli, gli strumenti della clinical governance, con particolare riferimento ai processi organizzativi (linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, EBM, EBP, ecc.).

Ai fini del conseguimento di tali obiettivi, sarà fondamentale prevedere un circosanzionato programma formativo pluriennale per tutti gli operatori sanitari che operano ai vari livelli.

CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI E DELLA MISSION A LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA NEGLI AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Da indagini epidemiologiche emerge che l'attuale sistema sanitario, focalizzato principalmente sulla diagnosi, cura e riabilitazione nei casi di malattia, non incide sui principali determinanti della salute. Questi, infatti, traggono origine principalmente su fattori sociali, economici, comportamentali (stile di vita, abitudini) e, non per ultimo, genetici (8).

A livello europeo, l'87% dei decessi è la conseguenza di malattie cronicodegenerative, tra cui soprattutto neoplasie e patologie cardiovascolari, i cui principali fattori di rischio sono noti da molto tempo. (3)

A tale riguardo va messo in evidenza l'importanza del progetto ministeriale “Guadagnare salute”, un programma finalizzato a contrastare i quattro principali fattori di rischio della patologia cronicodegenerativa: fumo, alcol, errata alimentazione e vita sedentaria. (9)

Il problema è affrontato con un approccio intersettoriale, poiché il sistema sanitario non sarà mai in grado di affrontare da solo i problemi di salute dei cittadini.

Il programma prevede, pertanto, il coinvolgimento attivo di diversi settori, quali l'assistenza sociale, l'ambiente, lo sviluppo energetico, la costruzione delle infrastrutture, la scuola, la comunicazione.

Le regioni e le province autonome dovranno, pertanto, mettere in atto nuove strategie finalizzate alla creazione di una nuova cultura, in cui la tutela della salute dovrà rappresentare l'interesse prioritario di tutte le politiche, nella consapevolezza che solo lo sviluppo di un'azione integrata e coordinata intersettoriale potrà

incidere positivamente sui fattori determinanti della salute.

L'attuale modello dipartimentale preposto alla prevenzione collettiva, forse per cultura o forse per ristrettezza di risorse, non è stato, ahimè, in grado di creare sufficienti sinergie per mettere in atto una strategia d'interventi efficace per incidere significativamente sul miglioramento dello stato di salute dei cittadini. In particolare, il sistema non è riuscito, o solamente in misura ridotta, ad indurre nei cittadini un cambiamento dello stile di vita. Il campo diagnostico-curativo, invece, ha ottenuto risultati incredibili, ma nonostante ciò in tutto il mondo industrializzato i dati di incidenza e prevalenza delle malattie croniche e degenerative sono in forte aumento. Dobbiamo, quindi, ammettere che l'attuale sistema sanitario focalizzato sulle cure e quindi da molti definito fallimentare, debba essere rivalutato e riorganizzato. (8)

Gli attuali progetti di misure preventive, spesso frutto di iniziative di singoli gruppi di operatori socio-sanitari, si limitano spesso a piccoli settori di intervento. In genere, a fine progetto mancano dati sui risultati ottenuti. Per evitare che anche in futuro si possa verificare una frammentarietà di interventi, in genere inefficaci ad incidere sulla salute, è necessario introdurre gli strumenti della governance della prevenzione.

I servizi facenti parte del Dipartimento di prevenzione dovranno, innanzitutto, abbandonare le attività "inefficaci ed inutili", limitandosi ad impiegare le limitate risorse in azioni basate sulla "Evidence Based Prevention".

Il Dipartimento di prevenzione dovrà rappresentare il principale punto di riferimento per tutte le attività di promozione della salute a livello di collettività e, quindi, il garante dell'erogazione dei livelli essenziali

di assistenza a livello di assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro.

La governance della prevenzione dovrà comprendere soprattutto le seguenti attività (8):

- in collaborazione con l'Osservatorio epidemiologico regionale, svolgere funzioni di osservatorio "aziendale", monitorando costantemente le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione locale, con particolare riferimento alle malattie cronico-degenerative, ma anche delle patologie infettive, degli infortuni negli ambienti di vita e di lavoro, ecc.;
- in collaborazione con l'agenzia per l'ambiente, per quanto di competenza, monitorare e controllare i principali fattori di rischio per la salute, quali gli agenti biologici e chimici, le radiazioni ionizzanti e non, i fattori climatici, le aziende produttive, i comportamenti e gli stili di vita;
- contenere e/o rimuovere i rischi derivanti da acqua destinata al consumo umano, impianti di balneazione, strutture destinate alla collettività nonché alle industrie insalubri;
- pianificare e coordinare i vari programmi di prevenzione primaria e secondaria, con particolare riferimento alle vaccinazioni, agli screening, alla prevenzione degli incidenti, alla promozione di stili di vita favorevoli alla salute;
- comunicare, in maniera aperta e trasparente, i risultati alla collettività.

