



A.I.O.P.
EMILIA - ROMAGNA
ASSOCIAZIONE ITALIANA
OSPEDALITÀ PRIVATA

Bilancio Sociale 2017



CREDITS

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



Strada Maggiore, 44 – 40125 Bologna
www.nomisma.it

Gruppo di lavoro

Boris POPOV (Coordinatore)
Maria Cristina PERRELLI BRANCA
Paola PICCIONI
Giulio SANTAGATA
Luigi SCAROLA

Con la collaborazione di

Alberto BRESCHI
Angela MONACHELLO

E della Commissione Psichiatria per il contributo relativo all'approfondimento tematico.

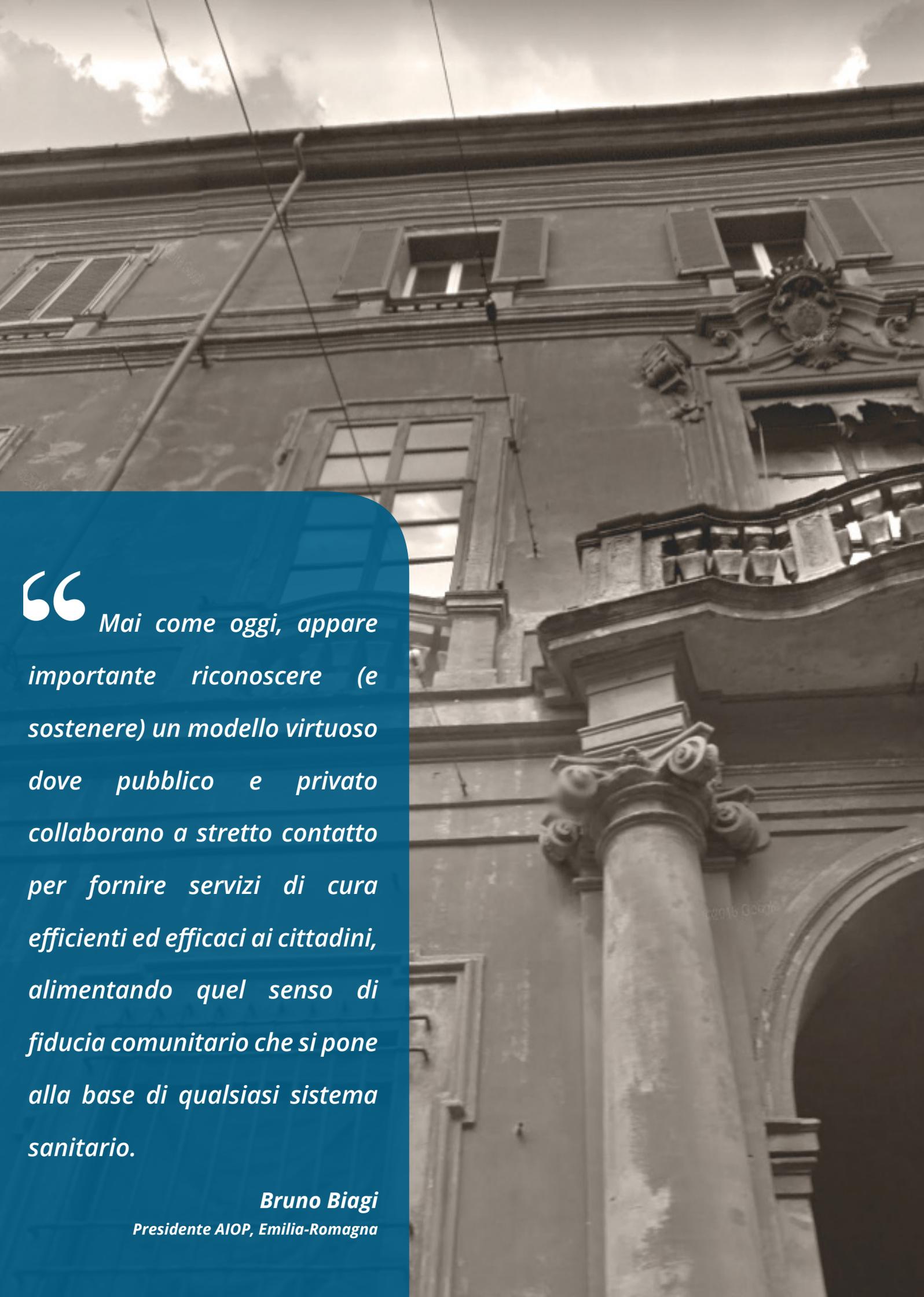
In particolare, si ringraziano: per il fondamentale lavoro di consulenza il dott. Vincenzo Roberti, per la supervisione e il contributo scientifico il dott. Giovanni Neri e il prof. Giuliano Turrini (coordinatore della commissione), per i contenuti di "governo clinico" il dott. Paolo Artoni, nonché tutti i professionisti delle strutture AIOP coinvolte che hanno, con grande qualità, dedicato il loro tempo al progetto e collaborato alla stesura della sezione.

Infocommunication

PMopenlab srls | www.pmopenlab.com

SOMMARIO

LETTERA DI PRESENTAZIONE AGLI STAKEHOLDER	5
NOTA INTRODUTTIVA CON SPIEGAZIONE METODOLOGICA	6
PARTE PRIMA AIOP Emilia - Romagna: Identità, Missione e Valori	8
Assetto Istituzionale	9
Valori	14
Mission	15
Mappa degli Stakeholders	16
PARTE SECONDA Scenario e contesto di riferimento	17
La domanda di salute	18
Strategie e politiche: il ruolo dell'ospedalità privata in Emilia-Romagna	24
PARTE TERZA Le strutture sanitarie di AIOP Emilia-Romagna	27
Le prestazioni sanitarie e i pazienti	31
Il personale	36
Ambiente e comunità	43
Performance e valore aggiunto	47
Performance economica e investimenti	49
Distribuzione del valore aggiunto	50
Ricadute economiche	52
Ricadute sui fornitori locali	53
Indotto occupazionale	55
Impatto economico degli ospedali AIOP E-R	56
PARTE QUARTA Approfondimento tematico	60
Ospedali AIOP-ER accreditati per la salute mentale	



“

Mai come oggi, appare importante riconoscere (e sostenere) un modello virtuoso dove pubblico e privato collaborano a stretto contatto per fornire servizi di cura efficienti ed efficaci ai cittadini, alimentando quel senso di fiducia comunitario che si pone alla base di qualsiasi sistema sanitario.

Bruno Biagi

Presidente AIOP, Emilia-Romagna

LETTERA DI PRESENTAZIONE

AGLI STAKEHOLDER

Con l'intento di continuare a esprimere e condividere il ruolo che l'ospitalità privata riveste all'interno del territorio regionale, le strutture ospedaliere AIOP dell'Emilia Romagna hanno fortemente creduto nella necessità di proseguire il percorso di rendicontazione delle proprie performance intrapreso con soddisfazione l'anno scorso, presentando la seconda edizione del Bilancio Sociale regionale.

La realizzazione di questo documento, possibile grazie all'impegno di collaborazione profuso da tutte le strutture, rappresenta una testimonianza tangibile della volontà di apertura, confronto e crescita che il mondo ospedaliero privato intende perseguire insieme a tutti i suoi stakeholder.

Mai come oggi, appare importante riconoscere (e sostenere) un modello virtuoso dove pubblico e privato collaborano a stretto contatto per fornire servizi di cura efficienti ed efficaci ai cittadini, alimentando quel senso di fiducia comunitario che si pone alla base di qualsiasi sistema sanitario.

Alla diffusa (e superficiale) percezione che la sanità sia un costo e che quindi necessiti di rivedere i propri modelli organizzativi per comprimere la spesa, si va a contrapporre una visione che invece interpreta la sanità come grande moltiplicatore di investimenti e occupazione, dove oltre all'erogazione della prestazione e l'imprescindibile missione di cura del paziente, si affianca di riflesso il contributo alla tenuta e alla crescita del tessuto economico.

Dalla lettura dei dati e delle evidenze reperibili all'interno del rapporto, si riconferma infatti la capacità delle strutture private regionali di creare valore intorno a sé e di porsi quali centri di veri e propri ecosistemi economico-sociali dove viene stimolata l'innovazione tecnologica, si scambiano conoscenze, si crea occupazione e si alimentano ulteriori settori di attività.

Una generazione di valore che è frutto di una gestione che evidenzia una sensibilità diffusa rispetto ai temi legati alla sostenibilità e che mostra nei confronti dei pazienti e dei loro accompagnatori, dei fornitori o dei propri dipendenti, un approccio continuamente mirato al miglioramento e alla soddisfazione reciproca.

Per arricchire l'analisi di ulteriori elementi di riflessione, questa seconda edizione del Bilancio Sociale AIOP Emilia-Romagna dedica un approfondimento tematico alla psichiatria e alla cura della salute mentale, ambito che vede da tempo impegnate alcune delle strutture private regionali e che, a seguito del diffondersi di nuove forme di disagio, negli anni ha acquistato sempre più rilevanza.

I cambiamenti che hanno caratterizzato l'area del disagio mentale e il progressivo mutamento dei relativi modelli di cura, ha spinto l'associazione ad istituire una Commissione dedicata, con l'obiettivo di alimentare un confronto su prospettive e possibili progettualità che le case di cura potranno mettere in campo per fronteggiare in maniera sempre più efficace la complessità dei nuovi fenomeni.

AIOP Emilia-Romagna, nella sua funzione di rappresentanza e supporto rimane un punto di riferimento essenziale e un luogo in cui idee e progetti, anche sperimentali, possono trovare terreno fertile e concreta applicazione.

PRESIDENTE AIOP EMILIA-ROMAGNA

Bruno Biagi



NOTA INTRODUTTIVA CON

SPIEGAZIONE METODOLOGICA

Il Bilancio Sociale AIOF Emilia-Romagna mira a fornire un quadro aggregato dei risultati e delle iniziative adottate in ambito sociale, economico ed ambientale dalle 44 strutture associate presenti in Regione e dell'associazione che da anni ne tutela e valorizza gli interessi.

In continuità con la prima edizione, il rapporto è stato suddiviso in tre macro sezioni, a cui, a partire da quest'anno si va ad aggiungere una sezione di Focus dedicata ad uno specifico approfondimento tematico.

Nella prima parte del Bilancio Sociale vengono evidenziate le caratteristiche distintive di AIOF Emilia-Romagna come realtà associativa che opera sul territorio regionale secondo valori e principi condivisi e che si rivolge a un vasto insieme di stakeholder.

Nella seconda parte viene ricostruito lo scenario di riferimento in cui l'associazione e le sue strutture sono chiamate ad operare, identificando i principali driver della domanda di salute, il ruolo di sistema svolto dalla rete AIOF 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 sulle 44 strutture sanitarie associate ad AIOF Emilia-Romagna, i cui dati vengono trattati in maniera aggregata per riflettere il ruolo che assumono nell'erogare un ampio spettro di prestazioni sanitarie specializzate e contribuire alla competitività del tessuto economico regionale in termini di valore generato, occupazione professionalizzata, rispetto ambientale e sostegno a iniziative delle comunità locali.

Alla realizzazione dell'approfondimento tematico ha contribuito in maniera preponderante il gruppo di lavoro che costituisce la Commissione Psichiatria, descrivendo le caratteristiche del comparto regionale, le aree specialistiche e gli ambiti di intervento, e avanzando una proposta progettuale su cui ragionare in chiave prospettica.

La metodologia adottata nella redazione del rapporto segue le linee guida di rendicontazione internazionalmente riconosciute. 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 anche i dati delle annualità precedenti, nonché un'indicazione degli obiettivi e delle iniziative che il comparto nel suo complesso intende intraprendere nel prossimo futuro.

Pur mantenendo un'adeguata rigurosità scientifica garantita dal supporto tecnico metodologico di Nomisma e dello Studio Breschi, nella descrizione delle attività e dei risultati raggiunti dalle strutture AIOF 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.

L'APPROFONDIMENTO TEMATICO DEL BILANCIO SOCIALE 2017 È SUL SETTORE PSICHIATRICO REGIONALE



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.

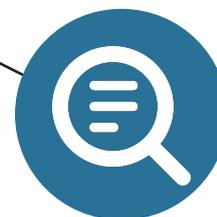


PARTE 3 ANALISI DATI

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.

PARTE 4 APPROFONDIMENTO TEMATICO

Nella quarta parte vengono messe in evidenza le strutture AIOP presenti in Emilia-Romagna accreditate per la salute mentale e viene presentata una proposta su percorsi delle prestazioni ambulatoriali.



[PARTE PRIMA]

AIOP EMILIA-ROMAGNA:
IDENTITÀ
MISSIONE
VALORI



L'Associazione Italiana Ospedalità Privata nasce 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 sostenerne e valorizzarne l'attività, contribuendo a diffondere una cultura di accesso, gestione e sviluppo dei servizi ospedalieri nell'interesse del Paese.

AIOP viene costituita quindi più di cinquant'anni fa, 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. Fu così che 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.

Oggi, AIOP Emilia-Romagna rappresenta una delle più importanti reti territoriali di strutture sanitarie in Italia, fortemente diversificate sul piano specialistico. L'insieme aggregato delle strutture associate offre una vasta gam-

ma di prestazioni sanitarie, che vanno ad affiancare ed integrare quelle offerte dalle strutture pubbliche. AIOP sostiene convintamente 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.

Le diramazioni regionali grazie alle quali l'Associazione riesce ad avere un diretto rapporto sul territorio si compongono dei seguenti organi:

- **Assemblea dei Soci**, costituita dai proprietari e/o dai legali rappresentanti delle Istituzioni Sanitarie associate della Regione;
- **Il Presidente**, eletto tra i Soci dell'Assemblea. La sua carica dura tre anni ed è rieleggibile;
- **Il Consiglio Regionale**, che 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. Inoltre, al Consiglio spetta il compito di nominare un Tesoriere e un Segretario.

¹ Nella Storia della Sanità italiana. Cinquant'anni di Aiop, I.A.S.A. Edizioni, Trento 2016.

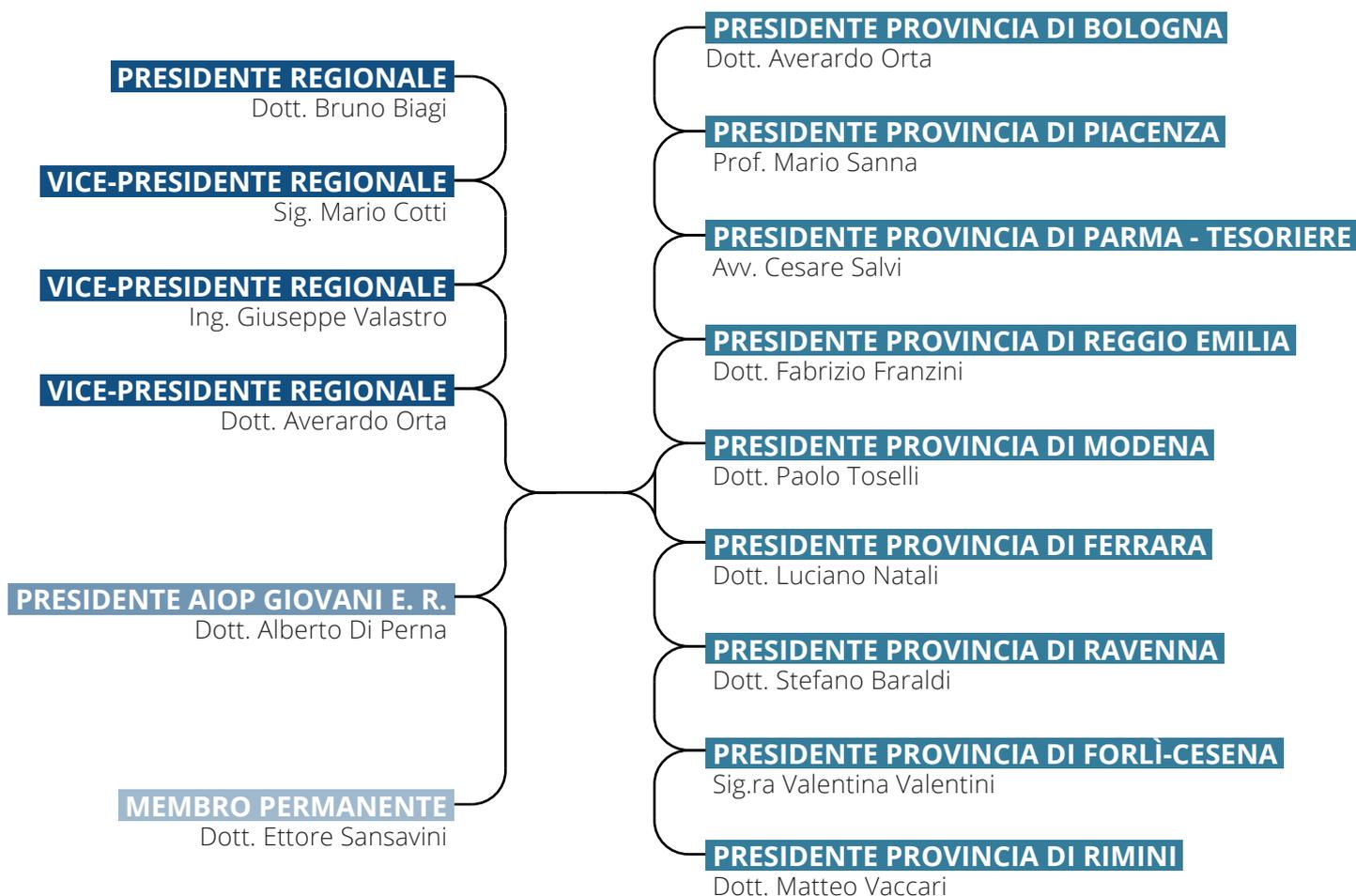
CONSIGLIO REGIONALE

AIOP EMILIA ROMAGNA

TRIENNIO 2018-2020

L'assemblea A.I.O.P. dell'Emilia-Romagna, ha eletto nella seduta del 16 maggio 2018 i propri vertici per il triennio 2018-2020, riconfermando come Presidente Regionale Bruno Biagi e come Vice-Presidenti Mario Cotti, Giuseppe Valastro, a cui si va ad aggiungere Averardo Orta, già confermato presidente per la provincia

di Bologna. Insieme a Luciano Natali, eletto come membro effettivo del Consiglio Nazionale, guideranno e rappresenteranno l'associazione regionale anche in sede nazionale, dove le strutture associate ad AIOP sono oltre 500.



GRUPPO DI LAVORO SULLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA

COORDINATORE | MARIO COTTI - Valparma Hospital, Parma
Sig. ANTONIO AMORUSO - San Giacomo, Piacenza
Ing. ALESSANDRO AGAZZI - Villa Verde, Reggio Emilia
Dott. PAOLO TOSELLI - Villa Igea, Modena
Rag. PAOLO SIDDU - Villa Pineta, Modena
Ing. DANIELA PALARA - Quisisana, Ferrara
Dott. MIRCO GUARALDO - Salus srl, Ferrara
Dott. GIUSEPPE DI CANDIA - Gruppo Villa Maria, Ravenna

COMMISSIONE SETTORE PSICHIATRIA

COORDINATORE | Prof. GIULIANO TURRINI - Maria Luigia SpA, Parma
Dott. VINCENZO ROBERTI - Maria Luigia SpA, Parma
Ing. ROBERTO PONTI - Ai Colli, Bologna
Ing. CLAUDIA SABATINI - Ai Colli, Bologna
Dott. PAOLO TOSELLI - Villa Igea, Modena
Dott. GIOVANNI NERI - Villa Igea, Modena
Dott. FRANCO NERI - Villa Baruzziana, Bologna
Dott. STEFANO BARALDI - Villa Rosa, Modena - Villa Azzurra, Ravenna
Dott.ssa GLORIA SAMORY - Villa Azzurra, Ravenna





COMMISSIONE SETTORE RIABILITAZIONE

COORDINATORE | Dott. MAURIZIO MAINI - San Giacomo, Piacenza

RAPPRESENTATE DEGLI OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI
CON UNITÀ FUNZIONALI E RIABILITATIVE

GRUPPO DI LAVORO SUI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

COORDINATORE | Dott. BRUNO BIAGI - Maria Cecilia Hospital, Ravenna

Dott.ssa CINZIA BONAN - Villa Pineta, Modena

Sig.ra GIOVANNA FERIANI - Villa Erbosa, Bologna

Dott. GIANLUCA BERSANI - Malatesta Novello, Cesena

Dott. EUGENIO DE LIBERALI - Domus Nova, Ravenna

Dott.ssa GIULIANA VANDI - Villa Maria, Rimini

GRUPPO DI LAVORO ALTA SPECIALITÀ

COORDINATORE | Dott. BRUNO BIAGI - Maria Cecilia Hospital, Ravenna

Dott. GIOVANNI BALDI - Salus Hospital, Reggio Emilia

Dott. FAUSTO PELLATI - Villa Torri Hospital, Bologna

AIOP Emilia-Romagna sostiene 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 Emilia-Romagna agisce perseguendo come scopo principale quello di tutelare le Istituzioni Sanitarie Private ad esso associate, fare in modo che si sviluppino e qualifichino, 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'ospedalità 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

Da oltre vent'anni i sistemi sanitari più avanzati sono costantemente impegnati nell'elaborazione di nuovi modelli di cura in grado di rispondere alla trasformazione della domanda assistenziale derivante dalle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali che, in maniera più o meno severa, hanno investito tutti i contesti di riferimento. Il mutamento delle esigenze, infatti, ha determinato lo sviluppo di nuovi obiettivi di politica sanitaria, imponendo ai sistemi sanitari l'obbligo di riorganizzarsi al fine di fronteggiare malattie con caratteristiche completamente differenti rispetto a quelle tipiche delle malattie acute (malattie ad insorgenza graduale nel tempo, continue, con cure raramente risolutive, che necessitano di assistenza a lungo termine ecc.).

