

BILANCIO
SOCIALE
2016

A.I.O.P.
EMILIA - ROMAGNA

ASSOCIAZIONE ITALIANA
OSPEDALITÀ PRIVATA



CREDITS

Questa prima edizione del Bilancio Sociale è stata realizzata con la consulenza tecnico metodologica di Nomisma S.p.A. in collaborazione con lo Studio Breschi



© **Nomisma S.p.A.**

Strada Maggiore, 44 - 40125 Bologna - Italy
www.nomisma.it

Gruppo di lavoro

Laura PALMIZI
Maria Cristina PERRELLI BRANCA
Paola PICCIONI
Boris POPOV
Giulio SANTAGATA
Luigi SCAROLA

Con la collaborazione di

Alberto BRESCHI
Angela MONACHELLO

InfoCommunication PMopenlab srls

graphic editor_G. Mangano
scientific consultant per Pmopenlab_Consuelo Nava

SOMMARIO

LETTERA DI PRESENTAZIONE AGLI STAKEHOLDER	5
NOTA INTRODUTTIVA CON SPIEGAZIONE METODOLOGICA	7
PARTE PRIMA AIOPE Emilia - Romagna: Identità, Missione e Valori	8
Assetto Istituzionale	9
Valori	12
Mission	13
Mappa degli Stakeholders	14
PARTE SECONDA Scenario e contesto di riferimento	16
La domanda di salute	17
Strategie e politiche: il ruolo dell'ospedalità privata in Emilia-Romagna	20
Le dinamiche più recenti del settore	22
PARTE TERZA Le strutture sanitarie di AIOPE Emilia-Romagna	25
Le prestazioni sanitarie e i pazienti	27
Il personale	32
Ambiente e comunità	38
Performance valore aggiunto	42
Performance economica e investimenti	43
Distribuzione del valore aggiunto	45
Ricadute economiche	47
Ricadute sui fornitori locali	48
Indotto occupazionale	50
Impatto economico degli ospedali AIOPE-R	51

*“Crediamo
fortemente
che l'azione di
AIOP Emilia-
Romagna sia
fondamentale
per lo
sviluppo
del sistema
sanitario
regionale”*

*Bruno Biagi
Presidente
AIOP Emilia-Romagna*



LETTERA DI PRESENTAZIONE AGLI **STAKEHOLDERS**

Gli ospedali AIOF della regione Emilia Romagna presentano il proprio Bilancio Sociale 2016 con l'intento di esprimere e poter condividere il ruolo che l'ospedalità privata riveste all'interno del territorio regionale, non solo come fondamentale contributo all'erogazione di servizi sanitari di alta qualità, ma soprattutto come attori che promuovono, incentivano e consentono innovazione e sviluppo.

In un contesto che vede sempre più cambiare il rapporto ospedale-territorio e che vede una domanda di salute in continua evoluzione, le strutture sanitarie private AIOF Emilia-Romagna continuano a rivestire un ruolo primario nel contribuire all'accessibilità e al corretto funzionamento del Sistema Sanitario Nazionale, sostenendo direttamente e indirettamente il tessuto economico-sociale in cui sono localizzate.

Scorrendo le pagine del rapporto, il quadro che emerge dall'analisi è di un mondo, quello dell'ospedalità privata in regione, molto variegato in termini di specializzazione, dimensione, assorbimento occupazionale, complessità delle prestazioni, ma che ha come denominatore comune la capacità di creare valore intorno a sé.

Valore inteso anche come gestione impegnata e consapevole, che consente di rafforzare la fiducia di tutti i soggetti che entrano in relazione con le strutture ospedaliere, siano essi fornitori o dipendenti, gli stessi pazienti che usufruiscono delle prestazioni o i diversi soggetti istituzionali con cui un'azienda sanitaria ha il dovere di mantenere un costante dialogo.

Per questo, tale valore può essere definito "trasversale", in quanto interseca i diversi ambiti

interni alle strutture: le prestazioni mediche e le diverse specializzazioni; la gestione del personale, la formazione e il livello di sicurezza garantito; il rapporto con i fornitori, in particolare locali, nella loro durata e resa economica; la comunità e l'attenzione prestata alle tematiche ecologiche; gli investimenti fatti per consentire un continuo miglioramento dei servizi rivolti ai cittadini.

La redazione di questo documento nasce da un senso di responsabilità verso il territorio, a testimonianza della concreta volontà di promuovere il processo interattivo di comunicazione con tutti i portatori di interesse, fornendo una fotografia chiara e trasparente delle performance economiche, sociali e ambientali dell'aggregato regionale.

Questa prima edizione del Bilancio Sociale AIOF Emilia-Romagna va intesa quindi come l'inizio di un percorso basato su una rinnovata consapevolezza delle potenzialità delle strutture e come una riflessione sugli obiettivi ancora da raggiungere, per definire in maniera sempre più efficace e sistemica gli sforzi futuri.

L'associazione ha in questo senso una funzione decisiva, impegnandosi quotidianamente nell'alimentare, supportare e sviluppare le condizioni che permettono all'ospedalità privata di affrontare con maggiore incisività i cambiamenti e le complesse sfide economiche e sociali.

Presidente AIOF EMILIA-ROMAGNA

Bruno Biagi





PARTE 1

COSA È AIOP

Nella prima parte vengono evidenziate le caratteristiche distintive di AIOP Emilia-Romagna come realtà associativa che opera sul territorio regionale e si rivolge a un vasto insieme di stakeholders.

PARTE 2

SCENARI E OBIETTIVI

Nella seconda parte viene ricostruito in termini macroeconomici lo scenario di riferimento in cui l'associazione e le sue strutture sono chiamate ad operare: vengono identificati i principali driver della domanda di salute, il ruolo di sistema svolto dalla rete AIOP nell'offrire un supporto tangibile all'evoluzione di tale domanda e i temi che più di recente hanno contraddistinto il settore sanità.



PARTE 3

ANALISI DATI

La terza parte si concentra sull'analisi di 44 strutture sanitarie associate ad AIOP Emilia-Romagna, i cui dati vengono trattati in maniera aggregata per riflettere il ruolo di sistema che assumono nell'erogare un ampio spettro di prestazioni sanitarie specializzate e contribuire alla competitività del tessuto economico regionale.



NOTA INTRODUTTIVA CON SPIEGAZIONE METODOLOGICA

Il **Bilancio Sociale AIOP Emilia-Romagna** intende fornire un quadro aggregato dei risultati e delle iniziative adottate in ambito sociale, economico ed ambientale nel 2016 dalle strutture associate presenti in Regione e dell'associazione che da anni ne tutela e valorizza gli interessi.

Sul piano "tecnico" il rapporto è stato suddiviso in tre macro sezioni.

Nella **prima parte** vengono evidenziate le caratteristiche distintive di AIOP Emilia-Romagna come realtà associativa che opera sul territorio regionale e si rivolge a un vasto insieme di stakeholder.

Nella **seconda parte** viene ricostruito in termini macroeconomici lo scenario di riferimento in cui l'associazione e le sue strutture sono chiamate ad operare: vengono identificati i principali driver della domanda di salute, il ruolo di sistema svolto dalla rete AIOP nell'offrire un supporto tangibile all'evoluzione di tale domanda e i temi che più di recente hanno contraddistinto il settore sanità.

La **terza parte** si concentra sull'analisi di 44 strutture sanitarie associate ad AIOP Emilia-Romagna, i cui dati vengono trattati in maniera aggregata per riflettere il ruolo di sistema che assumono nell'erogare un ampio spettro di prestazioni sanitarie specializzate e contribuire alla competitività del tessuto economico regionale.

La metodologia adottata nella redazione del rapporto segue i principi di rendicontazione internazionalmente riconosciuti. I dati, gli indicatori di performance e le elaborazioni qualitative sono il frutto di analisi di trend di mercato, utilizzo di banche dati (Siseps E-R, EBIGEA) scenari di settore

e questionari somministrati e compilati dalle strutture. Nello sviluppo del processo di rendicontazione si è tenuto conto del principio di materialità nell'individuare ed analizzare gli ambiti di sostenibilità sociale, economica ed ambientale ritenuti prioritari. Per fornire un quadro comprensivo e comparabile delle dinamiche in corso sono stati riportati, laddove possibile, anche i dati delle annualità precedenti, nonché una indicazione degli obiettivi e delle iniziative che il comparto nel suo complesso intende intraprendere nel prossimo futuro.

Pur mantenendo un'adeguata rigore scientifica garantita dal supporto tecnico metodologico di Nomisma in collaborazione con lo Studio Breschi, nella descrizione delle attività e dei risultati raggiunti è stata posta particolare attenzione all'accessibilità e comprensibilità delle informazioni per assicurarne il più ampio grado di disseminazione e fruibilità tra tutti gli stakeholder.

**IL BILANCIO
SOCIALE AIOP
2016 SEGUE
I PRINCIPALI
METODI DI
ANALISI
INTERNAZIONALI
RICONOSCIUTI**

A black and white photograph of a building facade. On the left, there is a window with a metal grille. To the right, a classical column supports an archway. The scene is brightly lit, creating strong shadows. A semi-transparent white box with blue text is overlaid on the upper part of the image.

AIOP EMILIA-ROMAGNA: IDENTITÀ, MISSIONE E VALORI



[PARTE PRIMA]



ASSETTO ISTITUZIONALE

L'Associazione Italiana Ospedalità Privata è stata fondata a Roma nel 1966 in rappresentanza di ospedali e case di cura private, accreditate e non, presenti in tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di sviluppare la qualificazione delle strutture associate e di sostenerne la collocazione e l'attività nell'ambito dell'organizzazione sanitaria nazionale.

AIOP nasce in un periodo in cui il sistema ospedaliero era per lo più gestito da enti di assistenza e beneficenza. La riforma che si stava aspettando negli anni '60 in Italia avrebbe deciso le sorti del settore privato, poiché l'intenzione del governo dell'epoca era quella di dettare, in ambito sanitario, l'organizzazione interna delle strutture, le loro fonti di finanziamento e i rapporti con gli enti nazionali o regionali. È stata questa consapevolezza che ha costituito la spinta necessaria a convincere i responsabili di alcune associazioni non federate a formare un'unica associazione di categoria, che unisse gli ospedali privati e le diverse competenze. Proprio quando il privato stava per essere relegato a mero complemento del pubblico,

AIOP accettò la sfida e si fece "sistema", col dichiarato intento di risolvere i problemi inerenti alla strutturazione degli istituti di cura facenti parte dell'iniziativa, riguardanti soprattutto, allora come oggi, l'inserimento delle strutture private nell'organizzazione generale ospedaliera del Paese.

AIOP Emilia-Romagna rappresenta una delle più importanti reti territoriali di strutture sanitarie in Italia, fortemente diversificate sul piano specialistico. Ognuna di esse offre una vasta gamma di prestazioni sanitarie, che vanno ad affiancare ed integrare quelle offerte dalle strutture pubbliche. Fondamentale, per AIOP, è la specializzazione delle sue associate, in discipline che vanno dalla medicina alla neuropsichiatria, dalla dialisi alla riabilitazione e dalla chirurgia generale e ortopedica fino alla cardiocirurgia e terapia intensiva, anche grazie all'ampia dotazione di attrezzature e tecnologie di cui tutte le strutture dispongono.

ASSETTO ISTITUZIONALE

Prima di analizzare nel dettaglio i dati e l'offerta del sistema sanitario emiliano-romagnolo, è bene tracciare la conformazione regionale dello stesso.

AIOP prevede che gli organi delle sedi regionali siano:



Assemblea dei soci

Costituita dai proprietari e/o dai legali rappresentanti delle Istituzioni Sanitarie associate della Regione.

SONO 50 LE CLINICHE IN EMILIA-ROMAGNA PER UN TOTALE DI 5.600 POSTI LETTO E 6.500 ADDETTI



Il Presidente

Eletto tra i Soci dell'Assemblea. La sua carica dura tre anni ed è rieleggibile.

IL DOTT. BRUNO BIAGI È IL PRESIDENTE AIOP EMILIA-ROMAGNA ELETTO PER IL TRIENNIO 2015-2017



Il Consiglio Regionale

È costituito dal Presidente e dal Vice Presidente (ove nominato) e dai Presidenti Provinciali. Il Consiglio è l'organo che attua la politica associativa, assiste e tutela le Istituzioni Sanitarie associate, redige bilanci consuntivi e preventivi da trasmettere alla Sede nazionale una volta che essi siano stati approvati dall'Assemblea.

AL CONSIGLIO SPETTA IL COMPITO DI NOMINARE UN TESORIERE E UN SEGRETARIO

CONSIGLIO REGIONALE AIOP EMILIA-ROMAGNA

TRIENNIO 2015-2017

PRESIDENTE AIOP GIOVANI ER
Maria Cecilia Sansavini

VICE-PRESIDENTE REGIONALE
Mario Cotti

PRESIDENTE REGIONALE
Bruno Biagi

MEMBRO PERMANENTE
Ettore Sansavini

PRESIDENTE PROV. RAVENNA
Stefano Grandi

VICE-PRESIDENTE REGIONALE
Giuseppe Valastro

PRESIDENTE PROV. RIMINI
Enrico Fava

PRESIDENTE PROV. PIACENZA
Giampiero Melani

PRESIDENTE PROV. FERRARA
Luciano Natali

PRESIDENTE PROV. PARMA - TESORIERE
Cesare Salvi

PRESIDENTE PROV. FORLÌ-CESENA
Valentina Valentini

PRESIDENTE PROV. REGGIO EMILIA
Fabrizio Franzini

PRESIDENTE PROV. BOLOGNA
Averardo Orta

PRESIDENTE PROV. MODENA
Paolo Toselli



I VALORI

AIOP Emilia-Romagna crede in un Sistema Sanitario a **gestione mista pubblico-privata**, in grado di valorizzare competenze e risorse per erogare servizi di massima qualità ed efficacia nell'interesse dei pazienti. Un sistema, dunque, capace di privilegiare l'aspetto della qualità delle cure e delle risorse messe a disposizione, nonché il diritto dei cittadini di ricevere l'assistenza desiderata senza differenze economiche sostanziali tra pubblico e privato.

AIOP si fa portavoce della necessità di dover lavorare ancora su molti aspetti del sistema misto per fare in modo che questo cresca e si sviluppi in maniera funzionale. Uno di questi aspetti è la qualità all'interno delle strutture, che va dalla valutazione dei requisiti al controllo dei risultati, in un monitoraggio costante che consenta di migliorare le proprie performance, arricchendole allo scopo di dare ai cittadini l'assistenza di cui hanno bisogno. AIOP vuole rappresentare non solo gli interessi dei propri iscritti, ma vuole anche contribuire alla crescita di una cultura di accesso, di gestione e di sviluppo dei servizi ospedalieri nell'interesse del Paese.

Il contributo concreto che l'associazione apporta al Sistema Sanitario Nazionale si declina in **sei principi cardini**, espressi anche nel Codice Etico della stessa.

AIOP si impegna, inoltre, a rappresentare tutte le associate e coloro che operano in esse, che siano imprenditori associati o titolari che ricoprono cariche, e ad adottare comportamenti ispirati all'autonomia, all'integrità, all'eticità e alla coerenza delle azioni.

Gli stessi medici, dipendenti e dirigenti sono invitati dell'Associazione stessa ad assumere un atteggiamento costruttivo e propositivo, e ad impegnarsi a guadagnare competenze e professionalità; a contribuire al raggiungimento e al mantenimento degli obiettivi di eccellenza propri dell'Associazione e a osservare scrupolosamente il Codice Deontologico previsto per il loro ambito professionale.

I PRINCIPI AIOP



Eguaglianza tra tutti i cittadini richiedenti cure e assistenza



Imparzialità della struttura nello svolgimento quotidiano delle proprie attività



Diritto di scelta da parte dei cittadini



Partecipazione del paziente ad ogni informazione relativa al suo stato di salute



Efficienza ed efficacia nell'erogazione delle prestazioni



Miglioramento continuo dei metodi e dei processi di qualità.

AIOP VUOLE RAPPRESENTARE NON SOLO GLI INTERESSI DEI PROPRI ISCRITTI, MA VUOLE ANCHE CONTRIBUIRE ALLA CRESCITA DI UNA CULTURA DI ACCESSO, DI GESTIONE E DI SVILUPPO DEI SERVIZI OSPEDALIERI NELL'INTERESSE DEL PAESE.

LA MISSION

“AIOE Emilia-Romagna agisce perseguendo come scopo principale quello di tutelare le Istituzioni Sanitarie Private ad esso associate, fare in modo che si sviluppino e qualificano, sostenendone la collocazione e l'attività nell'ambito dell'organizzazione sanitaria nazionale.”

Ciò non può non accompagnarsi ad altre correlate finalità, quali:

PROMUOVERE E COORDINARE le iniziative che valorizzino la funzione sanitaria e sociale espressa dall'ospitalità privata, che favorisce il diritto dei pazienti di fruire di prestazioni sanitarie efficienti e qualificate

PARTECIPARE DIRETTAMENTE ALL'ELABORAZIONE in Sede nazionale e periferica, dei programmi e delle normative in materia sanitaria

EFFETTUARE STUDI E INDAGINI al fine di risolvere eventuali problemi inerenti alla struttura delle Istituzioni Sanitarie private, anche per quanto riguarda il loro inserimento nell'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale

APPROFONDIRE la questione del rapporto di lavoro del personale medico e non medico, in riferimento alla specifica destinazione e alle caratteristiche delle Istituzioni Sanitarie private

FAVORIRE LA COLLABORAZIONE e la solidarietà tra le Istituzioni associate, assistendole e tutelando

COSTITUIRE E MANTENERE RAPPORTI utili alla realizzazione degli scopi associativi con enti, associazioni e comitati, a livello nazionale e internazionale

FAVORIRE ADESIONI utili ad aumentare la propria rappresentatività nei riguardi di altre strutture socio-sanitarie

COMUNICARE E ILLUSTRARE alle Istituzioni Sanitarie associate le leggi, i regolamenti, le circolari e quanto altro interessi le stesse

L'ACCREDITAMENTO DEGLI OSPEDALI PRIVATI

In materia sanitaria, l'accREDITAMENTO si sostanzia in uno strumento finalizzato a garantire livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria e sociosanitaria, da parte delle singole Regioni, tramite l'individuazione tra le strutture private, già autorizzate dall'Autorità sanitaria territorialmente competente, di quelle idonee a erogare, in aggiunta alle strutture pubbliche, le prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale, così come articolato su base nazionale, regionale e locale.