La promozione della salute, che quindi va ben oltre alle funzioni di vigilanza e controllo, dovrà pertanto rappresentare la nuova mission dei servizi preposti alla prevenzione.

Le regioni e le province autonome dovranno creare o ridisegnare una rete di servizi preposti all'educazio-

ne alla salute, da collocare preferibilmente, ma non solo, a livello di Dipartimento di prevenzione.

Tutto ciò richiederà una nuova definizione dei compiti assegnati ai singoli servizi e una ristrutturazione dell'attuale assetto organizzativo dei servizi di sanità pubblica territoriali. Essi dovranno operare all'interno di un nuovo piano strategico regionale ed aziendale, in cui il Dipartimento di prevenzione svolgerà il ruolo di "cabina di regia" nei confronti di tutte le azioni finalizzate alla promozione della salute.

Prima di procedere alle modifiche organizzative, dovrà essere definito ed avviato, in termini concreti, un efficace piano formativo pluriennale per acquisire una visione e metodologia operativa comune, secondo la logica della governance della prevenzione finalizzata.

L'igiene tradizionale, basata principalmente sull'applicazione di leggi e regolamenti, dovrà orientarsi verso una sanità pubblica centrata maggiormente sui bisogni di salute dei cittadini, utilizzando gli strumenti dell'Evidence Based Prevention (EBP).

CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI A LIVELLO DI ASSISTENZA DISTRETTUALE/TERRITORIALE

Alle dinamiche di ordine demografico e sociale dei paesi industrializzati, caratterizzate dall'invecchiamento della popolazione e, nello stesso tempo, da profondi mutamenti a livello di struttura familiare e di società in genere, non è finora seguito un modello assistenziale territoriale, capace di far fronte ai nuovi bisogni sanitari e sociali della popolazione. (4)

Nello stesso tempo, l'ospedale è diventato sempre più un luogo di cura per le fasi acute di malattia e per interventi diagnostico-terapeutici di

elevata specializzazione e complessità tecnologica, con ricoveri di breve e brevissima durata.

A livello territoriale, è aumentata l'esigenza di attivare ed implementare modelli assistenziali innovativi, orientati non solo alla gestione di patologie cronico-degenerative nell'ambito dell'assistenza sanitaria continuativa di base, ma anche durante le fasi di riacutizzazione o scompenso, secondo la moderna concezione della "presa in carico" del malato (8)

Tra i vari sistemi proposti per affrontare tale situazione, diffusa in tutti i paesi industrializzati, le cure primarie rappresentano a tutt'oggi il modello assistenziale più idoneo, forse l'unico, per gestire in termini di appropriatezza e sostenibilità economica i problemi della cronicità. La presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative invalidanti richiede un progetto assistenziale globale ed individuale, incentrato sui bisogni e quindi dotato della massima flessibilità.

Le cure primarie competono alla rete distrettuale che, tramite un approccio multiprofessionale e interdisciplinare, prende in carico le persone affette da patologia cronico-degenerativa, a prescindere dalla complessità.

Negli ultimi anni, in varie regioni italiane soprattutto del centro-nord, sono stati sperimentati vari modelli.

Si ritiene che, di fronte all'espansione della patologia cronico-degenerativa, si giunto il momento di uscire dalla fase sperimentale e di introdurre, su tutto il territorio, il modello di cure primarie scelto, superando la rigidità organizzativa tra medicina di base, medicina ospedaliera e dei servizi specialistici territoriali.

L'introduzione delle cure primarie richiede un profondo cambiamento culturale, organizzativo e gestionale. I cittadini, fruitori dei servizi, dovranno avere la certezza di essere as-

sistiti e supportati nell'arco delle 24 ore da una rete socio-assistenziale, senza dover ricorrere, come spesso accadeva in passato, all'assistenza ospedaliera, per prestazioni inappropriate rispetto al bisogno.