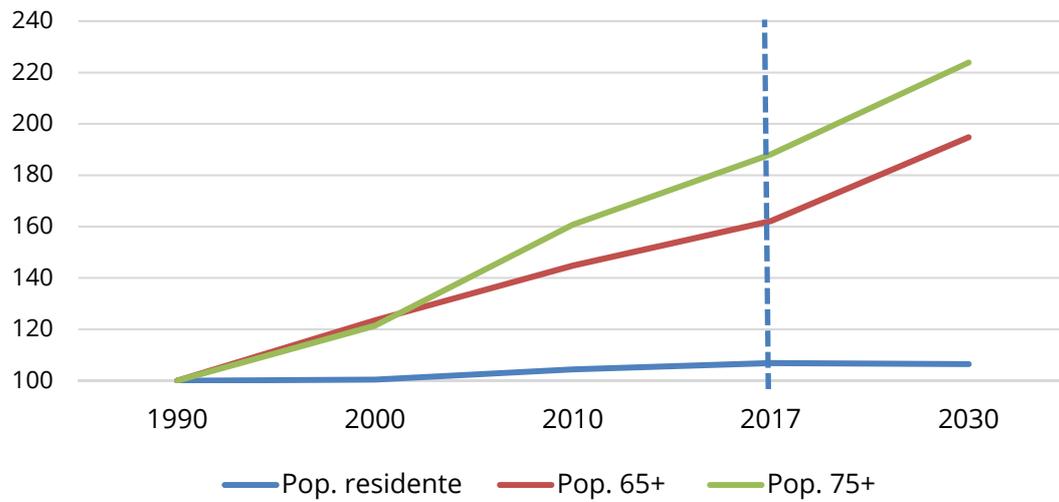
Il tutto in un clima di contenimento della spesa crescente e nell'ottica tendenziale di una distribuzione delle attività fra livelli di assistenza sempre più appropriata, di un continuo innalzamento qualitativo delle prestazioni e di un costante miglioramento degli outcome.

Si è trattato di percorsi di riordino particolarmente complessi e, nonostante gli innegabili passi in avanti (in particolar modo in alcuni specifici territori, fra cui l'Emilia-Romagna), la strada da compiere è ancora lunga. La lettura dei fenomeni in atto ci inducono a pensare, infatti, che le principali determinanti della domanda di salute sono ancora destinate ad evolversi e che gli scenari futuri che si verranno a delineare saranno caratterizzati da una progressiva estremizzazione delle dinamiche registrate fino ad oggi.

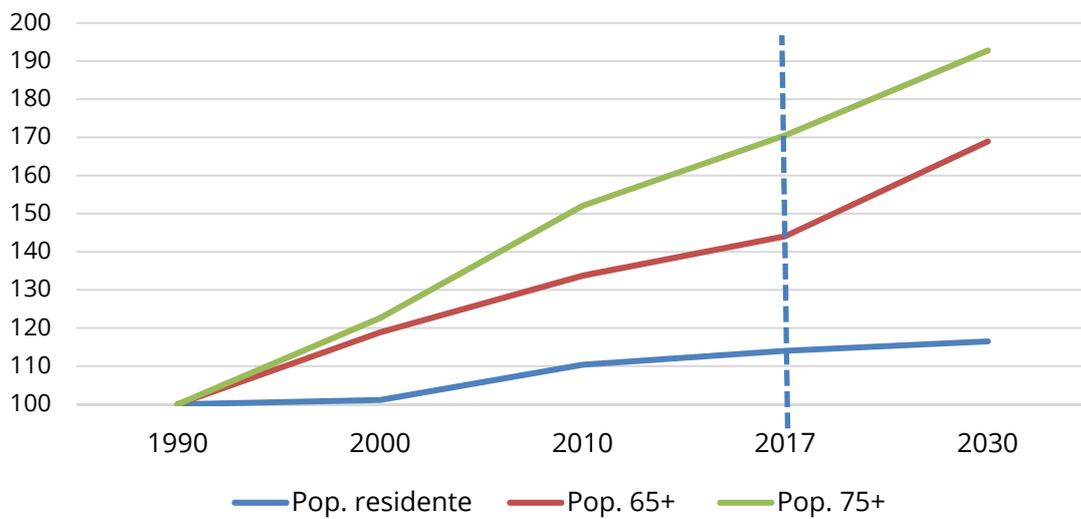
La popolazione nazionale e regionale continuerà, infatti, ad invecchiare e a ritmi più sostenuti rispetto al passato: a livello italiano, da qui al 2030, ci si aspetta una sostanziale stazionarietà della popolazione totale, cui si accompagnerà un incremento di circa il 20% delle fasce anziane. Per l'Emilia-Romagna si prospettano dinamiche di poco migliorative rispetto al contesto nazionale, che vedranno una crescita del 2% della popolazione totale, con variazioni rispettivamente del 17% e del 13% delle quote di ultrasessantacinquenni e ultrasettantacinquenni.

Ciò significa che l'incidenza della popolazione anziana continuerà ad aumentare: fra poco più di un decennio in regione oltre una persona su quattro avrà più di 65 anni e oltre una su sette più di 75.

Italia: popolazione per fasce di età e proiezioni (Anno base 1990 = 100)



Emilia Romagna: popolazione per fasce di età e proiezioni (Anno base 1990 = 100)



Emilia Romagna: incidenza della popolazione anziana (%)

	Pop. 65+	Pop. 75+
2010	22,8	11,7
2017	23,8	12,7
2030	27,3	14,1

Il perpetuarsi del fenomeno dell'invecchiamento porterà verosimilmente ad un ulteriore incremento delle malattie ad andamento cronico.

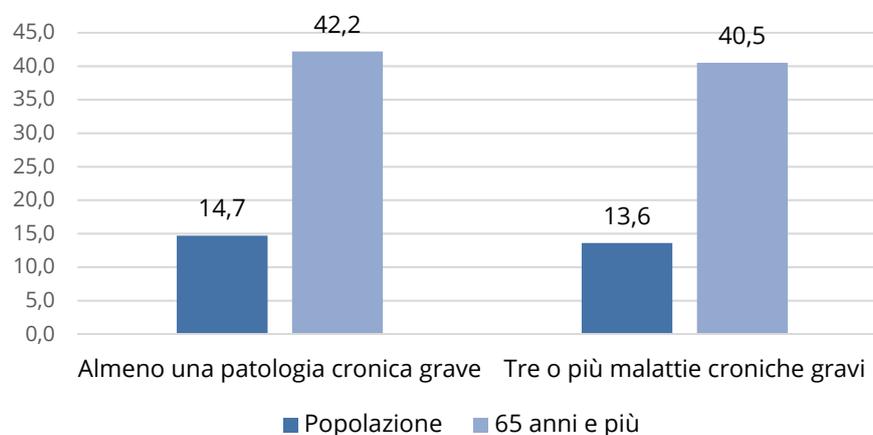
Allo stato attuale, in Emilia Romagna, il 42% della popolazione dichiara di soffrire di una malattia cronica o più e oltre il 21% di due o più.

Tali percentuali diventano molto più allarmanti se si osservano le malattie croniche gravi, che colpendo oltre il 40% delle persone di oltre 65 anni (a fronte del 14% circa riferito alla popolazione totale), se si considera la variazione attesa della componente demografica, sono inesorabilmente destinate ad aumentare.

Italia, Emilia Romagna: distribuzione della popolazione per stato di salute percepita (%)

2017	Stato di buona salute	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute
Emilia Romagna	71,6	42	21,3	44,6
Italia	69,6	39,9	20,9	41,5

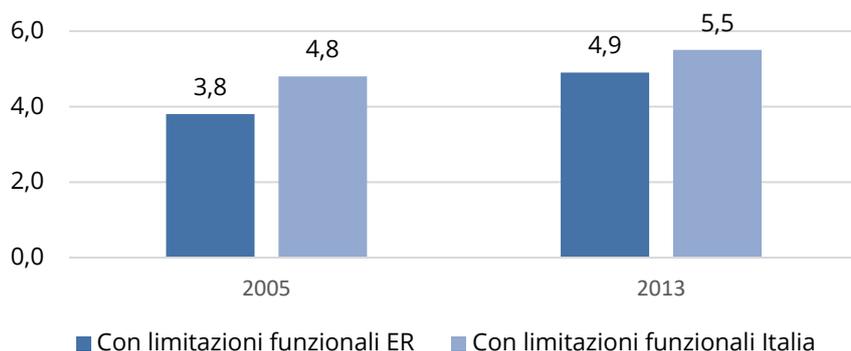
Emilia Romagna (2013) - Persone affette da malattie croniche gravi (%)



A ciò si aggiungano le **sempre più complesse esigenze legate all'area delle limitazioni funzionali**, che già oggi colpiscono il 5,5% delle persone di 6 anni e più in Italia e il 4,9% in regione e, in entrambi i casi, risultano in crescita rispetto al passato. In Emilia Romagna, in particolare, è aumentata la quota di popolazione che presenta compromissioni nella sfera di autonomia che riguarda le funzioni quotidiane (completa assenza di

autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona) che, non a caso, rappresentano la tipologia di limitazioni maggiormente legate all'avanzamento dell'età (in regione ne soffre il 12,3% degli ultrasessantacinquenni). Seguono le limitazioni nel movimento (9,2%), il confinamento a letto, su una sedia o nella propria abitazione (7,2%) e le limitazioni vista, udito e parola (4,7%).

Italia, Emilia Romagna: popolazione di 6 anni e più con limitazioni funzionali (%)



Italia, Emilia Romagna: popolazione di 6 anni e più per tipologia di limitazioni funzionali (%)

	Emilia Romagna		Italia	
	2005	2013	2005	2013
Confinamento	1,6	1,9	2,1	2,5
Limitazioni nelle funzioni quotidiane	2,3	3,2	3,0	3,4
Limitazioni nel movimento	1,9	2,4	2,3	2,6
Limitazioni vista, udito e parola	0,8	1,3	1,1	1,5

Emilia Romagna: persone di 65 anni e più con limitazioni funzionali (%) – Anno 2013

Con limitazioni funzionali	Tipo di limitazioni funzionali			
	Confinamento	Limitazioni nelle funzioni	Limitazioni nel movimento	Limitazioni vista, udito e parola
17,9	7,2	12,3	9,2	4,7

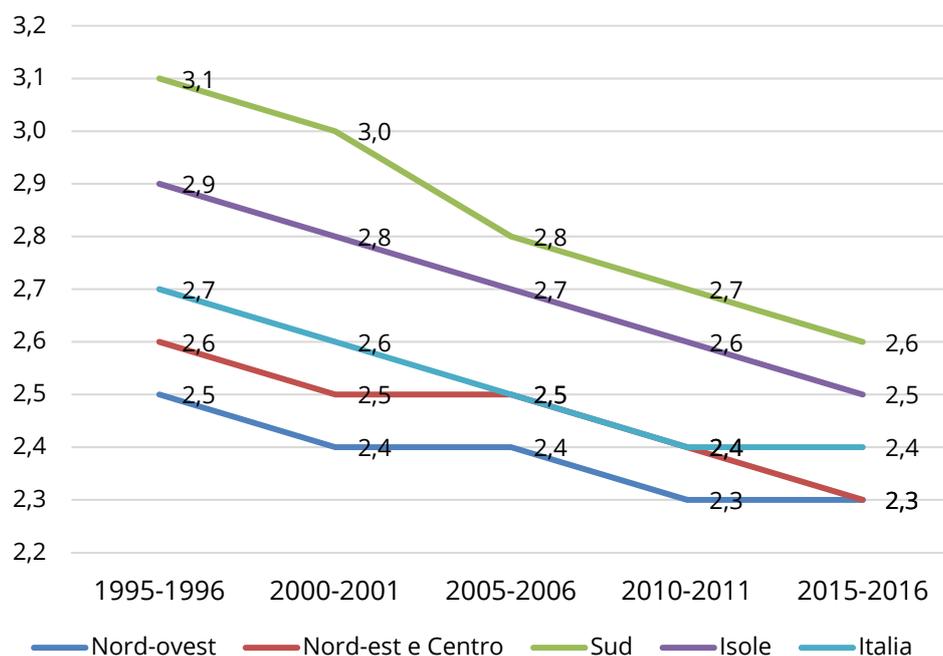
Le due grandi transizioni, demografiche ed epidemiologiche, devono inoltre fare i conti con le **profonde modifiche che hanno investito le strutture familiari e la composizione dei nuclei, sempre più piccoli, spesso lontani dalla “rete” di origine e quindi sempre meno idonee a rispondere alle esigenze di cura dei parenti malati e degli anziani.**

La dimensione media delle famiglie si è progressivamente ridotta nell’arco dell’ultimo ventennio e il numero medio

di componenti è passato da 2,7 a 2,4, con valori ancora più bassi (2,3) nel Nord-est e nel Centro.

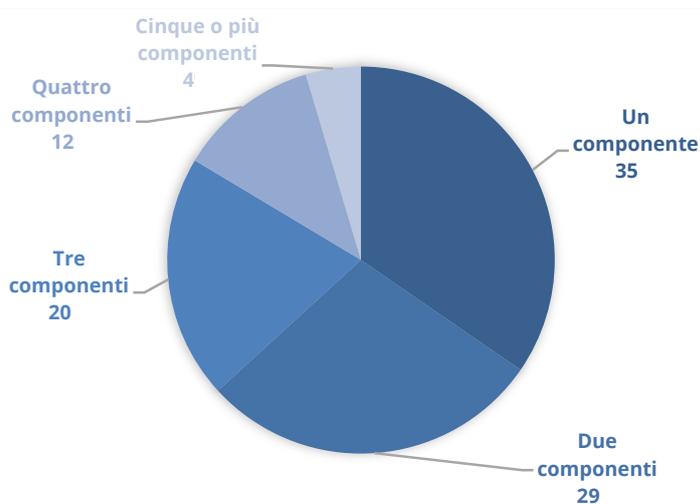
Sono aumentate le famiglie unipersonali (prevalentemente persone anziane sole o giovani adulti immigrati) che in regione, insieme alle famiglie con due componenti, rappresentano oltre il 63% del totale. Quota che in prospettiva continuerà ad aumentare, salvo un’inversione di tendenza rispetto alla lenta e tendenziale riduzione delle coppie con figli registrata negli ultimi anni.

Italia: numero medio di componenti della famiglia per ripartizione geografica

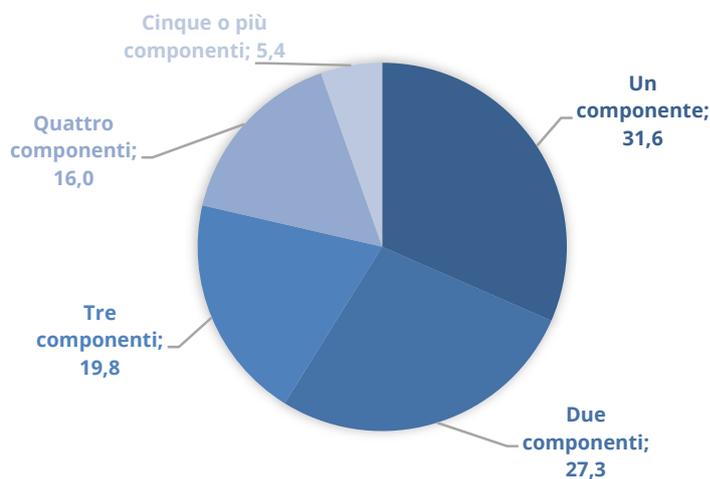


ITALIA, EMILIA ROMAGNA: FAMIGLIE PER NUMERO DI COMPONENTI (%)

Emilia Romagna, Anni 2015-2016 (%)



Italia, Anni 2015-2016 (%)



Famiglie sempre meno numerose e, purtroppo, sempre più vulnerabili. Come evidenziato nel Piano Sociale e sanitario della Regione Emilia Romagna 2017-2019:

- in oltre un quinto delle famiglie regionali è presente una persona di 75 anni e oltre, anche se più della metà degli anziani vive da solo;
- oltre l'8% del totale dei nuclei familiari sono monogenitore con almeno un figlio e oltre il 6%

sono rappresentati da madri sole con bambini e ragazzi (più 4 punti percentuali rispetto al 2001).

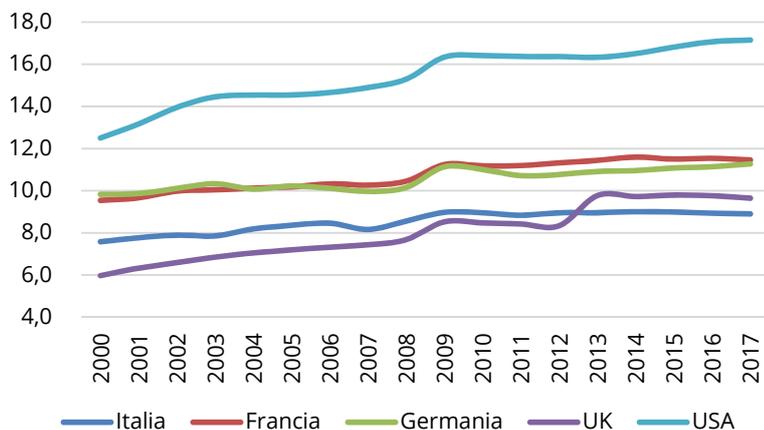
- le persone di età compresa fra i 15 e i 64 anni che già nel 2010 dichiaravano di prendersi regolarmente cura di qualcuno (figli coabitanti minori di 15 anni, altri bambini, adulti disabili, malati o anziani) superavano il milione, pari al 40,2% della popolazione totale della fascia di età considerata.

Dato questo contesto, nel 2017 la spesa sanitaria pubblica corrente, pari a 113,6 miliardi di euro, risulta in crescita dell'1,1% rispetto all'anno precedente. Per il prossimo triennio è previsto un ritmo di crescita della spesa sanitaria pubblica ad un tasso medio annuo pari all'1,4%, un ritmo inferiore rispetto a quello della spesa pubblica totale, che porterà dunque l'incidenza 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 14,7% del 2017 al 14,6% del 2021), 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 2017 la spesa sanitaria sul PIL in Italia è stata pari all'8,9%, valore che porta il Paese a classificarsi dietro a Francia (11,5%), Germania (11,3%), Regno Unito (9,6%) e Stati Uniti (17,2%) e che più rappresenta il clima di generale stazionarietà che caratterizza il periodo 2010-2017 (Fonte: elaborazioni su dati OECD).

Spesa sanitaria totale in % del PIL



	Var. 2017/2010
Italia	- 0,05
Francia	0,27
Germania	0,28
UK	1,17
USA	0,74

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 6,6% registrato nel 2017 al 6,3% nel 2021.

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).

STRATEGIE E POLITICHE:

IL RUOLO DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA

IN EMILIA-ROMAGNA

La regione Emilia Romagna, così come tutti i sistemi sanitari più avanzati, è da tempo impegnata in un percorso di transizione ospedale-territorio e nel consolidamento di percorsi assistenziali alternativi, nell'intento di garantire risposte concrete e più appropriate ai nuovi bisogni di salute.

Il graduale processo di deospedalizzazione viene confermato dalla lettura dei dati: nell'ultimo decennio il numero di dimessi ospedalieri ha subito una contrazione del 13%, i posti letto per 1.000 abitanti sono passati dal 4,7 al 3,9 e, nello stesso periodo, il tasso di ospedalizzazione standardizzato si è ridotto da 131,4 x 1.000 abitanti a 115,8 per i ricoveri ordinari, e da 44,2 a 25,6 per i ricoveri in DH.

Nonostante questo, l'ospedalità regionale continua a costituire uno dei principali asset della competitività territoriale, polo di attrazione di competenze e pazienti e input strategico per la creazione di sviluppo e la produzione di ricchezza. E si può senza dubbio affermare che tutti i traguardi del Servizio Sanitario Regionale siano stati raggiunti anche grazie alla capacità operativa e gestionale del privato accreditato; una rete di strutture che nel tempo ha saputo radicarsi nel territorio, incrementando e rafforzando i canali di alleanza con il sistema pubblico, nell'intento comune di fornire, in maniera efficiente, prestazioni con standard qualitativi sempre più elevati e di garantire un costante

miglioramento degli outcome.

Nel 2017 l'offerta ospedaliera delle strutture rappresenta all'interno del contesto complessivo regionale:

- **Il 25,5% dei posti letto totali;**
- **Il 18,0% dei pazienti dimessi;**
- **Il 19,7% 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** (65,8% dei dimessi in regione e 64,9% delle giornate totali di degenza);
- **cardiochirurgia** (57,0% dei dimessi in regione e 44,6% delle giornate totali di degenza);
- **lungodegenza** (41,5% dei dimessi in regione e 43,3% delle giornate totali di degenza);
- **ortopedia e traumatologia** (40,3% dei dimessi in regione e 29,9% delle giornate totali di degenza)

Contributo strutture AIOF ER per principali discipline di dimissione - Anno 2017

ITALIA	Dimessi AIOF ER	Dimessi AIOF ER / Dimessi ER	Giornate AIOF ER	Giornate AIOF ER / Giornate ER
RECUPERO E RIABILITAZIONE	12.773	65,8%	256.045	64,9%
CARDIOCHIRURGIA	3.266	57,0%	29.306	44,6%
LUNGODEGENTI	13.328	41,5%	266.154	43,3%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	42.117	40,3%	139.239	29,9%
PSICHIATRIA*	4.376	37,3%	47.787	37,0%
NEURO-RIABILITAZIONE	180	23,7%	16.572	32,7%
NEUROCHIRURGIA	1.731	21,8%	8.471	15,4%
CHIRURGIA GENERALE	16.602	21,8%	30.225	9,6%

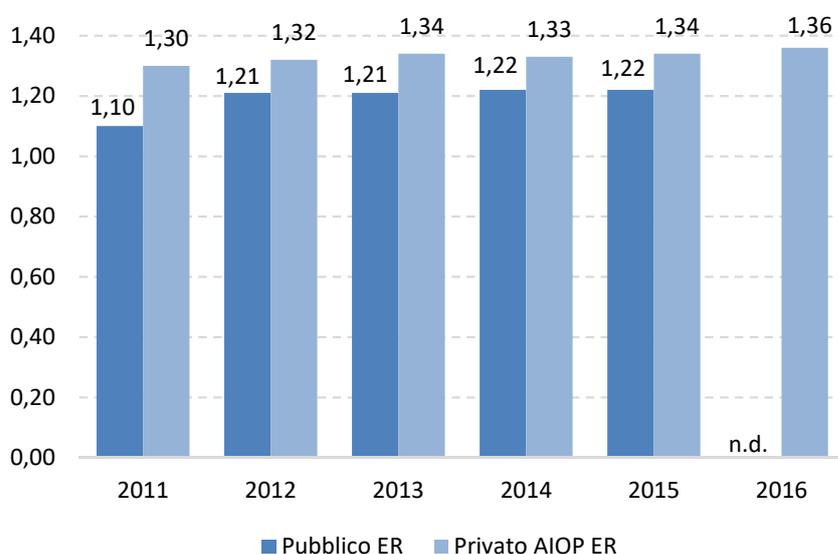
*solo ospedaliera

L'analisi dei trend relativi agli indicatori di complessità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie regionali (peso medio e Case Mix), evidenzia, in particolare modo per le strutture accreditate AIOF, la presenza di una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard.