L'idoneità della struttura che chiede l'accREDITAMENTO è accertata in relazione al soddisfacimento di una serie di parametri, sulla base di criteri comuni predefiniti e paritari tra pubblico e privato, predeterminati dall'Autorità Regionale territorialmente competente, e volti ad assicurare la qualificazione della struttura, la rispondenza delle prestazioni rese agli indirizzi regionali di politica sanitaria e l'efficacia e appropriatezza dei risultati raggiunti, secondo quanto dispone l'articolo 8 quater del Dlgs n. 502 del 1992. In ogni caso, pertanto, l'inclusione nell'accREDITAMENTO delle prestazioni da erogare prevede la previa valutazione da parte della Regione del fabbisogno, del volume dell'attività erogabile, della programmazione di settore, del possesso di requisiti da parte delle strutture private e degli oneri finanziari sostenibili.

MAPPA DEGLI STAKEHOLDERS





[PARTE SECONDA]
SCENARIO E CONTESTO
DI RIFERIMENTO



LA DOMANDA DI SALUTE

Il mutamento delle esigenze e della domanda di salute e la necessità di comprimere la spesa, sono diventate da almeno venti anni le due principali chiavi di lettura della Sanità in Italia.

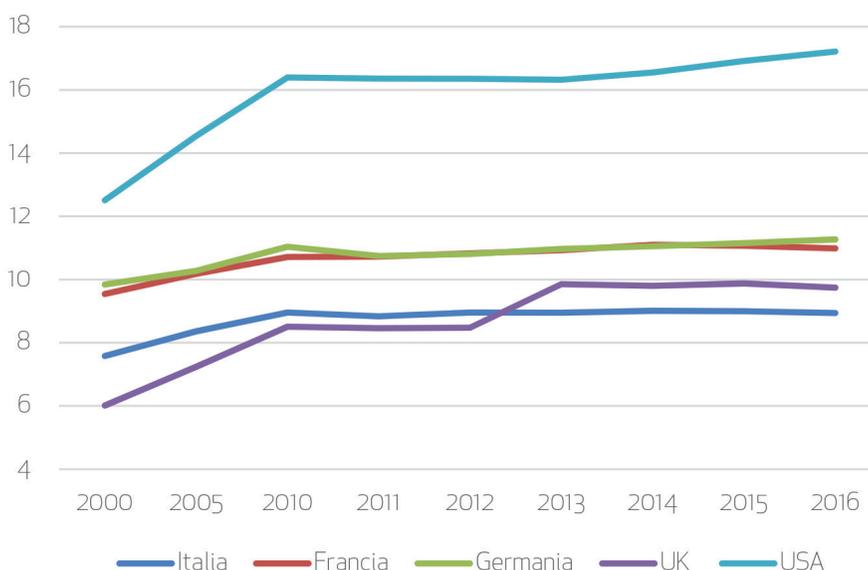
Le dinamiche economiche e i cambiamenti demografici ed epidemiologici rappresentano sempre più i principali elementi di contesto a cui si dovrà necessariamente continuare a rispondere nell'elaborazione delle politiche di sviluppo.

Nel 2016 la spesa sanitaria pubblica corrente è stata pari a 112,5 miliardi di euro, in crescita rispetto al passato (+68% rispetto al 2000) e stimata in aumento anche nel prossimo triennio, ad un tasso medio annuo dell'1,3%. Tuttavia, l'osservazione dell'evoluzione dell'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa pubblica totale, prevista in diminuzione come in passato (passerà dal 14,6% del 2016 al 14,5% del 2020), testimonia l'intenzione di un ulteriore

ridimensionamento delle risorse destinate al capitolo Salute.

Anche il confronto internazionale mette in luce un settore relativamente sempre meno "caro" in termini di peso dei finanziamenti: nel 2016 la spesa sanitaria sul PIL in Italia è pari all'8,9%, valore che porta il Paese a classificarsi dietro a Francia (11%), Germania (11,3%), Regno Unito (9,7%) e Stati Uniti (17,2%) e che più rappresenta il clima di generale stazionarietà che caratterizza il periodo 2010-2016 (*Fonte: elaborazioni su dati OECD*).

Spesa sanitaria totale in % del PIL - Anni 2000 - 2016



Variazione 2016 - 2010	
Italia	-0,02
Francia	0,27
Germania	0,23
UK	1,24
USA	0,82

La stessa dinamica riguarda l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL, che a seguito dell'evoluzione prevista per il quadro macroeconomico (crescita del PIL nominale), degli interventi di contenimento della spesa sanitaria già programmati e della stabilita riduzione delle risorse destinate al personale dipendente, dovrebbe passare dal 6,7% registrato nel 2016 al 6,4% nel 2020.

Accanto alle prospettive economiche, nella definizione degli scenari futuri, un peso determinante vengono ad assumere i cambiamenti del quadro demografico, epidemiologico e dei relativi bisogni.

Si tratta di fenomeni dalla portata globale: secondo le Nazioni Unite, la popolazione con più di 60 anni d'età raggiungerà gli 1,4 e 2,1 miliardi rispettivamente nel 2030 e nel 2050 contro i 900 milioni del 2015 (12% del totale).

In Italia quasi un quarto della popolazione totale è costituita da ultrasessantacinquenni e, anche in questo caso, la quota è destinata a crescere nel tempo: le previsioni dell'Istat stimano per i prossimi 15 anni un incremento delle fasce più anziane di poco inferiore al 25%, a fronte di una crescita media della popolazione che si attesta a circa il 4,6%.

Anche l'Emilia-Romagna presenta un profilo della popolazione residente simile al contesto nazionale, con una quota rilevante di persone oltre i 65 anni d'età ma con una crescita di questa fascia maggiormente bilanciata dall'aumento della popolazione nel suo complesso, imputabile alla pronunciata incidenza della componente straniera, decisamente più giovane.

Italia: Popolazione per fasce di età e proiezioni

ITALIA	1990	2000	2010	2016	2030	Var. % 2030/2016
Quota pop. 65+	14,7	18,1	20,4	22,0	26,1	24,0
Quota pop. 75+	6,5	7,9	10,0	11,3	13,4	24,6
Popolazione residente (Milioni)	56,7	56,9	59,2	60,7	63,5	4,6

Emilia- Romagna: Popolazione per fasce di età e proiezioni

EMILIA - ROMAGNA	1990	2000	2010	2016	2030	Var. % 2030/2016
Quota pop. 65+	18,8	22,1	22,8	23,6	25,6	23,1
Quota pop. 75+	8,5	10,3	11,7	12,6	13,2	19,2
Popolazione residente (Milioni)	3,9	4,0	4,3	4,5	5,1	13,6

LA DOMANDA DI SALUTE

Alla luce di un tale assetto demografico e con l'aumento della speranza di vita diventa sempre più significativa anche l'incidenza delle malattie croniche.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, al 2015, le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte in quasi tutto il mondo e in Europa sono causa di circa l'89% dei decessi. I dati confermano che l'incidenza delle patologie croniche risulta in aumento al crescere dell'età: più dell'85% dei decessi riguarda, infatti, persone ultrasessantenni e circa il 70% ultrasettantenni.

In Italia, la percentuale di decessi riconducibili alle malattie non trasmissibili sale al 92% e, al contrario del contesto europeo e mondiale, si mantiene costante rispetto al 2000.

Vi è, infine, il fenomeno della multimorbilità su cui allo stato attuale non esistono statistiche consolidate, ma che l'aumento dell'aspettativa di vita, l'avanzare delle patologie croniche e i progressi nelle capacità di cura, fanno ragionevolmente ipotizzare come in costante crescita negli scenari futuri.

Scenari che saranno sempre più caratterizzati dalla necessità di rispondere al concetto di "multidimensionalità della

salute", attraverso un'interpretazione dell'assistenza sempre più "estensiva" e caratterizzata da un approccio bio-psico-sociale al paziente, che vada anche oltre l'ospedale per trovare in una "rete" di servizi la dimensione integrata ottimale.

Compito di tale rete sarà quello di presidiare, in un sistema di piena integrazione con la componente socio-sanitaria, la continuità delle cure e la qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizio e utenti.

Ciò si traduce, per il sistema sanitario nazionale, nell'ineludibile necessità di perfezionare un assetto organizzativo che assicuri qualità e continuità nell'erogazione del servizio, salvaguardando, nonostante il perdurare delle politiche di contenimento dei costi, un effettivo accesso universale proprio del modello italiano.

Si tratta di una sfida complessa per il SSN e di una sfida enorme anche per il privato convenzionato che ha la possibilità di giocare un ruolo di primo piano come nodo strategico di sistema e punto di riferimento (e di ispirazione) per efficienza e flessibilità.

**PIÙ DELL'85%
DEI DECESSI
RIGUARDA
PERSONE ULTRA
SESSANTENNI
E CIRCA
IL 70% ULTRA
SETTANTENNI**

STRATEGIE E POLITICHE: IL RUOLO DELL' OSPEDALITÀ PRIVATA IN EMILIA-ROMAGNA

Nella regione Emilia-Romagna si è assistito in questi anni ad un significativo calo del tasso di ospedalizzazione, passato da 131,3 x 1000 abitanti nel 2010 a 121,7 x 1000 nel 2015 per i ricoveri ordinari, e da 43,6 a 34,2 per i ricoveri in DH.

In un contesto che vede cambiare il rapporto ospedale-territorio, le strutture sanitarie private AIOP Emilia-Romagna continuano a rivestire un ruolo primario nel contribuire alla qualità e accessibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

Nel 2016 l'offerta ospedaliera delle strutture rappresenta all'interno del contesto complessivo regionale:

- **Il 25,0% dei posti letto totali;**
- **Il 17,6% dei pazienti dimessi;**
- **Il 18,3% delle giornate di degenza complessive.**

Nell'assicurare un corretto funzionamento del sistema sanitario regionale, gli ospedali privati AIOP ER forniscono un contributo rilevante in alcune particolari discipline sanitarie. In particolar modo appare significativa la quota di pazienti che accedono a:

- **percorsi di recupero e riabilitativi** (67,1% dei dimessi in regione e il 64% delle giornate totali di degenza);
- **cardiochirurgia** (55,6% dei dimessi in regione e il 40,9% delle giornate totali di degenza);
- **lungodegenza** (41,1% dei dimessi in regione e il 34,2% delle giornate totali di degenza);
- **ortopedia e traumatologia** (40,5% dei dimessi in regione e il 27,4% delle giornate totali di degenza).

Contributo strutture AIOP ER per principali discipline di dimissione - Anno 2016

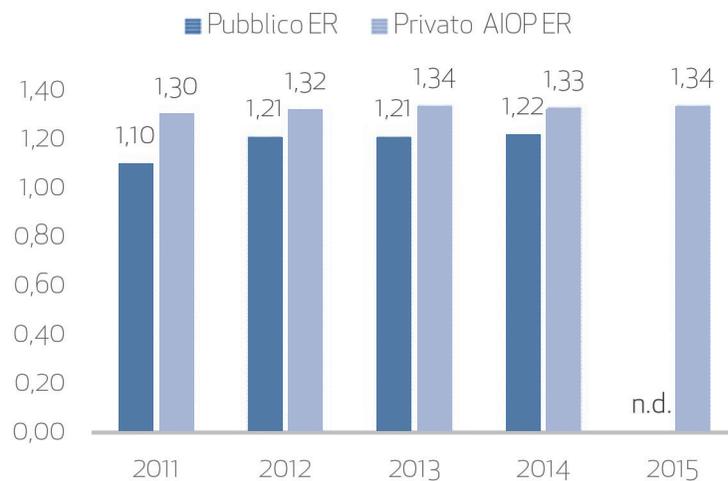
ITALIA	Dimessi	Dimessi AIOP ER/tot	Giornate	Giornate AIOP ER/tot
RECUPERO E RIABILITAZIONE	13.148	67,1%	290.905	64,0%
CARDIOCHIRURGIA	2.594	55,6%	21.715	40,9%
LUNGODEGENTI	13.464	41,1%	304.729	34,2%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	38.348	40,5%	102.649	27,4%
PSICHIATRIA*	3.180	31,0%	37.209	32,1%
NEUROCHIRURGIA	1.822	25,3%	8.889	18,2%
CHIRURGIA GENERALE	17.181	23,3%	33.433	11,0%
NEURO-RIABILITAZIONE	191	22,4%	18.845	30,8%

*solo ospedaliera

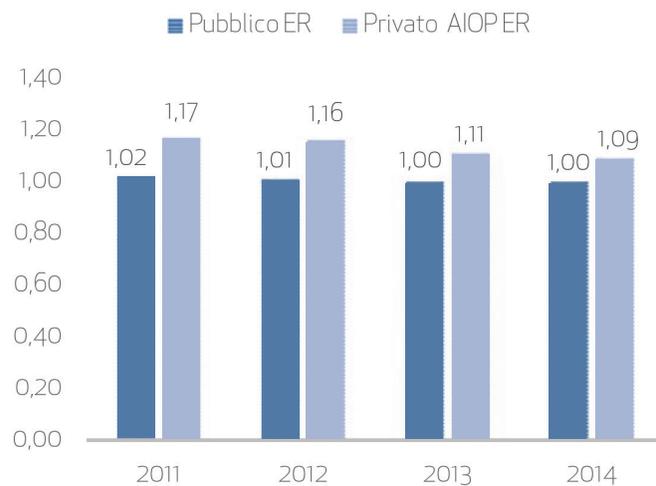
Aumenta la complessità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie della regione, in particolar modo per le strutture accreditate AIOPE, così come dimostra l'analisi di alcuni indicatori (peso medio e Case Mix).

Al 2016, i pazienti dimessi da istituti privati accreditati con DRG ad alta complessità sono stati il 12,5% del totale, in decisa crescita rispetto all'incidenza registrata nel 2009 (8,8%).

PESO MEDIO
Indice che descrive la complessità media dei ricoveri utilizzando il sistema dei pesi relativi attribuiti dal Ministero della Salute.



CASE MIX
Indice che rapporta il peso medio per reparto o disciplina calcolato in una determinata struttura e il peso medio per disciplina calcolato a livello nazionale o regionale della Salute.



LE DINAMICHE PIÙ RECENTI DEL SETTORE

**NEL NOVEMBRE
2016 LA SANITÀ
IN EMILIA-
ROMAGNA SI È
CLASSIFICATA
AL PRIMO POSTO
PER LA QUALITÀ
DELL'OFFERTA
DEI SERVIZI**

Il 2016 è stato caratterizzato da importanti sfide per la Sanità in Emilia Romagna. Uno dei traguardi più significativi tra quelli raggiunti riguarda le **liste d'attesa**. Nelle aziende sanitarie emiliano-romagnole, infatti, già nel mese di Aprile risultavano erogate entro i termini previsti dalla legge il 98,4% delle 40.000 prestazioni programmate.

I miglioramenti più rilevanti a livello regionale si sono registrati negli ambiti di specializzazioni endocrinologiche (passate dal 44% di gennaio 2015 all'attuale 98%), ginecologiche (dal 46% al 100%), gastroenterologiche (dal 58% al 98%) e pneumologiche (dal 46% al 97%). Diversi sono stati gli interventi messi in campo per raggiungere tali risultati, a partire dallo stanziamento di 10 milioni di euro di risorse e all'assunzione di 150 professionisti dedicati. Nelle strutture che riscontravano più difficoltà a garantire la puntualità delle prestazioni sono state effettuate visite mediche anche la domenica e nelle ore serali della settimana.