La gestione integrata delle risorse sanitarie e sociali potrà garantire, a livello territoriale, efficaci interventi soprattutto per la promozione della salute, la cura delle patologie croniche e la riabilitazione estensiva.

Nel distretto socio-sanitario, saranno erogate sia le cure primarie che quelle intermedie, quest'ultime attraverso strutture di assistenza semiresidenziale (centri diurni) e residenziali previste dalla programmazione regionale (residenze protette, residenze sanitarie assistenziali, ospedali di distretto, hospice).

Tra i modelli sperimentati, si sono dimostrati efficaci i nuclei di assistenza primaria di medicina generale e di pediatria di libera scelta che, assieme ad altre categorie professionali, rappresentano il perno dell'assistenza territoriale.

Il distretto, oltre ad erogare le prestazioni di base, dovrà svolgere un importante ruolo nel governare la domanda di prestazioni specialistiche appropriate.

A favore dei pazienti affetti da patologia cronico-degenerativa, per i quali è prevista la presa in carico da parte della rete assistenziale territoriale, il medico di medicina generale dovrà fungere da responsabile clinico a partire dalla formulazione della domanda fino alla stesura del piano assistenziale personalizzato.

In analogia a quanto sopra affermato per i servizi di prevenzione, anche l'operatività distrettuale dovrà basarsi sull'evidenza scientifica, applicando gli strumenti della clinical governance soprattutto per i processi di cura e di assistenza, con riferimento alla continuità assistenziale, prevedendo interventi flessibili, mutabili nel tempo e a differente intensità.

L'invecchiamento della popolazione aumenterà, inoltre, la domanda di cure domiciliari integrate ed articolate in vari livelli, secondo l'entità dei bisogni. In tale ambito, le cure domiciliari palliative ai malati terminali, richiedono un approccio particolare e specifico nonché una stretta collaborazione con l'ospedale di riferimento.

A prescindere dai modelli assistenziali adottati nelle varie realtà regionali ed aziendali, l'integrazione socio-sanitaria è un requisito irrinunciabile per poter affrontare i problemi emergenti in modo globale.

L'attuale sistema organizzativo e gestionale dovrà prevedere percorsi di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio-assistenziali, attraverso una gestione della domanda in modo semplice, ben definita, equa e trasparente.

Va sottolineato, infine, che la titolarità per l'erogazione dei servizi socio-sanitari debba rimanere anche in futuro in mani pubbliche, mentre la gestione di singole attività potrà essere affidata ad erogatori privati sociali e privati.

CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI A LIVELLO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

Dopo la riorganizzazione dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, l'ospedale potrà concentrarsi sulla cura delle acuzie che rappresenta la sua vera mission. (7)

L'attuale riduzione del numero di posti letto per acuti e della degenza media nonché l'aumento del tasso di utilizzo dei posti letto non sono la conseguenza della riorganizzazione dei servizi territoriale, che risulta essere agli inizi e tutt'altro che a regime.

Tale fenomeno è dovuto soprattutto all'introduzione dei sistemi di remunerazione fondati sul case mix ed all'applicazione di modelli organiz-

zativi innovativi rispetto al ricovero tradizionale. La riduzione della degenza media e l'adozione di nuovi modelli alternativi al ricovero, non ha comportato, come molti temevano, una riduzione degli standard qualitativi e della sicurezza delle cure ospedaliere, ma forse è accaduto proprio il contrario.

Altri fattori che hanno inciso a ridurre i suddetti indicatori di produzione sono: la centralizzazione e l'approccio multidisciplinare delle cure, l'applicazione di nuove tecniche chirurgiche ed interventistiche, i progressi della diagnostica di laboratorio e delle immagini, l'anestesia, la comunicazione a distanza, la robotica ed altro. Anche la trasmissione di dati e di immagini a distanza hanno dato un forte impulso a livello di assistenza sanitaria.