L'elevato livello delle prestazioni erogate è confermato dal numero di pazienti dimessi da istituti privati accreditati con DRG ad alta complessità - oltre 15.550 nel 2017 - pari all'11,2% del totale, in crescita di oltre 2 punti percentuali rispetto all'8,8% registrato nel 2009.

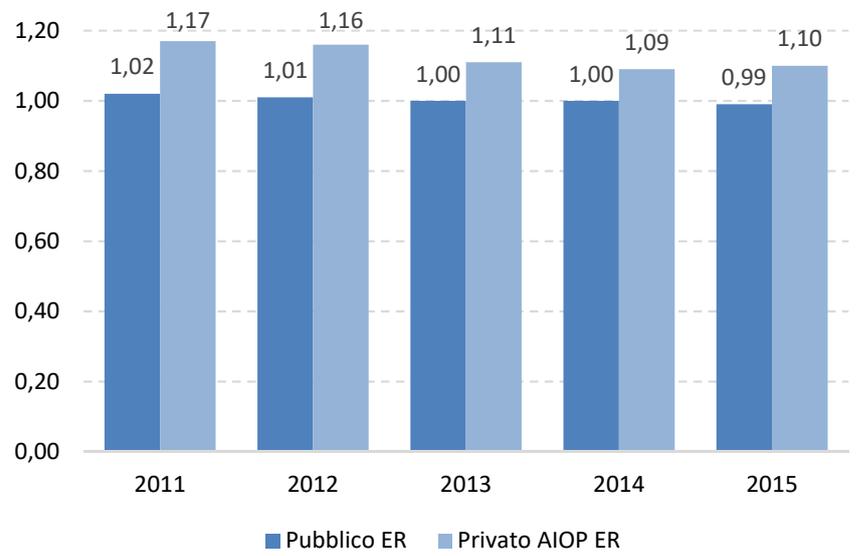
Peso Medio

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



Case Mix

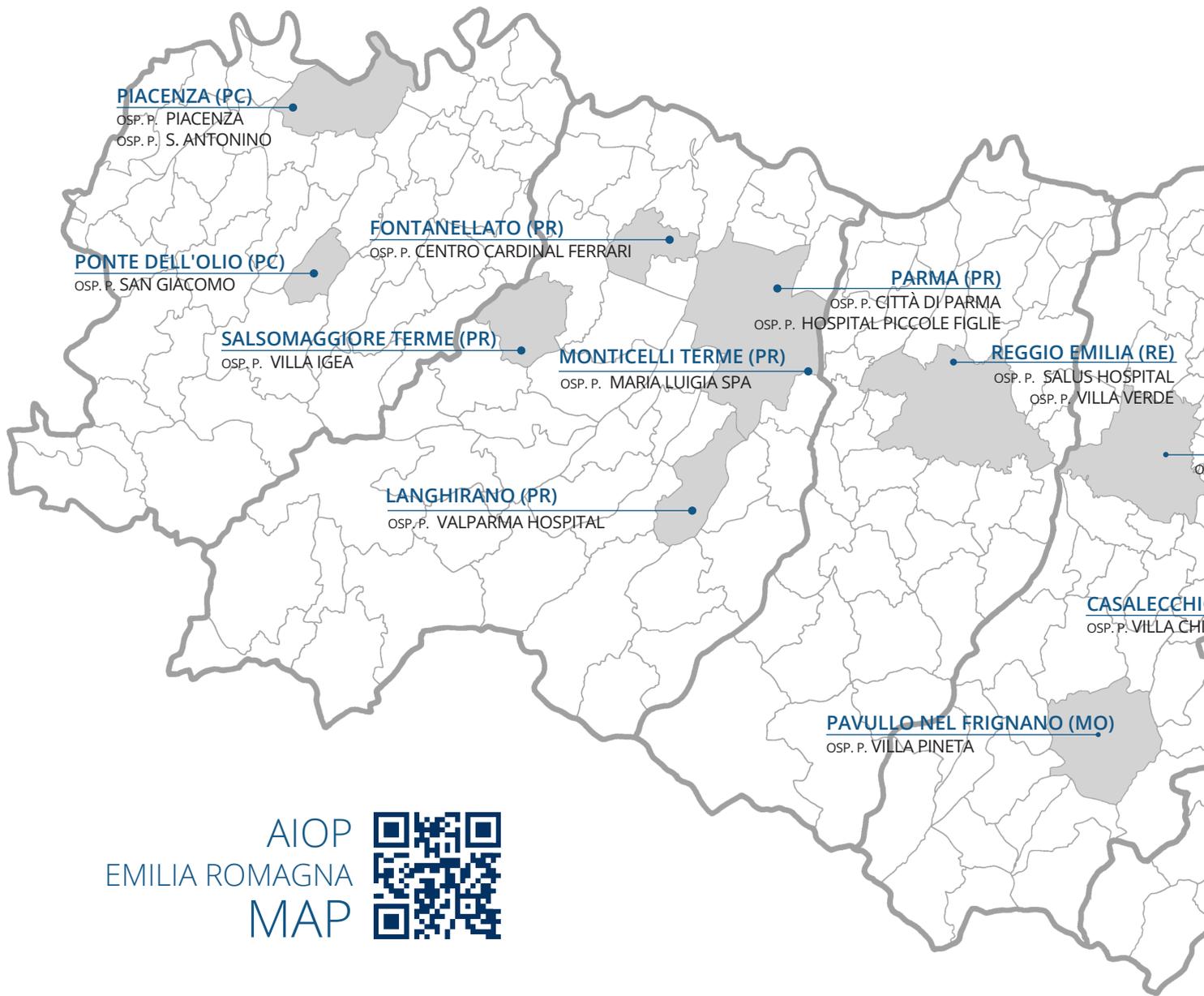
Indice che rapporta il peso medio per reparto o disciplina calcolato in una determinata struttura e il peso medio per disciplina calcolato a livello nazionale o regionale.



[PARTE TERZA]

LE STRUTTURE
SANITARIE DI
AIOP EMILIA-ROMAGNA





AIOP
EMILIA ROMAGNA
MAP



44

STRUTTURE
OSPEDALIERE
PRIVATE AIOP

23

COMUNI CON PRESENZA
STRUTTURE AIOP

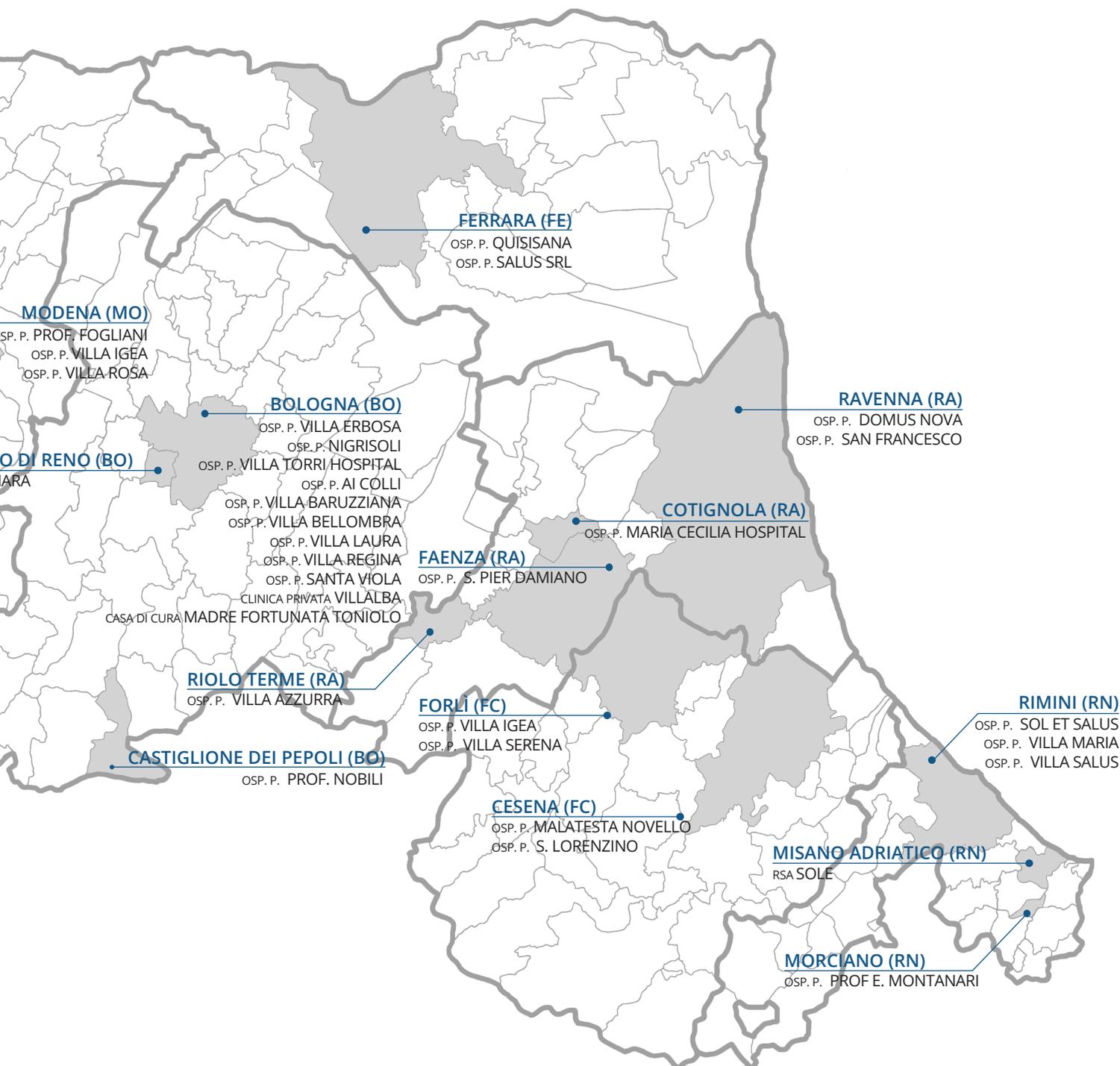
2 mln

I RESIDENTI NEI COMUNI
CON PRESENZA AIOP

STRUTTURE SANITARIE

AIOP EMILIA-ROMAGNA

LOCALIZZAZIONE COMUNALE



INDICATORI CHIAVE DI PERFORMANCE



Responsabilità sociale

	2016	2017
Personale Totale	7.404	7.656
Personale Femminile (% sul totale)	60%	59,3%
Stabilizzazione del rapporto di lavoro (n. nuovi posti)	152	132
Collaborazione con le Università (n. tirocinanti accolti)	234	255
Personale impegnato in attività formative (% sul totale)	73,4%	74,3%
Indice di gravità degli infortuni	0,85	0,92
Incidenza delle forniture da fornitori in ER (% sul totale)	67,2%	67,4%
Supporto ad iniziative per la comunità (Migl.euro)	637	622
Strutture che supportano iniziative per la comunità (% sul totale)	85%	52%



Responsabilità ambientale

Spese ambientali totali sostenute dalle strutture (Milioni di euro)	16,7	16,1
Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di acqua (% sul totale)	27,5%	18,2%
Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di energia elettrica (% sul totale)	45%	40,9%
Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di gas/metano (% sul totale)	27,5%	22,7%
Strutture che programmano interventi di efficientamento futuri (% sul totale)	57,5%	45,5%



Responsabilità economica

Valore della Produzione (Milioni di euro)	731	747
Valore Aggiunto Globale Lordo (Milioni di euro)	469	487
Investimenti totali (Milioni di euro)	33	29
Tasse e imposte pagate (Milioni di euro)	42	43
Indice di patrimonializzazione (%)	35,7%	37,4%
Impatto occupazione indiretto (n. persone)	720	756
Impatto economico indotto (Milioni di euro)	1.149	1.172

LE PRESTAZIONI SANITARIE E I PAZIENTI

45,9%

ha 65 anni o più

90,6%

accreditati

53,3%

femmine

129.300

dimessi ospedalieri
AIOP E-R

18%

dei pazienti
dimessi in regione

30,4%

ortopedia e
traumatologia

36%

da fuori
regione

1.156.556

giornate di degenza

5.114

posti letto

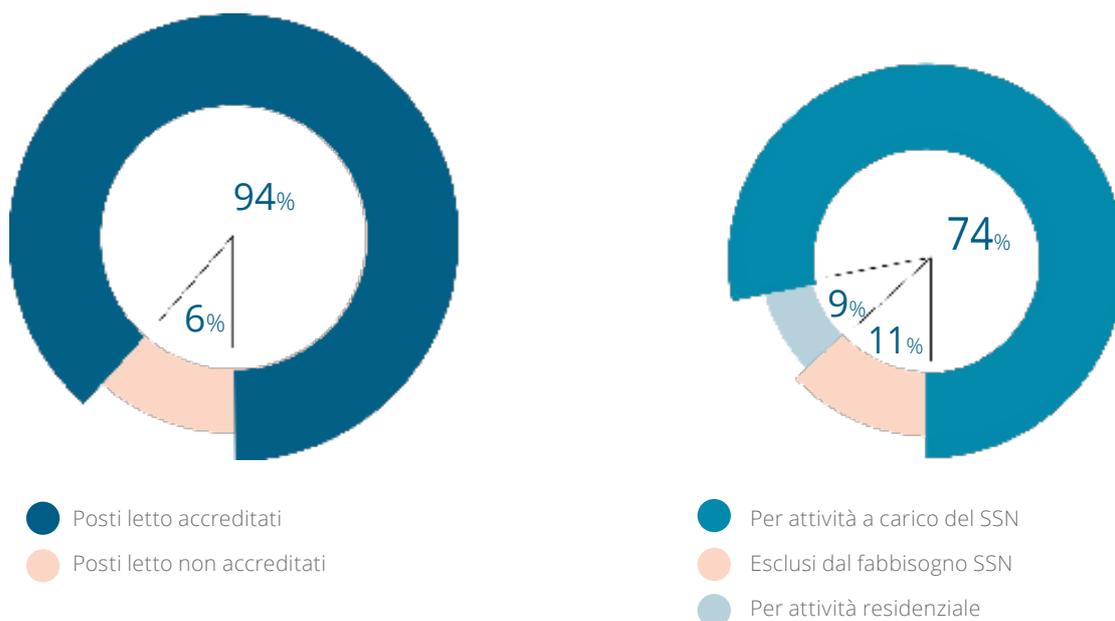
4.348

dimessi per attività residenziale psichiatrica

Delle strutture sanitarie associate ad AIOF Emilia-Romagna oggetto del bilancio sociale, 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 5.114, di cui il 94%, pari a 4.782, 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 2017



L'analisi dei dimessi per onere della prestazione evidenzia per circa 9 pazienti su 10 un ricovero a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale. I ricoveri a totale carico del paziente interessano il 7,9% dei dimessi in quanto sono presenti, tra quelle analizzate, 2 strutture che erogano

esclusivamente tali prestazioni. Percentuali residue fanno infine riferimento ai ricoveri a carico del Sistema Sanitario Nazionale con il pagamento della differenza alberghiera (1,4%).

Dimessi per onere della degenza - Anno 2017

	Dimessi	Quota
Ricovero a totale carico SSN	117.105	90,6%
Ricovero a carico SSN con differenza alberghiera	1.781	1,4%
Ricovero a totale carico paziente	10.210	7,9%
Ricovero a carico SSN di stranieri paesi convenzionati	30	0,0%
Ricovero a carico SSN di stranieri indigenti	34	0,0%
Altro	102	0,1%
Ricovero a carico Ministero Interni di stranieri indigenti	38	0,0%
Totale complessivo	129.300	100,0%

Le strutture sanitarie private AIOIP hanno registrato 133.648 degenti nel 2017, di cui 129.300², pari al 96,7%, per attività ospedaliera, mentre i restanti 4.348 per attività residenziale psichiatrica. Le giornate totali di

degenza sono state pari a 1.156.556, per una media di giorni di degenza pari a 7,9 per attività ospedaliera e a 30,3 per attività residenziale psichiatrica.

	Dimessi	Quota
Attività ospedaliera	129.300	1.024.830
Psichiatria residenziale	4.348	131.726

Nell'ultimo quadriennio il numero di dimessi ha subito una flessione pari al -2,5%, a cui è corrisposto un calo leggermente meno consistente del numero di giornate di degenza, diminuite dell'1,4%. Tali contrazioni, che si inseriscono in un quadro di

politiche volte alla deospedalizzazione e intraprese da diversi anni, testimoniano da una parte una riduzione dell'inappropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione e dall'altra una buona efficacia dei servizi territoriali.

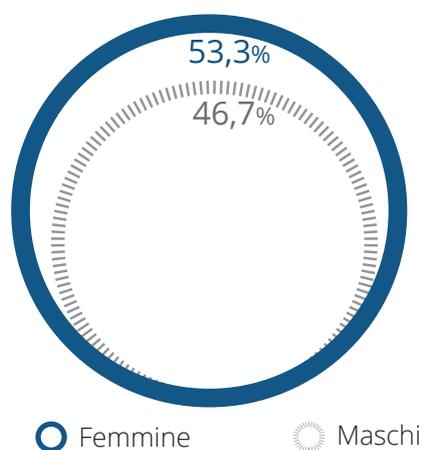
Dimessi e giornate di degenza - Anni 2014-2017

	Dimessi	Gg./acc
2014	137.129	1.173.185
2015	137.889	1.191.610
2016	136.161	1.153.974
2017	133.648	1.156.156

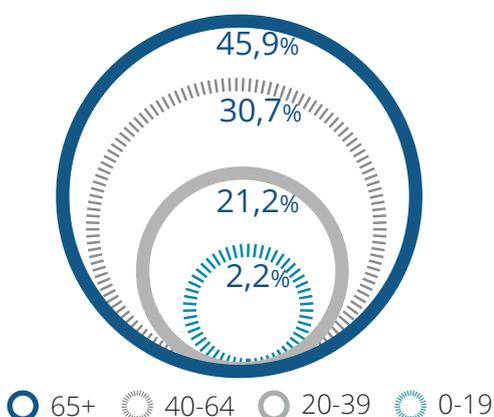
Per quanto concerne le caratteristiche anagrafiche dei dimessi, si evidenzia una prevalenza di pazienti nelle fasce età di popolazione più avanzate: gli over 64 costituiscono il 45,9% dei dimessi complessivi e oltre il 10% dei pazienti ha più di 84 anni. Tali dati avalorano

quelli relativi alla composizione per genere: le donne, che risultano essere in numero maggiore rispetto agli uomini tra la popolazione più anziana, costituiscono infatti il 53,3% dei dimessi complessivi.

Dimessi per genere- Anno 2017



Dimessi per classe di età - Anno 2017

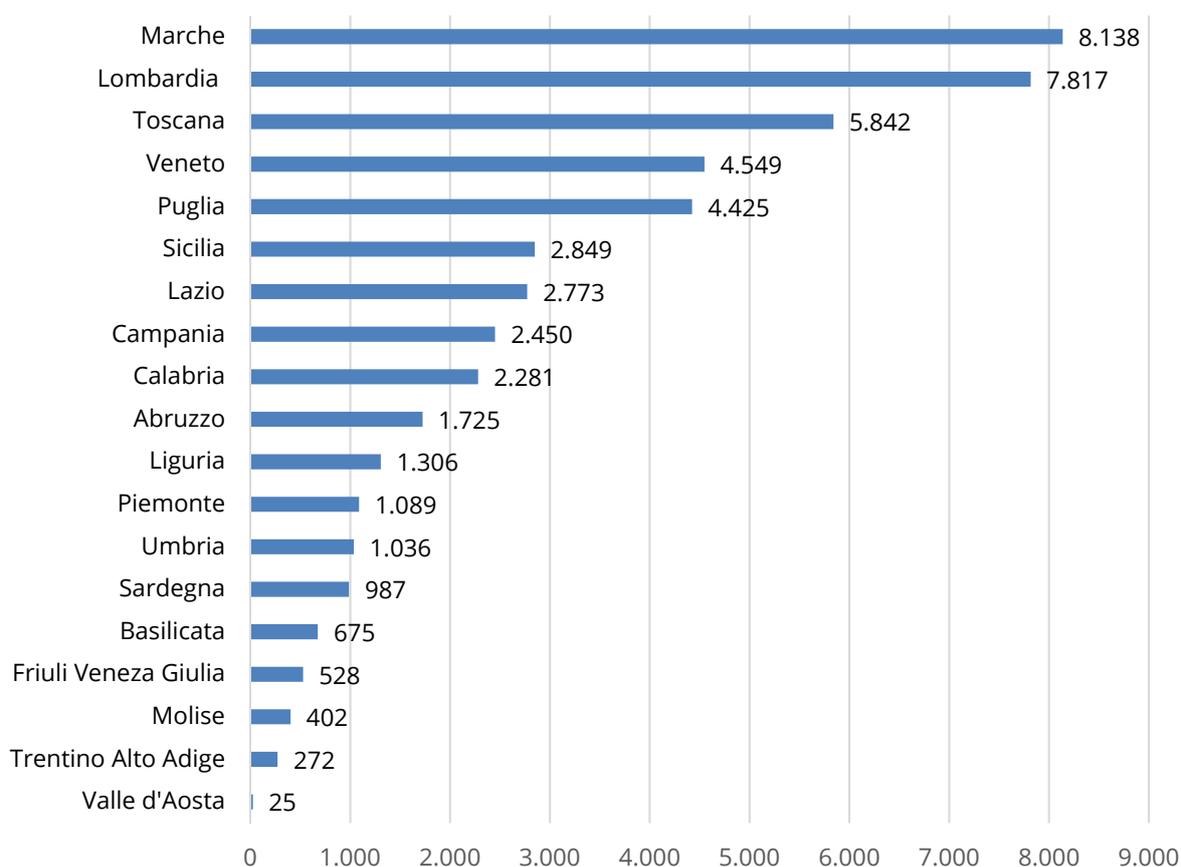


² I dati relativi ai ricoveri tengono conto dei ricoveri misti, che pesano circa il 6,7% dei ricoveri totali

In relazione alla provenienza geografica dei dimessi, le strutture AIOF regionali evidenziano una forte capacità attrattiva, testimoniata da una significativa quota di dimessi provenienti da altre regioni (36% dei dimessi totali). Nell'ordine, le regioni con il più alto numero di dimessi da strutture AIOF emiliano romagnole risultano Marche, Lombardia, Toscana, Veneto e Puglia. Il cosiddetto "turismo sanitario" è un fenomeno in crescita

e, oltre a riconoscere una eccellente qualità delle prestazioni erogate, genera anche valore economico, portando 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 2017



Vari sono gli ambiti di specializzazione delle strutture AIOF emiliano romagnole. Si conferma prima disciplina per numero di dimessi "ortopedia e traumatologia", che raccoglie il 30,4% dei dimessi totali del comparto. Ai primi 3 posti della classifica che riguarda gli interventi maggiormente realizzati dalle strutture nel loro

complesso figurano infatti interventi che afferiscono alla disciplina chirurgica-ortopedica, quali interventi sul ginocchio (9.506 dimessi), sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (8.066 dimessi) e interventi sul piede (6.587 dimessi). Seguono, sempre in termini di numerosità di pazienti assistiti, "Medicina

generale”, “Chirurgia generale”, Lungodegenza” e “Recupero e riabilitazione”. Queste 5 discipline coprono il 74% dei dimessi totali dalle strutture AIOPE ER. Trattandosi di discipline estremamente differenti tra loro, le degenze medie differiscono in maniera significativa, passando dagli 1,8 giorni medi per chirurgia generale ai 20,0 di recupero e riabilitazione e lungodegenza.

Infine, superano il milione e 360 mila le prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture AIOPE emiliano romagnole in convenzione con il SSN, delle quali oltre la metà (53,5%) afferiscono all'ambito diagnostico.

Prime 5 discipline di dimissione per numero di dimessi – Anno 2017

	Dimessi	Quota su totale dimessi	Degenza media
Ortopedia e traumatologia	42.117	30,4%	3,3
Medicina generale	17.434	12,6%	8,8
Chirurgia generale	16.602	12,0%	1,8
Lungodegenti	13.328	9,6%	20,0
Recupero e riabilitazione	12.773	9,2%	20,0

Prestazioni ambulatoriali erogate in regime di accreditamento – Anno 2017

	N. prestazioni accreditate
DIAGNOSTICA	727.223
LABORATORIO	138.958
RIABILITAZIONE	64.191
TERAPEUTICA	98.750
VISITE	331.221
TOTALE	1.360.343

IL PERSONALE

7.656

—
personale
occupato

+3,4%

—
crescita del
personale

12,5

—
anni di anzianità
media di servizio

59,3%

—
personale
femminile

64.916

—
numero di ore
formazione

74,3%

—
personale coinvolto
in attività formative

255

—
tirocinanti da
università

132

—
contratti trasformati a
tempo indeterminato

**NELLA SANITÀ NON
SI VEDE (ANCORA) UN
EFFETTO SOSTITUZIONE
“UOMO-MACCHINA”
TIPICO DI ALTRI CAMPI
SETTORIALI E LA
NATURA ANTI-CICLICA
DELLE ATTIVITÀ SVOLTE,
PONE QUESTO SETTORE
TRA I PIÙ RESILIENTI
E IMPORTANTI DA
UN PUNTO DI VISTA
OCCUPAZIONALE**

La sanità costituisce uno dei pochi ambiti in cui l'innovazione tecnologica e scientifica, costantemente alla frontiera, non limita la capacità di assorbimento occupazionale delle strutture ospedaliere, creando al contrario i presupposti per cui nuovi macchinari sofisticati necessitano di personale appositamente qualificato, stimolando quindi una continua professionalizzazione delle mansioni. Per tutte le case di cura AIOP E-R, la formazione e le competenze professionali del personale dipendente o libero professionista rappresentano una leva strategica di primaria rilevanza per erogare prestazioni sanitarie in maniera sempre più efficace e rispondente alle speranze e alle aspettative dei pazienti.

Nella sanità non si vede (ancora) un effetto sostituzione “uomo-macchina” tipico di altri campi settoriali e la natura anti-ciclica delle attività svolte, pone questo settore tra i più resilienti e importanti da un punto di vista occupazionale.

Anche nel 2017 si registra una leggera crescita dell'occupazione totale all'interno delle strutture AIOP, sia nella componente prettamente medica che tra le altre figure sanitarie. Il personale complessivamente impegnato nelle 44 strutture AIOP E-R si è attestato a 7.656 unità in crescita del 3,4% rispetto al 2016. Il personale infermieristico e OSS rappresenta la quota preponderante all'interno delle strutture ospedaliere regionali: 3.282 operatori, il 42,9% sul totale nel 2017. A seguire il personale medico (32,2%) e quello tecnico tra cui figurano fisioterapisti, personale di laboratorio e diagnostica (15,5%). Più ridotta la quota di personale amministrativo (9,4%), che pure conta 721 addetti totali nel 2017.

Il **personale femminile** rappresenta la parte più significativa, con **il 59,3% del totale nel 2017**.

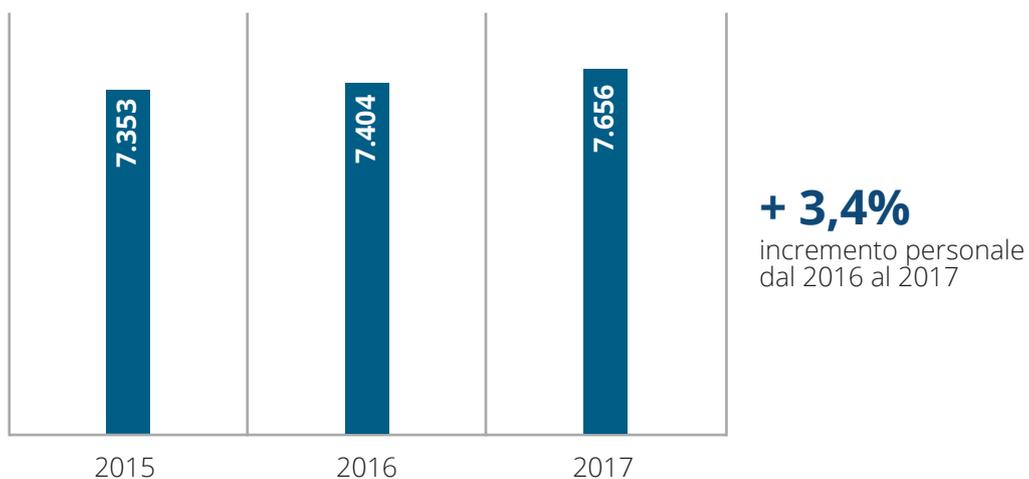
Le donne operano per la maggior parte (56,3%) come infermiere e operatrici socio-sanitarie; rappresentano, inoltre, il 63,1% del personale tecnico e il 78,5% del personale amministrativo.

Per quanto riguarda l'età del personale, il 14,1% ha meno di 30 anni, il 55,7% un'età compresa tra i 31 e 50 anni e il 30,1% un'età superiore ai 51 anni. La complessità e la profondità di competenze professionali che richiede l'erogazione dei servizi sanitari si riflette inevitabilmente sull'età anagrafica dei suoi operatori.

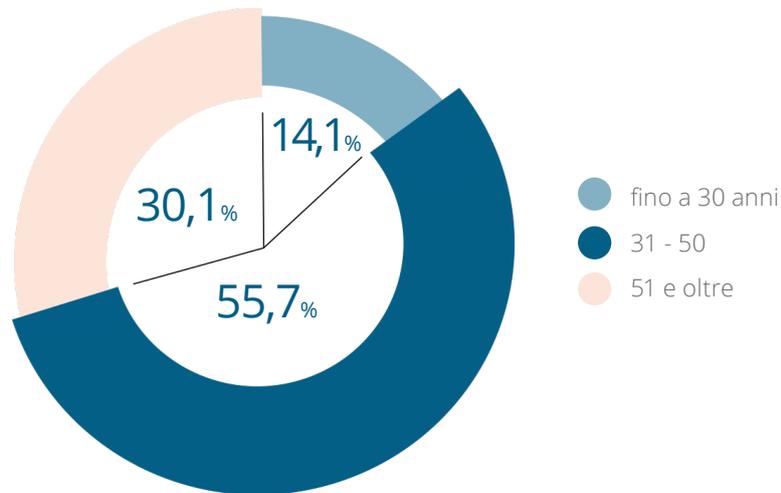
I rapporti professionali con il personale hanno mediamente una durata superiore ai 10 anni. Legami, quindi, che durano nel tempo e vanno a comporre dei gruppi di lavoro consolidati nelle esperienze di lavoro. L'anzianità media del personale delle strutture AIOP si fissa nel 2017 indicativamente a 12,5 anni, laddove il personale medico (quello dipendente) supera leggermente i 12 anni, gli infermieri si attestano a 11,7, mentre per il personale tecnico e amministrativo risulta rispettivamente di 12,8 e 15,4 anni.

2.467PERSONALE
MEDICO**3.282**INFERMIERI
E OSS**1.186**PERSONALE
TECNICO**721**PERSONALE
AMMINISTRATIVO**Personale Totale impegnato nelle strutture**

	2016		2017	
	M	F	M	F
Medici	1.751	630	1.797	670
Infermieri e OSS	684	2.514	727	2.555
Amministrativi	140	536	155	566
Tecnici	390	778	438	748
TOTALE PER GENERE	2.965	4.439	3.117	4.539
TOTALE COMPLESSIVO	7.404		7.656	

Il Personale aggregato delle strutture AIOP Emilia-Romagna (2017)

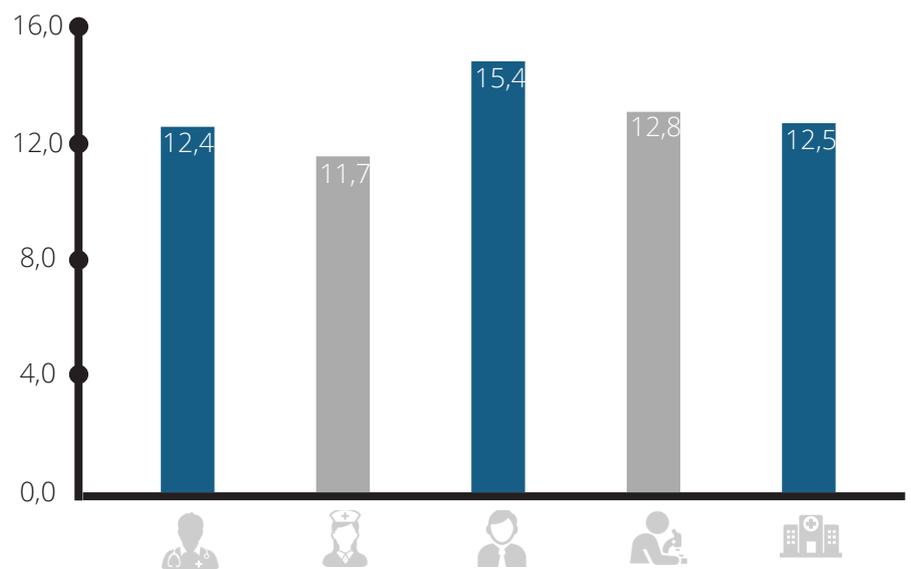
Composizione del personale per età (Anno 2017)



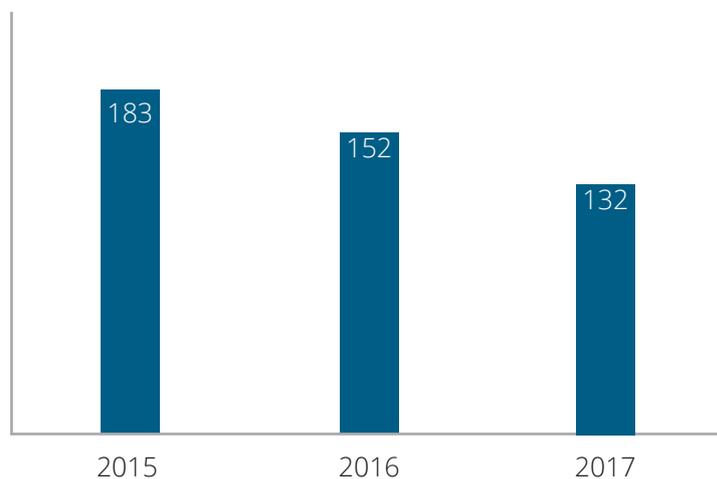
Anzianità media del personale per anni di servizio presso la struttura (2017)

LEGENDA

- Personale medico
- Personale infermieristico OSS
- Personale amministrativo
- Personale tecnico (fisioterapisti, lab. analisi, diagnostica, altri)
- Anzianità media dei dipendenti della struttura



Personale che ha visto trasformare a tempo indeterminato il proprio contratto



Una delle prerogative delle strutture AIOp, e del settore sanitario in generale, 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 2017 sono state erogate un totale di 64.916 ore di formazione, andate a beneficio di 5.685 addetti (il 74,3% del totale).

AIOp 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.

AIOp collabora anche con Scuole ed Università, per le quali accoglie e forma stagisti, che nel 2017 sono stati 255, più del 60% degli oltre 400 tirocinanti che hanno lavorato presso le strutture.

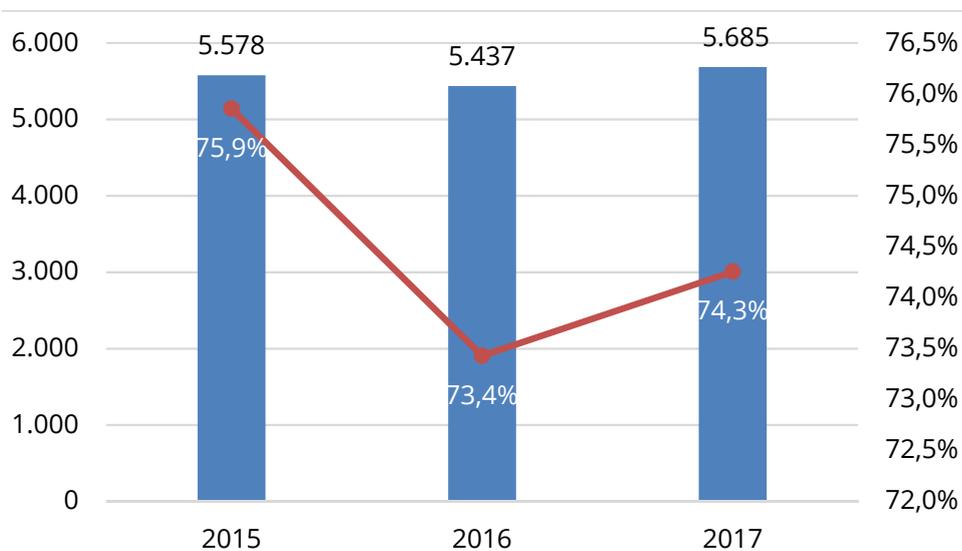
Gli Ospedali Privati AIOp si impegnano anche a garantire un ambiente di lavoro sicuro per i propri lavoratori. Il numero di infortuni nel 2017 è stato pari a 287, in aumento rispetto ai 256 casi segnalati nel 2016, a cui è corrisposto un rilevante incremento del numero di giornate di assenza.

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.

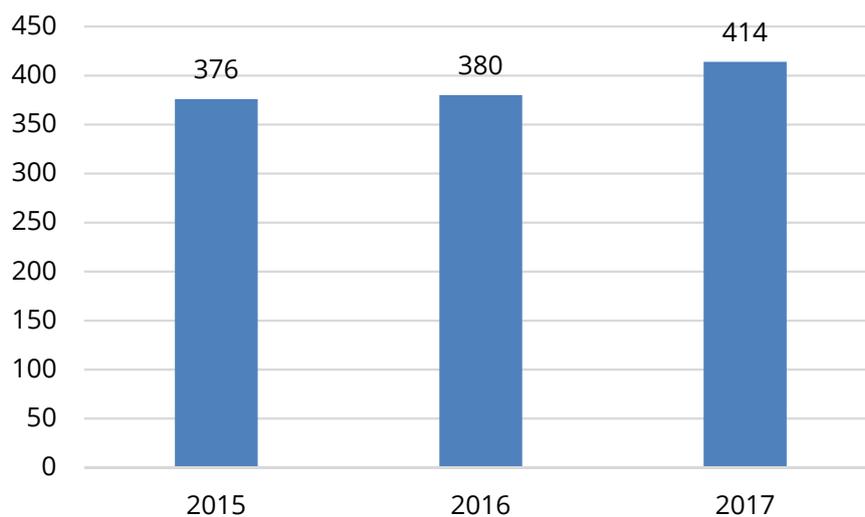
La formazione comprende l'acquisizione di nuove conoscenze tecniche e di un approccio adeguato a rapportarsi al luogo di lavoro. I professionisti sono quindi tenuti a mettere in pratica le nuove competenze al fine di offrire un'assistenza sanitaria qualitativamente utile.

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.

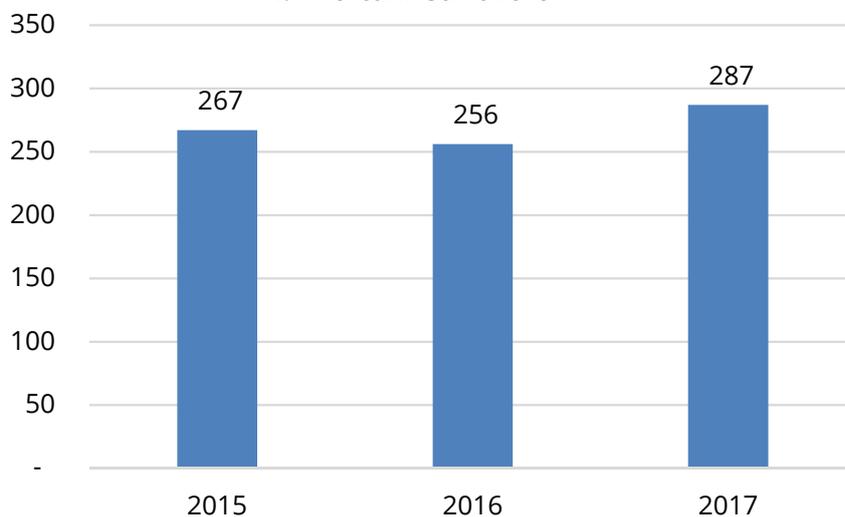
Personale che ha beneficiato di corsi di formazione



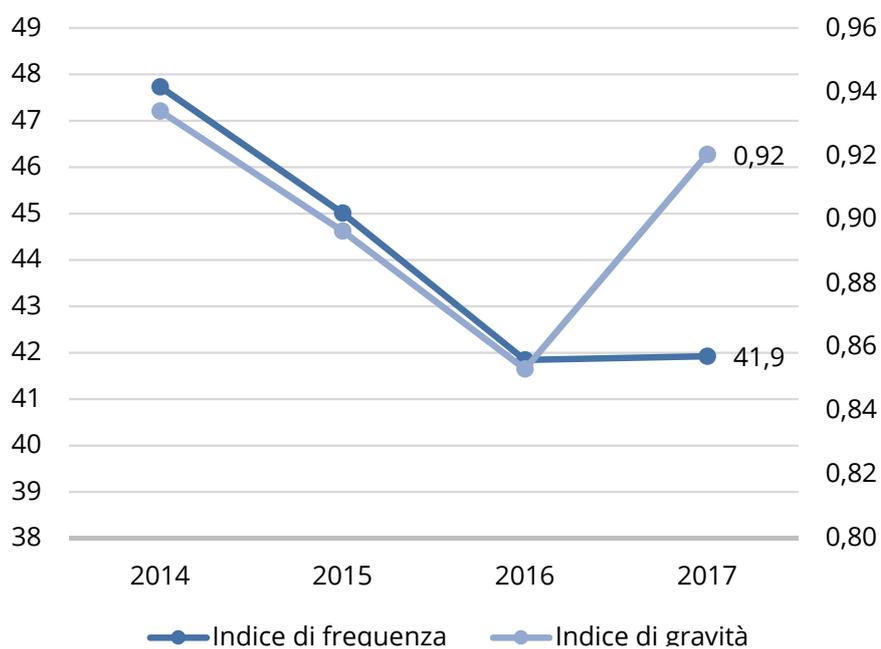
N. stagisti/tirocinanti che hanno presto servizio presso le strutture



N. infortuni sul lavoro



Indici di sicurezza sul lavoro



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.

16,1
mln'€

spesa
ambientale

-4,1%

variazione della
spesa ambientale

31,8%

interventi per
migliorare la
raccolta rifiuti

22,7%

interventi per migliorare
la componente
gas/metano

40,9%

interventi per
migliorare l'efficienza
energetica

45,5%

pianifica ulteriori
interventi
migliorativi

622
mila €

a sostegno di
iniziative per la
comunità

il **67,7%**

per attività
culturali
e associative

Gli ospedali sono strutture sanitarie complesse da un punto di vista energetico e ambientale: spesso composti da più di un edificio, sono soggetti ad elevati consumi ed esigono, nel contempo, elevate garanzie di continuità e affidabilità dei propri servizi energetici. Ciò significa che riqualificare energeticamente un ospedale diventa un'operazione più articolata, soggetta all'imprescindibile esigenza di garantire l'assoluta continuità dell'assistenza sanitaria.

In Italia, circa il 40% degli ospedali e delle Ausl ha già avviato progetti sull'efficientamento energetico utilizzando fondi Ue, e numerose strutture ospedaliere, partecipano al progetto europeo denominato "RES - Renewable Energy Sources", il cui obiettivo è quello di ridurre le emissioni di anidride carbonica prodotte dai 15.000 ospedali presenti in Europa. Attraverso il Res, l'Unione europea intende individuare le best practice nel campo della sanità sostenibile da riproporre in tutte le strutture assistenziali europee.

Le strutture ospedaliere associate ad AIOP E-R continuano a dimostrare una spiccata sensibilità verso le tematiche di sostenibilità energetica e di impatto ambientale. Il comparto è chiamato ad una continua sfida per il mantenimento e l'efficientamento delle strutture, in un'ottica di continua promozione della loro qualità e sicurezza e per il concorso attivo alla tutela dell'ambiente.

Nel 2017, la spesa ambientale totale delle strutture è stata di 16,1 Milioni di Euro, in calo del 4,1% rispetto al 2016, per lo più a seguito di rilevanti risparmi legati all'utilizzo dell'energia elettrica (-8,8% per un risparmio pari a 800mila euro), la componente più significativa in termini di costo (51,5% del totale).

D'altronde si tratta dell'ambito su cui complessivamente le strutture hanno concentrato maggiormente gli sforzi, realizzando impianti di cogenerazione ad alto rendimento e impianti fotovoltaici, intervenendo sulla coibentazione dell'involucro degli edifici, con l'isolamento di pareti e coperture, la sostituzione di infissi, oppure migliorando la qualità dell'illuminazione, attraverso corpi illuminanti più efficienti (lampade a led, installazione crepuscolari e sensori di movimento per limitazioni uso luci).

Le altre maggiori componenti di spesa hanno registrato lievi rialzi rispetto al 2016: la spesa legata alla raccolta di rifiuti sanitari ha visto un rialzo del 6,6%, l'utilizzo di acqua +2,7%, gas e metano +2%.

Percentuale di strutture che hanno adottato interventi per il contenimento delle spese ambientali (Anno 2017)

AMBITO	% INTERVENTI
	31,8
	18,2
	40,9
	22,7
ALTRO	11,4

Per quanto riguarda la componente gas/metano, diversi ospedali continuano ad installare generatori ad alto rendimento, termovalvole, sistemi di teleriscaldamento o pannelli fotovoltaici. E' interessante notare come una delle strutture AIOF in regione utilizzi esclusivamente energie da fonti rinnovabili per il riscaldamento dei locali.

Per limitare l'utilizzo dell'acqua si effettuano monitoraggi costanti sui consumi per individuare eventuali perdite sugli impianti, vengo installate pompe ad alta efficienza, si inseriscono riduttori di flusso.

Una buona parte delle strutture (il 45,5%) ha già in programma ulteriori interventi, che generalmente mirano alla prosecuzione o al potenziamento di quelli già adottati. I due ambiti principali di lavoro continuano

ad essere la raccolta dei rifiuti sanitari e l'utilizzo di energia elettrica e gas: a partire da iniziative che mirano al rafforzamento della raccolta differenziata, alcuni ospedali hanno in programma di ridurre l'utilizzo di materiali monouso e di organizzare corsi di formazione per sensibilizzare ad un uso corretto del rifiuto. Per quanto riguarda l'energia elettrica, la maggior parte degli ospedali continuerà a investire in materiali a risparmio energetico come led e sensori di movimento, nonché a valutare ulteriori opportunità di razionalizzazione dei consumi anche attraverso sistemi di monitoraggio. Infine, per raggiungere il maggiore controllo climatico possibile, alcune strutture contano di avviare centrali di cogenerazione o di sostituire le caldaie con modelli più efficienti.

Spese ambientali per tipologia di ambito (Valori in migliaia di euro)

	2015	2016	2017	Var. 2017/2016
Raccolta e smaltimento rifiuti sanitari	1.794	1.811	1.931	+6,6%
Raccolta e smaltimento rifiuti non sanitari	647	656	632	-3,6%
Acqua	1.786	1.936	1.989	+2,7%
Energia elettrica	9.336	9.063	8.269	-8,8%
Gas/metano	3.438	3.045	3.106	+2,0%
Altro	245	227	130	-42,7%
TOTALE	17.246	16.738	16.056	-4,1%

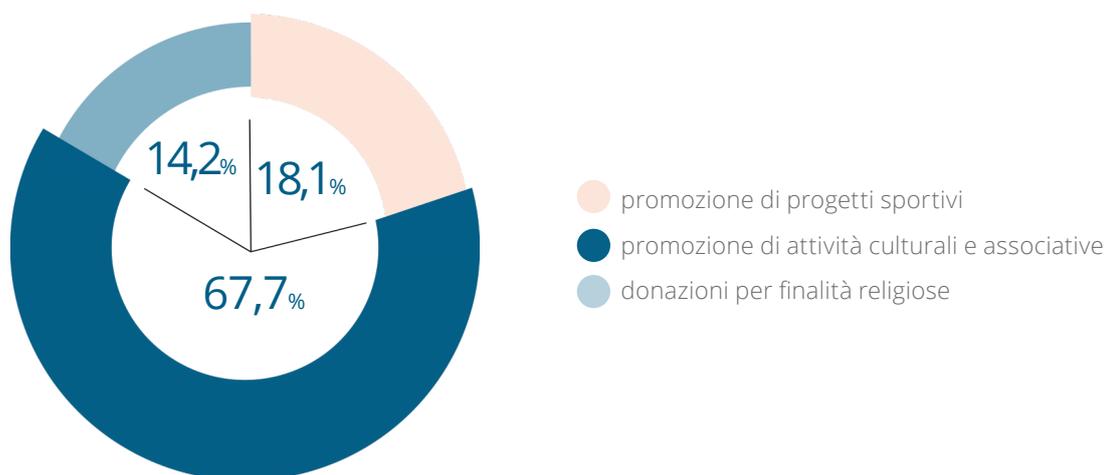
Oltre la metà delle strutture AIOE (il 52,3%) ha messo in campo nel corso del 2017 iniziative di matrice filantropica a sostegno delle comunità locali, erogando finanziamenti per un importo complessivo pari a circa 622mila euro. Per la maggior parte trattasi di sponsorizzazioni a favore di attività culturali e associative (67,7% dell'ammontare totale), promozione di attività legate allo sport (18,1%) e donazioni a comunità religiose (14,2%).

Anche in prospettiva futura, gran parte delle strutture continuerà nel supporto ad attività già in essere: diverse strutture hanno già dichiarato che supporteranno festival di medicina, società sportive, esposizioni di beni culturali, progetti e convegni a carattere medico-scientifico.

Spese ambientali per tipologia di ambito (Valori in migliaia di euro)

Tipologia di iniziativa	Ammontare	Quota %
Promozione di attività culturali e associative	421.000 €	67,7 %
Promozione allo sport	112.000 €	18,1 %
Donazioni per finalità religiose	89.000 €	14,2 %
TOTALE	622.000 €	100,00 %

Distribuzione delle sponsorizzazioni per tipologia di iniziativa sociale supportata - Anno 2017



29
mln €
—
totale
investimenti

92%
—
investimenti per
migliorie strutturali
e strumentali

1.074
mln €
—
attivo
patrimoniale

401,4
mln €
—
patrimonio
netto

746,6
mln €
—
valore della
produzione

487,4
mln €
—
valore aggiunto
totale

43,1
mln €
—
tasse e
imposte

374,5
mln €
—
valore aggiunto
risorse umane

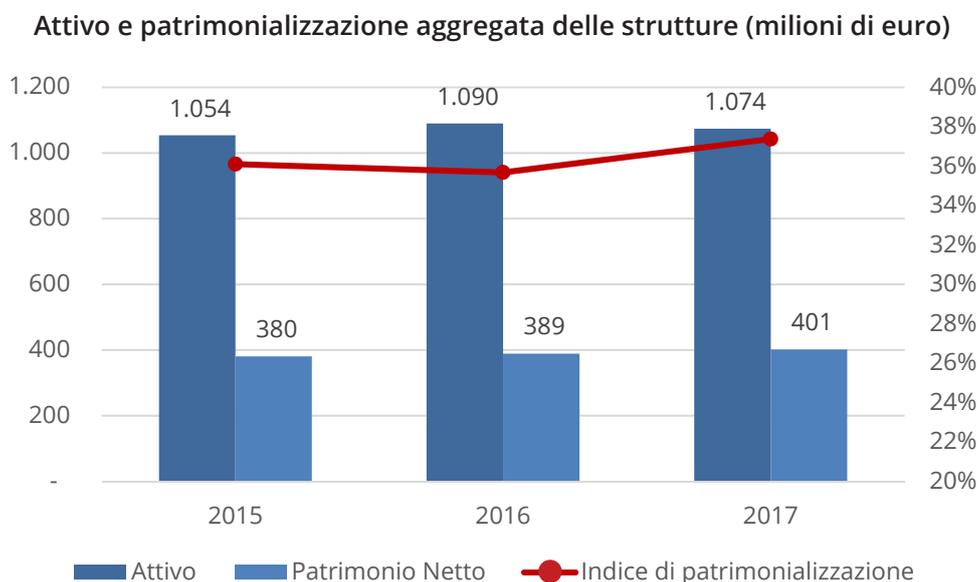
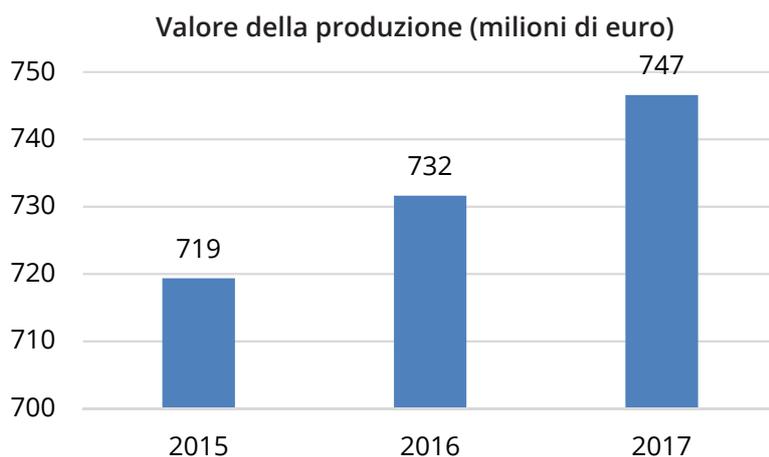
PERFORMANCE

ECONOMICA E INVESTIMENTI

Il comparto sanitario privato associato ad AIOF si contraddistingue per una gestione non solo efficace in termini di qualità dell'offerta di servizi sanitari ma anche efficiente sotto il profilo economico. Si rileva dunque una capacità trasversale di "tenere i conti in ordine", aspetto essenziale per la sostenibilità del sistema nel tempo.

Le strutture AIOF evidenziano complessivamente un valore della produzione pari a 747 milioni di euro nel 2017, in leggero aumento rispetto al 2016 (+2%). Grandissima parte delle prestazioni e dei servizi di cura offerti, lo ricordiamo, sono accreditate con il Sistema

Sanitario Nazionale e rispondono a particolari tariffe di rimborso. Ai gestori e proprietari delle strutture ospedaliere, alcune facenti parte di grandi gruppi che operano in varie regioni, si deve la capacità e volontà di investire, rafforzare ed innovare il servizio. Inoltre, nel corso degli anni, buona parte degli utili generati è stata utilizzata per garantire un adeguato livello di patrimonializzazione che, a livello aggregato, si attesta su valori vicini al 38% nel 2017, ulteriormente in crescita rispetto ai due anni precedenti.

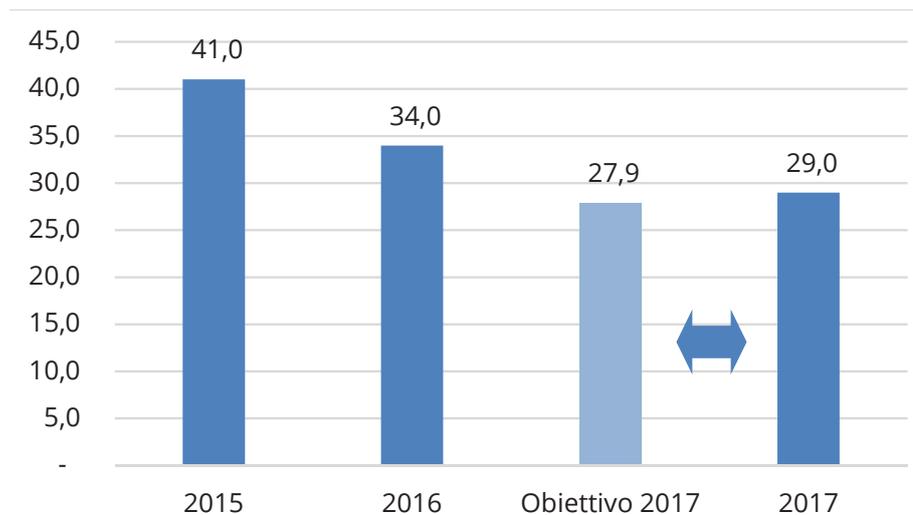


NEL 2017 GLI INVESTIMENTI COMPLESSIVI DELLE CASE DI CURA AIOP IN REGIONE SI SONO ATTESTATI A 29 MILIONI DI EURO, UNA CIFRA LEGGERMENTE PIÙ ELEVATA DELL'OBIETTIVO PREFISSATO UN ANNO PRIMA.

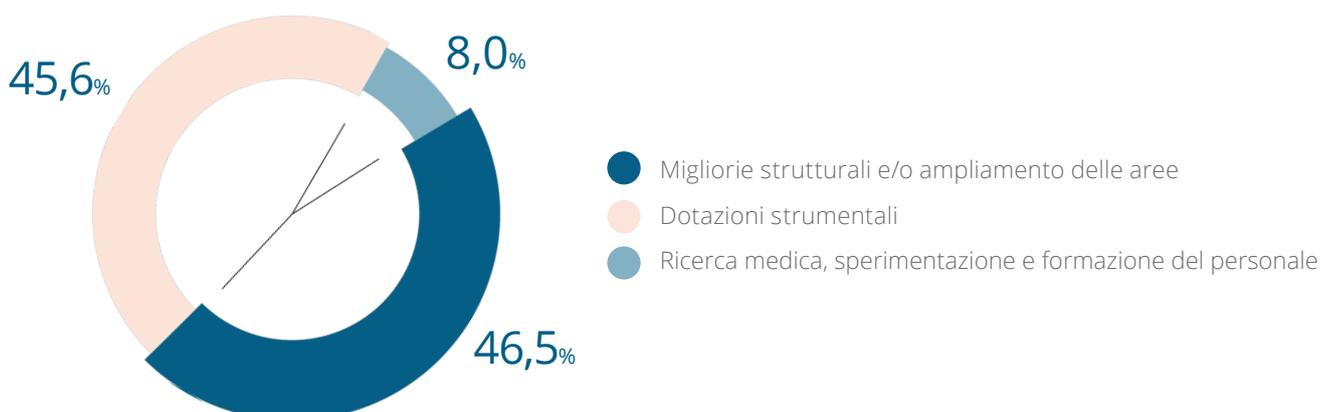
Molte strutture AIOP sono riconosciute per particolari standard di eccellenza e buone pratiche, rese possibili dal flusso di investimenti che periodicamente vengono realizzati. La maggior parte delle risorse vengono destinate a interventi per migliorare e/o ampliare le aree interne ed esterne degli ospedali 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 (milioni di euro)



Distribuzione degli investimenti per tipologia - Anno 2017



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 stakeholder 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.

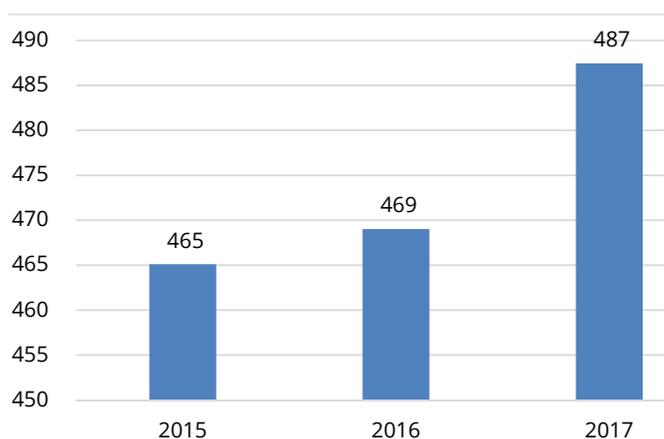
Determinazione del Valore Aggiunto Globale Lordo (Milioni di euro)

	2015	2016	2017
A. RISORSE UMANE	354,0	364,1	374,5
Dipendenti (con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato)	173,1	178,8	179,2
Consulenti, Collaboratori e Liberi Professionisti (Organi sociali, tecnici, medici, infermieri)	180,9	185,3	195,3
B. AZIONISTI	14,4	11,3	13,0
Dividendi distribuiti sull'utile d'esercizio	14,4	11,3	13,0
C. FINANZIATORI A TITOLO DI CAPITALE CREDITO	4,2	3,8	4,5
Oneri per capitali a breve termine	1,6	1,8	2,4
Oneri per capitali a lungo termine	2,6	2,0	2,1
D. PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	46,4	42,9	43,1
Tasse e Imposte Locali	6,1	5,9	6,7
Tasse e imposte Statali	40,4	37,1	36,7
Contributi e/o finanziamenti pubblici ricevuti	0,1	0,1	0,3
E. AZIENDA	45,1	45,7	51,3
Ammortamenti	30,0	31,4	34,5
Accantonamenti a Riserva	15,1	14,3	16,9
F. COLLETTIVITA'	1,0	1,2	1,1
Liberalità e/o sponsorizzazioni	1,0	1,2	1,1
TOTALE VALORE AGGIUNTO GLOBALE LORDO	465,1	469,0	487,4

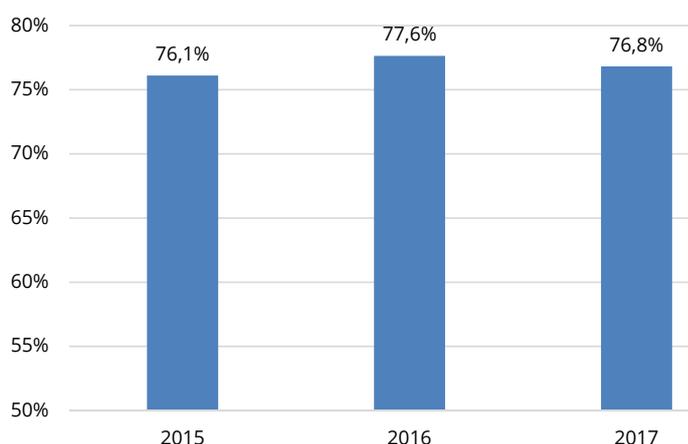
Nel 2017 il valore aggiunto totalizzato dalle strutture AIOPE-R è stato pari a oltre 487 milioni di euro, in crescita del 3,9% rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda la sua distribuzione, sono i lavoratori dipendenti e i collaboratori, intesi nella più ampia accezione di risorse umane, a beneficiare e contribuire alla creazione della maggior quota di valore aggiunto con il 76,8% pari a 374 milioni di euro, in crescita di circa 10 milioni rispetto al 2016. Una buona parte di valore aggiunto "rimane" nelle strutture (51 milioni di euro, il 10,5%) mentre

un'altra parte significativa va a remunerare la Pubblica Amministrazione per mezzo del pagamento di tasse e imposte locali e statali (43 milioni di euro circa, l'8,8%). La leva del credito, così come negli anni precedenti risulta poco utilizzata: gli istituti di credito partecipano per meno dell'1% alla composizione del valore aggiunto, mentre gli azionisti ricevono complessivamente sotto forma di dividendi distribuiti circa 13 milioni di euro, il 2,7% del totale generato.

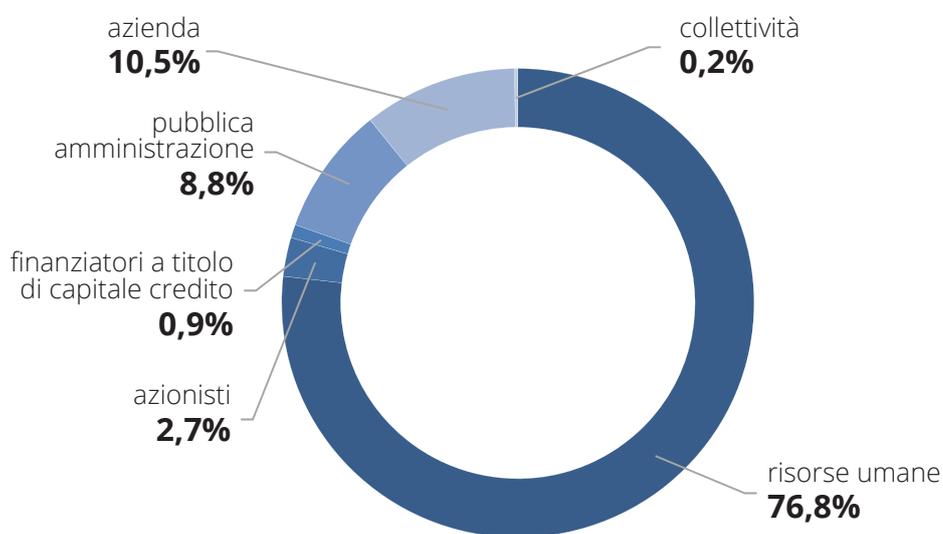
Andamento del Valore Aggiunto Globale Lordo (Milioni di euro)



Quota di Valore Aggiunto destinato alle risorse umane (%)



Distribuzione del Valore Aggiunto Globale Lordo (2017)



RICADUTE ECONOMICHE

270
mln €

—
totale acquisti
da fornitori

67,4%

—
acquisto da fornitori
in Emilia Romagna

20

—
strutture con
incidenza >50% di
piccole imprese sul
totale fornitori

32

—
strutture con
incidenza >50% di
piccole imprese sui
fornitori in
Emilia-Romagna

1,2
mld €

—
impatto
economico
complessivo

801
mln €

—
impatto
economico
settore sanitario

756

—
indotto
occupazionale

+9,9%

—
effetto moltiplicatore
sull'occupazione
diretta

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 AIOP vede il totale complessivo di acquisti da fornitori in costante crescita negli ultimi anni: si è passati, infatti, dai 254 milioni di euro del 2016 ai quasi 270 del 2017.

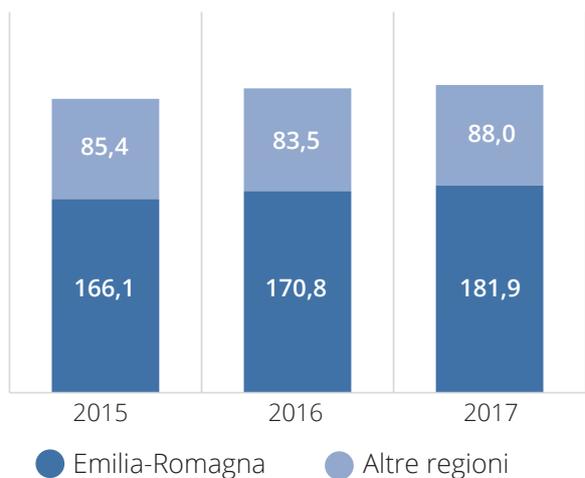
La maggioranza degli acquisti continua a ricadere prevalentemente su fornitori localizzati in Emilia-Romagna (67,4% degli acquisti, per un totale pari a circa 182 milioni di euro), con un'incidenza stabile se non leggermente crescente rispetto ai due anni precedenti, quando gli acquisti "locali" arrivavano a 171 milioni di euro nel 2016 (erano il 67% sul totale) e a 166 milioni nel 2015 (66,1%).

Molte strutture hanno rapporti di collaborazione consolidati con i propri fornitori, con cui si viene a instaurare un legame di fiducia e reciproca crescita. Nel 2017 la stragrande maggioranza delle strutture ospedaliere AIOP E-R (l'84,1%) rileva un rapporto di fornitura che dura da almeno cinque anni con oltre la metà dei propri fornitori. Peraltro trattasi, spesso e volentieri, di aziende di piccole dimensioni (meno di 20 addetti), con una rilevanza ancor più marcata se si considerano quelli localizzati entro i confini regionali. Le strutture ospedaliere si dimostrano dei formidabili attivatori di economia locale, in particolare rispetto a quelle tipologie di servizi che supportano le attività sanitarie.

Ammontare acquisti per beni e servizi da fornitori per tipologia (Valori in Migliaia di euro)

	2016		2017	
	E-R	Altro	E-R	Altro
Beni o servizi sanitari	93,9	49,1	105,1	45,7
Beni o servizi non sanitari	76,9	34,4	76,8	42,3
SUBTOTALE	170,8	83,5	181,9	88,0
TOTALE	254,2		269,9	

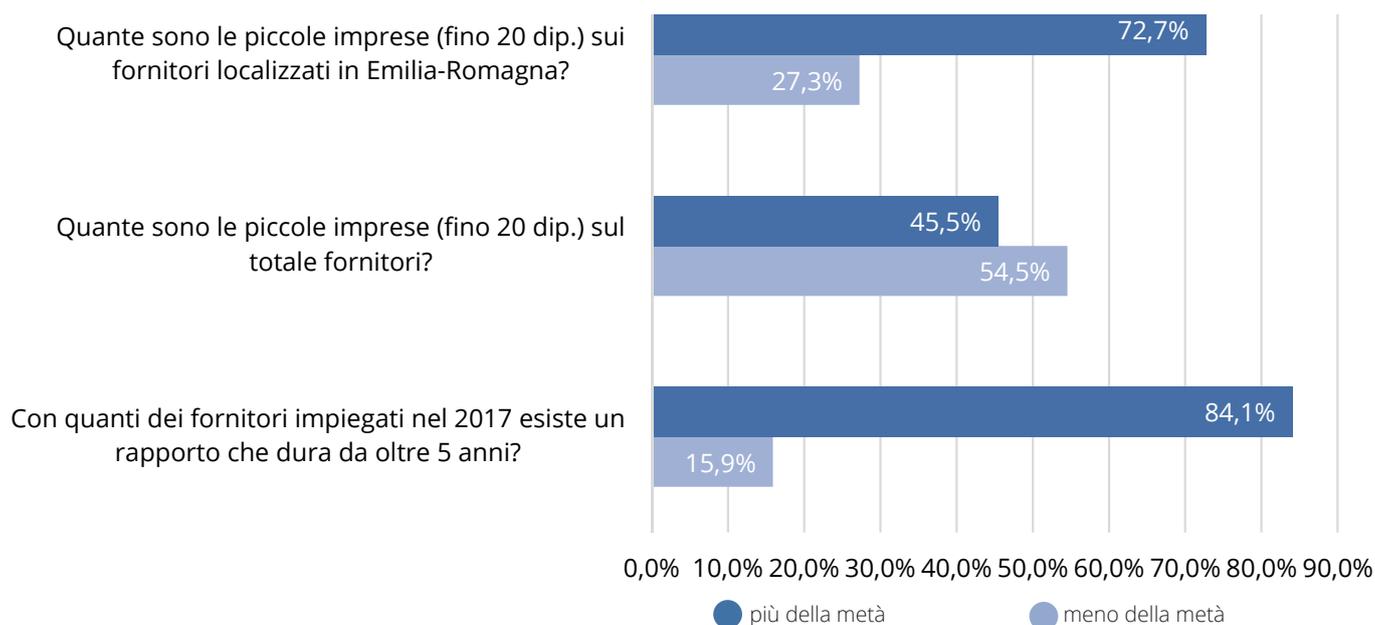
Totale acquisti per beni e servizi da fornitori (Milioni di euro)



181,9
MILIONI DI €
ACQUISTI DA
FORNITORI LOCALI

67,4 %
DEGLI ACQUISTI DA
FORNITORI LOCALI

Indagine tra le strutture sanitarie su legame e tipologia di fornitori (2017)

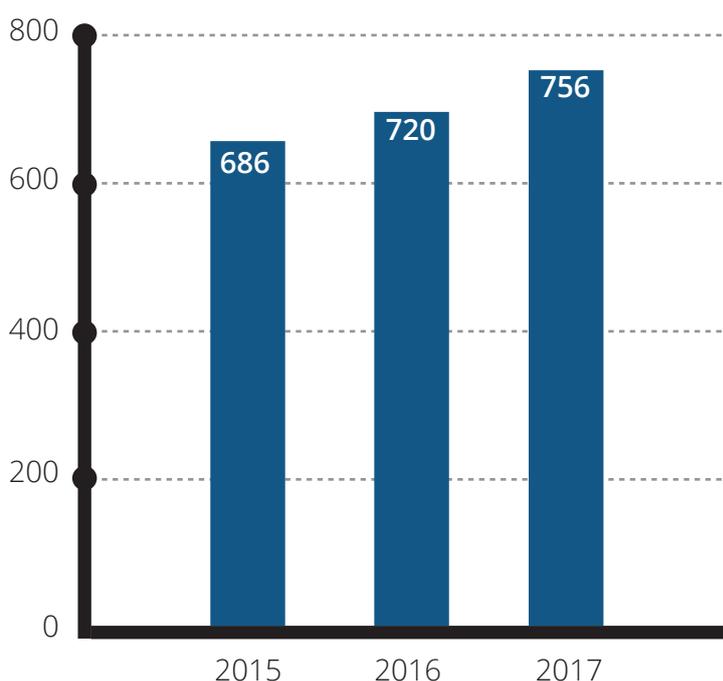


I forti legami commerciali con molte imprese del territorio supportano naturalmente la creazione di lavoro presso le stesse, oltre che una loro crescita in termini economici: oltre all'occupazione che direttamente viene creata dalle strutture (medici, infermieri, operatori socio-sanitari, tecnici, personale 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 occupazionale di 756 unità nel 2017**, in aumento dai 720 del 2016 e i 686 del 2014. La crescita

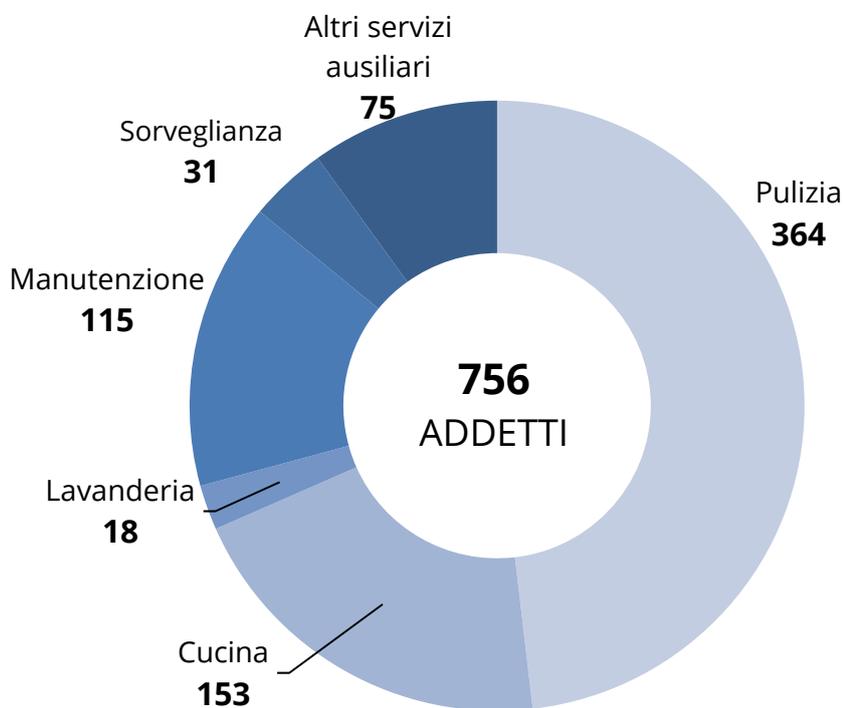
segue l'aumento dell'occupazione diretta: rapportando questi numeri ai 7.656 addetti di personale interno delle strutture emerge **una capacità moltiplicativa delle ricadute occupazionali in termini di indotto diretto del 9,9% circa**.

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.

Impatto occupazionale indiretto: numero di addetti che lavorano presso le strutture



Impatto occupazionale indiretto: numero addetti per tipologia di funzione



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 attraverso un modello di sviluppo³ per cui un'attività si riflette su altri settori che ne traggono beneficio economico.

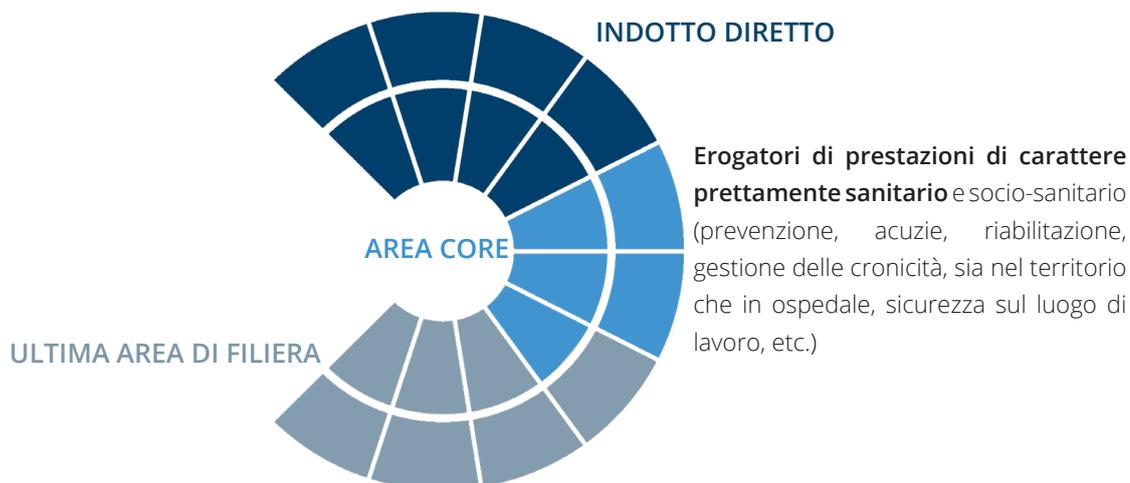
Secondo questo modello esistono tre macro aree, la prima delle quali (area "core") è possibile considerare come composta esclusivamente dalle prestazioni a carattere socio-sanitario. Questa confina con un'area di "indotto diretto", composta da aziende fornitrici di beni e servizi, come l'industria farmaceutica o le ditte

³ Denominato "modello a cipolla" dallo IAT (Institut Arbeit und Technik, Germania)

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 sanitario 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)

Nel caso di AIOP Emilia-Romagna, le 44 strutture sanitarie che fanno parte dell'area "core" hanno prodotto un valore complessivo pari a 746,6 milioni di euro nel 2017. 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.

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 stata di 1.172 milioni di euro (output) nel 2017**, per un effetto moltiplicativo delle attività pari a 1,57. In altre parole, **ogni 1000 euro di risorse stanziare per l'ospedalità si traducono in 1.570 euro nel sistema economico per effetto di un incremento della domanda, dei redditi e dei consumi.**

Dell'ammontare di indotto economico una parte

preponderante - il 68,3%, per una cifra che nel 2017 arriva a superare gli 800 milioni di euro - resta all'interno del settore sanitario stesso.

La restante parte si riversa su diverse aree di indotto: circa 132 milioni del valore totale generato ricadono sul settore manifatturiero; 92 milioni sulle attività professionali, di ricerca e servizi alle imprese; 41 milioni sul commercio, 31 milioni su trasporti e comunicazioni e 11 milioni sulle strutture ricettive come ristoranti e alberghi.

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 41% delle strutture AIOOP hanno convenzioni con alberghi; il 23% ne ha con ristoranti e il 21% ha convenzioni con commercianti di altri beni e servizi. Ciò, ancora una volta, a dimostrazione del legame e del supporto al tessuto economico locale.



41%

delle strutture hanno convenzioni con alberghi



23%

delle strutture hanno convenzioni con ristoranti



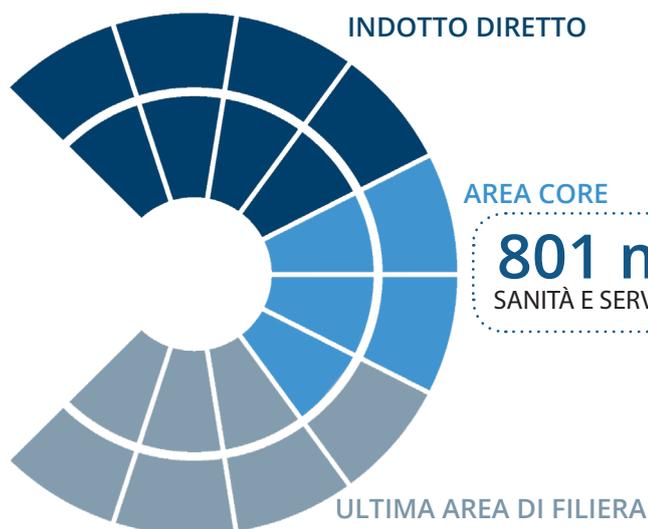
21%

delle strutture hanno convenzioni con esercizi commerciali

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

746,6 mln €

RISORSE INVESTITE



INDOTTO DIRETTO e DI FILIERA

€ 132 mln	Industria Manifatturiera
€ 92 mln	Attività professionali e altri servizi alle imprese
€ 41 mln	Commercio
€ 31 mln	Trasporti e comunicazioni
€ 11 mln	Alberghi e ristoranti

801 mln €
SANITÀ E SERVIZI SOCIALI



1,17 miliardi €

EFFETTO COMPLESSIVO
SULL'ECONOMIA



[PARTE QUARTA]

APPROFONDIMENTO TEMATICO

**OSPEDALI AIOP-ER
ACCREDITATI PER LA
SALUTE MENTALE**

Requisiti di accreditamento: DGR 2000/2009 “Requisiti specifici per l’accreditamento delle strutture psichiatriche in possesso di autorizzazione al funzionamento di tipo ospedaliero”

Numero di strutture: 6 ospedali, più una residenza RTI AIOP

Collaboratori stabili: 958

Fatturato globale anno 2017: € 64.101.889

Budget regionale psichiatria anno 2018: € 37.036.497

Come per la generalità degli ospedali privati accreditati, per quelli operanti in psichiatria il principale riferimento normativo nei rapporti azienda-AUSL-Regione sono le Delibere di Giunta Regionale (DGR) di recepimento degli **accordi sottoscritti tra AIOP e Assessorato,**

contenenti sezioni-disposizioni specifiche per questo settore. Si riporta a seguire un quadro riepilogativo dell’attuale assetto, con il dettaglio dei posti letto accreditati e una indicazione sul volume dei casi trattati e sulle degenze medie.

Ospedali privati accreditati operanti nella psichiatria regionale (compresa la RTI Sole): dotazione di letti e dati di attività SSN, anno 2017

Ospedale	Provincia	Letti accreditati DGR 2000/2009 ⁴	% occupazione SSN dei letti accreditati per psichiatria	Casi e degenza media acuti	Casi e degenza media riabilitazione e residenze intensive	% attività per acuti e post-acuti a favore di pazienti regionali
Maria Luigia	PR	148	96,5%	1.137 (7,5)	1.406 (34,4)	49%
Villa Rosa	MO	82	97,5%	630 (9,8)	794 (25,5)	70%
Villa Igea	MO	208	80,6%	1.277 (9,3)	1.362 (24,1)	71%
Villa Baruzziana	BO	87	78,1%	715 (9,2)	857 (21,2)	94%
Ai Colli	BO	50	98,2%	104 (6,6)	709 (24,3)	88%
Villa Azzurra	FC	100	85,1%	356 (18,4)	740 (33,1)	76%
RTI Sole	RN	20	99,8%	-	176 (41,4)	100%
Totale ospedali	Regione	695	88,1%	4.217 (9,6)	6.044 (27,9)	72%

⁴ Non sono conteggiati letti non accreditati, letti RTI per minori, posti di semiresidenza adulti e minori.

Le finalità e l'assetto del primo accordo, quello per così dire di riforma (DGR 1654 del 2007, che ridefiniva in modo organico il "sistema" degli ospedali psichiatrici AIOE e il suo contributo allo sviluppo della rete dei servizi), non sono stati sostanzialmente modificati dagli accordi successivi, che hanno previsto per il settore perlopiù la partecipazione a cambiamenti di natura generale prettamente economica (in applicazione della spending review e di altri indirizzi della programmazione nazionale e regionale).

Rimangono senz'altro valide le tre direttive generali dell'accordo stabilite allora per la psichiatria regionale:

- **specializzazione** dell'offerta dei servizi AIOE;
- **qualificazione** che rispetti criteri e protocolli previsti dal percorso dell'accreditamento istituzionale dei servizi pubblici;
- più ampia **appropriatezza e continuità** terapeutica assistenziale;

nell'ambito di un quadro di principi che inseriscono gli specialisti dell'ospedale accreditato, in quanto fornitore di un servizio di interesse generale, nella rete di offerta pubblica e quindi del Dipartimento di Salute Mentale, con quanto ne consegue in termini operativi ma anche di partecipazione alla programmazione e verifica dei risultati.

LE CARATTERISTICHE DELL'OSPEDALE IN PSICHIATRIA

Gli **elementi che contraddistinguono l'ospedale monospécialistico in psichiatria** rispetto ad altre tipologie di struttura (quali ad esempio le residenze a trattamento intensivo e estensivo del territorio accreditate secondo i requisiti della DGR 1830/2013) sono essenzialmente quattro:

- Un elevato livello di **protezione**, che consente il trattamento e la riabilitazione di pazienti in condizioni e a rischio di instabilità clinica, determinato dalla dotazione sulle 24 ore di personale medico, infermieristico e di assistenza in genere, da procedure e protocolli specifici, dalle risorse, tecnologie e dalle caratteristiche degli spazi a disposizione di degenti e operatori. Esso consente di erogare, alla

luce dei trattamenti ad oggi disponibili, interventi clinici e terapeutico-riabilitativi a maggiore intensità e impatto clinico. Questi interventi, se possono costituire nell'immediato un fattore di instabilità nei pazienti, in condizioni protette possono risultare decisivi per il percorso di cura, trovando una loro collocazione ideale all'interno dell'ospedale.

- La presenza di una **competenza clinica**, specialistica e sottospecialistica, in ambito psichiatrico e riabilitativo, favorita da elevati numero e concentrazione nel tempo di casi trattati e da quanto gli ospedali possono fare nel favorire la gestione della conoscenza, che consente di rispondere alla complessità clinica (diagnostica,

assistenziale, organizzativa) degli interventi terapeutici da sviluppare.

- La **comorbidità** che caratterizza i pazienti, e una sovrapposizione progressiva e crescente tra le diverse problematiche sanitarie che, se da un lato è il riscontro di una **maggiore appropriatezza** e di una evoluzione nel ruolo dell'ospedale, dall'altro pone sfide organizzative all'organizzazione tradizionale del lavoro, quali la necessità di **concentrare le risorse specialistiche** dove e quando servono e di conciliare un approccio che può tendere alla specializzazione per reparti e per programmi con una ancora più marcata e trasversale **personalizzazione** del mix di competenze e interventi riconducendoli al singolo paziente.
- La presenza di **disabilità**, che consiste nella perdita di capacità funzionali in ambito cognitivo, comportamentale e relazionale oltre che strumentale

della vita quotidiana, che pone l'esigenza da un lato di mettere la struttura in condizioni, all'occorrenza, di offrire risposte complete, e dall'altro di incorporare ad ogni livello della progettazione e della gestione degli interventi quelli che devono essere requisiti propri dell'ambito psichiatrico, nelle loro diverse declinazioni (dalle dipendenze patologiche alla psicogeriatrica, etc.).

Vi è, infine, la **dimensione** delle strutture. Essa non è in sé un requisito, ma è evidente che lo svolgimento delle funzioni indicate in modo pieno e sostenibile necessitano di un adeguato livello di "scala", e che le dimensioni di questa scala sono condizionate dall'estensione delle condizioni cliniche trattate e della rosa di interventi specialistici offerti.

LE PRESTAZIONI EROGATE

Gli ospedali AIOP monospecialistici in psichiatria della regione Emilia Romagna operano, con le proprie competenze e risorse, sui seguenti livelli di assistenza:

- insieme al pubblico (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC e Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi - SPOI pubblici), danno risposta alla **acuzie**;
- erogano **trattamenti intensivi specialistici in ospedale** con tempi e modalità assimilabili alla riabilitazione ospedaliera (fisica, cardiologica, etc.);
- erogano **trattamenti residenziali in ospedale**, con caratteristiche e standard propri (elemento anche questo distintivo della offerta regionale);
- erogano **trattamenti residenziali e**

- semiresidenziali decentrati**, nei casi in cui gli ospedali privati accreditati abbiano anche strutture esterne sul territorio, ma comunque gestite in forma integrata nell'organizzazione ospedaliera;
- erogano **trattamenti ambulatoriali specialistici**, più recentemente anche in forma integrata (pacchetto, percorso, day service) e con possibile estensione agli interventi domiciliari.

Lo sviluppo qualitativo dei percorsi offerti mette comunque sempre al centro il concetto di **riabilitazione ospedaliera**, che si lega inscindibilmente, quando presente, alla gestione in acuzie (il paziente entra il più delle volte in acuzie già con l'obiettivo o la prospettiva dell'invio ad un trattamento specifico in contesto ospedaliero), e agli altri livelli di intervento nell'ambito del percorso dei pazienti.

Va considerato il fatto che la riabilitazione ospedaliera è effettuata, per quantità maggiore (circa il 60%), nell'ambito della erogazione di **trattamenti residenziali in ospedale**. Nonostante essi siano connaturati alla riabilitazione ospedaliera, originando nel medesimo contesto e utilizzando le medesime risorse, agli stessi è attribuita una propria caratterizzazione, non solo sul piano amministrativo, specifica per obiettivi, interventi

e modalità di integrazione con i servizi territoriali. La presenza di **procedure operative condivise** con il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze patologiche (DSM-DP) di riferimento (si tratta di pazienti regionali, in massima parte locali) per la gestione di disturbi severi è senz'altro il tratto distintivo, e determina valutazioni di ricovero che di norma nascono già, per sé stesse, **coerenti** con le particolari richieste e obiettivi del servizio con il quale si è in rete.

Occorre infine tenere conto del fatto che l'approccio riabilitativo permea l'azione della psichiatria ospedaliera e non in generale, e che le stesse residenze, anche nei casi in cui sono soggette a diversa disciplina e criteri, sono tenute alla adozione di progetti riabilitativi di struttura e individuali.

IL PERCORSO DI CURA E RIABILITAZIONE

AREE SPECIALISTICHE SERVITE E PROFILAZIONE DEI PAZIENTI

La riabilitazione negli ospedali AIOP specializzati in psichiatria si rivolge a pazienti portatori di disabilità psichica conseguenti a patologia in corso di stabilizzazione clinica, ed è diretta al recupero di disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile ad assistenza qualificata nell'arco delle 24 ore.

Si definisce **riabilitazione ospedaliera in psichiatria** quel processo di trattamento riabilitativo caratterizzato da interventi brevi e intensivi all'interno di un contesto protetto, per pazienti in stato di acuzie o sub-acuzie.

Il contributo specifico della ospedalizzazione psichiatrica si iscrive di norma in un **programma di trattamento** più ampio che ha lo scopo di compensare, ridurre o eliminare le **disabilità collegate alla sintomatologia psichiatrica**,

favorendo un migliore funzionamento globale della persona e specifico in alcune aree obiettivo. In psichiatria si fa ricorso concetto di **"recovery"**, descrivibile come "una sensibile riduzione o remissione sintomatologica prolungata nel tempo" che consenta un miglioramento delle autonomie, del funzionamento sociale, lavorativo, relazionale e intrapersonale.

I destinatari degli interventi definibili nell'insieme come di **riabilitazione in psichiatria** possono essere raggruppati in **cinque grandi categorie** che a loro volta, all'interno dell'offerta ospedaliera, possono trovare una corrispondenza con gli ambiti di specializzazione e competenza di singoli professionisti, reparti e programmi di trattamento. Le cinque aree specialistiche – categorie di bisogni che caratterizzano gli ospedali monospecialistici regionali – sono, per numerosità dei pazienti trattati descritte nella seguente tabella.

LE CINQUE AREE SPECIALISTICHE

RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Area genericamente identificata come psichiatria generale, prevede il trattamento di patologie psichiatriche diverse tra cui disturbi dello spettro psicotico, disturbi depressivi, disturbi bipolari, disturbi d'ansia, disturbi ossessivo-compulsivi, disturbi correlati a stress e trauma. Inoltre prevede il trattamento della sintomatologia associata a disturbi dissociativi e a gravi disturbi di personalità.

RIABILITAZIONE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Vi rientrano tutti quei disturbi caratterizzati da comportamenti compulsivi tesi ad una intensa attivazione diretta del sistema di ricompensa, attraverso l'uso di sostanze stupefacenti o comportamenti disfunzionali (come il gioco d'azzardo patologico). I pazienti trattati in questi ospedali vengono definiti di "doppia diagnosi", perché caratterizzati da un disturbo da abuso o dipendenza e altra patologia psichiatrica in comorbidità (disturbi dell'umore, di personalità, dello spettro psicotico o altri disturbi associati).

RIABILITAZIONE NEUROPSICOGERIATRICA

Afferiscono a quest'area le patologie neurologiche (morbo di Parkinson, vasculopatie cerebrali, patologie neurodegenerative etc.), patologie psichiatriche tipiche della terza età (i.e. psicosi residuali, depressioni a esordio tardivo etc) e pazienti assimilabili. Possono in una definizione più ampia rientrare all'interno dell'area specialistica anche tutti i pazienti con pregressa diagnosi psichiatrica che abbiano convenzionalmente superato i 65 anni di età. La particolarità dell'età senile (e del paziente psichiatrico anziano) giustifica quindi la sotto specializzazione in neuropsicogeriatrica, definendo così un'area di intervento caratterizzata da uno specifico know-how, da particolari e specifiche azioni terapeutiche non direttamente assimilabili a quelle tipiche della psichiatria generale.

DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Si tratta di disturbi psichiatrici caratterizzati da alterazioni nella nutrizione o nel comportamento alimentare correlati a problematiche psichiche, fisiche e socio-relazionali nella persona. Fanno parte di quest'area i disturbi dell'alimentazione propriamente detti: anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder e gli altri specifici disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (identificati con l'acronimo OSFED). Mentre non sono trattati in riabilitazione ospedaliera dagli ospedali AIOP i disturbi della nutrizione strettamente intesi (picacismo, disturbo di ruminazione e disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo), generalmente tipici dell'infanzia e della prima adolescenza.

DISTURBI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

I disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza che vengono trattati principalmente dagli ospedali AIOP, nell'attuale in regime di degenza solo presso Villa Igea, riguardano quella parte di disturbi specifici dell'area della neuropsichiatria infantile che interessano anche la psichiatria e la psicologica clinica. I pazienti in cura sono adolescenti e preadolescenti (dai 10 ai 18 anni) che presentano gravi problematiche emotive, cognitive e comportamentali.

Spesso le persone che necessitano di un intervento riabilitativo ospedaliero sono coloro che, ancora in fase **di post-acuzie**, necessitano di interventi volti sia al raggiungimento di una ulteriore e piena stabilizzazione clinica sia di una ridefinizione e rimodulazione del trattamento farmacologico. Interventi specifici e intensivi, successivi alla definizione di una puntuale diagnosi riabilitativa, contribuiscono alla remissione sintomatologica, al recupero di abilità sociali e personali nell'ambito della costruzione e revisione di programmi di cura e riabilitazione di medio-lungo periodo, definiti insieme alle agenzie sanitarie territoriali.

A determinate condizioni, trovano poi necessità di trattamento riabilitativo ospedaliero quei pazienti che presentano condizioni di severità dei sintomi **non avendo risposto al trattamento** in altri contesti. L'ospedale è il livello di assistenza che affronta in modo più intensivo una determinata patologia e i trattamenti in esso proposti possono risultare decisivi per le caratteristiche di frequenza e multi professionalità degli interventi riabilitativi.

I DATI DI RIFERIMENTO

Gli ospedali monospecialistici in psichiatria hanno per loro natura una forte **vocazione specialistica e riabilitativa**. I degenti sono assegnati a percorsi di cura differenziati ma di norma progettati secondo un medesimo approccio nell'intento di perseguire, allo stesso tempo, la specializzazione dei singoli interventi e competenze e la loro composizione rispetto ai bisogni clinici di ogni determinata persona.

Gli stessi percorsi sono meglio leggibili, a prescindere dai limiti imposti dalla definizione amministrativa delle prestazioni, come articolati in una fase **acuta**, una immediatamente **post-acuta** e una **sub-acuta** integrata con la riabilitazione psichiatrica territoriale, nelle quali si sviluppa il programma riabilitativo o residenziale ospedaliero. La **degenza media di riferimento** è di giorni 7-10 per il ricovero in acuzie e di giorni 21-28 per il ricovero di riabilitazione o residenza intensiva.

Presenze medie giornaliere, nell'anno 2017, di pazienti regionali e extraregionali

Presenze medie	Maria Luigia	Villa Rosa	Villa Igea	Villa Baruzziana	Ai Colli	Villa Azzurra	RTI Sole	Totale OP AIOP
Acuti ordinari	23,26	16,88	32,56	18,03	1,89	17,99		110,61
Ricoveri residenziali int./riabilitativi	115,41	54,04	90,02	49,88	47,21	67,11	19,96	463,58
Psichiatria	42,31	36,93	45,38	49,88	19,54	40,44	19,96	274,40
Tossicologia e alcologia	32,80	15,47	22,04		27,67	26,67		124,65
Neuropsicogeriatría	20,12		22,59					42,71
Disturbi del comportamento alimentare	20,19	1,63						21,82

Degenze medie, nell'anno 2017, di pazienti regionali e extraregionali

Degenze medie	Maria Luigia	Villa Rosa	Villa Igea	Villa Baruzziana	Ai Colli	Villa Azzurra	RTI Sole	Totale OP AIOP
Acuti ordinari	7,5	9,8	9,3	9,2	6,6	18,4		9,6
Ricoveri residenziali int./riabilitativi	34,4	25,5	24,1	21,2	24,3	33,1	41,4	26,9

Le prestazioni per **acuti** in regime di ricovero ordinario, programmato o non programmato, vedono 111 presenze medie giornaliere complessive nell'anno 2017, a fronte delle 314 presenze medie giornaliere complessive degli SPDC e SPOI accreditati, pubblici e privati. La degenza media è di giorni 9,6 nel privato e di giorni 10,9 nel pubblico⁵.

I ricoveri ospedalieri **post-acuti** per trattamento intensivo, diversamente codificati (riabilitazione ospedaliera o trattamento intensivo in residenza ospedaliera) contano 464 presenze medie giornaliere

nella rete nell'anno 2017. I tempi di ricovero di questi trattamenti sono in linea con i dati SDO nazionali di tutta la componente ospedaliera che, nell'anno 2016, hanno registrato una degenza media in riabilitazione, in regime ordinario, di giorni 26. I dati della riabilitazione psichiatrica regionale, per il 2017, presentano infatti un valore medio di 25,2 giorni per la riabilitazione psichiatrica (per 274 presenze medie) e di 24,2 giorni per la riabilitazione tossicologica e alcolologica (per 125 presenze medie). Tempi medi che non presentano differenze rilevanti tra casistica regionale e extraregionale.

Indicatori sull'articolazione dei percorsi, nell'anno 2017, di pazienti regionali e extraregionali

Articolazione dei percorsi	Maria Luigia	Villa Rosa	Villa Igea	Villa Baruzziana	Ai Colli	Villa Azzurra	Totale OP AIOP
% dimissioni da acuto senza prosecuzione	10%	15%	15%	2%	15%	1%	10%
% RTI/RTIS/RIAB preceduta da acuto	85%	53%	85%	83%	12%	27%	64%

⁵ Il servizio psichiatrico ospedaliero intensivo (SPOI) degli ospedali privati accreditati garantisce l'accesso su 24 ore, simile a quello dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC). È all'interno dello SPOI che tipicamente avviene il trattamento clinico della fase di acuzie e l'approfondimento diagnostico per pazienti con patologia psichiatrica in fase acuta. Ove un reparto SPOI è presente all'interno dell'ospedale privato accreditato, la riabilitazione può iniziare già durante questo percorso di cura, con il coinvolgimento dell'equipe del reparto in cui il paziente sarà successivamente trasferito.

La centralità della prestazione immediatamente post-acuta e riabilitativa nel modello di offerta degli ospedali è bene espressa dall' articolazione complessiva dei percorsi, nei quali circa il 90% degli ingressi dei pazienti in acuto è teso alla prosecuzione in un percorso di riabilitazione ospedaliera, a fronte di un dato di circa il 35% della riabilitazione che viene effettuata con un ricovero diretto, dal territorio o a seguito di un trasferimento da SPDC - altro reparto acuto della rete.

Gli **obiettivi complessivi** della gestione ospedaliera possono essere così riassunti:

- L'approfondimento diagnostico e il trattamento clinico intensivo;
- L'acquisizione di un adeguato livello di funzionamento intrapsichico, familiare e sociale;
- La costruzione di una continuità terapeutica.

Le **attività** sono volte all'impostazione e attuazione di programmi terapeutici e riabilitativi **individualizzati**, in stretta collaborazione tra medici, infermieri, altre figure qualificate per l'assistenza, psicologi-psicoterapeuti, professionisti della riabilitazione presenti stabilmente in ospedale e con competenza clinica (tecnici della riabilitazione psichiatrica, fisioterapisti, dietisti, logopedisti, educatori professionali, terapisti occupazionali, etc.) e assistenti sociali.

Ferme restando le principali caratteristiche delle strutture sopra illustrate, è importante sottolineare che, oltre all'offerta specifica di interventi, ciò che più definisce un moderno ospedale per la salute mentale è la sovrapposizione e interdipendenza di questi interventi all'interno di un unico contesto terapeutico, che richiede una specifica formazione in ottica riabilitativa di tutti gli operatori. Contesto terapeutico che si articola in quattro principali **ambiti di intervento**:

1

CLINICO PSICHIATRICO

Prevede il monitoraggio quotidiano dello stato psicopatologico del paziente attraverso l'osservazione, il colloquio psichiatrico, l'impostazione e modulazione della terapia psicofarmacologica, la prescrizione di esami e test di approfondimento, la definizione della diagnosi psichiatrica e funzionale e il coordinamento dell'intero processo di valutazione, cura e riabilitazione.

2

MEDICO INTERNISTICO

Si tratta del monitoraggio, diagnosi e terapia non chirurgica di condizioni patologiche in comorbilità con patologie psichiatriche (ad esempio problematiche metaboliche in pazienti con disturbo alimentare, problematiche epatiche in pazienti doppia diagnosi, etc.). L'attenzione per le problematiche internistiche dei pazienti, di cui la responsabilità compete al medico (psichiatra o neurologo) titolare del caso, viene coadiuvata dalla consulenza di altri medici specialisti. In base a scelte di natura organizzativa è inoltre possibile osservare la presenza, in ospedale, di supporto e consulenza stabile organizzata in forma di servizio internistico.

3

PSICOLOGICO TERAPEUTICO

Sono erogati interventi terapeutici basati su documentate strategie di trattamento tese al supporto e sostegno psicologico, alla motivazione, al cambiamento personale e comportamentale, al benessere psicologico e alla remissione o riduzione di quadri sintomatologici sottostanti a psicopatologia. Di tale ambito fanno parte inoltre interventi che contribuiscono al processo di valutazione del paziente attraverso l'osservazione, il colloquio psicologico e l'uso di strumenti psicodiagnostici validati (test psicometrici).

4

RIABILITATIVO PSICHIATRICO

Sono previsti interventi abilitativi e riabilitativi (formali e informali)⁶, erogati in forma individuale e di gruppo, volti al recupero di disabilità, allo sviluppo di strategie di coping, all'empowerment e alla riduzione o remissione di quadri sintomatologici sottostanti a psicopatologia. Tali interventi favoriscono l'autonomia e il recupero funzionale e sono orientati al supporto e sostegno psicologico, alla motivazione al cambiamento e al miglioramento della qualità di vita. Sono inoltre previsti interventi che contribuiscono al processo di valutazione del paziente attraverso l'osservazione, il colloquio e strumenti validati.

⁶ Gli interventi di riabilitazione psichiatrica possono dirsi **formali** qualora siano erogati in spazi e tempi determinati, abbiano una loro sistematicità, siano definiti da protocolli e abbiano una esplicitata finalità psichiatrico-riabilitativa. Sono invece **informali** quegli interventi di riabilitazione psichiatrica che non soddisfino almeno una di queste caratteristiche; tali interventi informali, si pensi ad esempio un intervento motivazionale dell'infermiere, anche se considerati aspecifici in altri contesti, risultano invece caratterizzanti e specifici in contesto psichiatrico. L'interdipendenza e l'alternanza di interventi riabilitativi formali ed informali definisce infine l'ambito di intervento della riabilitazione psichiatrica.

L'erogazione degli interventi di psicodiagnostica, di psicoterapia e di riabilitazione psichiatrica, per la parte effettuata da psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica e altri professionisti della riabilitazione (educatori professionali, terapisti occupazionali, etc.), avviene nell'ambito di **modelli organizzativi** diversi. Tali modelli possono prevedere la presenza diretta, presso i reparti, di operatori prevalentemente dedicati ad uno specifico ambito, la centralizzazione presso un servizio trasversale, o altre soluzioni che in qualche modo ibridano i due citati.

La presenza di interventi in capo ad altre **professionalità specifiche** della riabilitazione, quali fisioterapisti, dietisti e logopedisti, risponde alle caratteristiche di particolari programmi di trattamento (ad es. neuropsicogeriatrica, disturbi del comportamento alimentare etc.) e dei progetti di singoli pazienti.

I **familiari** dei pazienti e più in generale i caregivers sono coinvolti, nel rispetto della privacy, nel percorso di cura, rappresentando essi stessi un supporto nella costruzione e continuazione di un valido progetto terapeutico e riabilitativo.

IL PROGETTO RIABILITATIVO E GLI INTERVENTI

L'intera equipe, nella responsabilità del medico titolare del caso, definisce nel progetto riabilitativo individuale bisogni, obiettivi e interventi modulando, per ciascun paziente, un percorso personalizzato.

Elementi costitutivi del progetto riabilitativo sono i seguenti.

- **Valutazione.** Sono ampiamente utilizzati strumenti di valutazione standardizzati per l'inquadramento dei bisogni, per l'approfondimento diagnostico e a supporto della diagnosi funzionale. Gli strumenti di valutazione riguardano differenti domini e coinvolgono professionisti differenti (da quelli più prettamente di competenza infermieristica a quelli psicodiagnostici) e forniscono supporto alla diagnosi psichiatrica e alla prognosi funzionale, alla definizione del percorso riabilitativo e ai suoi obiettivi.
- **Obiettivi e tempi previsti.** La brevità di un percorso ospedaliero impone la definizione di obiettivi delimitati, chiari e raggiungibili. Più specificatamente, si ritiene caratteristica fondante la riabilitazione psichiatrica ospedaliera la definizione di obiettivi di trattamento tesi a ridurre la disabilità più ostativa alla prosecuzione di un percorso di riabilitazione territoriale.
- **Interventi del programma riabilitativo.** Gli interventi sono definiti dai bisogni e dagli obiettivi primari specifici e dalle caratteristiche di ogni paziente; si caratterizzano per essere intensivi e misurabili. La molteplicità delle tipologie di intervento consente di modulare l'intervento riabilitativo, focalizzando gli interventi sugli aspetti nucleari della disabilità psichiatrica di ogni paziente.
- **Rivalutazione.** Si tratta dell'utilizzo di indicatori o strumenti sia in fase di ricovero, sia in fase di dimissione, per valutare il pieno o parziale raggiungimento degli obiettivi terapeutici e riabilitativi definiti in fase di valutazione. Questo consente la misurazione dell'impatto del programma riabilitativo, il miglioramento continuo dei processi e una più efficace comunicazione con i servizi territoriali.
- **Modalità di dimissione.** Alla dimissione viene allegata, alla cartella clinica, la relazione di riabilitazione all'interno della quale sono riportati valutazioni, obiettivi e interventi svolti nel percorso di ricovero. La dimissione, qualora se ne ravvisino le necessità, avviene attraverso modalità protette in collaborazione con servizi psichiatrici e socio assistenziali del territorio.

Pur non essendo ancora stato individuato un “nomenclatore” che faciliti la codifica e riconoscibilità di tutti i possibili interventi del programma riabilitativo, gli ospedali della rete hanno provveduto ad una prima

loro sistematizzazione, in grado di dare conto della articolazione e degli obiettivi tipici che rientrano nei progetti riabilitativi.

Interventi erogabili durante un ricovero

INTERVENTI INDIVIDUALI	
Colloquio psicoterapeutico	Rivolto allo sviluppo del sé, favorisce i processi terapeutici e riabilitativi, lo sviluppo di nuove abilità e il recupero di funzioni perse o danneggiate, sostiene il percorso di recovery, contribuisce alla riduzione o remissione sintomatologica e all'elaborazione di processi di cambiamento, evoluzione e adattamento.
Intervento riabilitativo formale	Rivolto allo sviluppo di nuove competenze e abilità (abilitazione intrapsichica e interpsichica), ai processi di integrazione, al recupero di funzioni perse o danneggiate, al sostegno del percorso di recovery e alla motivazione al cambiamento attraverso l'utilizzo di documentate tecniche di intervento derivate dai modelli di trattamento descritti in letteratura.
Counseling individuale	Rientrano all'interno del counseling tutte quelle prestazioni individuali centrate sul paziente e volte a promuoverne l'autonomia e la salute (siano esse interventi motivazionali, educativi e rieducativi, di ascolto, di supporto, di erogazione di informazioni cliniche o socio-assistenziali) e che sostengono e orientano il percorso di recovery del paziente. Fanno parte degli interventi di riabilitazione psichiatrica informale.
Analisi applicata del comportamento	Sono interventi specifici di analisi applicata del comportamento. Gli obiettivi sono definiti e controllati dall'equipe e riguardano diverse aree del funzionamento dei pazienti (comportamentali, relazionali, della cura del sé etc.). L'obiettivo generale è favorire apprendimento e cambiamento, e stimolare comportamenti maggiormente adattivi e funzionali.
Riattivazione sociale e comportamentale	Comprendono diverse attività promosse all'interno dell'ospedale, dal personale dei diversi reparti e dei servizi trasversali (centri sociali, spazi comuni di reparto etc.). Svolgono, tra gli altri, funzioni di interscambio e reciprocità tra pazienti che favoriscono la risocializzazione, la motivazione al trattamento e l'attivazione del sistema di ingaggio sociale.
Esposizioni e permessi di uscita	Integrano il percorso di cura e riabilitazione la programmazione e la verifica di esposizioni graduali fuori dal contesto ospedaliero, con accompagnamento o in autonomia, anche attraverso permessi di uscita gestiti con un preciso obiettivo riabilitativo.
Interventi con familiari e caregivers	Sono previsti incontri con i familiari, per la condivisione degli obiettivi del percorso clinico del paziente, per la definizione di progetti post-dimissione, per il sostegno, la prevenzione e il trattamento del burn-out dei caregivers.

INTERVENTI DI GRUPPO

Clinici e Motivazionali	Fanno parte di questa categoria una vasta gamma di gruppi terapeutici classici che hanno l'obiettivo di affrontare fattori primari o secondari legati alle diverse patologie psichiatriche, favorire l'insight, la consapevolezza, l'integrazione, la aderenza al trattamento e la motivazione al cambiamento (Esempi: Dinamiche relazionali, Immagine corporea, Problem Solving, Gestione del Craving, Metacomunicazione, Consapevolezza delle emozioni, etc.)
Gruppi esperienziali e psicocorporei	Rientrano all'interno di questa categoria i gruppi caratterizzati da una importante componente esperienziale (meditativa o immaginativa) o attinenti all'emergente area delle terapie orientate al corpo (Esempi: Mindfulness, Rilassamento Muscolare Progressivo, Immaginazione Guidata, Danza-Movimento Terapia, Percezione Corporea, Yoga, etc.)
Psicoeducazionali	Rientrano all'interno di questa categoria i gruppi caratterizzati principalmente da interventi volti al migliorare la conoscenza del paziente di aspetti rilevanti la sua patologia e i mezzi per gestirla. La psicoeducazione, oltre che destinata ai pazienti, può essere erogata ai familiari (Esempi: Educazione alimentare, Psicoeducazione Benessere, Sostanze Psicoattive, Psicoeducazione psicofarmacologica, Gruppi Familiari DCA, etc.)
Artistico Espressivi	Rientrano all'interno di questo gruppo tutte le attività terapeutico-riabilitative che sfruttano canali alternativi la parola per l'espressione di sé e che non rientrano all'interno delle terapie orientate al corpo. Fanno parte di questo gruppo attività più o meno strutturate di musico-terapia, arte-terapia e più in generale attività di laboratorio (Esempi: Arte terapia, Musico terapia, Laboratorio di scrittura creativa, etc.)
Training e Stimolazione	Fanno parte di questo gruppo tutti quegli interventi volti a potenziare direttamente, attraverso la stimolazione e la ripetizione, abilità di base, cognitive, comportamentali, sociali e strumentali della vita quotidiana (Esempi: Social Skills Training, Riabilitazione Cognitiva, Terapia della Reminiscenza, Terapia Occupazionale etc.)

UNA PROPOSTA SU PERCORSI DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

A Cura della Commissione Psichiatria AIOP Emilia-Romagna

Nel corso delle trattative che hanno condotto all'accordo quadro RER - AIOP ER 2016-2018, poi recepito dalla DGR 2329 del 2016, la rappresentanza AIOP ha ricevuto dall'Assessorato politiche per la salute la **disponibilità a valutare proposte** di sviluppo di servizi extra-ospedalieri.

Si tratta quindi di identificare **nuove prestazioni** che possano rispondere a **obiettivi della programmazione** sanitaria regionale, avvantaggiandosi dell'**utilizzo di competenze e risorse** presenti negli ospedali associati AIOP, nonché della capacità e disponibilità ad **investire nello sviluppo** che di norma caratterizzano l'imprenditoria privata.

L'AIOP della Regione Emilia-Romagna ha di conseguenza attivato tre gruppi di lavoro distinti, uno per le strutture **polispecialistiche**, uno per le strutture **riabilitative** e uno per le strutture **neuropsichiatriche**. Il presente documento anticipa, in forma condensata, la proposta elaborata da quest'ultimo gruppo.

La nostra proposta si concretizza in un elenco di percorsi, studiati per potere essere remunerati quali prestazioni unitarie, e una corrispondente tariffa. Alla proposta si accompagna un primo **catalogo esemplificativo di schede**, che va oltre la mera esigenza di identificazione di nuove prestazioni e di remunerazione economica, illustrando concretamente obiettivi, caratteristiche, modalità di erogazione e utilità nella prospettiva dell'eventuale committente.

Il metodo scelto è stato quello di individuare prestazioni (valutazioni, trattamenti a diversa intensità di risorse, controlli) che possano essere destinate a diverse diagnosi e percorsi assistenziali, e collocabili anche in modo diretto all'interno del nomenclatore regionale ove se ne riscontrassero le condizioni.

SVILUPPO DELL'OFFERTA SPECIALISTICA PRESSO GLI OSPEDALI AIOP

Gli ospedali privati operanti nella rete della psichiatria regionale hanno in corso un **riesame della propria offerta** specialistica che si estende a nuovi livelli di assistenza, per cui il tema è piuttosto attuale. Nel confronto che ha portato alla strutturazione della presente proposta si è tenuto in particolare conto dei percorsi già erogati a livello ambulatoriale e in forma integrata per l'utenza privata e, in alcuni casi, già in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. Questi ultimi, non lo nascondiamo, sono oggi erogati con qualche adattamento e forzatura rispetto alle possibilità di codifica e adeguata remunerazione di quanto svolto.

La presenza, pur allo stato ancora parziale e circoscritta, di attività già sviluppate in forma integrata per **utenza pagante in proprio** ha permesso un buon apprendimento rispetto alle **modalità ottimali di erogazione** dei percorsi e organizzazione dei servizi. Si tratta di condizioni indispensabili perché si possa generare allo stesso tempo valore per l'utenza (prestazioni efficaci e a costi accessibili) e per l'organizzazione (produzione di valore, e quindi sviluppo, per l'azienda).

ESTENSIONE DELL'OFFERTA E INTERESSE PER LA **PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

Con questo metodo è stata identificata una **rosa di percorsi** che allo stato pare già avere una relativa **estensione** rispetto a quelle che sono, dal nostro punto di vista, sia le possibili esigenze di trattamento presso la popolazione di **bisogni** epidemiologicamente presenti e pressanti sia l'utilizzo delle diverse **aree di competenza specialistica** in cui si articola la psichiatria moderna, secondo un modello contemporaneo e europeo. Si parla quindi di minori e di adolescenti, delle diverse forme di dipendenza patologica associata a diagnosi psichiatriche, dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, della neuropsicogeriatrics, delle diverse diagnosi rientranti nei programmi di trattamento propri dei reparti che vanno convenzionalmente sotto l'etichetta di "psichiatria" o "psichiatria generale".

Ci risulta fin d'ora chiaro che, allo stato, alcuni dei possibili esempi di applicazione delle prestazioni così identificate **potrebbero nel concreto risultare di scarso interesse** per singole AUSL o per il Servizio Sanitario Regionale nel suo insieme. Perché non rientranti in obiettivi prioritari della programmazione sanitaria, perché in parte competenza nell'attuale assetto della rete dei servizi della componente pubblica stessa, o anche semplicemente per le inevitabili scelte

di allocazione delle risorse economiche disponibili nel sistema.

Ciò nondimeno, abbiamo ritenuto di non dovere essere noi ad operare una selezione delle proposte in questo senso, e che anzi fosse utile presentare un quadro organico della possibile offerta. Perché fossero apprezzabili appieno le potenzialità della strategia complessiva che ci apprestiamo a perseguire, garantendo sempre un approccio al lavoro etico e in rete, anche in assenza di un incremento della committenza pubblica. E perché il tema dell'ammodernamento e della migliore **definizione delle prestazioni erogabili** per i pazienti residenti in questa Regione, con **standard** qualitativi e parametri di **prezzo** riconosciuti e definiti dalla norma, non sarebbe operazione meno utile laddove una determinata prestazione risultasse, alla prova dei fatti, erogata anche solo per utenza pagante in proprio. Senza citare, nella prospettiva del sistema sanitario e con alcune cautele, la verificabilità dei risultati e la possibilità comunque di programmazione e coordinamento del lavoro in rete con i servizi pubblici per i pazienti che scelgono di avvalersi di percorsi a pagamento, non attuabile al di fuori di contesti già organizzati su questi presupposti.

DEFINIZIONE DI **PERCORSO**

Gli ospedali privati regionali operanti in neuropsichiatria stanno valutando di estendere, e alcuni già estendendo, la propria offerta al di fuori dell'attività per i degenti. Vogliamo su questo fronte in particolare distinguere le prestazioni tradizionalmente intese e i percorsi.

Le **singole prestazioni erogate in ambulatorio** nelle nostre aree di competenza hanno una loro tipicità e sono riconducibili alle fattispecie delle visite, dei colloqui, delle sedute di trattamento individuale o di gruppo e delle valutazioni di vario tipo, da parte di professionisti riconducibili alle figure del medico psichiatra, del neuropsichiatra infantile, del neurologo o

geriatra, dello psicologo psicoterapeuta, dello psicologo, del tecnico della riabilitazione psichiatrica e di alcune altre figure (logopedista, dietista, fisioterapista, etc.) presenti nell'organizzazione ospedaliera. Quando erogate in convenzione, tali prestazioni corrispondono a determinate voci del **nomenclatore delle prestazioni** ambulatoriali, che ha qualche limite ma è in generale sufficientemente completo a questo fine (la remunerazione di attività che sono erogate singolarmente, pur potendo eventualmente avere una loro ricorrenza nel tempo).

Quando invece parliamo di **percorsi** parliamo di un *insieme di attività, integrate, estese nel tempo, erogate in un contesto organizzato in forma stabile e continuativa* (che non può essere l'ambulatorio del singolo medico e l'agenda individuale del professionista), e difficilmente riconducibili alle fattispecie sopra elencate e al nomenclatore regionale. Appaiono altre figure,

quali l'infermiere e l'assistente sociale, attività che non trovano alcuna corrispondenza, nemmeno per analogia, a prestazioni del nomenclatore, quali la relazione con la scuola o il pasto assistito, e *modalità di fruizione diverse più simili, almeno sotto il profilo del livello di strutturazione del lavoro richiesto, a quelle di un reparto di degenza che a un tradizionale ambulatorio specialistico.*

MODULAZIONE DEI PERCORSI

Si tratta di percorsi di valutazione, di trattamento e di controllo, nell'ambito di una gestione che vede sempre presente una équipe multiprofessionale.

- I percorsi di **valutazione** si esauriscono in tempi brevi (tipicamente massimo 14 giorni) e sono documentati con la produzione di una relazione/referto.
- Per tutti i percorsi di **trattamento** e di **controllo**, che sono tariffati nella nostra proposta ad accesso, è invece aperta una cartella clinica.

All'accesso, o alla prestazione per i percorsi di valutazione che sarebbero così tariffati, sono riportate le attività che concorrono al percorso di cura secondo logiche di integrazione orizzontale e verticale.

- Integrazione **orizzontale**: si intende che le varie attività, diverse per natura e figure professionali coinvolte, sono organizzate in successione temporale, estendendosi secondo una sequenza caratteristica, definita e documentata a livello locale (ospedale erogante e AUSL committente).
- Integrazione **verticale**: si intende che tutte le attività del percorso nel loro sviluppo temporale "orizzontale" sono riportate "verticalmente", per esigenze di misurazione e remunerazione delle risorse impiegate, su una specifica attività, che diventa "prestazione", alla quale è attribuibile convenzionalmente la generazione di valore.

Si tratta, in particolare:

- della produzione e restituzione di una **relazione/referto** per quanto riguarda i percorsi di valutazione;
- del singolo accesso per **trattamento diretto** del paziente, rispetto alla attività specifica che caratterizza maggiormente il percorso (stante che le attività dirette di trattamento possono essere più d'una), per quanto riguarda i percorsi di trattamento;
- del singolo accesso per **visita e rivalutazione** del paziente per quanto riguarda i percorsi di controllo.

Questa modalità di misurazione e riconoscimento delle prestazioni svolte risulta particolarmente funzionale essendo per disegno orientata al risultato.

Le prestazioni nuove che proponiamo sono riportate nella tabella seguente. Per i percorsi di trattamento, in particolare, non è stato possibile proporre una unica tariffa, dovendo gli stessi distinguersi in ragione delle

risorse complessivamente richieste. Sono state di conseguenza identificate, per i percorsi di trattamento, **tre tariffe isorisorse**, alle quali convenzionalmente ci riferiamo come A, B e C.

Prestazioni e percorsi nel catalogo

Prestazione	Comprende	Percorsi nel catalogo
Valutazione	Visita medica iniziale, valutazioni e esami di approfondimento (osservazione, colloqui, testistica), riesame multiprofessionale e stesura della relazione, restituzione nell'ambito di controllo medico o congiunta.	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione del disturbo della nutrizione e dell'alimentazione Valutazione dell'abuso o dipendenza da cocaina Valutazione pazienti affetti da reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento Valutazione del deterioramento cognitivo
Trattamento di categoria A	Nell'ambito di un ciclo di 12 accessi per trattamento: <ul style="list-style-type: none"> ogni 4 accessi o mensilmente visite e controlli medici, colloqui individuali (psicologo o altra figura riabilitativa) e rivalutazione in equipe; ad ogni accesso tre prestazioni di trattamento di gruppo o individuali; all'inizio e alla fine valutazione con testistica, programma e relazione finale. 	<ul style="list-style-type: none"> Trattamento minori con disregolazione emotiva e presa in carico caregivers Trattamento del disturbo dell'alimentazione con disturbo dell'immagine corporea Trattamento del disturbo di personalità borderline Trattamento di adolescenti con disturbi psichici e comportamentali dovuti a sostanze psicoattive Trattamento del disturbo da attacchi di panico e disturbo d'ansia generalizzata
Trattamento di categoria B	Nell'ambito di un ciclo di 12 accessi per trattamento: <ul style="list-style-type: none"> ad ogni accesso due prestazioni di trattamento di gruppo o individuali; all'inizio e alla fine visita e controllo medico, colloqui individuali (psicologo o altra figura riabilitativa) e rivalutazione in equipe, valutazione con testistica, programma e relazione finale. 	<ul style="list-style-type: none"> Trattamento del disturbo ossessivo compulsivo e assimilabili Trattamento di pazienti con episodio depressivo di lieve o media gravità Trattamento di minori con disturbi del comportamento e presa in carico dei caregivers Trattamento della depressione involutiva (o depressione senile) Trattamento dell'abuso o dipendenza da cocaina, in fase acuta Trattamento del disturbo bipolare di tipo 1 e 2 Trattamento dei disturbi psichici e comportamentali da alcool e per familiari
Trattamento di categoria C	Nell'ambito di un ciclo di 12 accessi per trattamento: <ul style="list-style-type: none"> ad ogni accesso una prestazione di trattamento di gruppo o individuale; all'inizio e alla fine visita e controllo medico, colloqui individuali (psicologo o altra figura riabilitativa) e rivalutazione in equipe, valutazione con testistica, programma e relazione finale. 	<ul style="list-style-type: none"> Trattamento dell'autismo infantile o autismo atipico Trattamento delle difficoltà scolastiche correlate a disturbo specifico dell'apprendimento Trattamento del disturbo specifico e aspecifico del linguaggio Trattamento del disturbo dell'immagine corporea correlato a disturbo della nutrizione e dell'alimentazione
Controllo	Nell'ambito di un periodo di controllo di 12 mesi: <ul style="list-style-type: none"> controllo medico e colloquio individuale (psicologo o altra figura riabilitativa) con frequenza variabile (in media trimestrale); controlli e colloqui con paziente e familiari, con soluzioni di telemedicina (in media mensili, da infermiere o altra figura sanitaria); valutazione testistica e relazione annuale. 	<ul style="list-style-type: none"> Controllo del paziente con deficit cognitivi medio gravi con o senza disturbi comportamentali Controllo del paziente con diagnosi psichiatrica in età senile con lievi o assenti deficit cognitivi

Per ognuna delle prestazioni proposte è indicato, nella colonna “comprende”, un dettaglio di attività di riferimento che ne determina il peso economico.

Va chiarito che la modalità di valorizzazione per la quale si è optato, sulla base di un percorso “tipo”, non può rappresentare tutte le singole necessità e richieste della committenza, che è previsto comunque che siano definite in **protocolli locali**, caso per caso. Tali protocolli, a fronte di una tariffa fissa corrispondente ad una delle tre (A, B o C) che saranno proposte, possono evidentemente prevedere, oltre che l'essere riferiti ad altri percorsi non presenti tra quelli di esempio, una proporzione diversa di attività individuali, una proporzione diversa dell'impegno del medico quale figura a più elevato costo, richiedere più tempo (può essere il caso di valutazioni strutturate più impegnative o di sedute di terapia più lunghe), prevedere un numero di prestazioni per ciclo di

trattamento diverso (essendo valorizzato il solo accesso per trattamento esso coprirebbe una quota di risorse impiegate per altre attività superiore o inferiore a quanto effettivamente necessario alla copertura dei costi). Riteniamo però dal nostro punto di vista che questo tipo di esigenze, che inevitabilmente saranno considerate nelle negoziazioni a livello locale sulle caratteristiche dei percorsi e nell'ambito di un budget complessivo, non debbano fare perdere di vista l'obiettivo generale che è quello di **rendere disponibile un sistema obiettivo e di semplice applicazione** per consentire l'attivazione di nuovi servizi o, ove necessario, la rimodulazione di servizi esistenti.

Le tariffe devono inoltre prestarsi ad essere modulate o integrate nel caso in cui le prestazioni richieste debbano essere effettuate al di fuori della sede ospedaliera, quindi a domicilio o presso altra sede esterna.

LA SCHEDA DI PERCORSO

Per ognuna delle prestazioni proposte è riportato, nella colonna “percorsi” della tabella precedente, l'elenco delle **schede di percorso** che il gruppo di lavoro ha inizialmente realizzato e raccolto in un primo **catalogo**. Se infatti la proposta è di governo economico, orientata quindi alla richiesta di riconoscimento di nuove prestazioni e di una tariffa ad esse associata,

la stessa non può prescindere dalla esemplificazione concreta dell'utilità e delle modalità di erogazione nella prospettiva del governo clinico, per un insieme di problemi di salute sufficientemente ampio. Nella tabella che segue si riporta per l'intero uno degli esempi che possono essere tratti dal catalogo.

Un esempio di scheda di percorso

Descrizione della prestazione	Trattamento ambulatoriale integrato per pazienti con disturbo ossessivo compulsivo e disturbi assimilabili.
Area	Psichiatria
Tariffa	Trattamento di categoria B
Destinatari	Il programma è rivolto a persone affette da disturbo ossessivo compulsivo (F42) e assimilabili. Sono esclusi dal trattamento pazienti la cui sintomatologia sconsigli un intervento ambulatoriale o comunque tale da consigliare altra tipologia di intervento (es ricovero ospedaliero)

Obiettivi clinici	Trattamento specialistico per soggetti affetti da disturbo ossessivo compulsivo (F42), riduzione o remissione completa della sintomatologia specifica, miglioramento della sintomatologia ansiosa correlata, riduzione delle ossessioni e delle compulsioni, riduzione delle strategie di evitamento, sviluppo abilità di coping tra cui abilità assertive, di rilassamento, metacognitive e di problem solving. Miglioramento della autoefficacia, riduzione dell'alienazione sociale e riduzione dello stigma autopercepito.
Interesse per la committenza	Prevenzione secondaria e terziaria nell'area patologica di interesse. Riduzione del carico assistenziale per medici di medicina generale e servizi territoriali, riduzione dei tassi di ricovero e del ricorso a strutture residenziali o semiresidenziali, prevenzione delle ricadute e della cronicizzazione del disturbo.
Caratteristiche della prestazione	Accoglienza; due gruppi ad accesso per totali 12 accessi di cui: un gruppo psicoeducativo, riabilitativo o psicoterapico specifico per il disturbo ossessivo compulsivo (ad es. ERP o ACT), un gruppo di rilassamento, visita psichiatrica (all'ingresso e dopo ogni 6 accessi), valutazione psicodiagnostica (all'ingresso e al termine del ciclo) con test specifici per la valutazione del disturbo ossessivo compulsivo (ad es. Y-BOCS) e della valutazione psicopatologica generale (ad es. SCL-90-R).
Riferimenti alla programmazione sanitaria e letteratura di riferimento	LG NICE 2005 "Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder" Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. McKay D., et al. 2015

Questa esemplificazione è frutto di uno sforzo organico di **costruzione di una base di offerta**, sulla base delle condizioni già presenti nei diversi ospedali della rete, e di per così dire rodaggio di un metodo di natura

sufficientemente generale che faciliti quanto più possibile lo sviluppo dei protocolli locali, che saranno inevitabilmente più specifici e dettagliati prevedendo, per esempio, determinati percorsi e criteri di accesso.

INTRODUZIONE DELLE NUOVE PRESTAZIONI E TARIFFE

Proporremo tariffe nella convinzione che si possa apprezzare la loro vantaggiosità, che deriva da un contesto che, per la sua attuale organizzazione e la presenza di una connessione stabile con i percorsi di cura dei dipartimenti di salute mentale, consentirebbe una **più immediata e lineare implementazione** di determinati nuovi servizi rispetto a possibili ipotesi alternative di espansione o riconfigurazione degli attuali servizi a gestione diretta.

In questo scenario l'AIOP si rende disponibile all'estensione del **monitoraggio** dei contratti locali agli **elementi qualitativi** che si accompagnano alla definizione di budget e condizioni, richiedendo che ai singoli accordi oggetto di trasmissione siano allegati sempre i protocolli aggiornati contenenti criteri, risorse e obiettivi, allo scopo di potere rendere conto, annualmente e in modo organico, dello stato di attuazione della proposta, anche sotto il profilo di governo clinico e di contributo al raggiungimento degli obiettivi di programmazione sanitaria.



visita il sito
www.er-aiop.com



Bilancio Sociale 2017
sfoglia la versione online