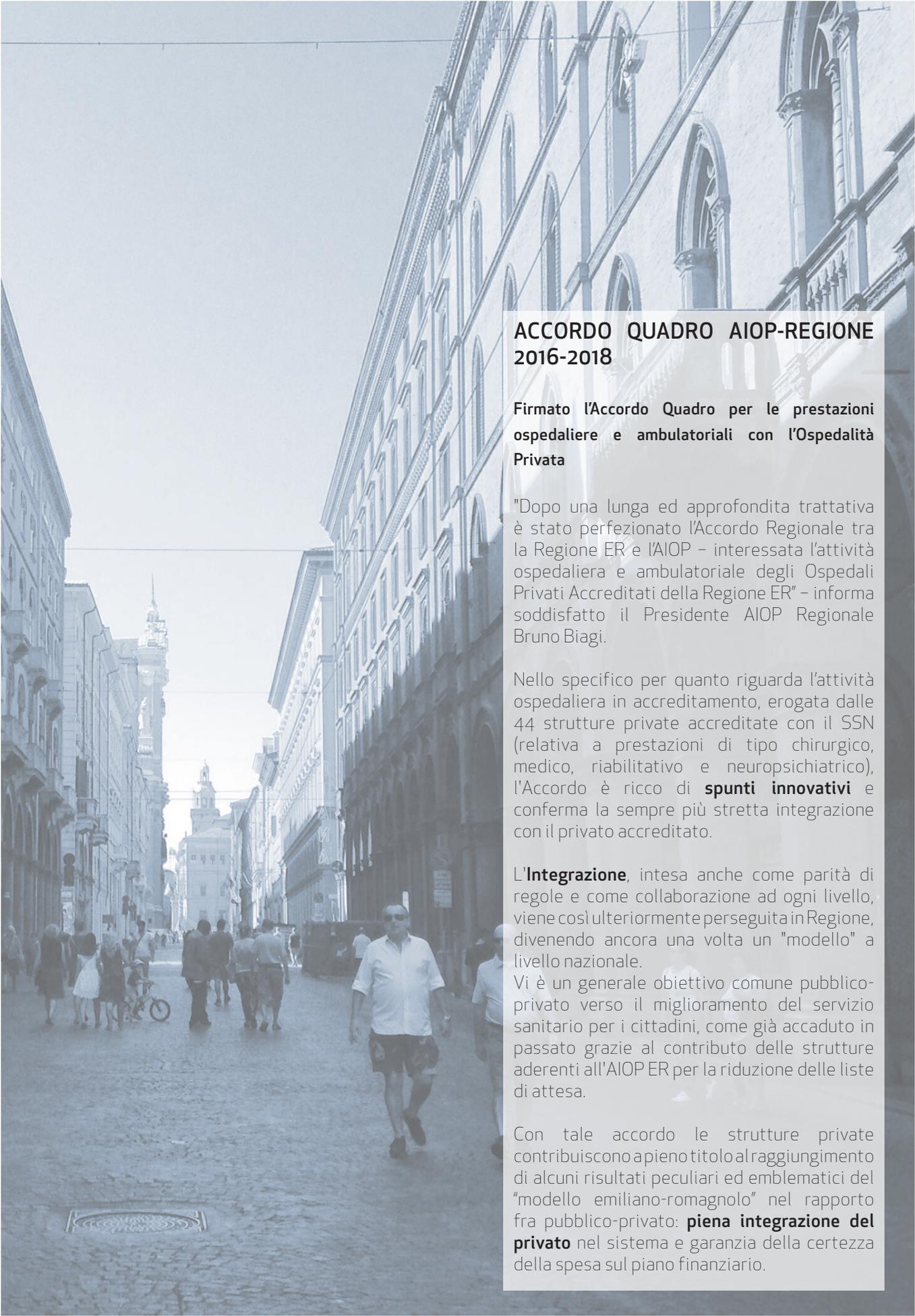
Inoltre, per rendere maggiormente efficiente il servizio di prenotazione e organizzazione delle visite è stata introdotta una procedura sanzionatoria per limitare le disdette senza preavviso fornendo vari strumenti di comunicazione: numero verde, Cup, farmacie e anche un'apposita app. Regolarizzando la disdetta a un minimo di 48 ore precedenti la visita, le Aziende hanno potuto beneficiare del tempo utile a ri-organizzare l'erogazione dei servizi. Il modello si è dimostrato funzionale, tanto che per il 2017 si è deciso di estenderlo ai ricoveri, per garantire almeno il 90% dei casi che si possono programmare entro i 30 giorni, ed entro 60 e 180 giorni i casi meno gravi.

Quello delle liste d'attesa è stato solo

uno dei tanti obiettivi raggiunti nel 2016 dalla Sanità in Emilia Romagna, che a Novembre si è classificata al primo posto per la qualità dell'offerta dei servizi nella rilevazione del Meridiano Sanità Regionale Index (elaborato da The European House - Ambrosetti). Le caratteristiche che hanno portato la regione ad ottenere questo primato sono state: l'approvazione della legge che rende obbligatori i vaccini per l'iscrizione dei bambini negli asili nido, gli **investimenti di oltre 150 milioni di euro** per ristrutturare gli edifici, la realizzazione di nuove Case della Salute e nuove strutture nella regione, l'acquisto di nuove apparecchiature diagnostiche e le spese per adeguare le strutture alle norme sulla sicurezza.

Le strutture sono inoltre state rafforzate tramite **l'assunzione di personale**: è stato firmato un accordo tra con i sindacati contenente nuove norme sull'innovazione e qualificazione del sistema sanitario regionale che ha portato alla stabilizzazione di oltre mille contratti di assunzione.

I primi mesi del 2017 hanno visto **l'approvazione dei nuovi Lea** (Livelli Essenziali di Assistenza), con l'annessione di ulteriori prestazioni alla lista di esami che la sanità emiliano-romagnola già garantisce. Tra questi ci sono vari tipi di vaccinazioni (contro il meningococco B e il rotavirus per bambini e neonati, la pertosse per le donne incinte e il papilloma virus anche per i maschi dodicenni), il trattamento dell'autismo, l'ampliamento delle malattie rare (che includono ora anche la celiachia e la sindrome di Down) e delle prestazioni ambulatoriali tecnologicamente avanzate e, infine, l'utilizzo di dispositivi e ausili informatici avanzati per chi soffre di gravi disabilità.



ACCORDO QUADRO AIOP-REGIONE 2016-2018

Firmato l'Accordo Quadro per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali con l'Ospedalità Privata

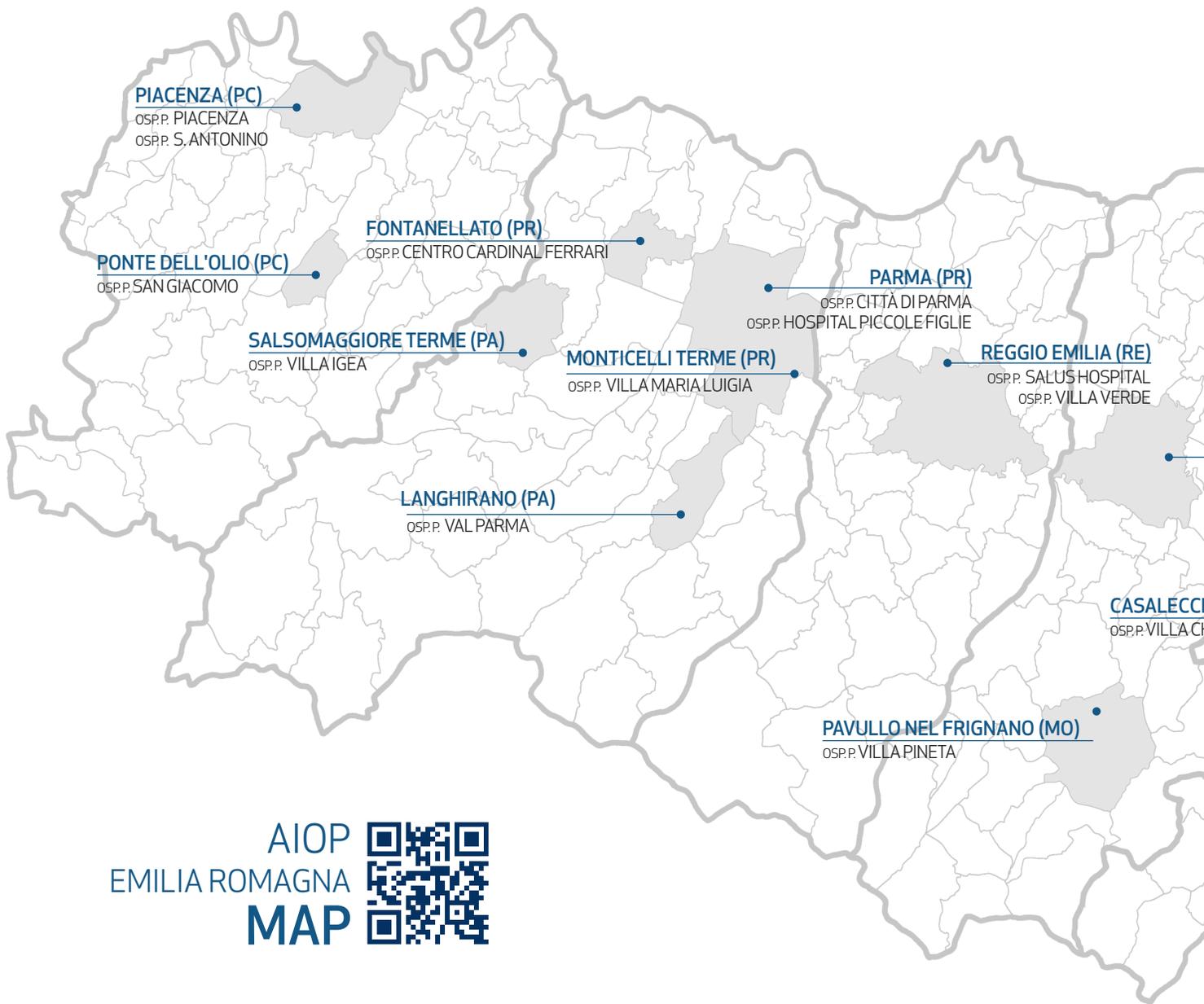
"Dopo una lunga ed approfondita trattativa è stato perfezionato l'Accordo Regionale tra la Regione ER e l'AIOP - interessata all'attività ospedaliera e ambulatoriale degli Ospedali Privati Accreditati della Regione ER" - informa soddisfatto il Presidente AIOP Regionale Bruno Biagi.

Nello specifico per quanto riguarda l'attività ospedaliera in accreditamento, erogata dalle 44 strutture private accreditate con il SSN (relativa a prestazioni di tipo chirurgico, medico, riabilitativo e neuropsichiatrico), l'Accordo è ricco di **spunti innovativi** e conferma la sempre più stretta integrazione con il privato accreditato.

L'**Integrazione**, intesa anche come parità di regole e come collaborazione ad ogni livello, viene così ulteriormente perseguita in Regione, divenendo ancora una volta un "modello" a livello nazionale.

Vi è un generale obiettivo comune pubblico-privato verso il miglioramento del servizio sanitario per i cittadini, come già accaduto in passato grazie al contributo delle strutture aderenti all'AIOP ER per la riduzione delle liste di attesa.

Con tale accordo le strutture private contribuiscono a pieno titolo al raggiungimento di alcuni risultati peculiari ed emblematici del "modello emiliano-romagnolo" nel rapporto fra pubblico-privato: **piena integrazione del privato** nel sistema e garanzia della certezza della spesa sul piano finanziario.



AIOP
EMILIA ROMAGNA
MAP



44

STRUTTURE
OSPEDALIERE
PRIVATE AIOP

23

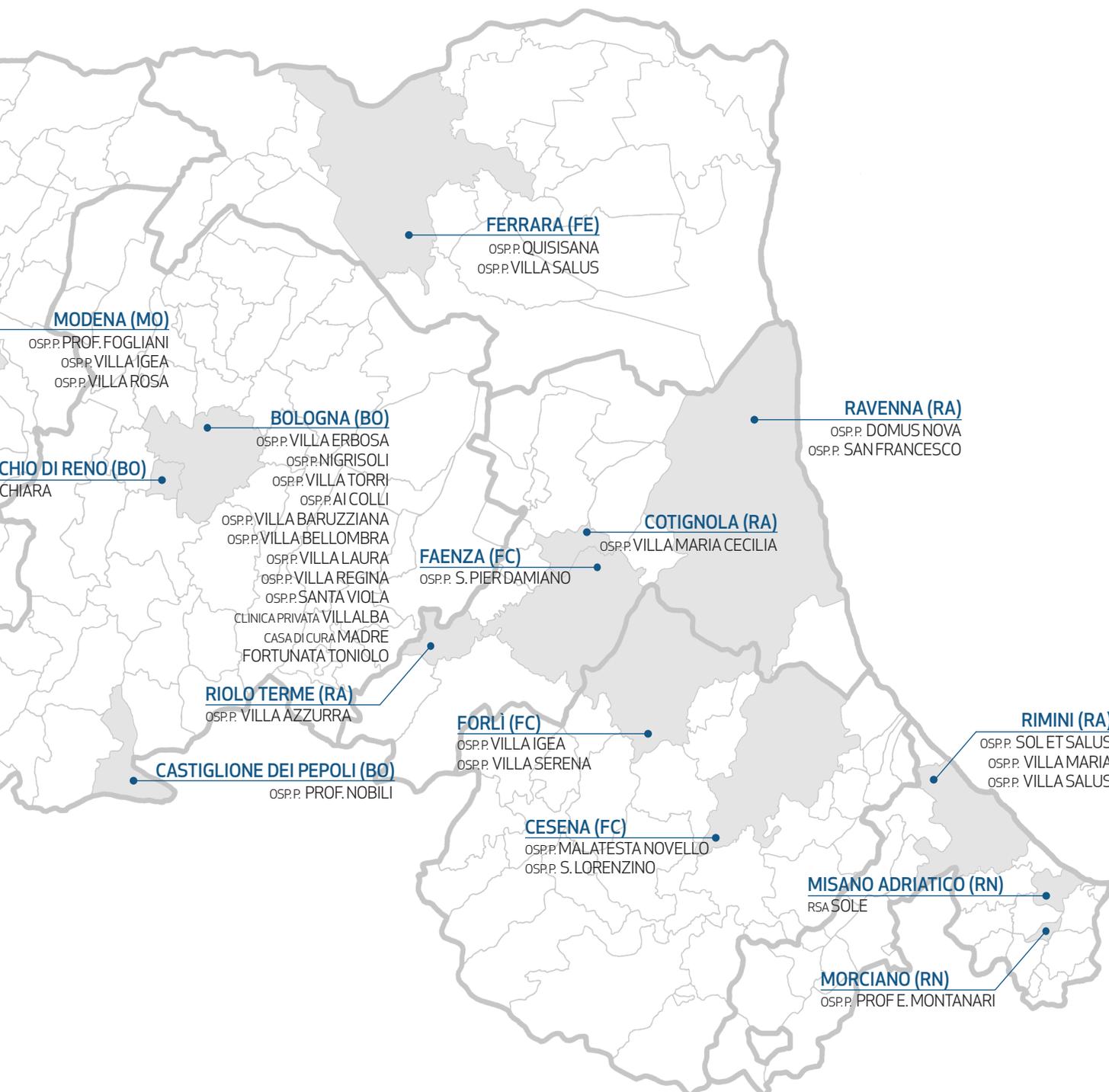
COMUNI CON
PRESENZA
STRUTTURE AIOP

2 mln

I RESIDENTI NEI
COMUNI CON
PRESENZA AIOP

[PARTE TERZA]

STRUTTURE SANITARIE AIOP EMILIA-ROMAGNA LOCALIZZAZIONE COMUNALE





Responsabilità sociale

	2014	2015	2016
Personale Totale	7.191	7.353	7.404
Personale Femminile (% sul totale)	60,1%	60,2%	60%
Stabilizzazione del rapporto di lavoro (n. nuovi posti)	67	183	152
Collaborazione con le Università (n. tirocinanti accolti)	384	376	380
Personale impegnato in attività formative (% sul totale)	75,6%	75,9%	73,4%
Indice di gravità degli infortuni	0,93	0,90	0,85
Incidenza delle forniture da fornitori in ER (% sul totale)	65,8%	66,1%	67,2%
Sostegno alle piccole imprese (% piccole imprese sul totale fornitori)			60%
Supporto ad iniziative per la comunità (Migl. euro)			637
Strutture che supportano iniziative per la comunità (% sul totale)			85%



Responsabilità ambientale

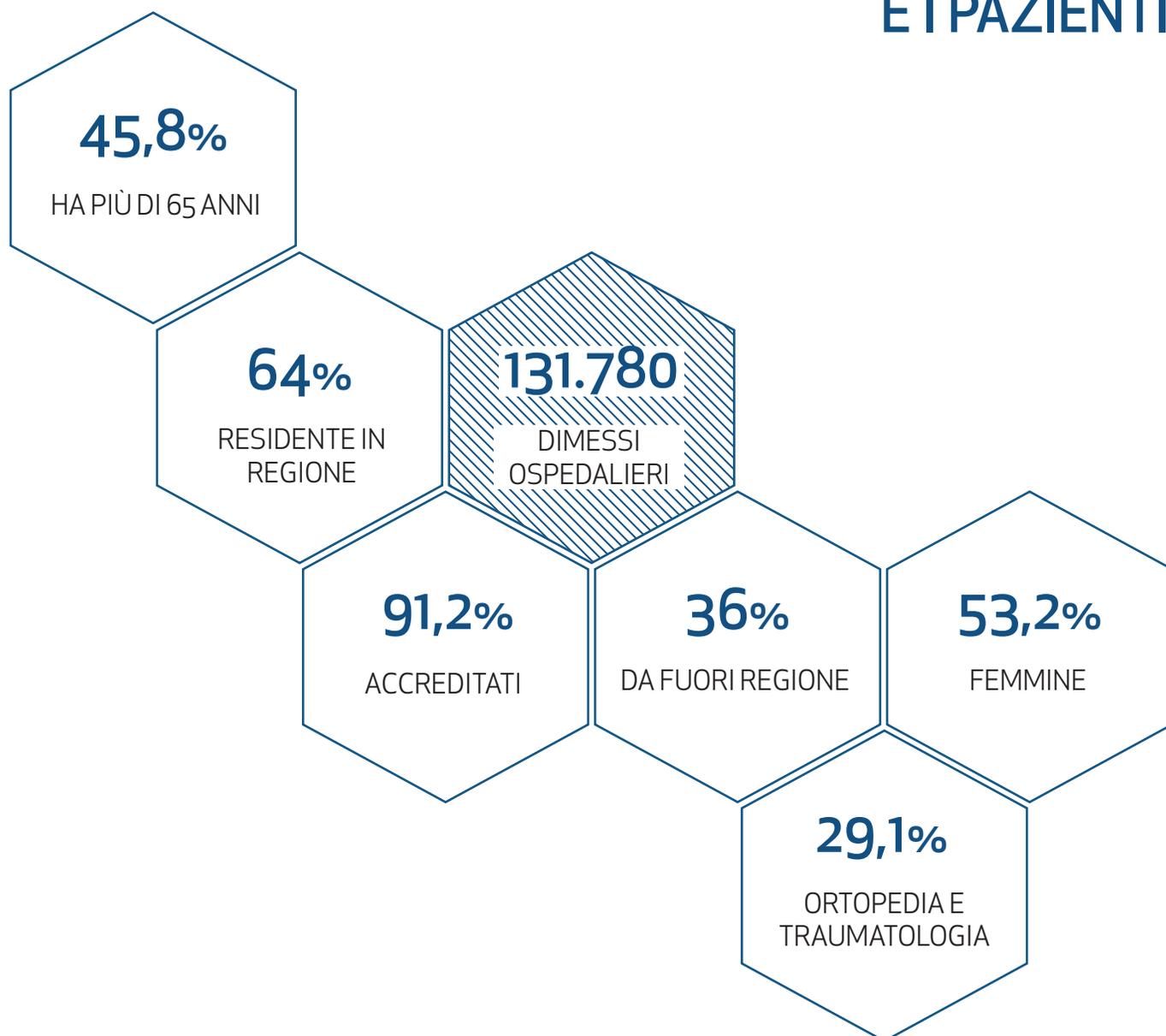
Spese ambientali totali sostenute dalle strutture (Milioni di euro)	16,8	17,2	16,7
Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di acqua (% sul totale)			27,5%
Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di energia elettrica (% sul totale)			45%
Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di gas/metano (% sul totale)			27,5%
Strutture che presentano spazi verdi al loro interno (% sul totale)			78%



Responsabilità economica

Valore della Produzione (Milioni di euro)	703	719	731
Valore Aggiunto Globale Lordo (Milioni di euro)	461	465	469
Investimenti totali (Milioni di euro)	34	41	33
Tasse e imposte pagate (Milioni di euro)	47	46	42
Indice di patrimonializzazione (%)	35,9%	36,1%	35,7%
Impatto occupazione indiretto (n. persone)	586	627	658
Impatto economico indotto (Milioni di euro)	1.104	1.129	1.149

LE PRESTAZIONI SANITARIE E I PAZIENTI



1.153.974
GIORNATE DI DEGENZA

5.095
POSTI LETTO

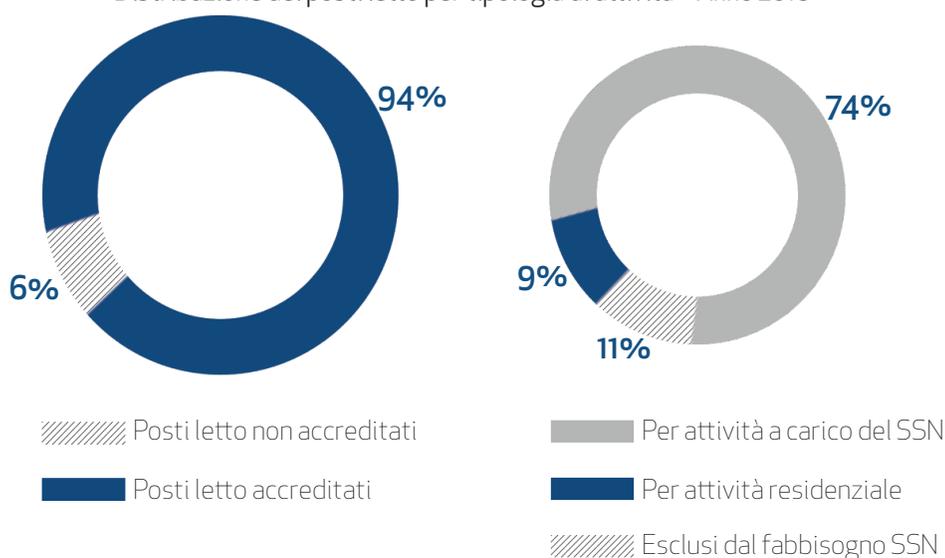

4.381
DIMESSI PER ATTIVITÀ RESIDENZIALE PSICHIATRICA

LE PRESTAZIONI SANITARIE E I PAZIENTI

Delle 50 strutture sanitarie associate ad AIOF Emilia-Romagna, 43 sono case di cura che offrono servizi esclusivamente ospedalieri, salvo alcune attività residenziali nella psichiatria, mentre una è una struttura residenziale psichiatrica. Tra gli ospedali, 36 forniscono esclusivamente prestazioni di tipo ospedaliero, mentre 7 erogano sia attività ospedaliera che residenziale psichiatrica.

I **posti letto totali** delle 44 strutture AIOF ER oggetto di questo bilancio sociale sono **5.095**, di cui il 94%, pari a 4.788, sono accreditati con il Sistema Sanitario Nazionale. Nello specifico, il 74% del posti totali è accreditato per attività a carico del SSN, l'11% è invece accreditato, ma escluso dal fabbisogno SSN e il 9% è composto da posti letto dedicati all'attività residenziale.

Distribuzione dei posti letto per tipologia di attività – Anno 2016



Guardando alle quote di dimessi per onere della degenza, si evidenzia che la grande maggioranza dei dimessi ha subito un ricovero a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale. Percentuali residue interessano i ricoveri a totale carico del paziente (sono presenti, tra

quelle analizzate, 2 strutture che erogano esclusivamente prestazioni a totale carico del paziente) e ricoveri a carico del Sistema Sanitario Nazionale con la differenza alberghiera.

Dimessi per onere della degenza – Anno 2016

	Dimessi	Quota
Ricovero a totale carico SSN	120.181	91,2%
Ricovero a carico SSN con differenza alberghiera	1.951	1,5%
Ricovero a totale carico paziente	9.435	7,2%
Ricovero a carico SSN di stranieri paesi convenzionati	35	0,0%
Ricovero a carico SSN di stranieri indigenti	50	0,0%
Altro	103	0,1%
Ricovero a carico Ministero Interni di stranieri indigenti	25	0,0%
Totale complessivo	131.780	100,0%

Le strutture sanitarie private AIOIP hanno registrato 136.161 degenti nel 2016, di cui 131.780, pari al 96,8%, per attività ospedaliera, mentre i restanti 4.381 per attività residenziale psichiatrica.

Le giornate totali di degenza sono state pari a 1.153.974, per una media di giorni di degenza pari a 7,8 giorni per attività ospedaliera e a 29,4 per attività residenziale psichiatrica.

	Dimessi	Quota
Attività ospedaliera	131.780	1.024.866
Psichiatria residenziale	4.381	128.928

Se si guarda all'ultimo triennio, dal 2014 si è registrata, in relazione al numero di dimessi, una lieve contrazione (-0,7%) a cui è corrisposto un calo leggermente più consistente del numero di giornate di degenza, diminuite dell'1,6%.

Tali flessioni si inseriscono in un più ampio processo di deospedalizzazione, intrapreso da diversi anni grazie a politiche di miglioramento dell'appropriatezza dell'ospedalizzazione e al passaggio a differenti percorsi assistenziali.

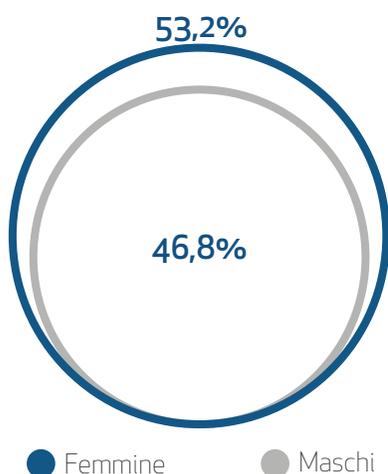
Dimessi e giornate di degenza – Anni 2014-2016

	Dimessi	Gg./acc
2014	137.129	1.173.185
2015	137.889	1.191.610
2016	136.161	1.153.974

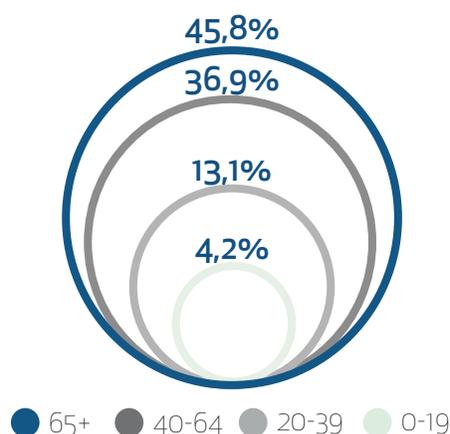
Venendo alle caratteristiche anagrafiche dei dimessi, la disamina in relazione alla classe di età evidenzia una prevalenza di dimessi nelle fasce di età più anziane, con gli ultrasessantacinquenni che rappresentano quasi la metà dei dimessi totali (45,8%). Vista la prevalenza di

donne nella fasce più anziane della popolazione, è naturale osservare dunque una preponderanza, seppur lieve, di pazienti dimessi di genere femminile.

Dimessi per genere – Anno 2016



Dimessi per classe di età – Anno 2016

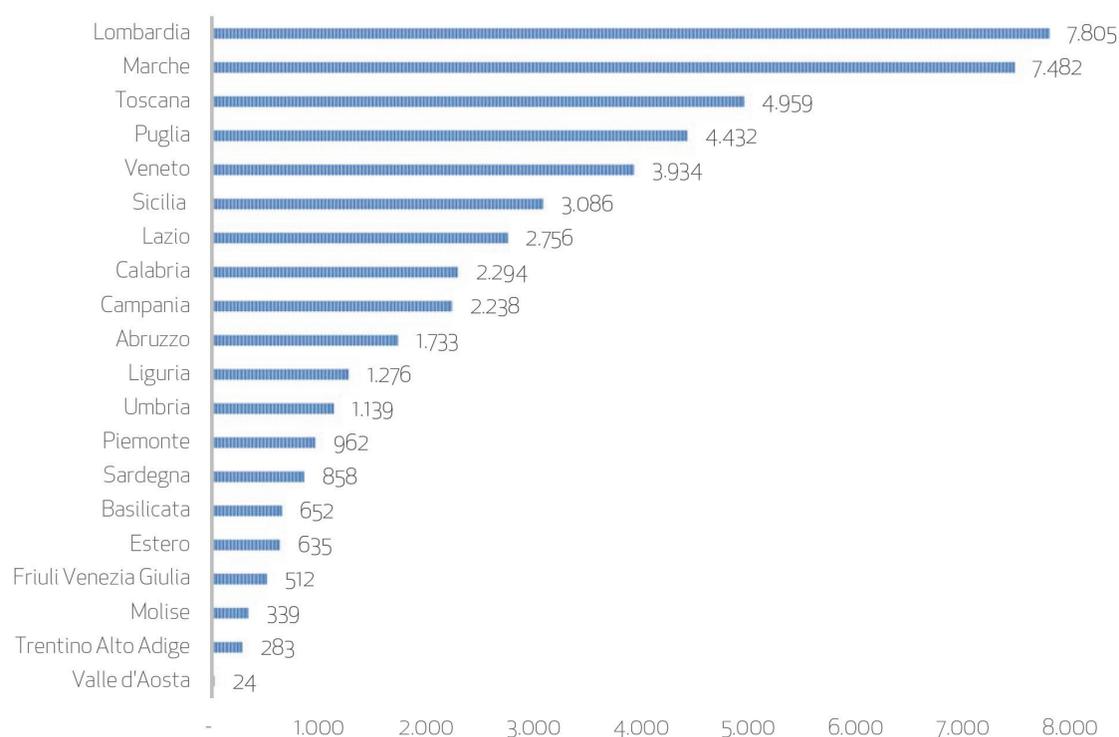


LE PRESTAZIONI SANITARIE E I PAZIENTI

Per quanto concerne la provenienza geografica dei dimessi, ad esclusione della stessa Regione Emilia Romagna, nella quale risiede il 64,0% del totale (84.381), quote significative provengono anche da altre regioni, a dimostrazione della forte capacità attrattiva del comparto. Nell'ordine, le regioni con il più alto numero di dimessi da strutture AIOP emiliano romagnole risultano Lombardia, Marche, Toscana, Puglia e Veneto. La qualità della prestazioni, dunque, oltre ad essere un merito,

genera anche valore economico, poiché il fenomeno del "turismo sanitario" è sia un riconoscimento della bontà del sistema sanitario emiliano-romagnolo, ma è anche portatore di ulteriori risorse all'interno della regione. La capacità di un sistema di attrarre persone dall'esterno va quindi interpretata come indicatore di performance di un territorio e come possibilità di ulteriore sviluppo di un settore capace di innescare un virtuoso meccanismo di generazione di valore.

Dimessi per provenienza extra-regionale – Anno 2016



Le strutture AIOP ER vantano diversi ambiti di specializzazione. Nello specifico, la prima disciplina per numero di dimessi è **"ortopedia e traumatologia"**, che raccoglie il 29,1% dei dimessi totali del comparto. Infatti, ai primi posti della classifica che riguarda gli interventi maggiormente realizzati dalle strutture nel loro complesso figurano interventi alle ginocchia, ai piedi, alle articolazioni

e altri ancora sempre afferenti la disciplina chirurgico-ortopedica. Seguono, sempre in termini di numerosità di pazienti assistiti, **"Chirurgia generale"**, **"Medicina generale"**, **"Lungodegenza"** e **"Recupero e riabilitazione"**.

Queste 5 discipline coprono circa il 75% dei dimessi totali dalle strutture AIOF emiliano romagnole. Trattandosi di discipline così differenti tra loro, le degenze medie differiscono anche in maniera significativa, passando dai 2 giorni medi per chirurgia generale ai circa 22 di recupero e riabilitazione e lungodegenza.

Molte strutture mettono a disposizione inoltre i propri poli ambulatoriali dove vengono erogate prestazioni in convenzione con il SSN soprattutto in ambito diagnostico, in linea con le specializzazioni operative-

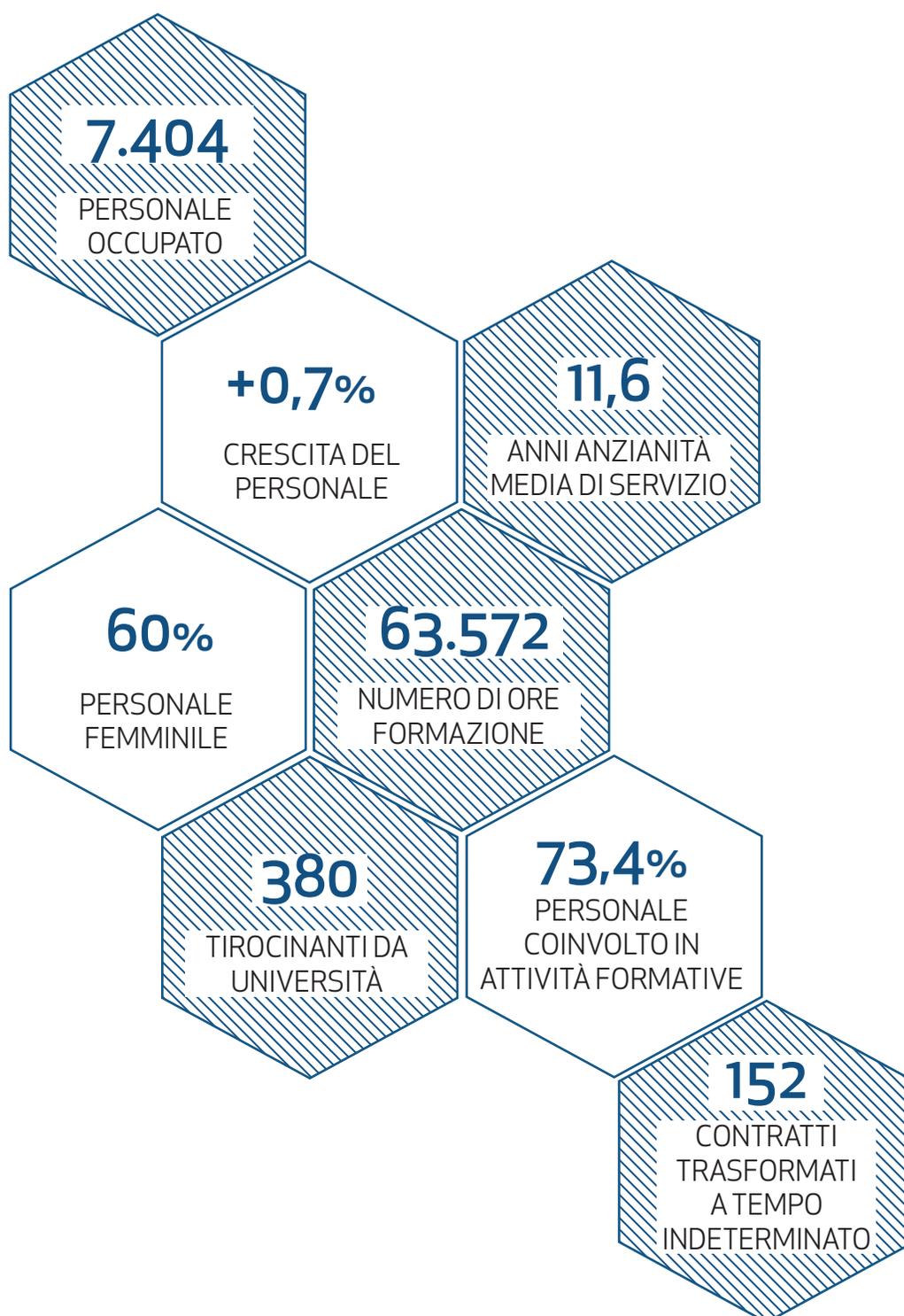
Prime 5 discipline di dimissione per numero di dimessi – Anno 2016

	Dimessi	Quota su totale dimessi	Degenza media
Ortopedia e traumatologia	38.348	29,1%	2,7
Chirurgia generale	17.181	13,0%	1,9
Medicina generale	16.584	12,6%	8,3
Lungodegenti	13.464	10,2%	22,6
Recupero e riabilitazione	13.148	10,0%	22,1

Prestazioni ambulatoriali erogate in regime di accreditamento – Anno 2016

	N. prestazioni accreditate
DIAGNOSTICA	715.201
LABORATORIO	119.825
RIABILITAZIONE	58.549
TERAPEUTICA	97.766
VISITE	323.218
TOTALE	1.314.559

IL PERSONALE



IL PERSONALE

Il personale rappresenta per le strutture AIOE ER una leva strategica primaria per il raggiungimento della propria missione, un patrimonio di collaboratori che mette le proprie competenze al servizio dei pazienti e dei loro accompagnatori. In un contesto generale di perdurante difficoltà nel mercato del lavoro, le strutture ospedaliere sono riuscite a mantenere e in alcuni casi anche ad incrementare l'impiego di personale sanitario.

Il personale complessivamente impegnato nelle 44 strutture oggetto dell'analisi si è attestato nel 2016 a 7.404 unità in crescita dello 0,7% rispetto al 2015 e del 3% relativamente al 2014. Il personale infermieristico e OSS rappresenta la quota preponderante all'interno delle strutture ospedaliere regionali: 3.198 operatori, il 43,2% sul totale al 2016. A seguire il personale medico (32,2%) e quello tecnico tra cui figurano fisioterapisti, personale di laboratorio e diagnostica (15,8%). Più ridotta la quota di personale amministrativo (9,1%), che pure conta 676 addetti totali nel 2016.

Il personale femminile rappresenta la parte preponderante, con il 60% del totale nel 2016. Le donne operano per la maggior parte (78,6%) come infermiere e operatrici socio-sanitarie; sono, inoltre, il 26,5% del personale medico, il 66,6% del personale tecnico e il 79,3% del personale amministrativo.

Per quanto riguarda l'età del personale, il 16,2% ha meno di 30 anni, il 51,7% un'età compresa tra i 31 e 50 anni e il 32,1% un'età superiore ai 51 anni. La complessità del settore si riflette inevitabilmente sull'età anagrafica dei suoi operatori.

Molte strutture riescono ad instaurare rapporti professionali di lunga durata con il personale: nel 2016 si calcola che l'anzianità media del personale medico degli ospedali AIOE si attesti intorno a 9 anni, quella degli infermieri a 13. L'anzianità media dei tecnici e degli amministrativi risulta rispettivamente di 12,9 e 14,3 anni.

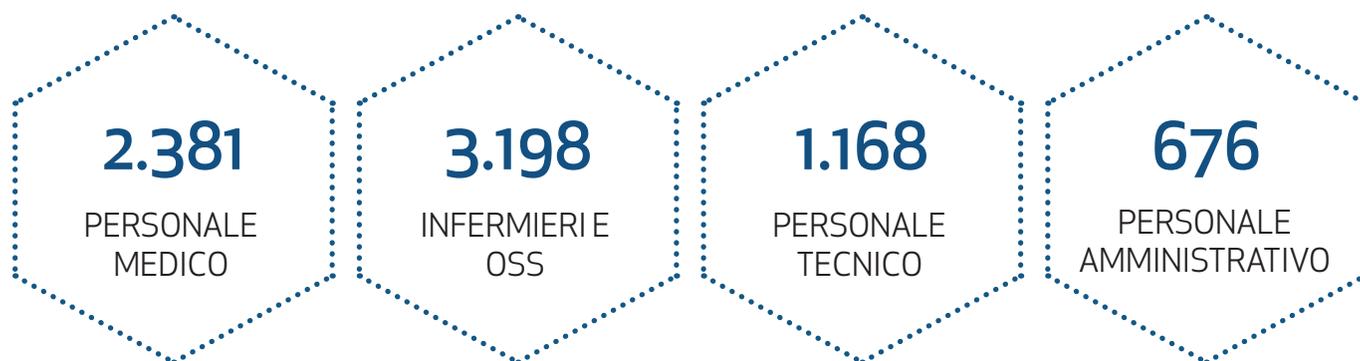
Dunque, l'anzianità media del personale delle strutture AIOE si fissa nel 2016 indicativamente a 11,6 anni.

IN UN CONTESTO GENERALE DI PERDURANTE DIFFICOLTÀ SUL MERCATO DEL LAVORO, LE STRUTTURE OSPEDALIERE SONO RIUSCITE A MANTENERE E IN ALCUNI CASI ANCHE AD INCREMENTARE L'IMPIEGO DI PERSONALE

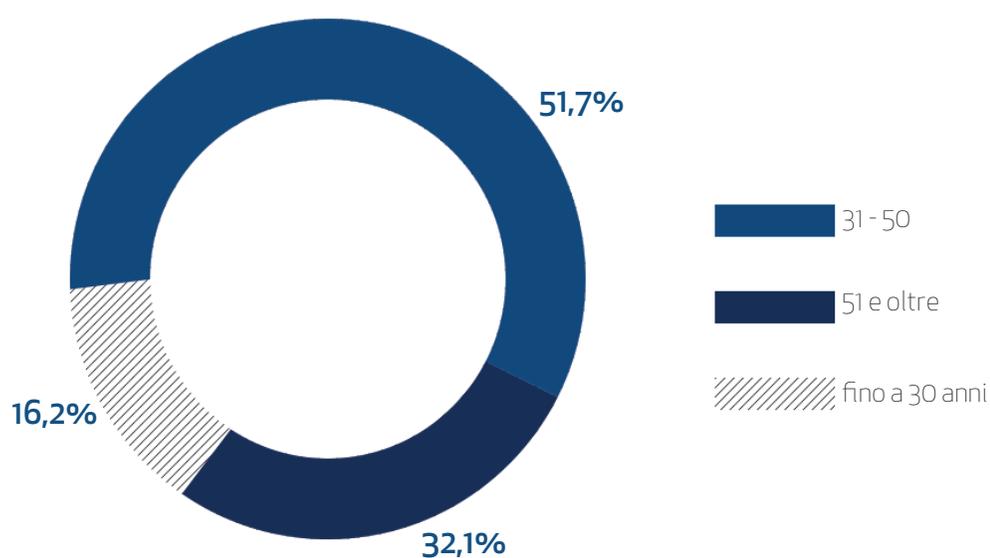
Personale Totale impegnato nelle strutture – Anni 2014-2016

	2014		2015		2016	
	M	F	M	F	M	F
Medici	1.696	607	1.747	607	1.751	630
Infermieri e OSS	598	2.444	661	2.507	684	2.514
Amministrativi	130	508	135	517	140	536
Tecnici	375	852	386	809	390	778
TOTALE PER GENERE	2.799	4.392	2.929	4.424	2.965	4.439
TOTALE COMPLESSIVO	7.191		7.353		7.404	

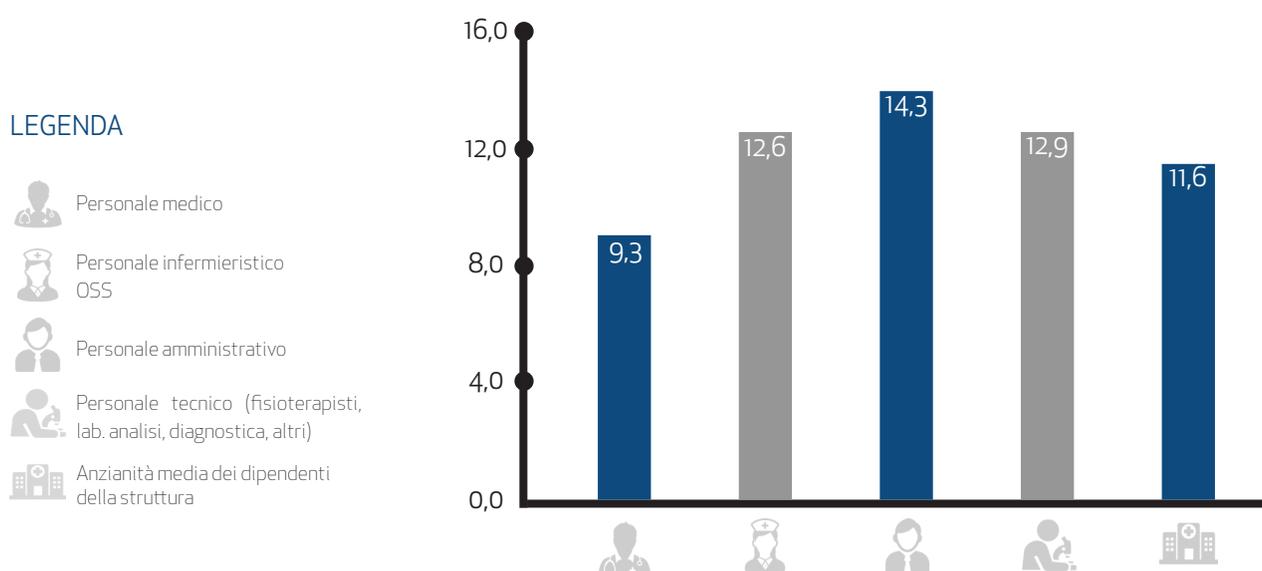
Personale per tipologia di operatori – Anno 2016



Composizione del personale per età – Anno 2016

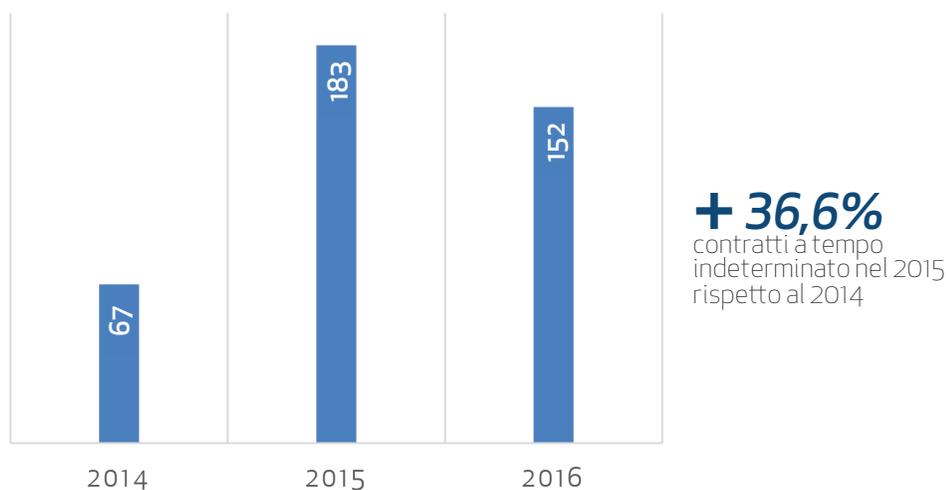


Anzianità media del personale per anni di servizio presso la struttura – Anno 2016



IL PERSONALE

N. contratti a termine trasformati in tempo indeterminato – Anni 2014-2016



Una delle prerogative delle strutture AIOIP è quella di **stimolare ed accrescere la formazione professionale** del proprio personale. Per questo, gli ospedali si impegnano ad erogare formazione continua e a promuovere percorsi formativi.

Nel 2016 sono state erogate un totale di **63.572 ore di formazione**, andate a beneficio di 5.437 addetti (il 73,1% del totale).

AIOIP promuove, inoltre, l'acquisizione dei crediti ECM (Educazione Continua in Medicina), i quali vengono

accumulati in ogni professione sanitaria e sono testimonianza di una migliore accoglienza ed ospitalità delle strutture, oltre che dell'alta qualità dei servizi erogati. AIOIP collabora anche con Scuole ed Università, per le quali accoglie e forma stagisti, che nel 2016 sono stati 380.

Le strutture si impegnano anche a garantire un ambiente di lavoro sicuro per i propri lavoratori.

Nel 2016 si stima un numero di infortuni pari a 256, una decina in meno rispetto all'anno precedente, con un numero di giornate di assenza anch'esso in calo.

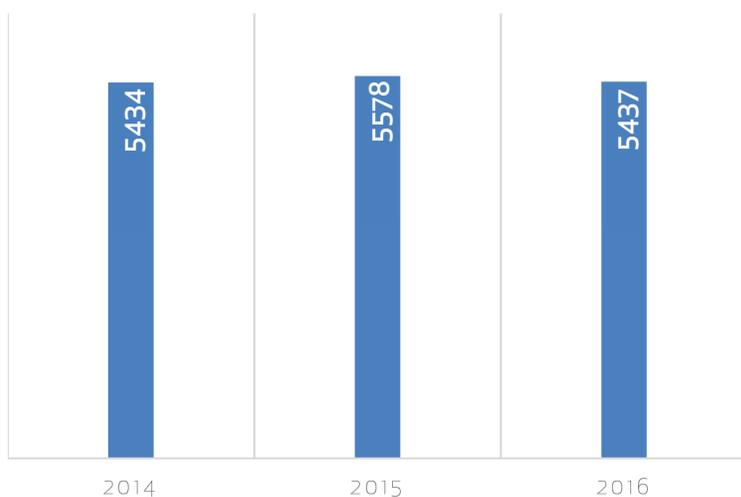
ECM [Educazione Continua in Medicina]

L'**ECM** è un processo formativo che prevede un aggiornamento continuo per il professionista della salute, per rispondere all'evoluzione dei bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e perseguire il proprio sviluppo professionale.

La formazione comprende l'acquisizione di **nuove conoscenze tecniche** e di un approccio adeguato a rapportarsi al luogo di lavoro. I professionisti sono quindi tenuti a mettere in pratica le nuove competenze al fine di offrire un'assistenza sanitaria qualitativamente utile.

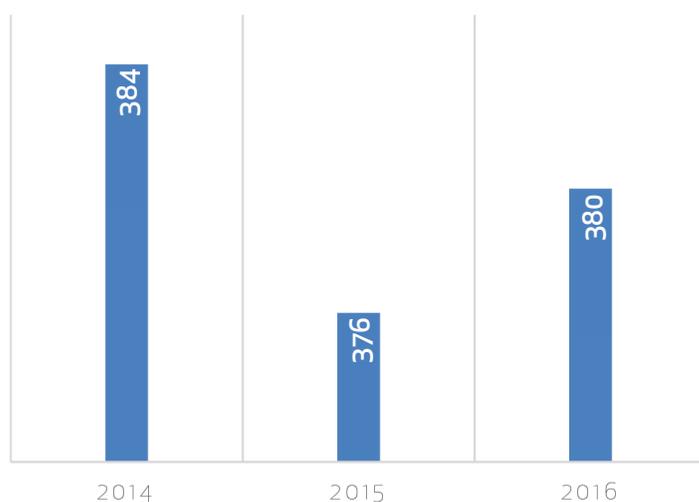
Il programma nazionale di ECM è stato **istituito nel 2002** (in base al DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999) e ha rappresentato un forte messaggio per il mondo della sanità, prevedendo l'**obbligo di formazione continua** e diverse novità volte a modernizzare, monitorare e personalizzare lo sviluppo professionale degli operatori medici e le **competenze individuali** di ognuno.

N. personale che ha beneficiato di corsi di formazione – Anni 2014-2016



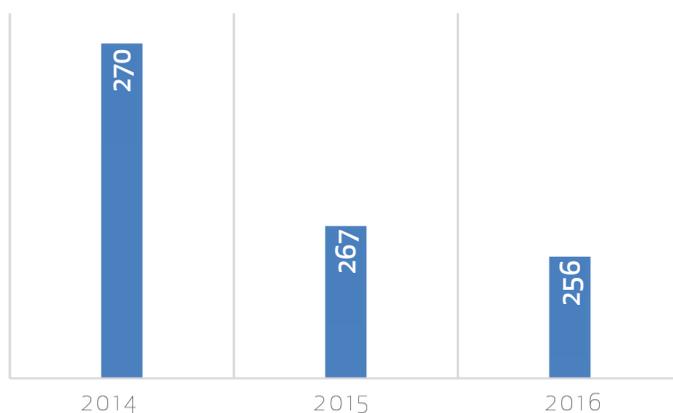
5483
la media del personale beneficiario di corsi di formazione nei tre anni

N. stagisti/tirocinanti che hanno prestato servizio presso le strutture – Anni 2014-2016



380
la media di stagisti che hanno preso servizio nelle strutture nei tre anni

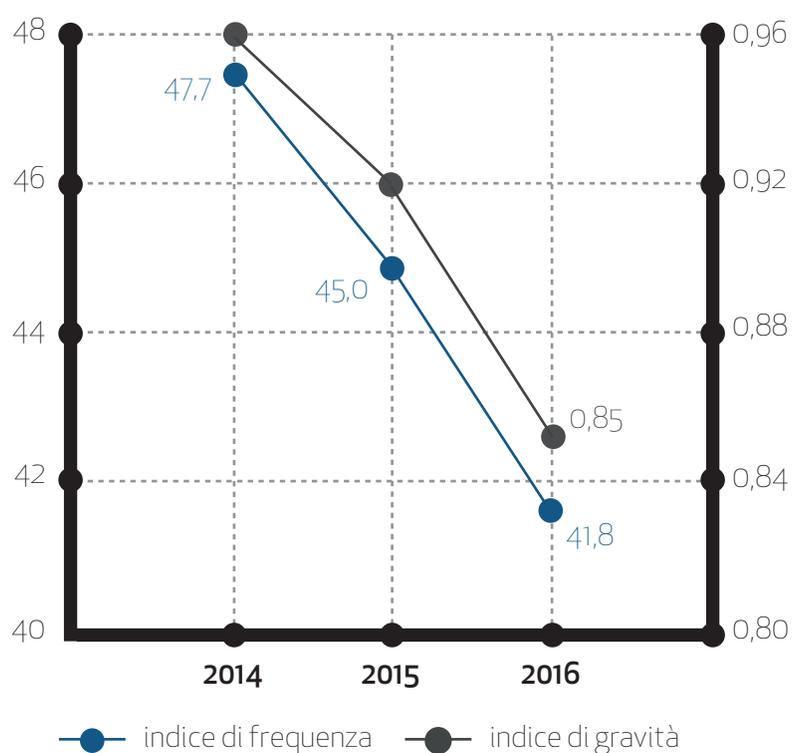
N. infortuni sul lavoro – Anni 2014-2016



1 su 28
la media infortuni nei tre anni su 7404 addetti

IL PERSONALE

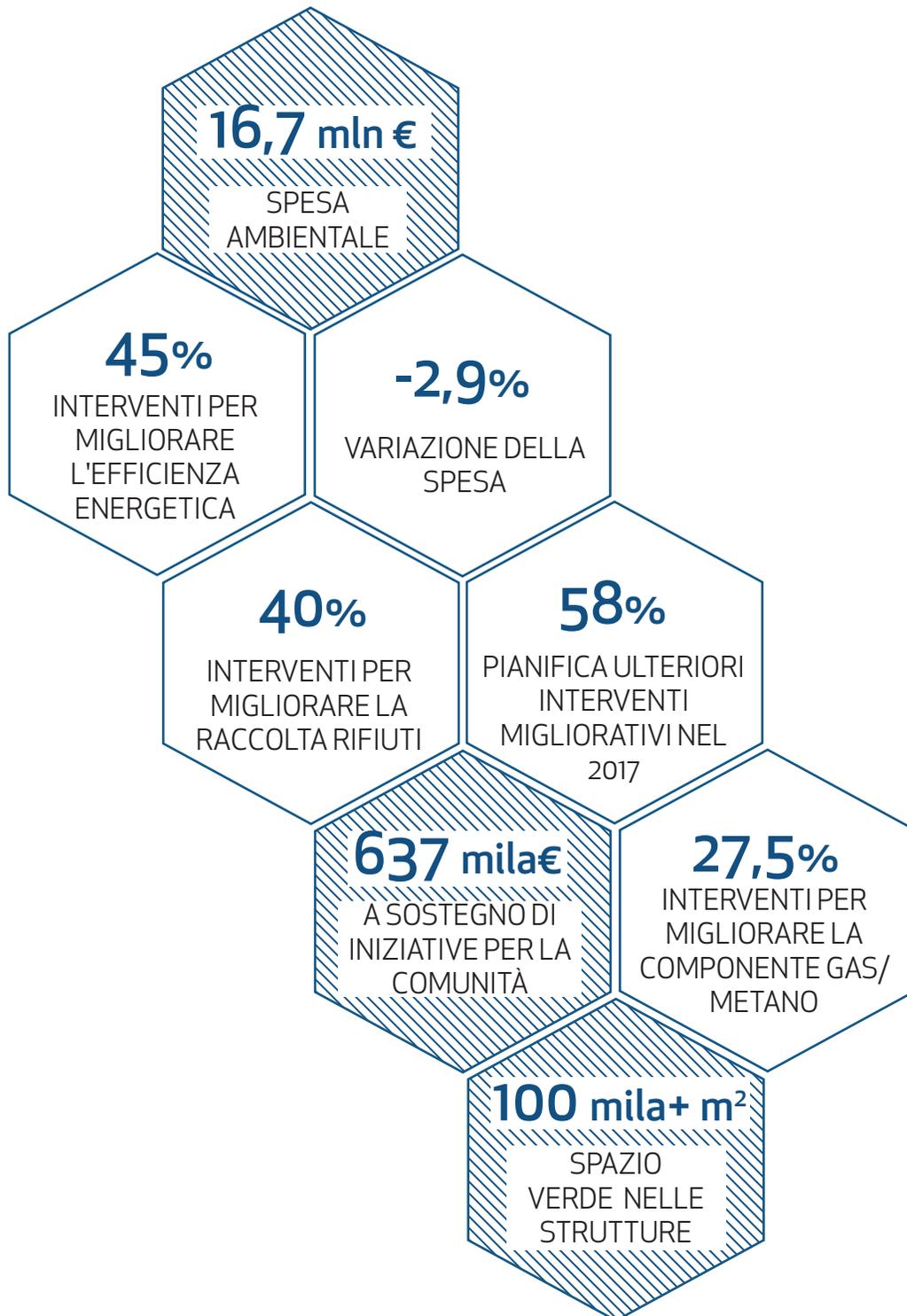
Indici di sicurezza sul lavoro – Anni 2014-2016



È possibile calcolare l'**indice di frequenza degli infortuni** come il rapporto tra il numero degli infortuni e il numero delle ore lavorate dal personale moltiplicato per 1.000.000.

L'**indice di gravità** esprime il rapporto tra il numero di giornate di assenza per infortunio e il totale delle ore lavorate, moltiplicate per 1.000.

AMBIENTE E COMUNITÀ



AMBIENTE E COMUNITÀ

AIOP si contraddistingue per una spiccata sensibilità verso le tematiche di sostenibilità e promozione del legame con il proprio territorio, stimolando le strutture associate ad impegnarsi nell'attenzione all'impatto ambientale delle proprie decisioni operative e a sostenere le comunità locali.

Nel 2016, la spesa ambientale totale delle strutture è stata di **16,7 Milioni di Euro**, e riconosce tra le sue componenti:

- Raccolta e smaltimento rifiuti sanitari
- Raccolta e smaltimento rifiuti non sanitari
- Acqua
- Energia elettrica
- Gas/metano

Le spese più significative hanno riguardato, nel corso dell'anno, l'energia elettrica, il gas/metano e l'acqua. Sul totale, infatti, le spese sono state rispettivamente del: 54,1%, 18,2% e 11,6%.

Rispetto al 2015, l'ammontare complessivo di risorse destinate alle spese ambientali è diminuito del 2,9%, grazie soprattutto alle politiche di contenimento dei costi sull'energia elettrica e le fonti combustibili a fronte degli incrementi registrati per la raccolta dei rifiuti e consumo di acqua.

Il risparmio di spesa per ambito è il riflesso di un maggior numero di interventi adottati in maniera diretta: la raccolta differenziata è sicuramente l'intervento più comune tra le strutture per quanto riguarda i rifiuti. Per quanto concerne invece l'elettricità, alcune strutture si sono impegnate nella sostituzione delle lampade classiche con quelle a led o hanno adottato sensori di movimento per limitare l'uso delle luci dove possibile (bagni, degenze etc...), mentre altre si sono dotate di impianto fotovoltaico in una prospettiva di accumulo e risparmio energetico.

In merito al gas/metano, diversi ospedali hanno installato generatori ad alto rendimento, o implementato sistemi

Percentuale di strutture che hanno adottato interventi per il contenimento delle spese ambientali – Anno 2016

AMBITO	% INTERVENTI
	40,0
	27,5
	45,0
	27,5
ALTRO	12,5

di supervisione e controllo per gestire ed ottimizzare le condizioni ambientali, facendo attenzione a intervenire nei momenti di non utilizzo degli ambienti. Altri ospedali usano il teleriscaldamento o pannelli fotovoltaici. Si sta lavorando, inoltre, a un sistema di gestione delle utenze idriche.

Anche per quanto riguarda l'acqua si sta operando in questo senso, cioè per mezzo di una mappatura delle utenze attraverso un database specifico. Altri interventi sono stati: l'inserimento di riduttori di flusso dei rubinetti, nuovi impianti idrici che consumino meno acqua, monitoraggio mensile dei consumi e utilizzo di diversi impianti, qualora possibile, che separi un prodotto qualitativamente superiore per un uso igienico/sanitario da uno di più scarsa qualità (anche acqua piovana) per l'irrigazione degli spazi verdi.

AMBIENTE E COMUNITÀ

Se queste operazioni riguardano il 2016, nuovi interventi sono già stati programmati per il 2017 da alcune strutture: si prevede che la raccolta dei rifiuti sanitari, insieme ad energia elettrica e gas, continueranno ad essere al primo posto come **aree di maggior intervento**: si procederà con la raccolta differenziata, che verrà però estesa, da alcune strutture, anche ai reparti cura e agli uffici. Alcuni ospedali hanno in programma di ridurre l'utilizzo di materiali monouso e di organizzare corsi di formazione per sensibilizzare ad un corretto uso del rifiuto. Ci saranno, inoltre, più punti di raccolta, interni ed esterni alle strutture, ed una maggiore attenzione ai rifiuti organici.

Per quanto riguarda l'energia elettrica, la maggior parte degli ospedali continuerà a preferire materiale a **risparmio energetico** come led e sensori di movimento; si faranno valutazioni sulla razionalizzazione dei consumi e si adotteranno sistemi gestionali che permettano di monitorare e regolare le prestazioni energetiche, soprattutto in relazione ai momenti di minor utilizzo delle aree (in orario notturno o festività). In merito al gas/metano, alcuni ospedali prevedono di avviare centrali di cogenerazione o di sostituire le caldaie con modelli più efficienti. In generale, l'obiettivo sarà di raggiungere il **maggiore controllo climatico** possibile per ogni ambiente.

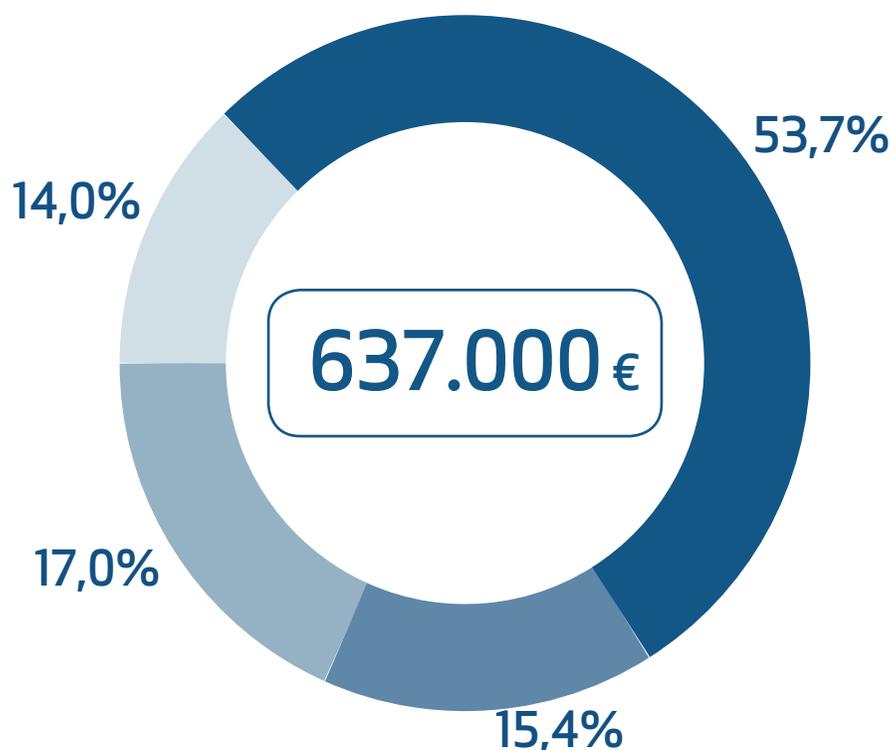
Spese ambientali per tipologia di ambito – Anni 2014-2016 (Valori in migliaia di euro)

	2014	2015	2016	Var 2016/2015
Raccolta e smaltimento rifiuti sanitari	1.698	1.794	1.811	0,9%
Raccolta e smaltimento rifiuti non sanitari	634	647	656	1,3%
Acqua	1.708	1.786	1.936	8,4%
Energia elettrica	9.280	9.336	9.063	-2,9%
Gas/metano	3.390	3.438	3.045	-11,4%
Altro	189	245	227	-7,4%
TOTALE	16.899	17.246	16.738	-2,9%

Per quanto riguarda il sostegno ad iniziative promosse dalla comunità, si calcola che nel 2016 sia stato erogato un importo complessivo di circa 637mila euro. Perlopiù, si tratta di sponsorizzazioni a favore della ricerca scientifica, associazioni culturali o centri sportivi. Una cifra significativa ha riguardato anche l'organizzazione di corsi di formazioni e convegni per personale medico; numerose risultano anche le donazioni alle comunità religiose.

Nel 2017 gran parte delle strutture AIOPEER continuerà nel supporto ad attività già in essere: diverse strutture hanno già dichiarato che supporteranno festival di medicina, gruppi sportivi, il recupero di beni culturali, diversi progetti con le università e altri istituti e molti convegni a carattere medico-scientifico.

DISTRIBUZIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI PER TIPOLOGIA DI INIZIATIVA SOCIALE SUPPORTATA [2016]



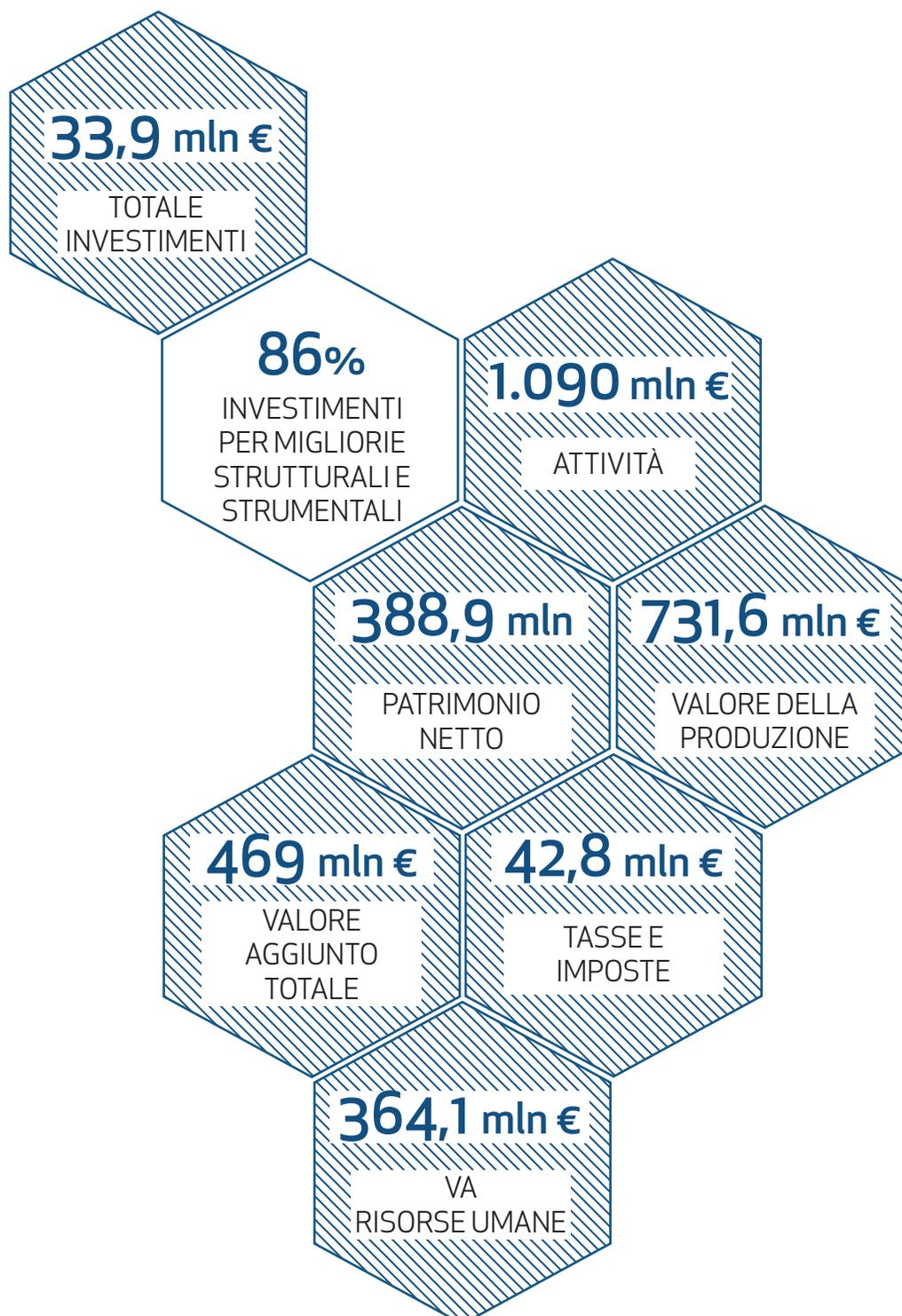
342.000 €
CONVEGNI DI MEDICINA

89.000 €
BENI CULTURALI E
ALTRE INIZIATIVE

108.000 €
PROGETTI SPORTIVI

98.000 €
DONAZIONI RELIGIOSE

PERFORMANCE E VALORE AGGIUNTO

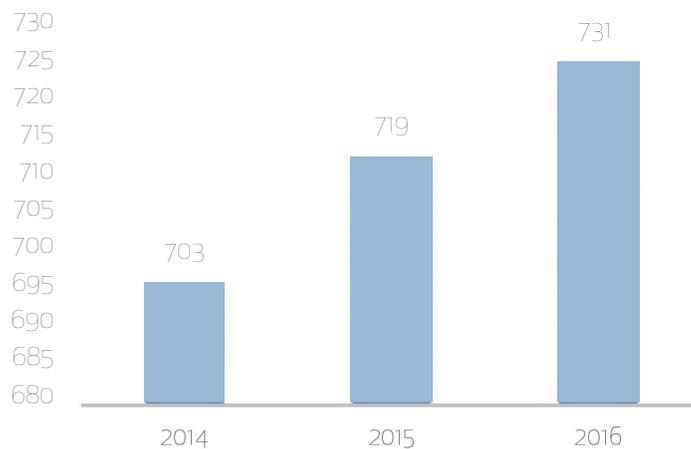


PERFORMANCE ECONOMICA E INVESTIMENTI

Le strutture si contraddistinguono in generale per una gestione non solo efficace a livello di qualità dell'offerta di servizi sanitari ma anche **efficiente sotto il profilo economico**. Ciò garantisce un buon livello di redditività complessiva. Il valore della produzione è aumentato dell'1,7% rispetto al 2015, in progressiva crescita dal 2014, toccando quota 731,6 milioni di euro. Negli anni,

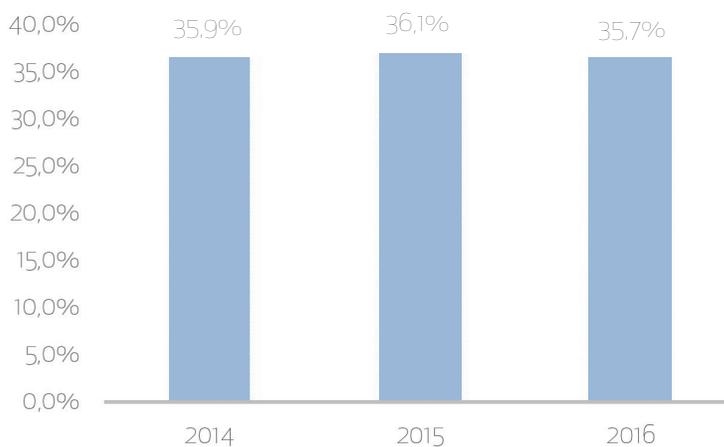
buona parte degli utili generati è stata reinvestita a beneficio dell'attività d'impresa garantendo un livello di patrimonializzazione che, a livello aggregato, si attesta su valori costantemente superiori al 35% negli ultimi tre anni.

Valore della produzione (Valori in milioni di euro) – Anni 2014-2016



+4,85%
l'aumento della
produzione nel 2016
rispetto al 2014

Indice di patrimonializzazione – Anni 2014-2016

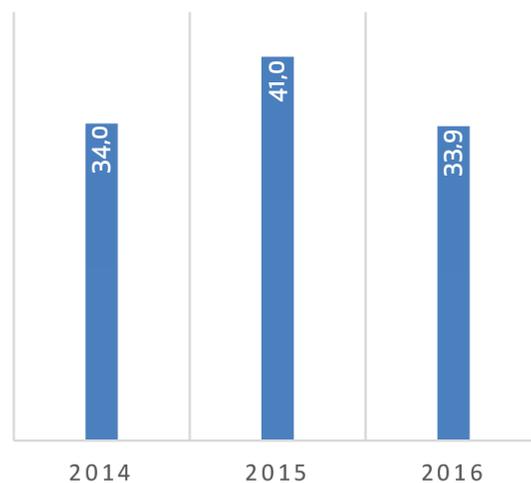


>35%
il valore di
patrimonializzazione
negli ultimi tre anni

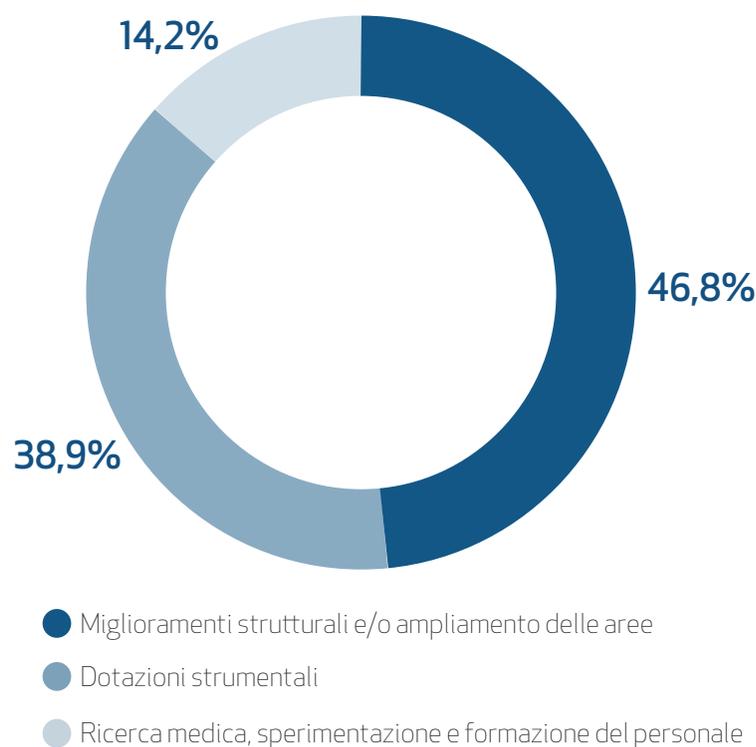
Molte strutture AIOIP sono riconosciute per particolari standard di eccellenza e buone pratiche, rese possibili dal flusso di investimenti che periodicamente vengono realizzati. La maggior parte delle risorse vengono destinate a **interventi per migliorare** e/o ampliare le aree interne ed esterne degli ospedali oltre che ad **innalzare il livello tecnologico** e la gamma di macchinari ed apparecchiature.

Un'altra parte degli investimenti viene indirizzata verso la sperimentazione e la formazione del personale, per un aggiornamento continuo su nuove competenze che la comunità scientifica propone. Tale **predisposizione all'innovazione** è testimoniata, inoltre, dalle tante collaborazioni che, come evidenziato in precedenza, molte strutture tengono con Istituti ed Università della regione.

Totale Investimenti (Valori in milioni di euro) – Anni 2014-2016



Distribuzione degli investimenti per tipologia – Anno 2016



DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO

Il valore economico creato dalle strutture è il frutto di un processo che coinvolge vari portatori di interesse.

Il Valore Aggiunto Globale Lordo consente di misurare la capacità di un'organizzazione di distribuire la ricchezza prodotta a favore degli stakeholders che hanno concorso alla sua determinazione. Ogni gruppo di interesse, ossia i diversi soggetti che vi partecipano, contribuiscono alla vita dell'azienda e al raggiungimento della sua mission, e come tali vengono remunerati:

- le **risorse umane** in termini di salari, compensi, contributi sociali, TFR, etc.;
- gli **azionisti**, in termini di dividendi incassati;
- i **finanziatori esterni**, in termini di interessi ricevuti sui prestiti;
- la **pubblica amministrazione**, in termini di tasse e imposte;
- la **collettività**, in termini di erogazioni liberali direttamente provenienti dall'azienda;
- l'**azienda stessa**, in termini di ammortamenti e accantonamento degli utili a riserva.

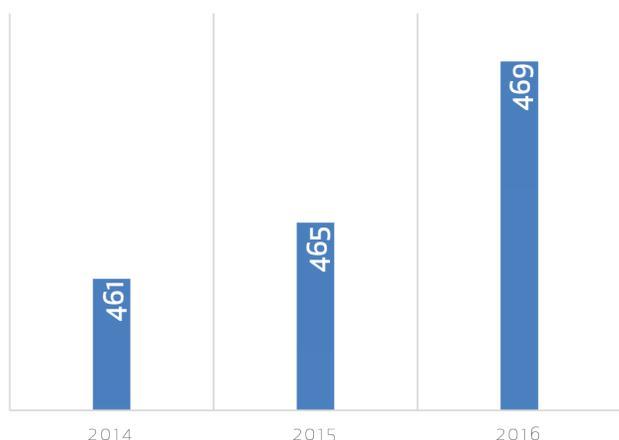
Determinazione del Valore Aggiunto Globale Lordo (migliaia di euro)

	2014	2015	2016
A. RISORSE UMANE	344.465	353.955	364.131
Costo dei Dipendenti (con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato)	171.776	173.055	178.814
Costo di Consulenti, Collaboratori e Liberi Professionisti (Organi sociali, tecnici, medici, infermieri)	172.689	180.899	185.317
B. AZIONISTI	14.836	14.404	11.277
Dividendi distribuiti sull'utile d'esercizio	14.836	14.404	11.277
C. FINANZIATORI A TITOLO DI CAPITALE CREDITO	4.597	4.227	3.833
Oneri per capitali a breve termine	2.052	1.636	1.794
Oneri per capitali a lungo termine	2.545	2.592	2.039
D. PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	47.224	46.361	42.857
Tasse e Imposte Locali (IRAP, IMU, TARSU, ecc.)	8.283	6.103	5.857
Tasse e imposte Statali (IRES, IVA INDETRABILE, IMPOSTA DI BOLLO, ecc.)	38.993	40.356	37.076
Contributi e/o finanziamenti pubblici ricevuti	52	99	76
E. AZIENDA	48.787	45.121	45.670
Ammortamenti	29.904	29.983	31.374
Accantonamenti a Riserva	18.883	15.137	14.295
F. COLLETTIVITA'	1.277	1.026	1.246
Liberalità e/o sponsorizzazioni	1.277	1.026	1.246
TOTALE VALORE AGGIUNTO GLOBALE LORDO	461.186	465.094	469.013

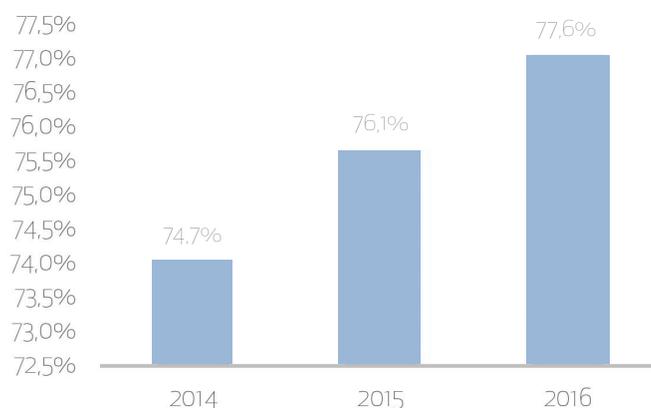
Nel 2016 il valore aggiunto totalizzato dalle strutture AIOPER è stato pari a 469 milioni di euro, in crescita dell'0,8% rispetto all'anno precedente e dell'1,7% rispetto al 2014. Per quanto riguarda la sua distribuzione, sono i lavoratori dipendenti e i collaboratori, intesi nella più ampia accezione di risorse umane, a beneficiare e contribuire alla creazione

della maggior quota di valore aggiunto (77,6% pari a 364 milioni di euro, in crescita rispetto al 76,1% del 2015 e al 74,7% del 2014).

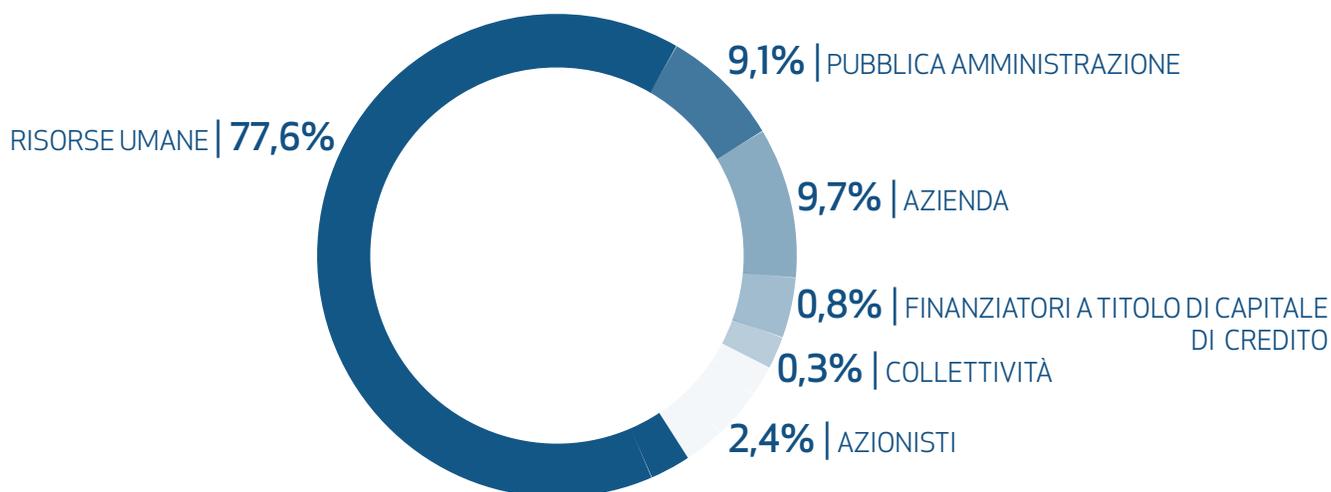
Andamento del Valore Aggiunto Globale Lordo (Valori in milioni di euro) – Anni 2014-2016



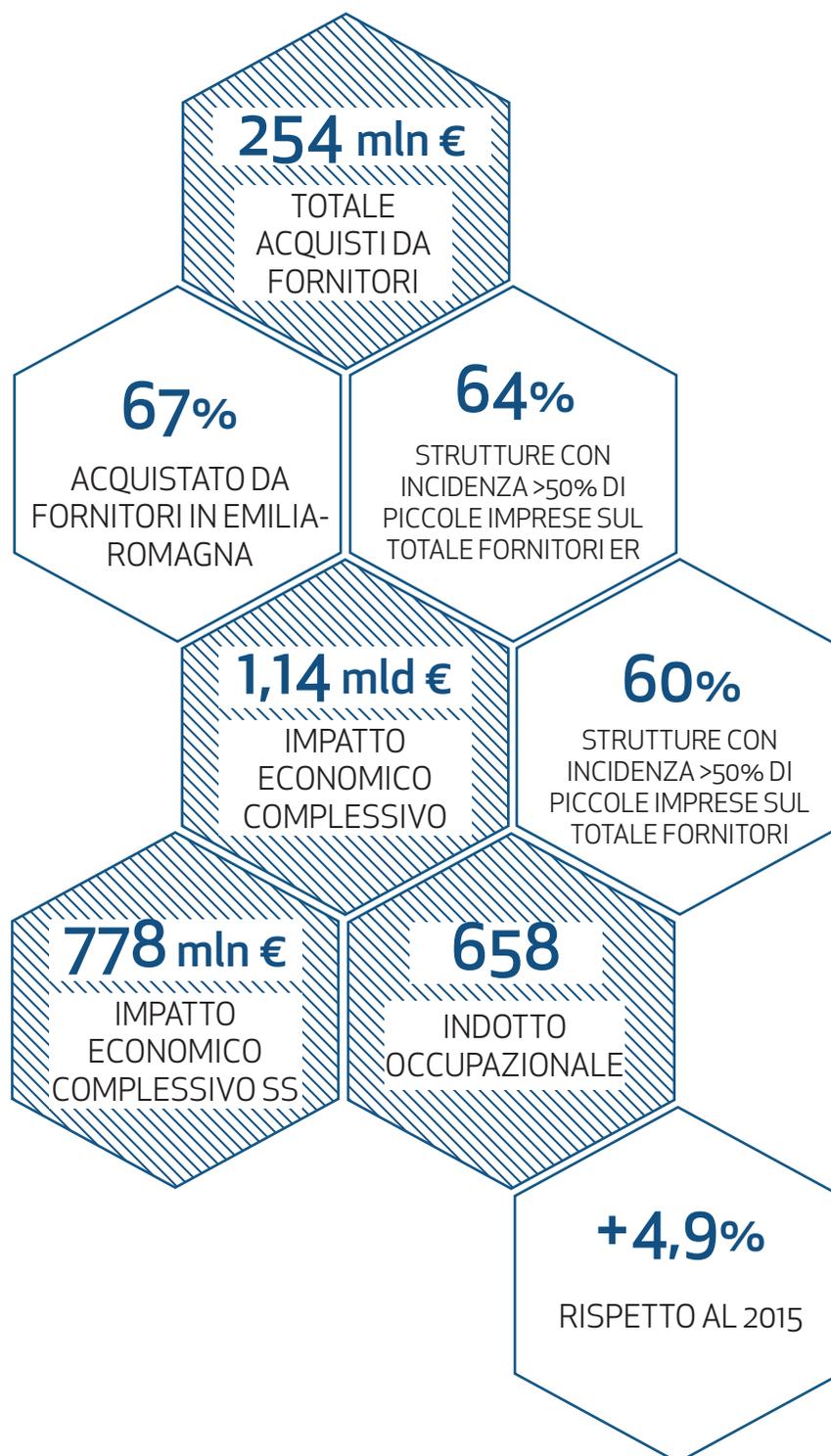
Quota di Valore Aggiunto destinato alle risorse umane – Anni 2014-2016



Distribuzione del Valore Aggiunto Globale Lordo – Anno 2016



RICADUTE ECONOMICHE



RICADUTE ECONOMICHE

La sanità è una delle componenti essenziali del sistema economico del Paese in quanto consente, oltre al miglioramento dello stato di salute dei cittadini, anche lo sviluppo economico del territorio. Si tratta di un vasto settore dell'economia che non può più considerarsi unicamente come fonte di spesa corrente, ma al contrario come attivatore di investimenti e innovazione, attività ad alto valore aggiunto. Nella sua declinazione ospedaliera l'attività sanitaria mostra ricadute occupazionali molto rilevanti, con un significativo assorbimento di operatori altamente specializzati;

i prodotti e servizi erogati nel territorio in cui ha sede l'ente ospedaliero alimentano lo sviluppo di altre aree, sia interne che esterne agli ospedali.

L'Emilia-Romagna presenta tutte le caratteristiche di una regione in cui lo schema che vede **la sanità come "attivatore di economia"** trova piena applicazione, anche e soprattutto se si considerano le aree territoriali limitrofe, e i diversi settori che la sanità stessa coinvolge.

RICADUTE SUI FORNITORI LOCALI

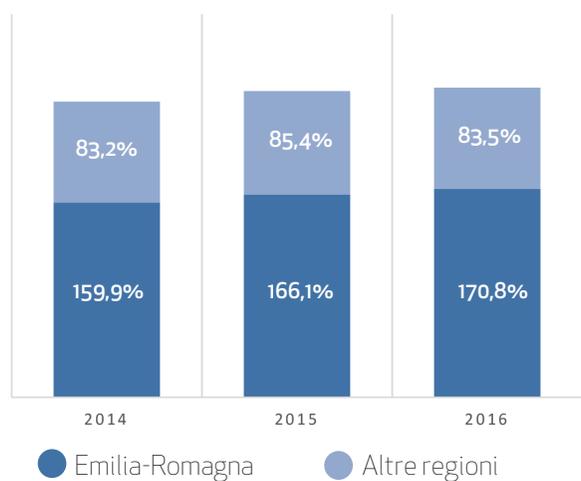
Ciò risulta evidente, ad esempio, prendendo in considerazione la dinamica degli acquisti di beni e servizi da imprese fornitrici. Il comparto privato rappresentato da AIOIP vede il totale complessivo di acquisti da fornitori in costante crescita negli ultimi anni: si è passati, infatti, dai 243 Mln di Euro del 2014 ai 254 del 2016 (251 nel 2015). La maggioranza degli acquisti ricade su fornitori localizzati in Emilia-Romagna (67% degli acquisti, per un totale di 170,7 Mln di Euro nel 2016), con un'incidenza crescente rispetto ai due anni precedenti, quando gli acquisti "locali" corrispondevano a 166 milioni di euro nel 2015 (erano il 66,1% sul totale) e a 159,8 milioni nel 2014 (65,8%).

Molte strutture alimentano rapporti di collaborazione consolidati con i propri fornitori: il 56,1% di questi vende i propri prodotti e/o servizi da almeno cinque anni alle strutture, che spesso si avvalgono di aziende di piccole dimensioni (meno di 20 addetti): il 60% degli ospedali dichiara un'incidenza prevalente di piccole imprese sul totale fornitori, anche tra quelli localizzati entro i confini regionali, contribuendo dunque a sostenere il tessuto economico locale.

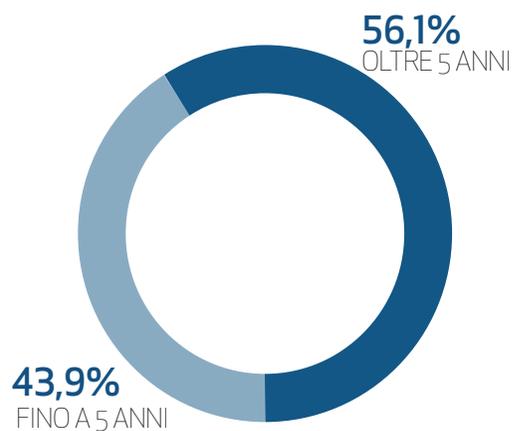
Ammontare acquisti per beni e servizi da fornitori per tipologia- Anni 2014-2016

	2014		2015		2016	
	E-R	Altro	E-R	Altro	E-R	Altro
Beni o servizi sanitari	90.863	49.963	88.686	50.537	93.860	49.065
Beni o servizi non sanitari (pulizia, cucina, lavanderia, manutenzione, sorveglianza, etc.)	69.021	33.286	77.396	34.815	76.901	34.456
SUBTOTALE	159.884	83.249	166.081	85.352	170.761	83.521
TOTALE	243.133		251.434		254.282	

Totale Acquisti per beni e servizi da fornitori – Anno 2016



Fornitori per durata del legame – Anno 2016



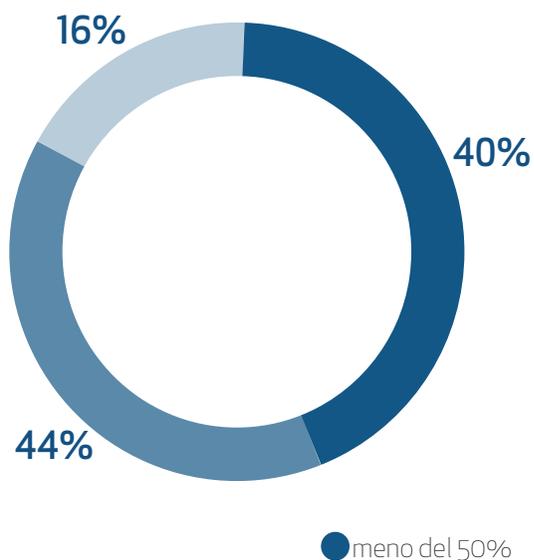
170,7 mln €

ACQUISTI DA FORNITORI LOCALI

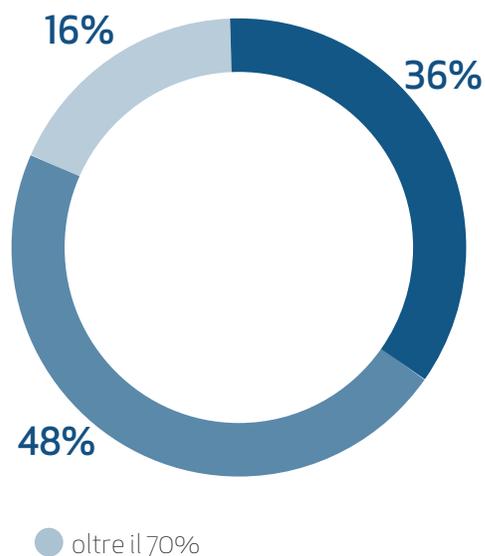
67%

DEGLI ACQUISTI DA FORNITORI LOCALI

Incidenza % delle piccole imprese (fino 20 dip.) sul totale fornitori



Incidenza % delle piccole imprese (fino 20 dip.) tra i fornitori localizzati in ER

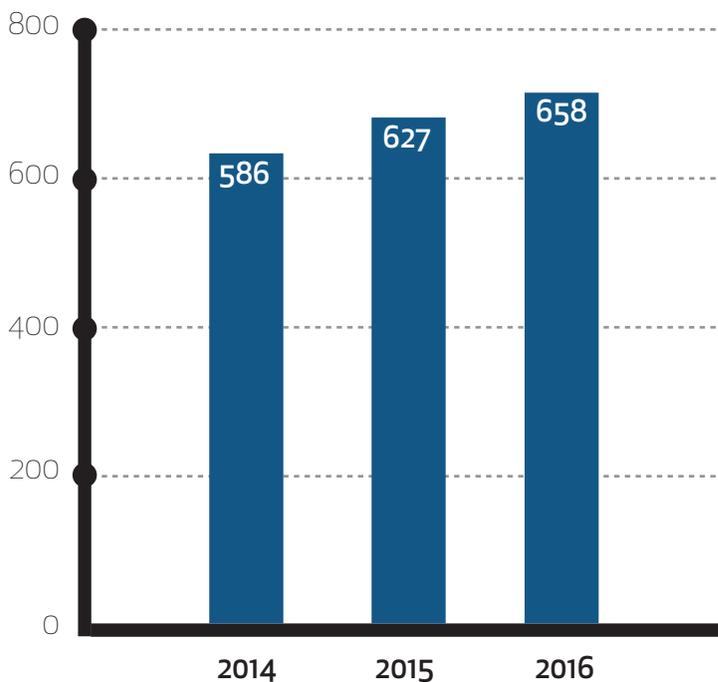


INDOTTO OCCUPAZIONALE

I forti legami commerciali con molte imprese del territorio supportano naturalmente la creazione di lavoro presso le stesse, oltre che una loro crescita in termini economici: oltre all'occupazione che direttamente viene creata dalle strutture (medici, infermieri, operatori socio-sanitari, tecnici, personale amministrativo) è possibile individuare un indotto occupazionale di differenti categorie di addetti che, pur non essendo direttamente contrattualizzati dalle strutture sanitarie, prestano il loro servizio in maniera continuativa presso le sedi degli ospedali. Molte attività quali lavanderia, cucina, pulizia, manutenzione, sorveglianza (per citarne alcune) vengono realizzate da ditte fornitrici esterne che impiegano un personale dedicato per svolgere le mansioni richieste. Questo aggregato esprime un impatto occupazione di 658 unità nel 2016, in aumento dai 627 del 2015 e i 586 del 2014. La crescita è stata, dunque, del 12,2% in due anni.

Rapportando questi numeri agli oltre 7400 addetti di personale interno delle strutture emerge **una capacità moltiplicativa delle ricadute occupazionali in termini di indotto diretto del 9% circa.**

L'indotto occupazionale che si viene a creare è sintomatico della capacità di assorbimento di manodopera delle strutture ospedaliere. Si consideri inoltre come, nel settore sanitario, a un aumento della crescita complessiva e della qualità dei servizi corrisponda l'opportunità di avvalersi di nuovi macchinari e tecnologie, per utilizzare i quali si ha la necessità di avvalersi di personale altamente qualificato. Si crea così un circolo virtuoso grazie al quale l'intera struttura aumenta la propria capacità di attrarre e di produrre valore.



658
le unità impiegate in attività svolte da ditte esterne nel 2016

+11%
la crescita dell'occupazione nel 2016 rispetto ai due anni precedenti

IMPATTO ECONOMICO DEGLI OSPEDALI AIOP E-R

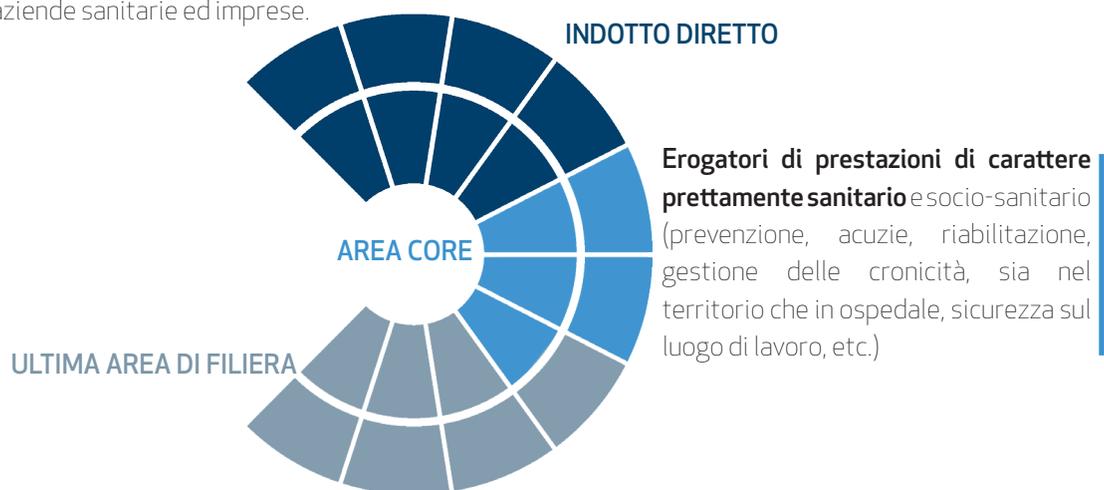
Come emerso dalle diverse sezioni, l'attività sanitaria delle strutture AIOP genera in prima istanza un impatto in termini di occupazione diretta, entrate economiche, imposte pagate, etc.. Allo stesso tempo però, viene a generarsi un'area di indotto sulla rete di fornitura che vede una quota preponderante degli acquisti di beni e servizi delle strutture rimanere entro i confini regionali e la creazione di un ulteriore impatto occupazionale. Infine, viene a manifestarsi un indotto indiretto su strutture ricettive e altri esercizi commerciali che beneficiano della grande capacità attrattiva della sanità regionale su pazienti provenienti da altri contesti territoriali.

Risulta quindi interessante cercare di comprendere e di conseguenza circoscrivere l'impatto economico complessivo generato dalle strutture.

Il modello di sviluppo per cui l'attività di un solo comparto si riflette su altri settori, che ne traggono beneficio economico, è stato definito "a cipolla" dallo IAT

(Institut Arbeit und Technik, Germania), che ha tentato di ricostruirne la dinamica. Secondo questo modello esistono tre macro aree, la prima delle quali (**area "core"**) è composta dalle prestazioni esclusivamente a carattere socio-sanitario. Questa confina con un'area di **"indotto diretto"**, composta da aziende fornitrici di beni e servizi, come l'industria farmaceutica o le ditte che forniscono beni non sanitari. L'area più esterna della filiera viene definita area di **"indotto indiretto"**, che racchiude il turismo sanitario, l'attività alberghiera ad esso connessa, il fitness, i consulti di tipo dietologico, i trasporti e molti altri servizi. Quest'area è attivata direttamente dalla prima sfera, cioè dalla presenza della struttura ospedaliera, ma non ha necessariamente carattere sanitario. Contestualmente alla grande espansione avvenuta nel settore della sanità, in letteratura si parla anche di una vera e propria "industria della salute" comprendente le tre aree, dalla singola visita medica ai costi di manutenzione delle strutture, fino alle forniture di carattere non medico come l'energia.

Industria fornitrice di beni e di servizi (farmaceutica, bio-tech, dei dispositivi medici e di rifornimento di beni e di servizi in genere), ricerca scientifica, sviluppo della formazione universitaria, forme di cooperazione tra aziende sanitarie ed imprese.



Area attivata direttamente dall'area core, ma che ha ad oggetto prestazioni non necessariamente di carattere sanitario o socio-sanitario (turismo sanitario, il fitness, il wellness, i consulti di tipo dietologico, e molti altri servizi connessi)

RICADUTE ECONOMICHE

Nel caso di AIOF Emilia-Romagna, le 44 strutture sanitarie che fanno parte dell'area "core" hanno prodotto un valore complessivo pari a 731,6 Mln di € nel 2016. Si tratta di risorse in grandissima parte stanziare dalla Regione per sostenere l'erogazione delle prestazioni sanitarie e che quindi rappresentano a tutti gli effetti un investimento nel settore della Salute.

La restante parte si riversa su diverse aree di indotto: circa 129 milioni del valore totale generato ricadono sul settore manifatturiero; 90,1 milioni sulle attività professionali, di ricerca e servizi alle imprese; 40 milioni sul commercio, 29,9 milioni su trasporti e comunicazioni e 10,8 milioni sulle strutture ricettive come ristoranti e alberghi.

OGNI 1000 EURO DI RISORSE STANZIATE PER LA SANITÀ SI TRADUCONO IN 1570 EURO NEL SISTEMA ECONOMICO

Utilizzando una metodologia di stima basata su modelli input-output è stato possibile calcolare come la ricaduta economica di questa cifra (input), cioè l'impatto che essa genera nei diversi settori dell'economia, sia di 1.149 milioni di euro (output) nel 2016, per un effetto moltiplicativo delle attività pari a 1,57. In altre parole, ogni 1000 euro di risorse stanziare per la sanità si traducono in 1570 euro nel sistema economico per effetto di un incremento della domanda, dei redditi e dei consumi.

Dell'ammontare impiegato una parte preponderante (785 milioni, il 68,3%) resta all'interno del settore sanitario stesso.

Emergono dunque in maniera chiara le potenzialità economiche e sociali di un investimento in sanità. Le cifre presentate testimoniano come la destinazione di risorse ad uso sanitario (in questo caso ospedaliero) si ripercuota sul territorio non solo coinvolgendo i settori più vicini al comparto, ma irradiandosi anche ad altre sfere economiche e produttive.

Consapevoli delle necessità dei pazienti e dei loro accompagnatori, molti degli ospedali hanno stipulato convenzioni con esercizi commerciali situati nei pressi del proprio polo operativo: circa il 51% delle strutture AIOF hanno convenzioni con alberghi; il 21% ne ha con ristoranti e il 28% ha convenzioni con commercianti di altri beni e servizi. Ciò, ancora una volta, a dimostrazione del legame e del supporto al tessuto economico locale.



51%
delle strutture hanno convenzioni con alberghi



21%
delle strutture hanno convenzioni con ristoranti



28%
delle strutture hanno convenzioni con esercizi commerciali

LE RICADUTE SOCIO-ECONOMICHE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA AIOP EMILIA-ROMAGNA

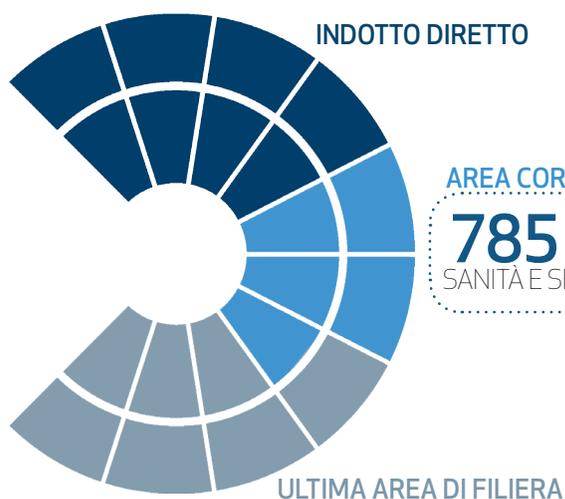
731,6 milioni €

RISORSE INVESTITE

V

INDOTTO DIRETTO e DI FILIERA

€ 129 mln	Industria Manifatturiera
€ 90,1 mln	Attività professionali e altri servizi alle imprese
€ 40 mln	Commercio
€ 29,9 mln	Trasporti e comunicazioni
€ 10,8 mln	Alberghi e ristoranti



=

1,15 miliardi €

EFFETTO COMPLESSIVO
SULL'ECONOMIA



visita il sito



*Bilancio Sociale 2016
sfoglia la versione online*