Mentre in passato ciascun presidio ospedaliero operava in piena autonomia, l'attuale e futura assistenza ospedaliera regionale non può più funzionare a compartimenti stagni, dove gli ospedali della stessa regione o, peggio ancora, della stessa azienda lavorano in concorrenza tra di loro. Tale modello dovrà far posto ad un'organizzazione a rete, con distribuzione delle funzioni in base alle competenze professionali, organizzative e gestionali. Nasceranno, quindi, le reti cliniche, composte da gruppi di professionisti od organizzazioni sanitarie che lavorano in maniera coordinata tra di loro, con l'obiettivo di erogare prestazioni specialistiche di qualità, efficaci ed appropriate, senza vincoli e legami istituzionali e ponendo al centro dell'attenzione il paziente (8)

Le reti saranno supportate dalla tecnologia dell'informazione e possono riguardare le patologie d'organo e di apparato, ma anche specifiche funzioni (reti dell'emergenza).

Le reti cliniche possono essere ad integrazione verticale, secondo il modello "hub and spoke", o ad in-

tegrazione orizzontale, con un approccio interdisciplinare.

La nuova organizzazione dell'assistenza ospedaliera, il cui successo è strettamente legato all'attivazione delle cure primarie su tutto l'ambito territoriale di riferimento, dovrà considerare i seguenti scenari:

- i cittadini, navigando su internet, sono sempre più informati sui progressi della scienza medica e sulle innovazioni tecnologiche e, nello stesso tempo, sempre più consapevoli dei propri diritti, per cui chiedono prestazioni di diagnosi e cura sempre più complesse, rapide, sicure e di qualità;
- in ambito nazionale ed europeo, gli ospedali preposti all'erogazione di prestazioni di eccellenza clinica dovranno accogliere le nuove sfide in un crescente contesto competitivo, e dovranno adeguarsi ai cambiamenti, introducendo le innovazioni tecnologiche e provvedendo a rapidi cambiamenti organizzativi e gestionali;
- per determinate patologie complesse, si prevede la creazione di reti europee di eccellenza clinica e di ricerca scientifica;
- in tutti gli ospedali, nessuno escluso, la ricerca biomedica e clinico-assistenziale, oltre alla didattica, dovranno far parte a pieno titolo dell'attività istituzionale e a tale scopo dovranno essere dotati delle tecnologie necessarie e di spazi dedicati.

La distribuzione delle singole aree ospedaliere dovrà, complessivamente, seguire una precisa logica, secondo le esigenze dell'igiene, della funzionalità e dell'umanizzazione, tenendo conto dei seguenti aspetti:

- l'introduzione di nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche consente l'estensione di forme di intervento alternative al ricovero tradizionale, quali il day hospital, il day surgery, la chirurgia ambulatoriale

e l'attività ambulatoriale specialistica integrata (day service);

- detti modelli assistenziali ospedalieri richiedono strutture dedicate oltre ad un consistente nuovo impegno organizzativo, per cui saranno creati percorsi diagnostici ed assistenziali più rapidi, finalizzati e personalizzati;
- l'implementazione della clinical governance ai vari livelli, con particolare riferimento a qualità, sicurezza, clinical audit, piani assistenziali, standard diagnostico-terapeutici, dimissione protetta, ospedalizzazione a domicilio e formazione continua di tutti gli operatori, permetterà di migliorare l'assistenza, in particolare l'eccellenza clinica, ed il tasso di gradimento (compliance) dell'utenza e dell'opinione pubblica;
- l'articolazione delle aree di degenza in relazione all'intensità di cura e assistenza richiesta, quali la terapia intensiva (intensive care), l'alto grado (high care) ed il medio grado (intermediate care), trova sempre più consensi, ma anche dissensi da parte di operatori sanitari ostili ai processi di rinnovamento (ospedale articolato "per intensità di cure");
- il basso grado di assistenza (normal care, low care), che a tutt'oggi riempie le corsie di piccoli ospedali e non solo, dovrà essere affidato ai servizi specialistici ambulatoriali, anche in forma integrata, ed alle strutture territoriali per la "presa in carico" del paziente, secondo i principi di appropriatezza del luogo e delle modalità di erogazione della cura;
- la centralizzazione delle principali tecnologie, preferibilmente in una unica "piastra tecnologica", in cui si svolge gran parte della diagnostica e della terapia chirurgica ed interventistica;
- presenza di un'area (o di più aree) per le terapie intensive e subin-

tensive in cui, oltre agli aspetti tecnologici e funzionali, sono considerati gli aspetti umani (sale aspetto, locali di relax per il personale, sale colloquio con i parenti, sala colloquio parenti di potenziali donatori, ecc.);

- presenza di spazi dedicati agli accertamenti di “pre-ricovero” e per la “pre-dimissione”, in attesa di presa in carico da parte di strutture residenziali per il trattamento delle postacuzie (riabilitazione) nonché dei servizi territoriali;
- presenza di spazi dedicati per la ricerca scientifica e la didattica;
- disponibilità di un sistema informativo intra- ed inter-ospedaliero, estendibile al territorio (distretto, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ecc.).

L'ospedale per acuti, oltre a garantire professionalità e possedere i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, dovrà porre la massima attenzione alla centralità dei malati e dei loro familiari. L'erogazione di prestazioni d'elevata complessità in un ambiente che presenta evidenti caratteristiche umane, consentirà di intrattenere rapporti positivi con i cittadini, favorendo la comunicazione con l'esterno e, di conseguenza, la creazione di una opinione pubblica positiva e propositiva. A tale scopo, dovrà disporre di ampi spazi riservati all'accoglienza, alla ristorazione ed all'umanizzazione degli ambienti, per migliorare l'organizzazione sociale dell'ospedale (8).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il mondo industrializzato sta affrontando, con grande impegno, la questione della sostenibilità finanziaria degli investimenti per la salute pubblica. I policy makers sono consapevoli che i propri sistemi sanitari non possono essere indeboliti.

Cercano, pertanto, efficaci soluzioni per garantire, anche alle future generazioni, la copertura sanitaria universale, la solidarietà finanziaria, l'equità di accesso ai servizi e la disponibilità di cure di alta qualità ai propri cittadini. (1)

A livello di Unione Europea, le politiche per la gestione del finanziamento dei sistemi sanitari sono differenti, ma esiste un'unanimità di vedute sui seguenti aspetti (10):

- l'accessibilità alle cure, nel pieno rispetto di equità e trasparenza, va mantenuta anche in futuro;
- le iniziative intersettoriali finalizzate alla promozione della salute dovranno assumere carattere prioritario;
- a tutti i cittadini europei va garantito un elevato livello di qualità e sicurezza delle cure, anche attraverso la mobilità dei pazienti;
- l'efficienza organizzativa del sistema sanitario deve essere potenziata, nel rispetto dell'autonomia organizzativa e gestionale dei singoli Stati membri.

In Italia, i cambiamenti organizzativi dell'assistenza sanitaria si svolgeranno in una realtà sempre più regionalizzata e decentralizzata, in una prospettiva di federalismo fiscale, con un graduale passaggio al finanziamento del costo standard, sia per razionalizzare la spesa pubblica che per garantire servizi erogati secondo principi di efficienza e appropriatezza. (5, 11).

I responsabili per la programmazione e organizzazione sanitaria dovranno anche considerare il fenomeno della libera circolazione dei servizi e cittadini europei e, nel rispetto dei nuovi impegni comunitari sui diritti dei cittadini alla mobilità per usufruire di prestazioni programmate, qualora il Paese di provenienza non sia in grado di garantire elevati livelli di assistenza per determinate patologie. (10)

BIBLIOGRAFIA

1) Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos “Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses”, World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

2) OCSE, *Rapporto Health at a glance 2009*, OECD Indicators, OECD 2009

3) WHO Regional Office for Europe, *The European health report 2009*

4) *Nuovo Patto per la salute 2010-2012, Accordo programmatico tra Governo e regioni e Province Autonome*, 3 dicembre 2009,

5) K. Kob, “Federalismo e assistenza sanitaria”, *L'Ospedale, Trimestrale dell'ANMDO di Igiene, Tecnologia, Management degli Ospedali e dei Servizi Sanitari Territoriali*, N° 2, 2009, pagg. 13-16

6) *Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, La vita buona nella società attiva, Libro bianco sul futuro del modello sociale*, maggio 2009

7) Bernd Rechel, Stephen Wright, Nigel Edwards, Barrie Dowdeswell, Martin McKee, *Investing in hospitals of the future*, World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

8) *Regione Umbria, Piano Sanitario regionale 2009-2011*

9) *Ministero della salute, Programma “Guadagnare salute, rendere facili le scelte salutari”, DPCM 4 maggio 2007*

10) *Conferenza ministeriale Europea, „Health systems, health and wealth“, Tallin, Estonia, 27-29 giugno 2009, World Health Organization 2009*

11) *Ettore Jorio, La Legge delega di attuazione del federalismo fiscale, 22 aprile 2009, federalismi.it, Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato*