



A.I.O.P.

EMILIA - ROMAGNA

Bilancio Sociale **2018**

CREDITS

Questa terza 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

Information design

PMopenlab srls | www.pmopenlab.com

SOMMARIO

LETTERA DI PRESENTAZIONE AGLI STAKEHOLDER	5
NOTA METODOLOGICA	6
PARTE PRIMA AIOP Emilia - Romagna: Identità, Missione e Valori	8
Assetto Istituzionale	9
Valori	12
Mission	13
Mappa degli Stakeholders	14
PARTE SECONDA Scenario e contesto di riferimento	
Le novità più recenti in ambito sanitario	17
Strategie e politiche: il ruolo dell'ospedalità privata in Emilia-Romagna	23
PARTE TERZA Le strutture sanitarie di AIOP Emilia-Romagna	24
Gli indicatori chiave di performance sostenibile	26
Le prestazioni sanitarie e i pazienti	28
Il personale	34
Ambiente e comunità	40
Performance e valore aggiunto	44
Performance economica e investimenti	46
Distribuzione del valore aggiunto	48
Ricadute economiche	50
Ricadute sui fornitori locali	52
Indotto occupazionale	53
Impatto economico degli ospedali AIOP E-R	54
PARTE QUARTA Focus tematico: sfide, priorità e trend futuri dell'assistenza riabilitativa	58
Il framework normativo e le linee di indirizzo in fase di discussione	59
Le attività delle strutture AIOP e il contributo al sistema di offerta regionale	66
Gli scenari futuri e le sfide delle attività di riabilitazione	73



“ *Si riconferma la capacità delle strutture private regionali di creare valore intorno a sé e di porsi quali centri di veri e propri ecosistemi economico-sociali.*

Bruno Biagi, Presidente AIOP Emilia-Romagna

LETTERA DI PRESENTAZIONE

AGLI STAKEHOLDER

Con la pubblicazione della Terza edizione del Bilancio Sociale, AIOE Emilia-Romagna restituisce continuità al lavoro di analisi, rendicontazione e condivisione del ruolo che l'ospedalità privata riveste all'interno del territorio regionale.

Il rapporto certifica la mission di servizio delle nostre strutture e la vasta gamma di prestazioni sanitarie che vengono offerte, approfondendo le novità più recenti in ambito sanitario ed analizzando la qualità del legame e il livello di radicamento sul territorio.

Un percorso unico in Italia a livello regionale, che ci permette di delineare il contributo che le nostre case di cura offrono all'erogazione di servizi sanitari di alta qualità, alimentando, al contempo, la crescita del territorio attraverso investimenti significativi in innovazione e miglioramento degli spazi in cui si svolgono le attività di cura.

Dal monitoraggio delle performance economiche, sociali ed ambientali continua ad emergere una consolidata capacità di generare valore e assorbire un'occupazione di "qualità", amplificata da un elevato effetto moltiplicatore su altri settori economici.

Ciò in un panorama sanitario in cui pubblico e privato collaborano in maniera integrata per rispondere efficacemente alle trasformazioni in atto: dal progressivo invecchiamento della popolazione all'accorciamento dei tempi di dimissione di pazienti acuti.

Trasformazioni che nell'ultimo decennio hanno particolarmente toccato il sistema di offerta emiliano romagnolo di cure riabilitative, che tuttavia sembra aver intrapreso un percorso evolutivo in grado di garantire un innalzamento dell'efficienza e della qualità delle cure prestate.

I cambiamenti demografici, le politiche di contenimento della spesa sanitaria e il mutamento degli equilibri fra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale hanno spinto anche il

legislatore nazionale ad interrogarsi su quale debba essere il nuovo approccio alle cure riabilitative, sull'appropriatezza dei percorsi nella rete di riabilitazione, sui criteri di appropriatezza nell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera e sulle modalità di riconfigurazione dell'attuale sistema di offerta.

Si tratta di un dibattito complesso, perché multiformi sono le determinanti d'analisi e numerosi gli esiti e gli interessi in campo, e che in questo momento, forse più degli altri, tocca da vicino l'ospedalità privata accreditata, che in Italia (e ancor di più in Emilia-Romagna) assorbe oltre la metà dei ricoveri di riabilitazione.

Alla luce di tali considerazioni, AIOE Emilia-Romagna ha scelto di dedicare proprio al tema dell'assistenza riabilitativa la sezione di approfondimento di questa edizione del Bilancio Sociale.

Il focus tematico, distanziandosi dall'obiettivo di fornire un'analisi esaustiva di tutti gli elementi chiamati in causa sull'argomento, mira ad aprire una riflessione circa le prospettive future delle attività di riabilitazione, dando in particolare evidenza ai principali nodi del dibattito normativo in corso e alla lettura interpretativa fornita dalle strutture AIOE che quotidianamente operano nella nostra regione. Buona lettura.

Presidente AIOE EMILIA-ROMAGNA

Bruno Biagi



NOTA 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.

L'approfondimento tematico inserito nella quarta e ultima sezione del Bilancio Sociale si concentra sulle dinamiche, i fattori peculiari e l'evoluzione normativa di uno degli ambiti di maggiore specializzazione del comparto privato emiliano-romagnolo: la riabilitazione.

Tre macro sezioni più l'approfondimento tematico

In continuità con le edizioni precedenti, il rapporto è stato suddiviso in tre macro sezioni, a cui si aggiunge un approfondimento tematico dedicato, in questa edizione, al mondo della riabilitazione.

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.

Parte prima: la realtà di AIOF ER

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.

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.

Parte seconda: novità e temi in ambito sanitario

Nella seconda parte vengono riportate le principali novità e i temi al centro del dibattito in ambito sanitario, evidenziando i passaggi operativi e normativi che hanno visto protagonista il sistema sanitario regionale e, in particolare, il comparto privato rappresentato da AIOF.

Pur mantenendo un'adeguata rigore 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.

Parte terza: le 44 strutture di AIOF ER

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.



In continuità con le edizioni precedenti, il rapporto è stato suddiviso in tre macro sezioni, a cui si aggiunge un approfondimento tematico dedicato, in questa edizione, al mondo della **riabilitazione**.



parte 01

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 02

Scenari e obiettivi

Nella seconda parte vengono riportate le principali novità e i temi al centro del dibattito in ambito sanitario, evidenziando i passaggi operativi e normativi che hanno visto protagonista il sistema sanitario regionale e, in particolare, il comparto privato rappresentato da AIOP.



parte 03

Analisi dati

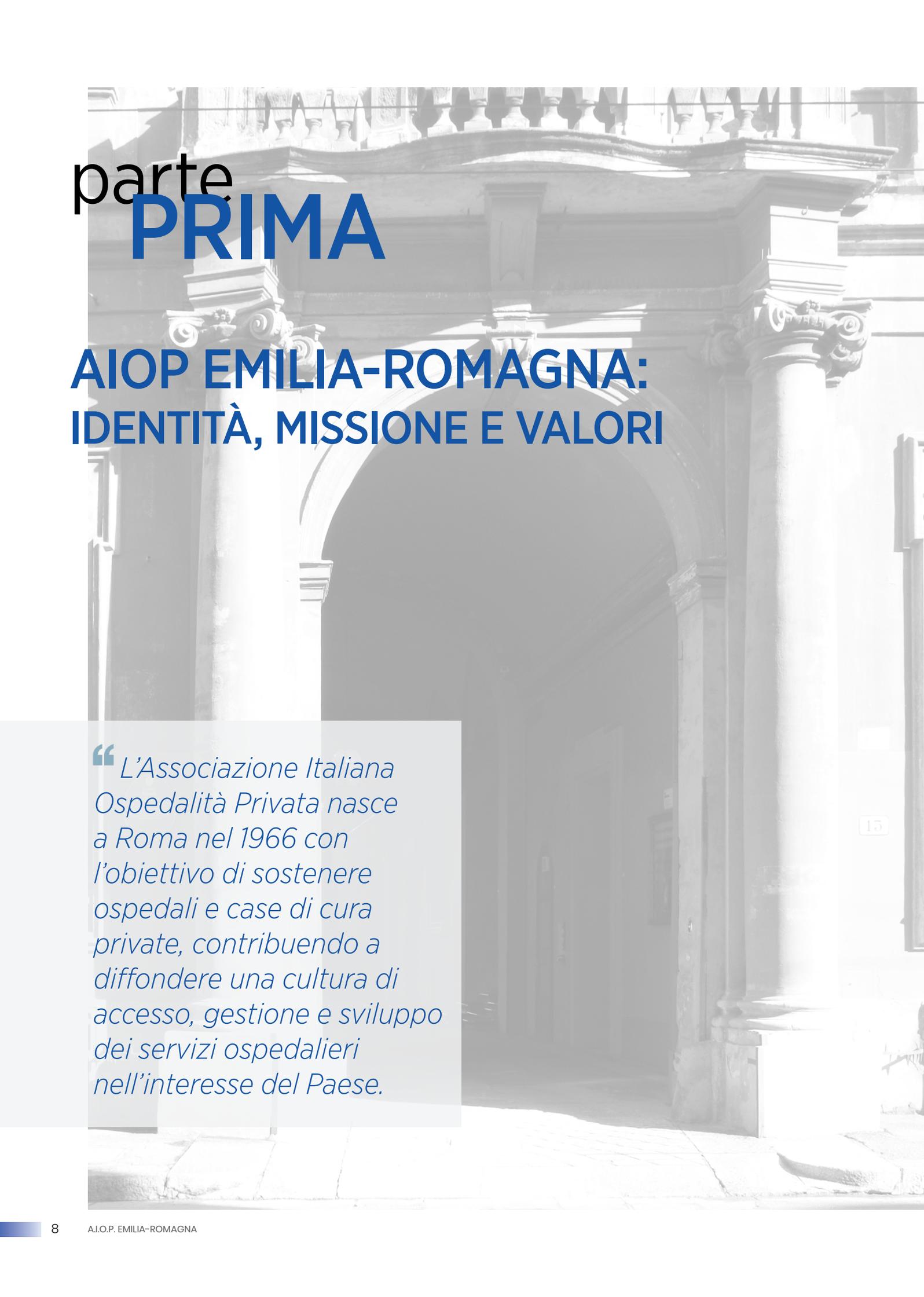
La terza parte si concentra sull'analisi di 44 strutture sanitarie associate ad AIOP Emilia-Romagna, i cui dati vengono trattati in maniera aggregata per riflettere il ruolo di sistema che assumono nell'erogare un ampio spettro di prestazioni sanitarie specializzate e contribuire alla competitività del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



parte 04

Approfondimento tematico

Nella quarta parte vengono messe in evidenza le dinamiche, i fattori peculiari e l'evoluzione normativa di uno degli ambiti di maggiore specializzazione del comparto privato emiliano-romagnolo: la riabilitazione.



parte
PRIMA

AIOP EMILIA-ROMAGNA: IDENTITÀ, MISSIONE E VALORI

“ L’Associazione Italiana Ospedalità Privata nasce a Roma nel 1966 con l’obiettivo di sostenere ospedali e case di cura private, contribuendo a diffondere una cultura di accesso, gestione e sviluppo dei servizi ospedalieri nell’interesse del Paese.

ASSETTO ISTITUZIONALE

AIOP viene costituita 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 Paese¹.

L'insieme aggregato delle strutture associate offre una vasta gamma 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

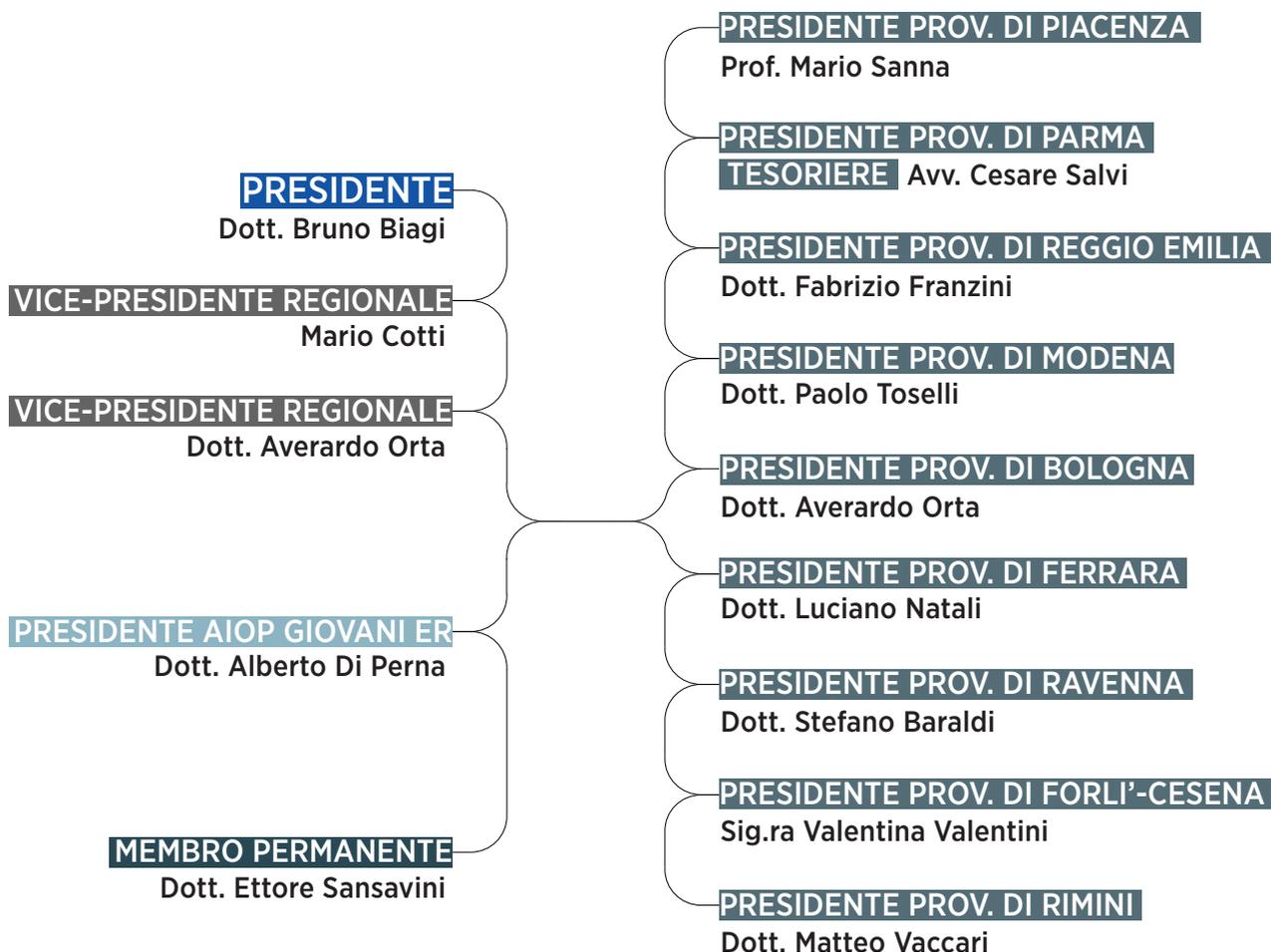
È costituito dal Presidente e dal Vice Presidente (ove nominato) e dai Presidenti Provinciali. Il Consiglio è l'organo che attua la politica associativa, assiste e tutela le Istituzioni Sanitarie associate, redige bilanci consuntivi e preventivi da trasmettere alla Sede nazionale una volta che essi siano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

“ AIOP E-R rappresenta una delle più importanti reti territoriali di strutture sanitarie in Italia, fortemente diversificate sul piano specialistico.



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-Presidente Mario Cotti, 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.

COMMISSIONI REGIONALI AIOP



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. DANIELE 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 U.F. RIABILITAZIONE

COMMISSIONE SETTORE REQUISITI ACCREDITAMENTI

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 DELIBERALI - Domus Nova, Ravenna
Dott.ssa GIULIANA VANDI - Villa Maria, Rimini

COMMISSIONE SETTORE ALTA SPECIALITÀ

COORDINATORE | Dott. BRUNO BIAGI - Maria Cecilia Hospital, Ravenna
Dott. GIOVANNI BALDI - Salus Hospital, Reggio Emilia
Dott. FAUSTO PELLATI - Villa Torri Hospital, Bologna

VALORI

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.

I medici, i dipendenti e i dirigenti sono invitati dell'Associazione 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.

“ *AIOP crede in un sistema pubblico a gestione mista, pubblica e privata, fatto di qualità, libertà di scelta e terziarietà.* ”

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

“ *Il 77% delle strutture AIOP E-R possiede un codice etico interno.* ”

MISSION

“ *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.* ”

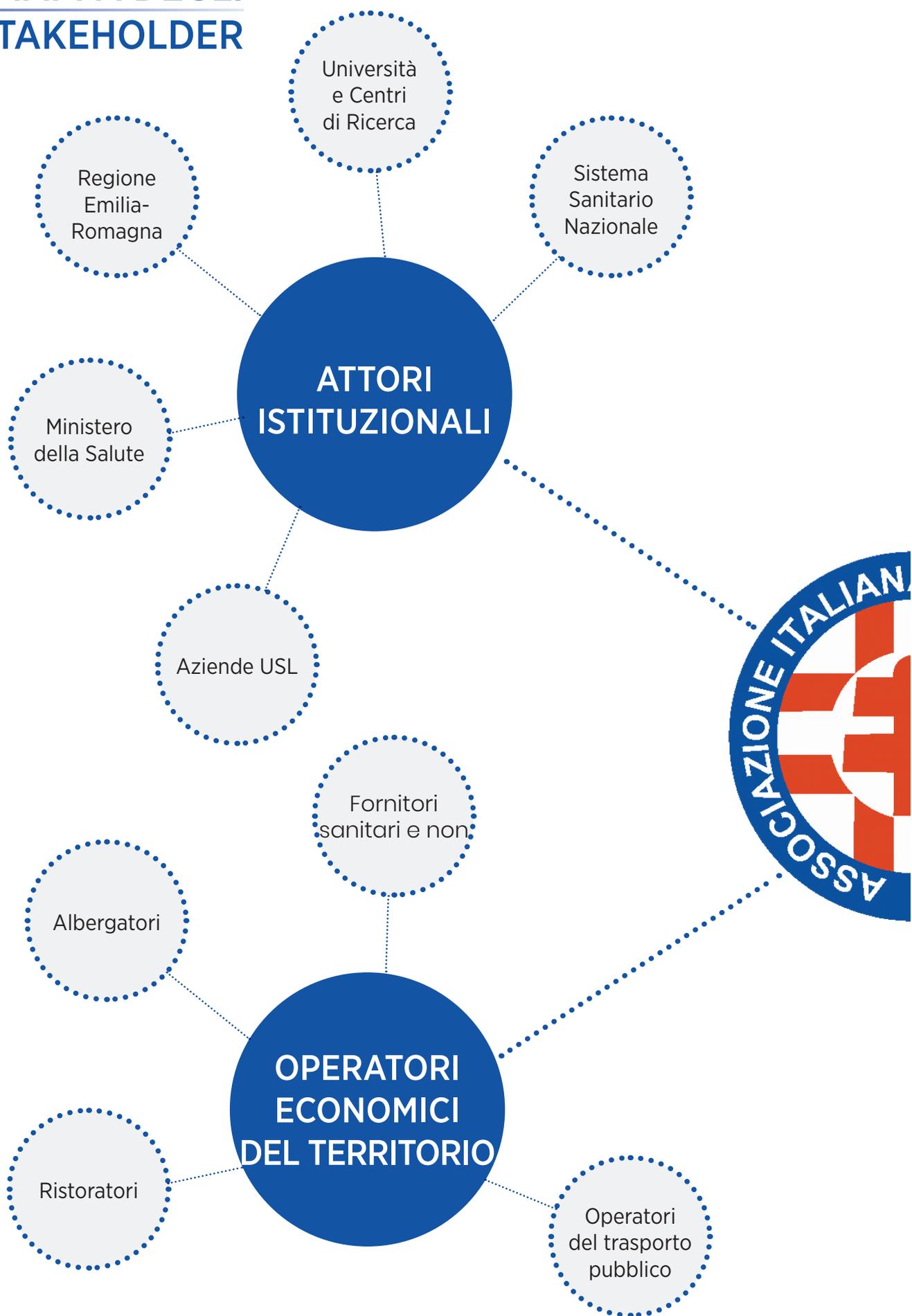
AIOP è impegnata nel perseguimento di diversi obiettivi, quali:

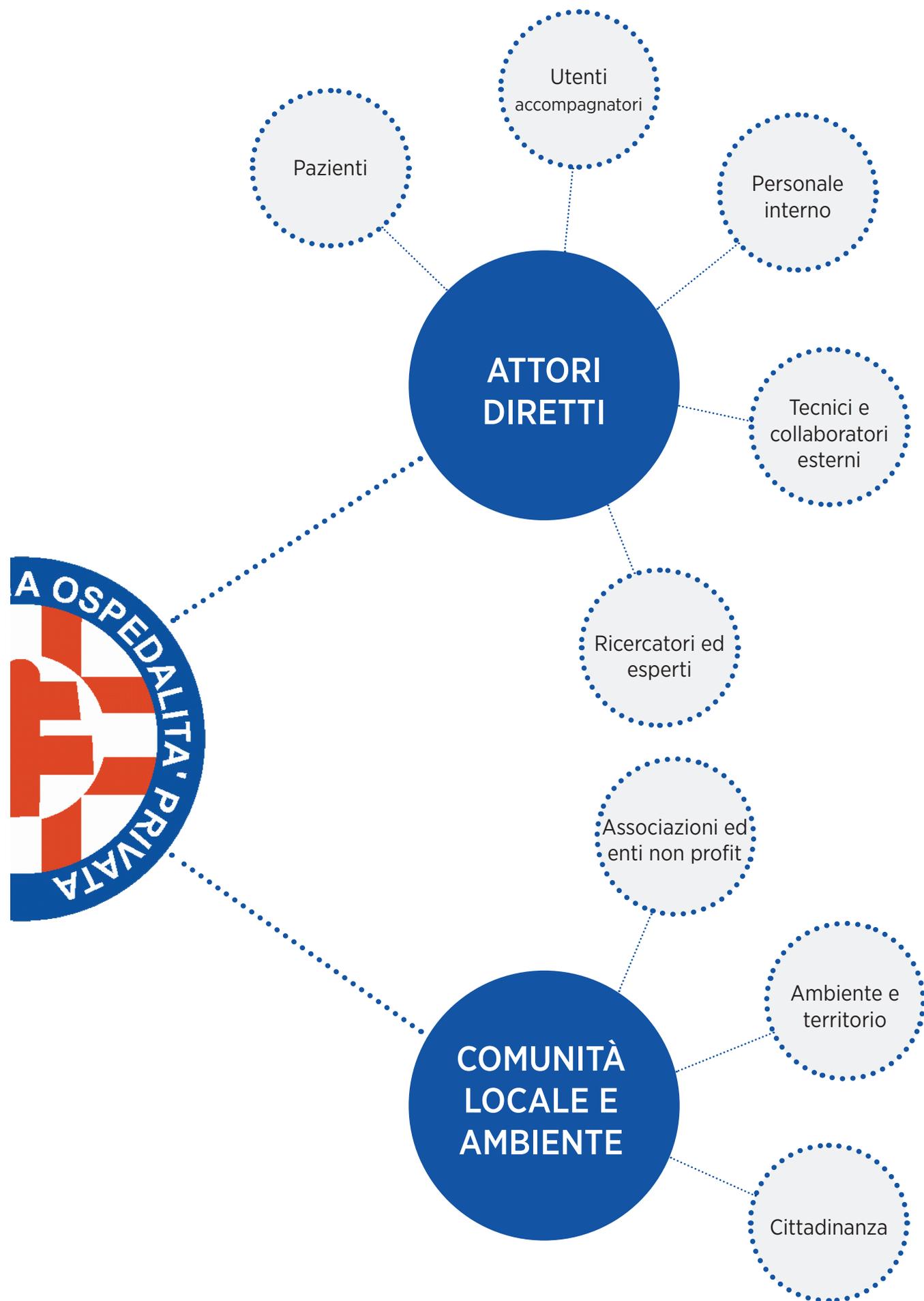
- **PROMUOVERE E COORDINARE** le iniziative che valorizzino la funzione sanitaria e sociale espressa dall'ospedalità privata, che favorisce il diritto dei pazienti di fruire di prestazioni sanitarie efficienti e qualificate
- **PARTECIPARE DIRETTAMENTE ALL'ELABORAZIONE** in Sede nazionale e periferica, 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 tutelandole
- **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 STAKEHOLDER





parte **SECONDA**

SCENARIO E CONTESTO DI RIFERIMENTO



LE NOVITÀ PIÙ RECENTI IN AMBITO SANITARIO

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 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 fornire risposte concrete ed efficaci.

Tra il 2018 e la prima metà del 2019 il sistema sanitario regionale è stato protagonista e oggetto di diverse novità a carattere normativo ed operativo:

Nuovi obiettivi di politica sanitaria e riorganizzazione dei sistemi sanitari

Le novità del sistema sanitario regionale tra 2018 e prima metà 2019

- #1** A fine 2018 è stato dato via libera dalla Stato Regioni e Unificata alla ripartizione di ulteriori 24 milioni di euro a beneficio della regione Emilia-Romagna, di cui oltre 3 milioni per finanziare, nel triennio 2018/2021, 201 borse di studio aggiuntive per la medicina generale;
- #2** È entrata in vigore in Emilia-Romagna, a partire dal primo gennaio 2019, la norma che abolisce il superticket per i nuclei familiari con redditi fino a 100mila euro, a cui si aggiunge la cancellazione del ticket base da 23 euro sulle prime visite specialistiche per le famiglie con almeno due figli a carico;
- #3** Si è proceduto al primo incontro tra AIOE E-R e la Presidenza Regionale dell'Emilia-Romagna per il rinnovo dell'Accordo Regionale 2019-2021, in cui sono stati definiti i temi di politica sanitaria su cui concentrare gli sforzi futuri e sono stati analizzati gli aspetti salienti della produzione di prestazioni del privato accreditato negli ultimi anni;
- #4** Per il 2019 sono state stanziolate dal Fondo sanitario nazionale oltre 8,2 miliardi di euro per l'Emilia-Romagna, 90 milioni in più rispetto al 2018;
- #5** A Febbraio 2019 è stato adottato a livello nazionale il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, stabilendo a livello regionale tempi massimi di resa delle prestazioni sanitarie che devono rientrare in quelli stabiliti a livello nazionale.

+3mln €
triennio
2018/2021

per 201 borse
di studio in
medicina
generale

**Cancellazione
superticket**
dal 1° gen. '19

per famiglie
con reddito fino
a 100mila €.

**Accordo
Regionale**
2019-2021

tra AIOE E-R
e Presidenza
Regionale E-R

oltre
8,2mld €

stanziolate dal
Fondo Sanitario
Nazionale per
E-R

PNGLA
2019-2021

che stabilisce i
tempi massimi
di resa delle
prestazioni
sanitarie

#1

CARENZA DI MEDICI: FONDI AGGIUNTIVI PER BORSE DI STUDIO

(Articolo Quotidiano Sanità 26.11.2018)

Via libera dalla Stato Regioni e Unificata alla ripartizione, per il 2018, di oltre 300 milioni di euro per la sanità: quasi 24 milioni (23.700.000), circa l'8% dell'ammontare complessivo, vanno all'Emilia-Romagna. Fondi che riguardano diversi ambiti, tra i quali la sanità penitenziaria e il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ma destinati anche a finanziare borse di studio aggiuntive per la specializzazione dei medici di medicina generale: per l'Emilia-Romagna, nel triennio 2018/2021, saranno 201 in più.

“Si tratta di risorse importanti, peraltro già previste per il 2018, che vengono destinate a molteplici settori sanitari, ma che potrebbero essere erogate con maggiore efficacia se fossero accorpate al riparto del Fondo sanitario, come la Conferenza della Regioni ha già chiesto - sottolineano il presidente della Regione, Stefano Bonaccini, e l'assessore alle Politiche per la salute, Sergio Venturi. Siamo particolarmente soddisfatti dell'assegnazione di specifici fondi, per l'Emilia-Romagna oltre 3 milioni e 300mila euro, per incrementare il numero delle borse di studio per la formazione in medicina generale: uno strumento in più in mano alle Regioni per fronteggiare il problema del ricambio generazionale dei medici. Su questo punto abbiamo cercato di fare la nostra parte, incrementando nel 2018 i contratti finanziati in misura ancora maggiore degli anni passati”.

In Emilia-Romagna, infatti, nel 2018 sono raddoppiati i contratti di formazione per i medici specializzandi finanziati interamente con risorse regionali: sono passati dai 52 del 2017 ai 100 del 2018, il numero più alto in Italia.

Questa la ripartizione delle risorse assegnate all'Emilia-Romagna:

- Fondo sanità penitenziaria: 10 milioni 445mila euro.
- Fondo di superamento degli Ospedali giudiziari: 4 milioni 64mila.
- Fondo per l'esclusività di rapporto del personale dirigente: 2 milioni 863mila.
- Fondo sanitario assistenza stranieri non in regola: 2 milioni 854mila.
- Fondo aggiuntivo borse di studio medicina generale: 3 milioni 338mila per il triennio 2018/2021.
- Fondo risorse aggiornamento tariffe assistenza termale: 148 mila 500 euro.

#2

RIMODULAZIONE TICKET SANITARI E-R

Oltre un milione e 200mila cittadini non pagheranno più, a partire dal primo gennaio 2019, la quota aggiuntiva sui farmaci e sulla specialistica ambulatoriale, e si aggiungeranno a tutti coloro - più di un milione e 900mila - che già non lo pagano perché hanno un reddito familiare basso (fino a 36.152 euro) e già erano stati esclusi dalla Regione stessa: saranno quindi più di 3 milioni i cittadini esentati dal pagamento. Contemporaneamente, per più di un milione e 100 mila persone sarà abolito il ticket sulla prima visita specialistica.

Complessivamente, una manovra che fa risparmiare agli emiliano-romagnoli 34 milioni di euro: 23 dall'abolizione del superticket e 11 da quella del ticket sulle prime visite specialistiche per famiglie numerose - e coperta interamente da risorse regionali.

Attualmente pagato sulla base di quattro scaglioni di reddito familiare, il cosiddetto superticket, cioè la quota aggiuntiva sui farmaci (fino a 2 euro a confezione, con un tetto massimo di 4 euro a ricetta) e sulle prestazioni specialistiche (fino a 10 euro a ricetta) sarà abolito, appunto, per tutte le persone il cui reddito familiare fiscale lordo non supera il tetto dei 100 mila euro. Per rientrare in questa misura bisogna essere residenti in Emilia-Romagna, oppure domiciliati sul territorio ma essere seguiti da un medico di base della regione. Continuerà invece a pagare il superticket solo chi ha un reddito familiare fiscale lordo superiore ai 100 mila euro.

Il mantenimento del superticket per i redditi più alti ha consentito di attuare un'ulteriore misura per aiutare le famiglie numerose, cioè le coppie - oppure i genitori separati o vedovi - con almeno due figli a carico: per queste persone (genitori e figli) verrà abolito il pagamento del ticket base da 23 euro sulle prime visite specialistiche. Un beneficio che interesserà circa 330 mila famiglie emiliano-romagnole, pari a 1,1 milioni di residenti.

E rimane confermato anche per il 2019 l'esenzione delle popolazioni colpite dal terremoto del 2012 e dei lavoratori colpiti dalla crisi economica, per i quali è già prevista da alcuni anni l'esenzione totale dal pagamento del ticket e del superticket.

GENNAIO 2019:

AVVIO TRATTATIVA RINNOVO CONTRATTUALE AIOP - REGIONE E-R

#3

Negli uffici dell'Assessorato regionale alle Politiche per la salute, una rappresentanza dell'AIOP ha incontrato il Presidente della Regione Stefano Bonaccini e l'Assessore Sergio Venturi, nell'ambito del confronto in atto sul rinnovo dell'Accordo Regionale per il prossimo triennio, scaduto il 31 dicembre 2018.

Sono stati toccati i temi di attualità che, alla luce della recente approvazione della Finanziaria 2019 e delle risorse messe a disposizione del Fondo Sanitario Nazionale, rappresenteranno per i mesi a venire i punti cruciali della futura politica sanitaria anche in Emilia-Romagna. Le parti si sono trovate concordi su alcuni punti programmatici che andranno sviluppati a beneficio dei cittadini e degli utenti, rafforzando i servizi sanitari disponibili sull'intero territorio regionale nell'ambito della programmazione in capo alla Regione.

In particolare, è stata rilevata la necessità di mantenere alta l'attenzione sui temi di politica sanitaria che la Regione si è data nell'ultimo biennio, alla base del nostro sistema sanitario regionale. In particolare, le risorse disponibili per il prossimo accordo non potranno non tener conto di alcune priorità. Vanno ulteriormente migliorate le condizioni di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie sia sotto il profilo dei tempi di attesa che della prossimità dei servizi, con interventi sulla riduzione dei tempi di accesso all'assistenza ospedaliera in chirurgia e sulla tenuta di quelli nell'ambulatoriale, attraverso la collaborazione di tutti gli attori del sistema, tra cui certamente il privato accreditato rappresentato dall'AIOP. Andrà quindi ridotta la mobilità passiva, favorendo l'occasione per i cittadini dell'Emilia-Romagna di potersi curare presso le strutture accreditate della nostra Regione e quindi il più vicino possibile alla propria residenza.

Tenendo conto di questi obiettivi, prioritari per la Regione, le parti hanno concordato sugli indirizzi da dare alla prossima contrattazione per l'intesa regionale, con la possibilità di assegnare eventuali risorse aggiuntive in termini di budget e di tariffe alle azioni che davvero si dimostreranno efficaci in questi ambiti.

L'AIOP ha sottolineato la necessità che le future azioni dovranno comprendere sia l'ambito quantitativo delle risorse a disposizione che la misura del corrispettivo (tariffe), fermi da ormai otto anni, spiegando le ragioni per cui solo un'azione congiunta di questi fattori potrà raggiungere in questi settori e in tutti i territori risultati apprezzabili.

Sono inoltre stati analizzati gli aspetti salienti della produzione di prestazioni del privato accreditato negli ultimi anni e l'azione da questi svolta nel recupero dei tempi di attesa nell'ambulatoriale, con circa 8,7 milioni di euro riconvertiti dall'ospedaliera all'ambulatoriale.

In conclusione, l'AIOP ha preso l'impegno di coinvolgere in queste azioni anche tutto il proprio personale, sia medico che infermieristico, risolvendo nel modo migliore possibile, date le attuali condizioni di sottostima del Fondo Sanitario Nazionale, il tema dei ritardi accumulati in questi anni di mancato rinnovo dei contratti di lavoro, valutando soluzioni ponte in attesa della risoluzione della trattativa relativa al rinnovo del Contratto Nazionale di Lavoro del comparto.

#4

FONDO SANITARIO NAZIONALE: ALL'EMILIA-ROMAGNA OLTRE 8,2 MILIARDI PER IL 2019

Per il 2019 il Fondo sanitario nazionale ha stanziato per l'Emilia-Romagna oltre 8,2 miliardi di euro dalla ripartizione delle risorse, 90 milioni in più rispetto al 2018. Supera i 111 miliardi complessivi la cifra ripartita a livello nazionale. L'accordo a Roma in Conferenza delle Regioni. Inoltre, l'Emilia-Romagna, insieme a Piemonte e Veneto, è tra le tre Regioni benchmark scelte dalla Conferenza per il 2019.

Bonaccini e Venturi:

“Un incremento che premia la nostra sanità. Orgogliosi di essere tra le tre Regioni benchmark scelte per il 2019: siamo riferimento per qualità, efficacia e sostenibilità finanziaria dei servizi”.

“Ci sono state riconosciute più risorse rispetto allo scorso anno, e lo consideriamo un attestato importante per la nostra sanità - sottolineano il presidente della Regione, Stefano Bonaccini, che è anche presidente della Conferenza delle Regioni, e l'assessore alle Politiche per la salute, Sergio Venturi. Sul riparto le Regioni hanno trovato un'intesa in tempi brevi, a inizio anno: questo ci consentirà di poter svolgere la programmazione in modo corretto e puntuale”.

“La scelta dell'Emilia-Romagna come Regione benchmark- commentano Bonaccini e Venturi - è motivo di ulteriore soddisfazione. Significa che abbiamo risposto positivamente a tutti gli indicatori definiti dal ministero della Salute, e che ci considerano un riferimento per le altre Regioni in tema di qualità, efficacia e sostenibilità economico-finanziaria dei servizi. Si tratta di un riconoscimento importante anche al lavoro, fondamentale e prezioso, svolto quotidianamente da tutti coloro che fanno parte del nostro servizio sanitario pubblico. Anche grazie al loro operato, oggi raccogliamo questi risultati”.

PRESTAZIONI SANITARIE E LISTE DI ATTESA: IL PIANO NAZIONALE 2019-2021

#5

A Febbraio 2019 è stato adottato a livello nazionale il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, stabilendo a livello regionale tempi massimi di resa delle prestazioni sanitarie che devono rientrare in quelli stabiliti a livello nazionale. Sono, inoltre, stati assegnati ulteriori fondi proprio al fine di ridurre i tempi di attesa sanitari (350 milioni di euro in tre anni) ed è stato anche creato un osservatorio che affiancherà Regioni e Province autonome con attività di monitoraggio.

A livello regionale - nei Piani adottati a seguito di quello nazionale - sono diverse le iniziative da garantire, tra cui:

- tempi di attesa massimi NON superiori a quelli nazionali, con EVENTUALE previsione dell'apertura delle strutture sanitarie anche nelle ore serali e nel fine settimana;
- utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva (valutando anche il relativo fabbisogno di personale);
- gestione trasparente degli accessi attraverso l'uso del CUP che deve gestire in maniera centralizzata tutte le agende delle strutture pubbliche e private-accreditate. Al riguardo deve essere dato sviluppo al sistema di CUP online che consenta anche la consultazione dei tempi di attesa;
- organizzazione di sistemi telefonici di richiamata oppure telematici di modifica e disdetta delle prenotazioni in modo da contenere il fenomeno diffuso della mancata presentazione dell'utente che peraltro comporta per quest'ultimo addebito del ticket ed eventualmente di sanzioni;
- promozione del sistema di prenotazione tramite le farmacie;
- realizzazione delle procedure di "presa in carico" dei pazienti cronici con prenotazione dei controlli attraverso le strutture che hanno in carico il paziente senza passare dal medico di famiglia;
- definizione di percorsi di tutela attivabili qualora venga superato il tempo massimo di attesa. Procedure che consentano, in questi casi, di effettuare la prestazione presso un organismo privato accreditato senza ulteriori costi rispetto al ticket.

A differenza del precedente, che limitava a 58 prestazioni il "pacchetto" su cui Asl e ospedali dovevano garantire tempi massimi, il nuovo Piano estende l'obbligo di indicare i tempi a tutte le prestazioni. Quattro le classi di priorità per l'ambulatorio: Urgente (entro 72 ore); Breve (entro 10 giorni); Differibile (entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per le analisi); Programmata (entro 120 giorni e non più entro 180 come è oggi, ma le Regioni avranno un anno di tempo per adeguarsi). Mentre per i ricoveri sono queste le classi e i tempi indicati: A (casi gravi) entro 30 giorni; B (casi clinici complessi) entro 60 giorni; C (casi meno complessi) entro 180 giorni; D (casi non gravi) entro 12 mesi.

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.

L'offerta ospedaliera delle strutture AIOE continua a confermare il proprio fondamentale contributo

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.

La rete ospedaliera privata fornisce un supporto rilevante in alcune particolari discipline sanitarie

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 2018 l'offerta ospedaliera delle strutture rappresenta all'interno del contesto complessivo regionale:

- Il 25,9% dei posti letto totali;
- Il 18,4% dei pazienti dimessi;
- Il 19,9% delle giornate di degenza complessive.

Nell'assicurare un corretto funzionamento del sistema sanitario regionale, gli ospedali privati AIOE 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 (65,7% dei dimessi in regione e il 64,1% delle giornate totali di degenza);
- cardiocirurgia (57,0% dei dimessi in regione e il 44,8% delle giornate totali di degenza);
- lungodegenza (44,4% dei dimessi in regione e il 44,0% delle giornate totali di degenza);
- ortopedia e traumatologia (41,2% dei dimessi in regione e il 30,4% delle giornate totali di degenza).

Contributo strutture AIOB ER per principali discipline di dimissione - Anno 2018

ITALIA	Dimessi AIOB ER	Dimessi AIOB ER / Dimessi ER	Giornate AIOB ER	Giornate AIOB ER / Giornate ER
RECUPERO E RIABILITAZIONE	12.654	65,7%	256.555	64,1%
CARDIOCHIRURGIA	3.307	57,0%	28.399	44,8%
LUNGODEGENTI	14.305	44,4%	281.501	44,0%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	43.344	41,2%	143.251	30,1%
PSICHIATRIA*	4.227	36,1%	48.383	37,0%
NEURO-RIABILITAZIONE	181	22,6%	17.473	30,5%
NEUROCHIRURGIA	1.571	20,3%	7.958	14,0%
CHIRURGIA GENERALE	16.820	21,6%	30.622	9,8%

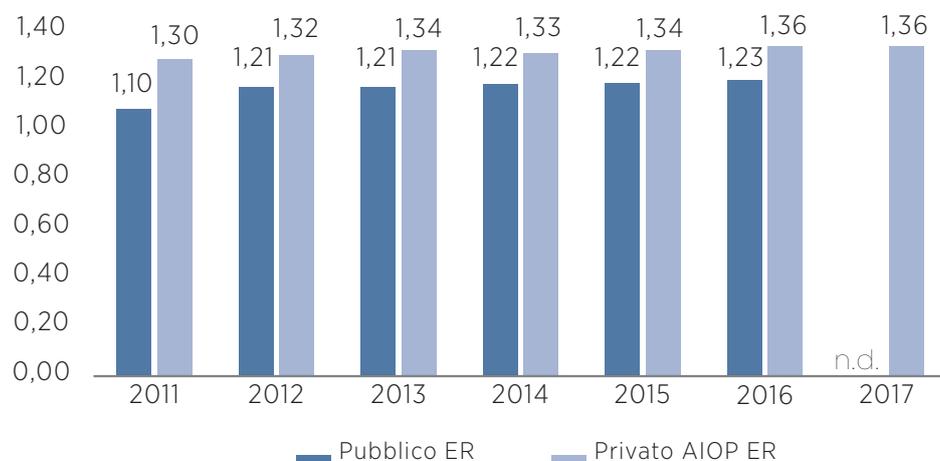
*solo ospedaliera

L'analisi dei trend relativi agli indicatori di complessità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie regionali (peso medio e Case Mix), evidenzia, in particolar modo per le strutture accreditate AIOB, 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 16.368 nel 2018 - pari al 11,7% del totale, in crescita di oltre 3 punti percentuali rispetto all'8,8% registrato nel 2009.

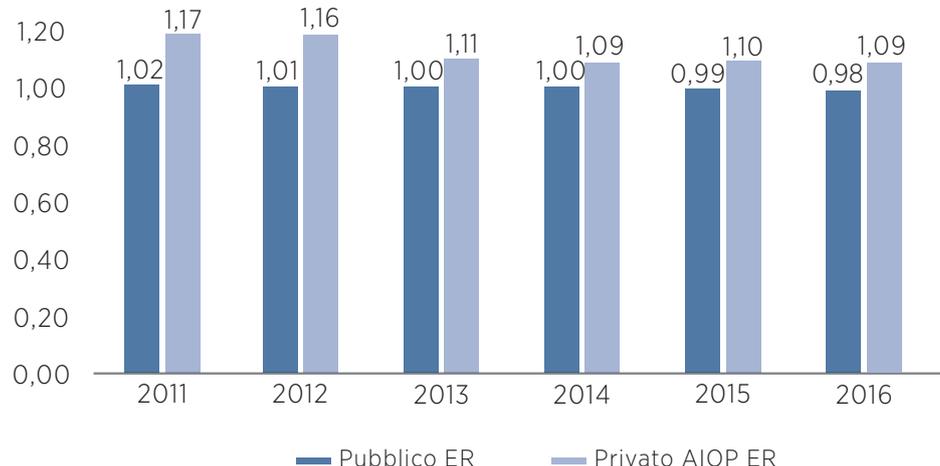
PESO MEDIO

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

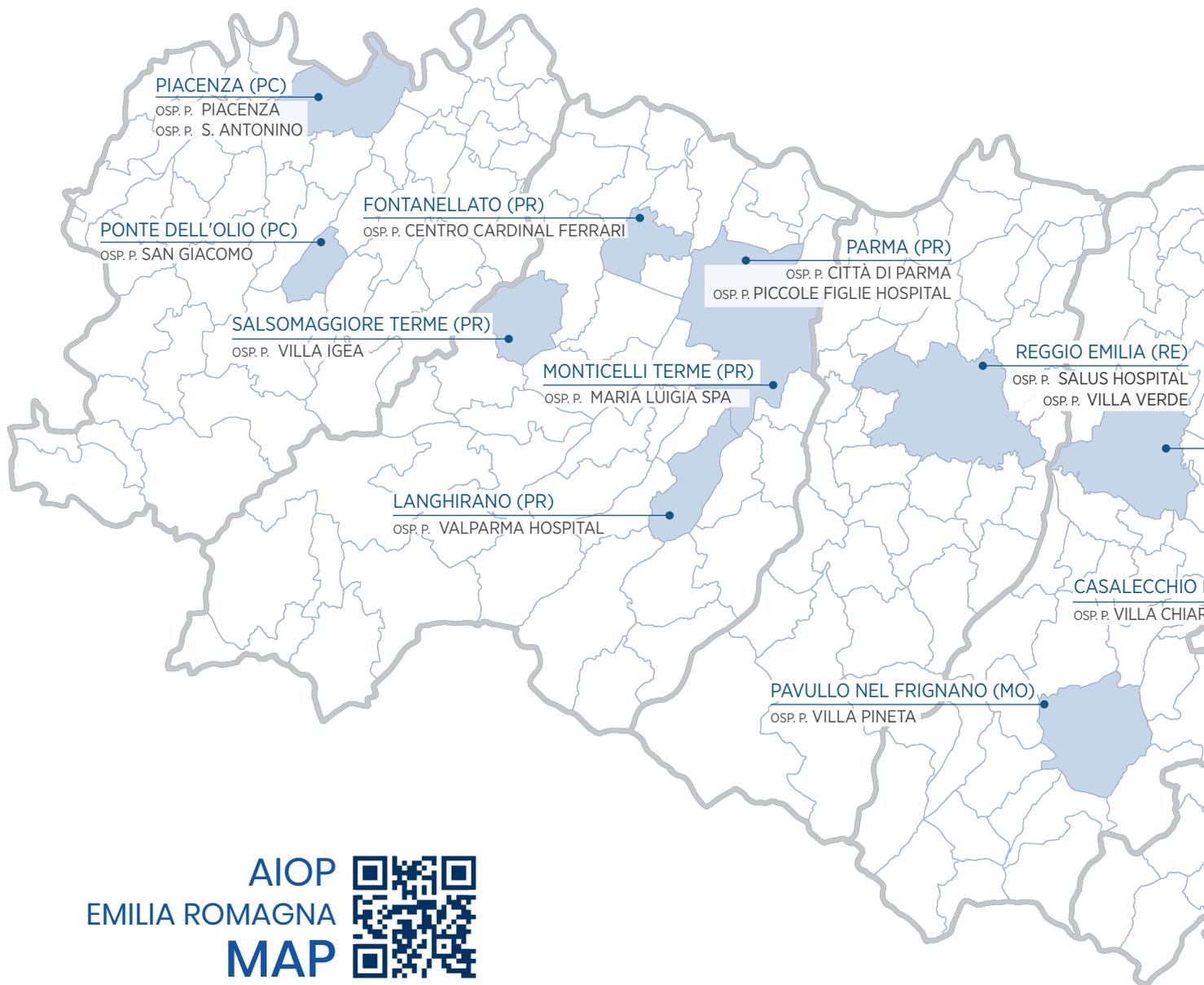


CASE MIX

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 della Salute.



parte TERZA



AIOP
EMILIA ROMAGNA
MAP



44

STRUTTURE
OSPEDALIERE
PRIVATE AIOP

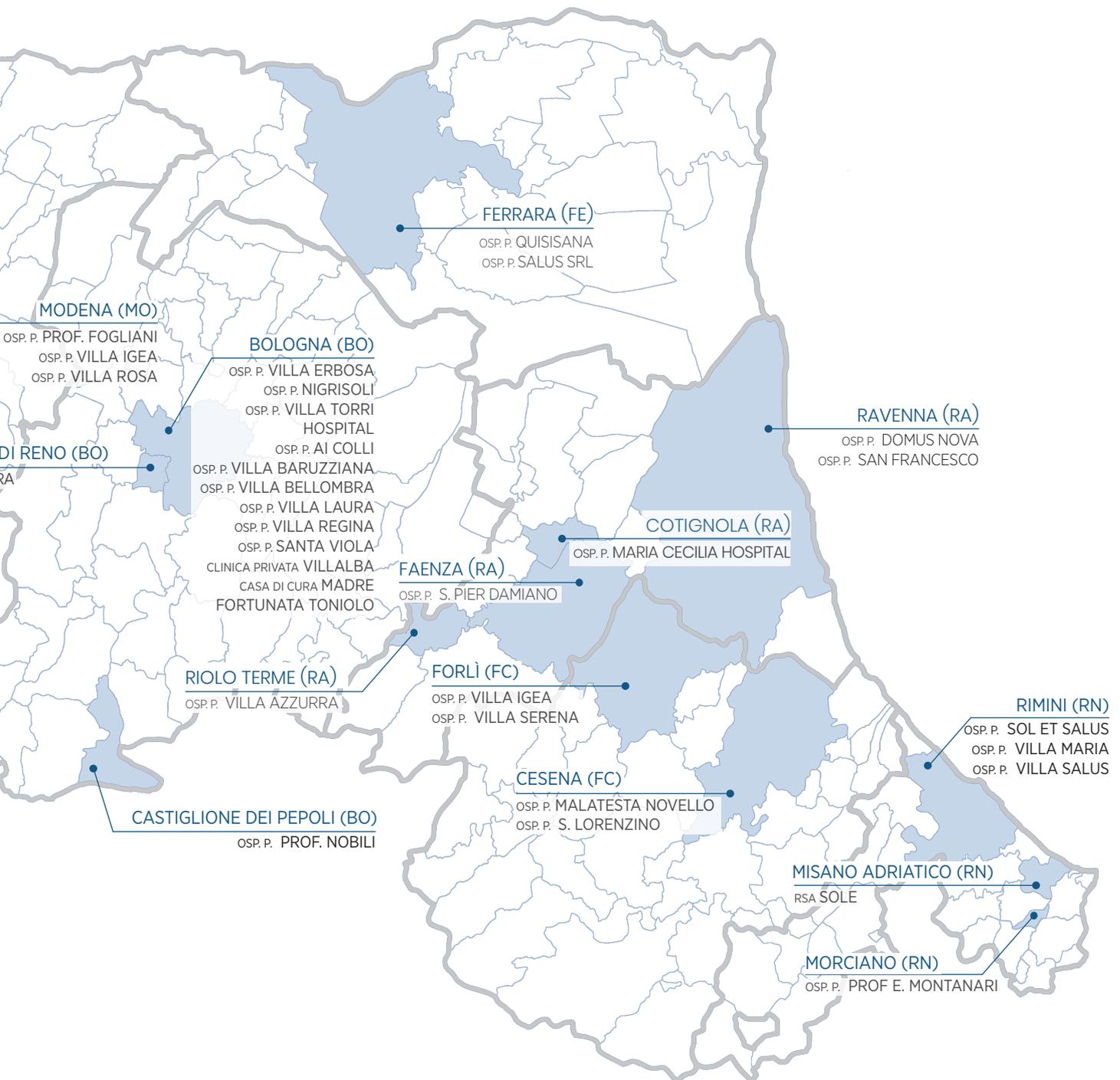
23

COMUNI CON
PRESENZA
STRUTTURE AIOP

2mln

I RESIDENTI NEI
COMUNI CON
PRESENZA AIOP

STRUTTURE SANITARIE AIOP E-R



Gli indicatori chiave di performance sostenibile



Responsabilità sociale

Personale Totale (n. persone)

Personale Femminile (% sul totale)

Stabilizzazione del rapporto di lavoro (n. nuovi posti)

Collaborazione con le Università (n. tirocinanti accolti)

Personale impegnato in attività formative (% sul totale)

Indice di gravità degli infortuni

Incidenza acquisti da fornitori localizzati in E-R (% sul totale)

Strutture che supportano iniziative per la comunità (% sul totale)



Responsabilità ambientale

Spese ambientali totali sostenute dalle strutture (Milioni di euro)

Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di acqua (% sul totale)

Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di energia elettrica (% sul totale)

Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di gas/metano (% sul totale)

Strutture che programmano interventi di efficientamento futuri



Responsabilità economica

Valore della Produzione (Milioni di euro)

Valore Aggiunto Globale Lordo (Milioni di euro)

Investimenti totali (Milioni di euro)

Tasse e imposte pagate (Milioni di euro)

Indice di patrimonializzazione aggregato (%)

Impatto occupazione indiretto (n. persone)

Impatto economico indotto (Milioni di euro)

	2017	2018
	7.656	8.031
	59,3%	59,2%
	132	155
	255	310
	74,3%	72,2%
	0,92	0,97
	67,4%	65,8%
	52%	48%

	16,1	16,3
	18,2%	18,2%
	40,9%	40,9%
	22,7%	20,5%
	45,5%	45,5%

	747	759
	487	502
	29	41
	43	41
	37,4%	32,8%
	756	748
	1.172	1.192

8.031

-

Il personale
totale

310

-

Tirocinanti accolti
da Università

45,5%

-

Strutture programmano
interventi di
efficientamento
energetico

759 mln €

-

Valore della produzione

LE PRESTAZIONI SANITARIE E I PAZIENTI



46%
ha più di 65 anni

90%
accreditati

53%
donne

129.382
dimessi ospedalieri

63,1%
dei pazienti
dimessi in Regione

31%
ortopedia e
traumatologia

36,9%
da fuori Regione



1.161.833
giornate di degenza



5.163
posti letto



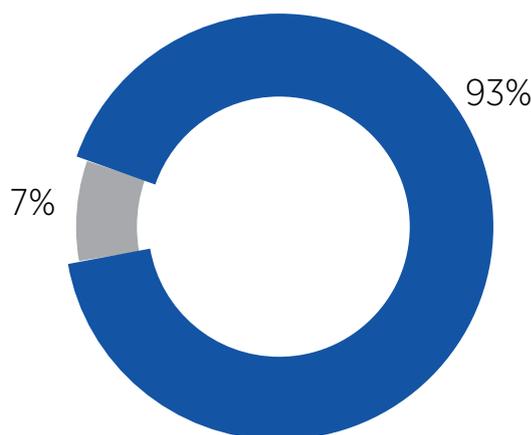
4.135
dimessi per attività
residenziale psichiatrica

Il 93% dei posti letto presenti nelle strutture AIOE-R sono accreditati con il SSN

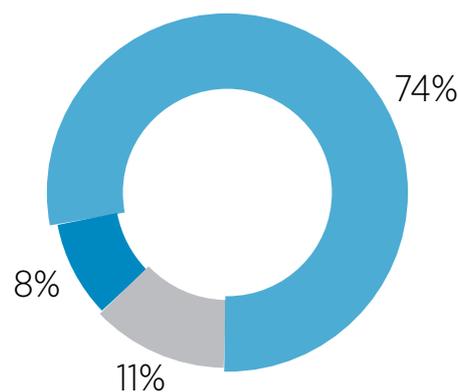
Delle strutture sanitarie associate ad AIOE Emilia-Romagna oggetto del bilancio sociale, 43 sono case di cura che offrono servizi esclusivamente ospedalieri, salvo alcune attività residenziali nella psichiatria, mentre una è una struttura residenziale psichiatrica. Tra gli ospedali, 36 forniscono esclusivamente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

psichiatrica. I posti letto totali delle 44 strutture AIOE ER oggetto di questo bilancio sociale sono 5.163, di cui il 93%, pari a 4.779, sono accreditati con il Sistema Sanitario Nazionale.

Nello specifico, il 74% dei posti totali è accreditato per attività a carico del SSN, l'11% è invece accreditato, ma escluso dal fabbisogno SSN e l'8% è composto da posti letto dedicati all'attività residenziale.



- Posti letto accreditati
- Posti letto non accreditati



- Per attività a carico del SSN
- Per attività residenziale
- Esclusi dal fabbisogno SSN

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 8,7% 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 (1,2%).

Dimessi per onere della degenza - Anno 2018

	Dimessi	Quota
Ricovero a totale carico SSN	116.352	89,93%
Ricovero a carico SSN con differenza alberghiera	1.569	1,21%
Ricovero a totale carico paziente	11.209	8,66%
Ricovero a carico SSN di stranieri paesi convenzionati	54	0,04%
Ricovero a carico SSN di stranieri indigenti	13	0,01%
Altro	123	0,1%
Ricovero a carico Ministero Interni di stranieri indigenti	62	0,05%
Totale complessivo	129.382	100,0%

Le strutture sanitarie private AIOF hanno registrato 133.517 degenti nel 2018, di cui 129.382², pari al 96,9%, per attività ospedaliera, mentre i restanti 4.135 per attività residenziale psichiatrica.

Le giornate totali di degenza sono state pari a 1.161.833, per una media di giorni di degenza pari a 8,05 per attività ospedaliera e a 29 per attività residenziale psichiatrica.

	Dimessi	Giornate di degenza
Attività ospedaliera	129.382	1.041.886
Psichiatria residenziale	4.135	119.947

Nell'ultimo quadriennio il numero di dimessi ha subito una flessione pari al -3,2%, a cui è corrisposto un calo leggermente meno consistente del numero di giornate di degenza, diminuite del 2,5%. 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.

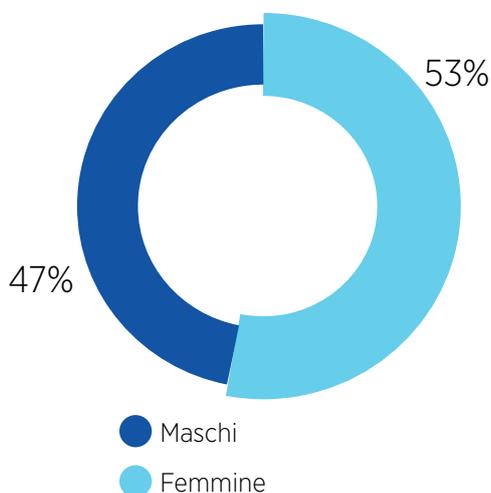
Dimessi e giornate di degenza - Anni 2016-2018

	Dimessi	Gg./acc
2016	136.161	1.153.974
2017	133.648	1.156.556
2018	133.517	1.161.833

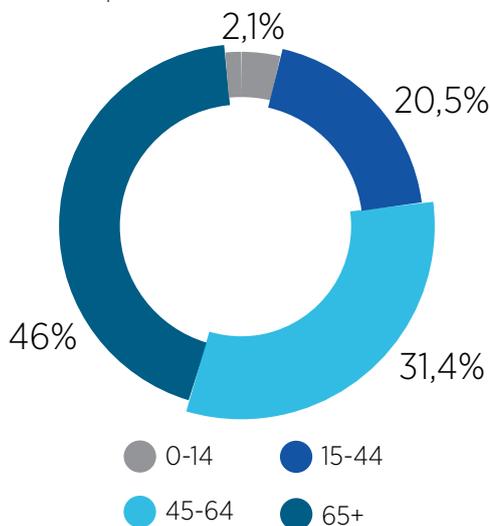
Per quanto concerne le caratteristiche anagrafiche dei dimessi, si evidenzia una prevalenza di pazienti nelle fasce età di popolazione più avanzate: gli over 64 costituiscono il 46% dei dimessi complessivi e oltre il 10,5% dei pazienti ha più di 84 anni.

Tali dati avvalorano 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% dei dimessi complessivi.

Dimessi per genere - Anno 2018



Dimessi per classe di età - Anno 2018



² I dati relativi ai ricoveri tengono conto dei ricoveri misti, che pesano circa il 7,4% dei ricoveri totali.

Le strutture AIOPE-R accolgono ogni anno diversi pazienti provenienti da altre regioni italiane

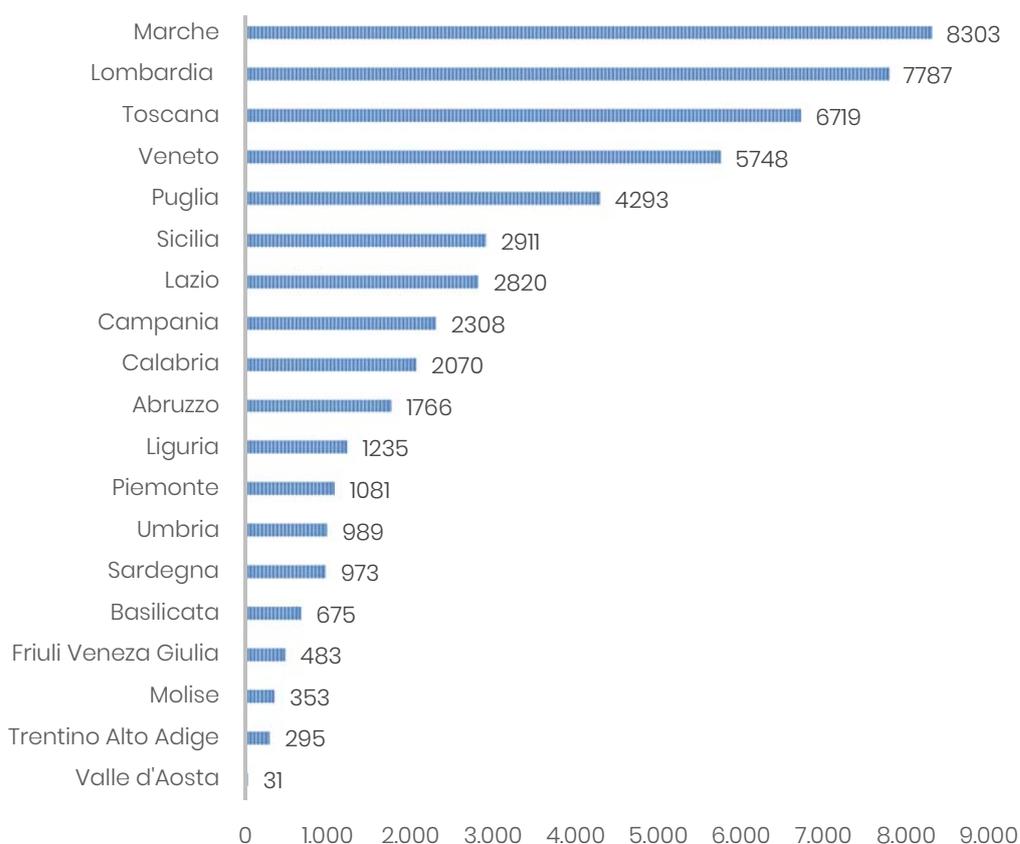
In relazione alla provenienza geografica dei dimessi, le strutture AIOPE regionali evidenziano una forte capacità attrattiva, testimoniata da una significativa quota di dimessi provenienti da altre regioni (36,9% dei dimessi totali).

Nell'ordine, le regioni con il più alto numero di dimessi da strutture AIOPE 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 2018



Le strutture associate ad AIOPE-R offrono una vasta gamma di prestazioni sanitarie

Si conferma prima disciplina per numero di dimessi "ortopedia e traumatologia", che raccoglie il 31% 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 (9.908 dimessi), sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (9.164 dimessi) e interventi sul piede (6.270 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 di recupero e riabilitazione e lungodegenza. Infine, superano il milione e 424 mila le prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture AIOPE emiliano romagnole in convenzione con il SSN, delle quali oltre la metà (53,8%) afferiscono all'ambito diagnostico.

Prime cinque discipline di dimissione per numero di dimessi – Anno 2018

	Dimessi	Quota su totale dimessi	Degenza media
Ortopedia e traumatologia	43.344	31,0%	3,3
Medicina generale	16.823	12,0%	9,0
Chirurgia generale	16.820	12,0%	1,8
Lungodegenti	14.305	10,2%	19,7
Recupero e riabilitazione	12.654	9,1%	20,3

Prestazioni ambulatoriali erogate in regime di accreditamento – Anno 2018

	N. prestazioni accreditate
DIAGNOSTICA	765.800
LABORATORIO	132.650
RIABILITAZIONE	69.490
TERAPEUTICA	102.257
VISITE	353.875
TOTALE	1.424.072

Nell'anno 2018 la regione Emilia-Romagna si è impegnata in prima linea per potenziare l'azione intrapresa a fine 2015 volta a ridurre le liste di attesa di prestazioni ambulatoriali, cercando di superare le criticità nell'accesso, in particolare per prestazioni di diagnostica strumentale pesante (RMN muscolo scheletriche e della colonna) e avviando iniziative finalizzate all'incremento della capacità produttiva delle strutture presenti nel territorio.

Le strutture AIOF si sono impegnate per far raggiungere alla Regione questo importante obiettivo rimodulando la propria produzione, ove possibile, ed estendendo l'erogazione delle suddette attività anche nelle giornate di sabato e domenica. L'azione intrapresa è volta anche al contenimento dei flussi di mobilità passiva interregionale e ha portato ad un incremento delle prestazioni ambulatoriali di diagnostica del 5,3% rispetto all'anno precedente.

Le strutture AIOF sono in prima linea per contribuire alla riduzione delle liste d'attesa.

91%

INDICE DI SODDISFAZIONE GENERALE DEGLI UTENTI

La maggioranza delle strutture (88,6%) rileva periodicamente il livello di soddisfazione dei propri utenti. In media nel 2018 l'indice di soddisfazione si è attestato al 91%. Il 52% delle strutture adotta al 2018 il Sistema di Gestione Qualità ISO 9001.

IL PERSONALE



8.031

personale occupato

+4,9%

crescita del personale

12,7

anni anzianità media di
servizio

59,2%

personale femminile

68.984

numero ore di formazione

72,2%

personale coinvolto in attività
formative

310

tirocianti da università

155

contratti trasformati a tempo
indeterminato

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 AIOE-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.

La sanità rappresenta un settore dalla rilevante capacità di assorbimento occupazionale sia in maniera diretta che indiretta

Il personale complessivamente impegnato nelle 44 strutture AIOE-E-R si è attestato a 8.031 unità in crescita del 4,9% rispetto al 2017. Il personale infermieristico ed operatorio socio-sanitari rappresenta la quota preponderante all'interno delle strutture ospedaliere regionali: 3.498 addetti, il 43,6% sul totale nel 2018. A seguire il personale medico (32,9%) e quello tecnico tra cui figurano fisioterapisti, personale di laboratorio e diagnostica (14,1%). Più ridotta la quota di personale amministrativo (9,4%), che

pure conta 754 addetti totali nel 2018.

Il personale femminile rappresenta la parte più significativa, con il 59,2% del totale nel 2018. Le donne operano per la maggior parte (57%) come infermiere e operatrici socio-sanitarie; rappresentano, inoltre, il 62,8% del personale tecnico e il 77,4% del personale amministrativo.

Per quanto riguarda l'età del personale, il 14,8% ha meno di 30 anni, il 56,3% un'età compresa tra i 31 e 50 anni e il 28,9% 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. Nel 2018 si riscontra, tuttavia, un incremento della quota giovanile di addetti.

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 AIOE si fissa nel 2018 intorno ai 12 anni, con diverse declinazioni per quanto riguarda il personale medico (12,4), infermieristico (10,7), tecnico (12,9) e amministrativo (16,3).



2.644

personale medico



3.498

infermieri e oss



1.135

personale tecnico



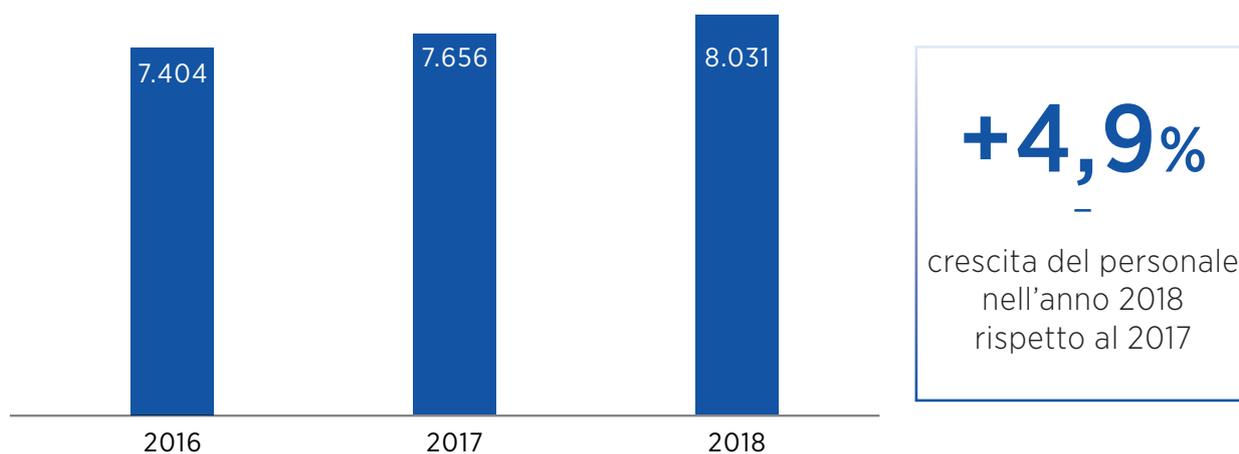
754

personale
amministrazione

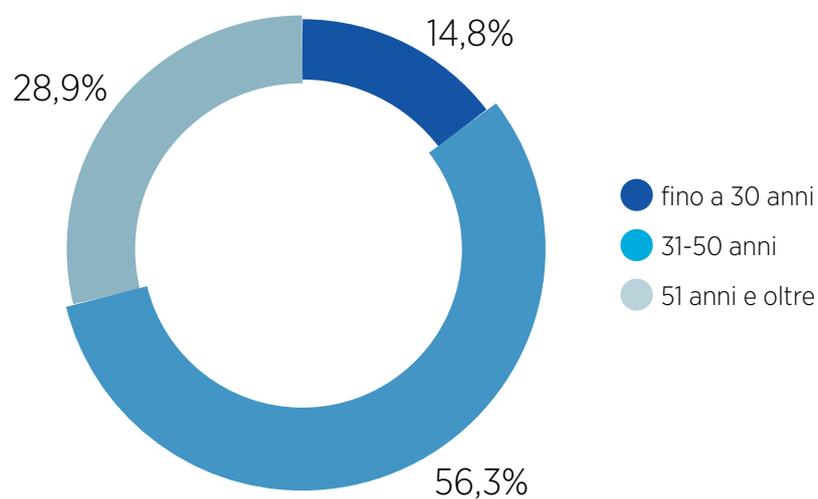
Personale Totale impegnato nelle strutture per genere e tipologia

	2017		2018	
	M	F	M	F
Medici	1.797	670	1.898	747
Infermieri e OSS	727	2.555	788	2.710
Amministrativi	155	566	170	584
Tecnici (fisioterapisti, laboratori analisi, diagnostica, altri addetti)	438	748	422	713
TOTALE PER GENERE	3.117	4.539	3.277	4.754
TOTALE COMPLESSIVO	7.656		8.031	

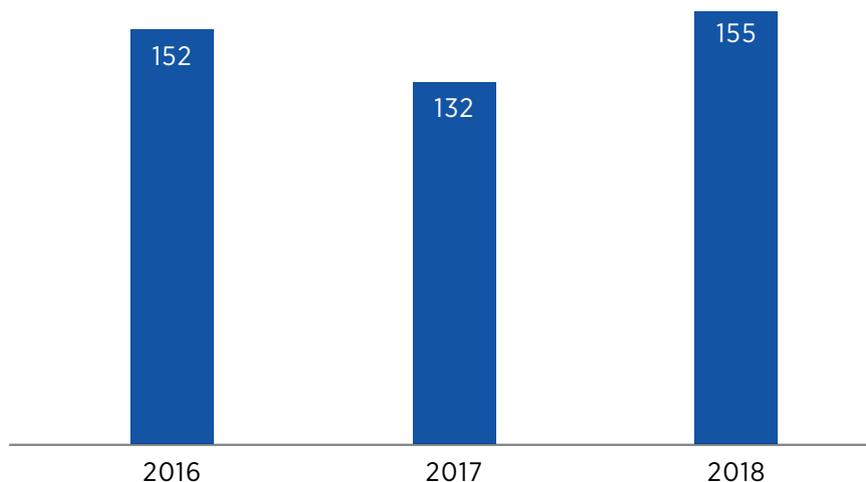
Personale Totale impegnato nelle strutture



Composizione del personale per età, Anno 2018



Personale che ha visto trasformare a tempo indeterminato il proprio contratto



Una delle prerogative delle strutture AIOF è quella di stimolare ed accrescere la formazione professionale del proprio personale

Le case di cura si impegnano anche a garantire un ambiente di lavoro sicuro per i propri lavoratori

Nel 2018 sono state erogate un totale di quasi 69.000 ore di formazione, andate a beneficio di circa 5.800 addetti (il 72,2% del totale).

AIOF 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.

AIOF collabora anche con Scuole ed Università, per le quali accoglie e forma stagisti, che nel 2018 sono stati 310, più del 60% degli oltre 500 tirocinanti che hanno lavorato presso le strutture.

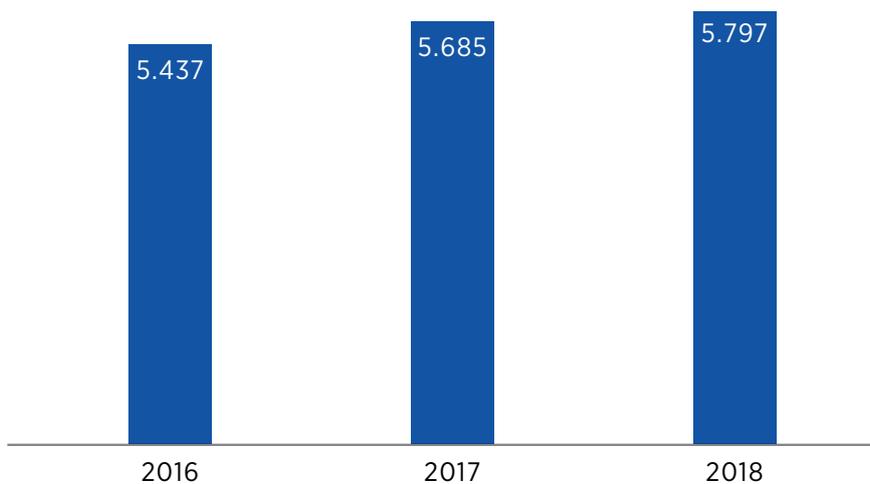
Il numero di infortuni nel 2018 è stato pari a 248, in calo rispetto agli anni precedenti. Si è dunque contratto l'indice di frequenza degli infortuni in base al numero di ore lavorate dal personale, ma a questo è corrisposto un incremento del numero di giornate di assenza che ha spinto al rialzo l'indice di gravità. In sintesi, il 2018 ha visto meno infortuni sul posto di lavoro ma con assenze più prolungate.

ECM [Educazione Continua in Medicina]

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

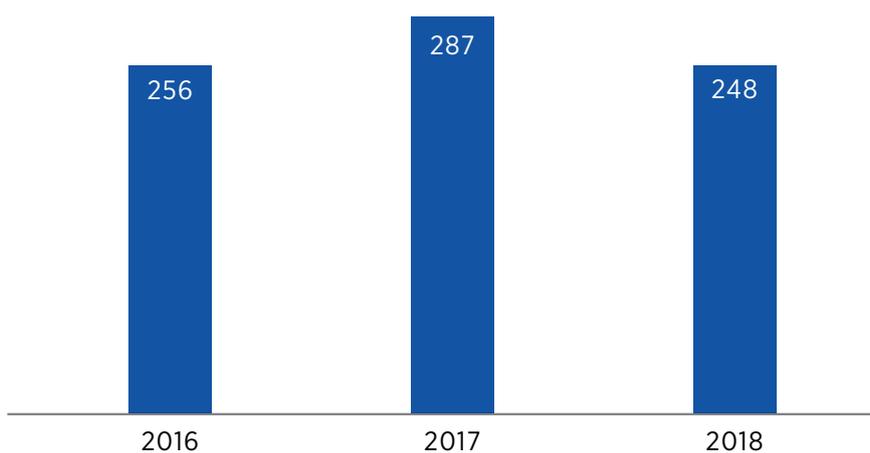
La formazione comprende l'acquisizione di nuove conoscenze tecniche e di un approccio adeguato a rapportarsi al luogo di lavoro. I professionisti sono quindi tenuti a mettere in pratica le nuove competenze al fine di offrire un'assistenza sanitaria qualitativamente utile. Il programma nazionale di ECM è stato istituito nel 2002 (in base al DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999) e ha rappresentato un forte messaggio per il mondo della sanità, prevedendo l'obbligo di formazione continua e diverse novità volte a modernizzare, monitorare e personalizzare lo sviluppo professionale degli operatori medici e le competenze individuali di ognuno.

Personale che ha beneficiato di corsi di formazione



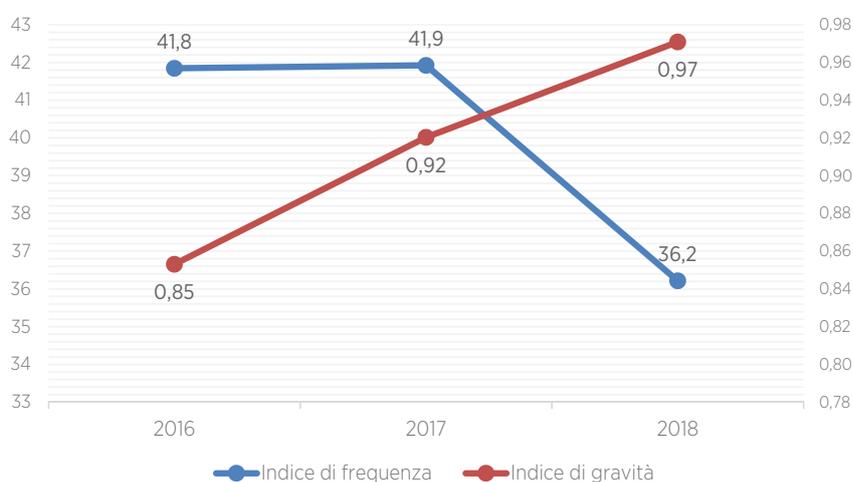
504
-
tirocinanti nel
2018

N. infortuni 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.

Indici di sicurezza sul lavoro



AMBIENTE E COMUNITÀ



16,3 mln €
spesa ambientale

+1,6%
variazione della spesa
ambientale

50%
interventi per migliorare la raccolta
dei rifiuti

20,5%
interventi per migliorare la
componente gas/metano

40,9%
interventi per migliorare l'efficienza
energetica

45,5%
pianifica ulteriori interventi
migliorativi

356 mila €
a sostegno di iniziative per la
comunità

37,9%
per attività culturali e associative

Le strutture ospedaliere associate ad AIOPE-R persistono nel progettare interventi e azioni per limitare il proprio impatto ambientale e garantirsi una migliore sostenibilità energetica. 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 2018, la spesa ambientale complessiva dell'aggregato di strutture è stata di 16,3 Milioni di Euro, in aumento dell'1,6% rispetto al 2017, per lo più a seguito di un maggiore utilizzo di energia gas/metano (+19,9% per oltre 600mila euro). Le altre voci mantengono livelli piuttosto stabili o in leggera contrazione; la componente più significativa in termini di costo rimane il consumo di energia elettrica che incide per il 49,2% sul totale.

È su quest'ultima componente che le strutture continuano a concentrare 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).

Percentuale di strutture che hanno adottato interventi per il contenimento delle spese ambientali - Anno 2018

Ambito	Strutture che hanno adottato interventi
	50%
	18,2%
	40,9%
	20,5%
ALTRO	11,4%

Per quanto riguarda l'utilizzo di gas e/o metano, diversi ospedali continuano ad installare generatori ad alto rendimento, termovalvole, sistemi di teleriscaldamento o pannelli fotovoltaici. È interessante notare come una delle strutture AIOPE 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, vengono installate pompe ad alta efficienza, si inseriscono riduttori di flusso.

All'incirca la metà delle case di cura AIOPE-R 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)

	2017	2018	Var. 2018/2017
Raccolta e smaltimento rifiuti sanitari	1.930,5	1.939,8	0,5%
Raccolta e smaltimento rifiuti non sanitari	632,2	567,4	-10,2%
Acqua	1.988,6	1.914,1	-3,7%
Energia elettrica	8.268,6	8.022,5	-3,0%
Gas/metano	3.106,1	3.723,9	19,9%
Altro	130,0	139,0	6,9%
TOTALE	16.056,1	16.306,7	1,6%

Molte strutture AIOF hanno continuato nel 2018 a supportare iniziative di matrice filantropica a sostegno delle comunità locali, erogando finanziamenti per un importo complessivo pari a circa 356mila euro. A differenza degli anni precedenti è aumentata la quota investita in promozione di attività legate allo sport (41,8%) a cui seguono sponsorizzazioni

a favore di attività culturali e associative (37,9% dell'ammontare totale), e donazioni a comunità religiose (20,3%). Il 52,3% delle strutture AIOF prevede di continuare nel supporto ad attività già in essere.

Le strutture AIOF E-R sostengono il territorio locale attraverso varie iniziative per promuovere conoscenza, socialità, cultura

Iniziativa a sostegno della comunità locale (Valori in Migliaia di euro) - Anno 2018

Tipologia di iniziativa	Ammontare	Quota %
Promozione di attività culturali	135,1	37,9%
Promozione allo sport	149	41,8%
Donazioni per finalità religiose	72,4	20,3%
TOTALE	356,5	100,0%

PERFORMANCE E VALORE AGGIUNTO



40,9 mln €
totale investimenti

92,2%

investimenti per migliorie
strutturali e strumentali

1.084 mln €
attivo patrimoniale

356 mln €
patrimonio netto

758,7 mln €
valore della produzione

502,3 mln €
valore aggiunto totale

40,9 mln €
tasse e imposte

387,7 mln €
valore aggiunto risorse umane

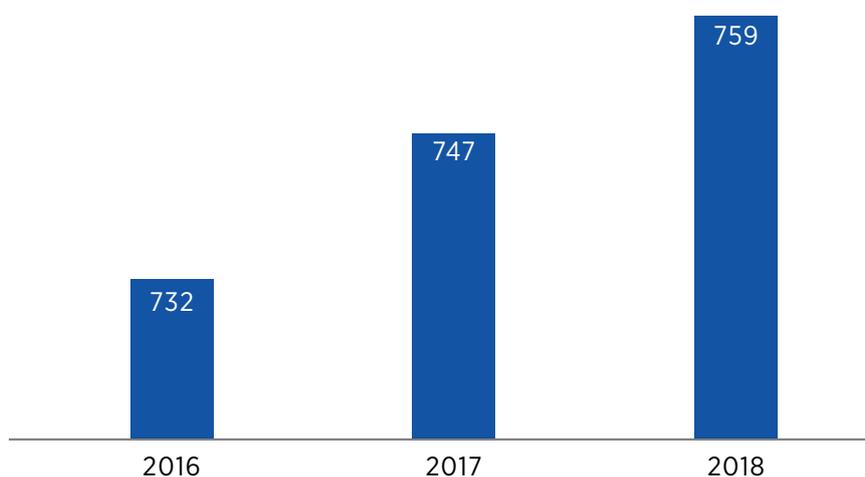
Performance economica e investimenti

Il comparto sanitario privato associato ad AIOIP si contraddistingue per una gestione non solo efficace in termini di qualità dell'offerta di servizi sanitari ma anche efficiente sotto il profilo economico.

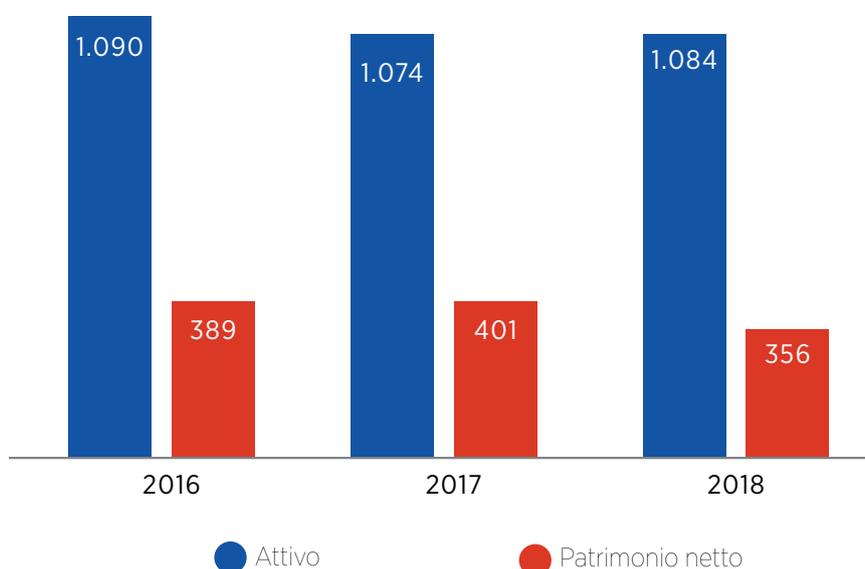
Le strutture AIOIP evidenziano complessivamente un valore della produzione pari a 758,7 milioni di euro nel 2018, in leggero aumento rispetto al 2017 (+1,6%). Grandissima parte delle prestazioni e dei servizi di cura offerti, lo ricordiamo, sono

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. Il livello di patrimonializzazione si attesta, a livello aggregato, su valori vicini al 32,8% nel 2018, in calo rispetto ai due anni precedenti.

Valore della produzione (Milioni di euro)



Attivo e patrimonializzazione aggregata delle strutture (Milioni di euro)

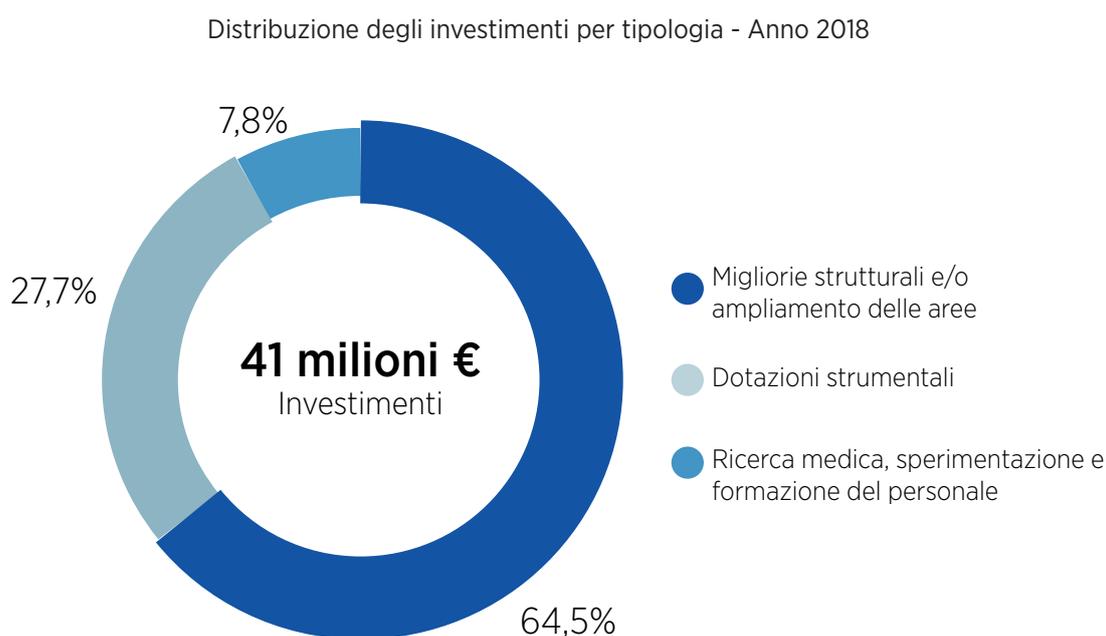
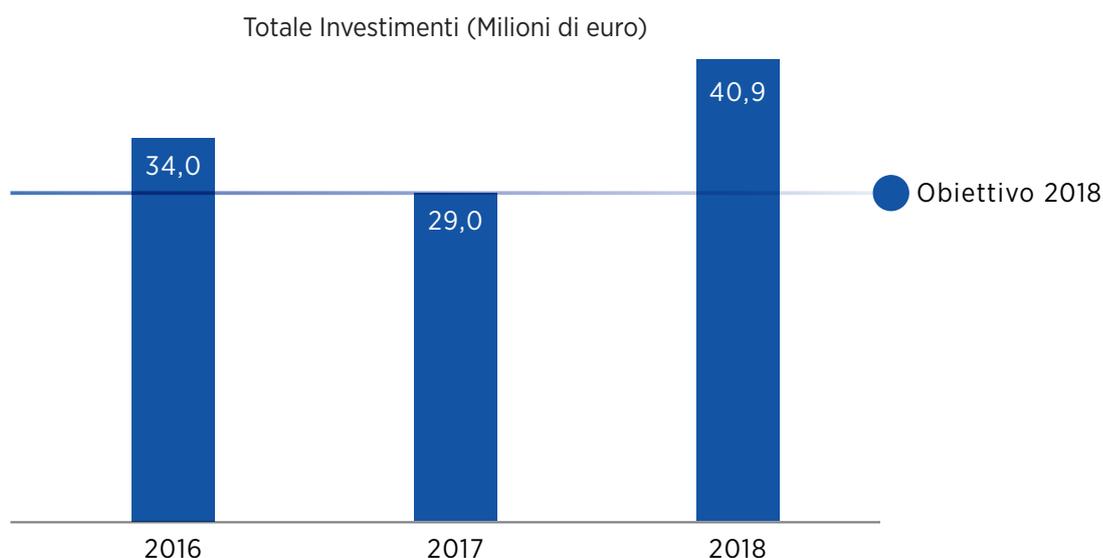


Molte strutture AIOF sono riconosciute per particolari standard di eccellenza e buone pratiche, rese possibili dal flusso di investimenti che periodicamente vengono realizzati.

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.

Nel 2018 gli investimenti complessivi delle case di cura AIOF in regione hanno superato i 40 milioni di euro, battendo ampiamente l'obiettivo prefissato un anno prima di circa 30 milioni di euro



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)

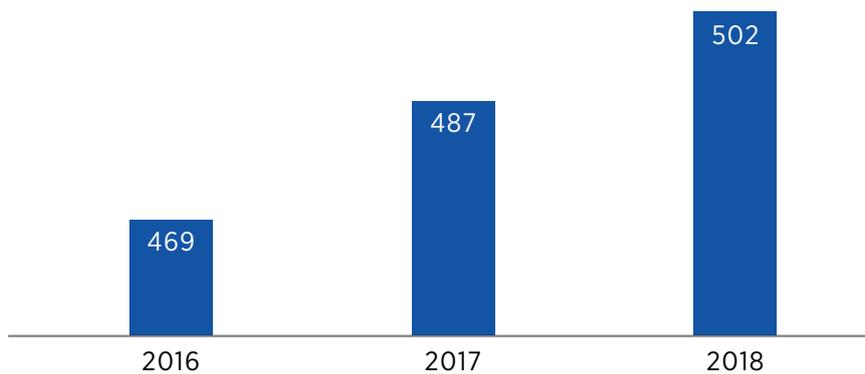
	2017	2018
A. RISORSE UMANE	374,5	387,7
Dipendenti (con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato)	179,2	183,4
Consulenti, Collaboratori e Liberi Professionisti (Organi sociali, tecnici, medici, infermieri)	195,3	204,3
B. AZIONISTI	13,0	12,4
Dividendi distribuiti sull'utile d'esercizio	13,0	12,4
C. FINANZIATORI A TITOLO DI CAPITALE CREDITO	4,5	10,1
Oneri per capitali a breve termine	2,4	8,2
Oneri per capitali a lungo termine	2,1	1,9
D. PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	40,1	40,9
Tasse e Imposte Locali	6,7	6,0
Tasse e imposte Statali	36,7	34,9
Contributi e/o finanziamenti pubblici ricevuti	0,3	0,1
E. AZIENDA	51,3	50,0
Ammortamenti	34,5	36,6
Accantonamenti a Riserva	16,9	13,4
F. COLLETTIVITA'	1,1	1,2
Liberalità e/o sponsorizzazioni	1,1	1,2
TOTALE VALORE AGGIUNTO GLOBALE LORDO	487,4	502,3

Per quanto riguarda la distribuzione del valore aggiunto generato, 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 77,2% pari a 387,7 milioni di euro. Una buona parte di valore aggiunto “rimane” nelle strutture (50 milioni di euro, il 10%) mentre un'altra parte significativa va a remunerare la Pubblica Amministrazione

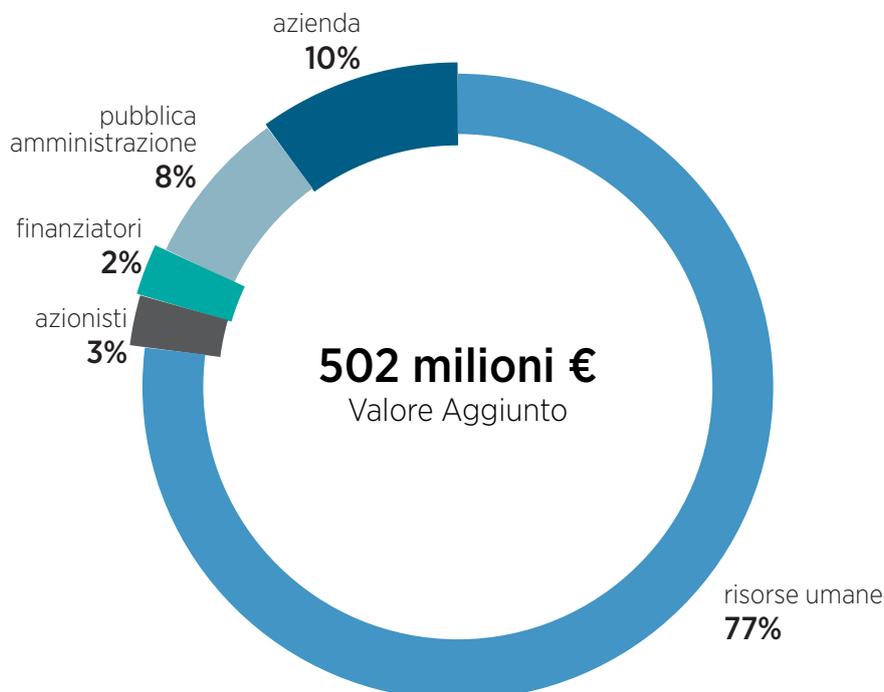
per mezzo del pagamento di tasse e imposte locali e statali (40,9 milioni di euro circa, l'8,1%). La leva del credito risulta maggiormente attivata rispetto agli anni precedenti: gli istituti di credito partecipano per il 2% alla composizione del valore aggiunto, mentre gli azionisti ricevono complessivamente sotto forma di dividendi distribuiti circa 12,4 milioni di euro, il 2,5% del totale generato.

Nel 2018 il valore aggiunto totalizzato dalle strutture AIOP E-R è stato pari a oltre 500 milioni di euro, in crescita del 3% rispetto al 2017

Andamento del Valore Aggiunto Globale Lordo (Milioni di euro)



Distribuzione del Valore Aggiunto Globale Lordo – Anno 2018



Quota di Valore Aggiunto destinato alle risorse umane (%)



RICADUTE ECONOMICHE



278,7 mln €

totale acquisti da fornitori

65,8%

acquisti da fornitori in Emilia-Romagna

17

strutture con incidenza >50% di piccole imprese su totale fornitori

31

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

1,2 mld €

impatto economico complessivo

814 mln €

impatto economico settore sanitario

748

indotto occupazionale

+9,3%

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

Molte strutture hanno rapporti di collaborazione consolidati con i propri fornitori, con cui si viene a instaurare un legame di fiducia e reciproca crescita

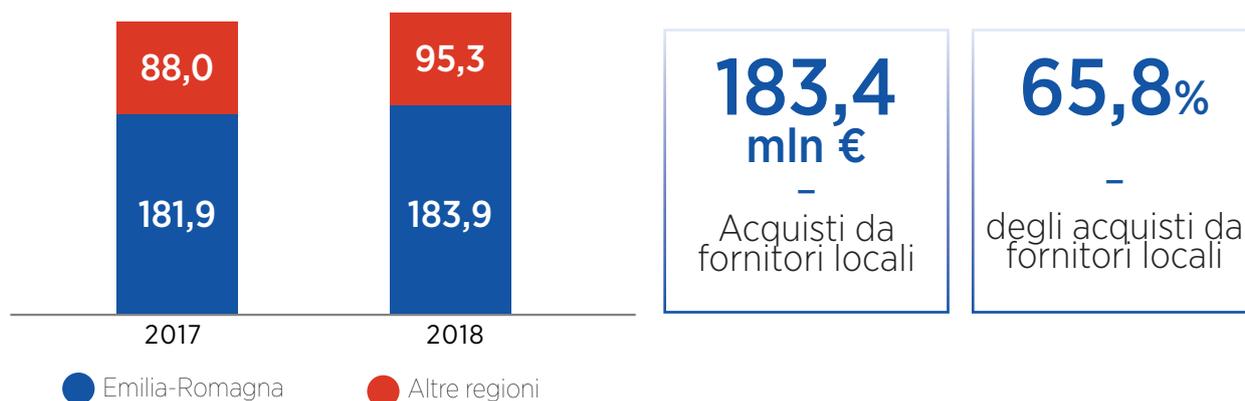
Ciò risulta evidente, ad esempio, prendendo in considerazione la dinamica degli acquisti di beni e servizi da imprese fornitrici. Il comparto privato rappresentato da AIOF vede il totale complessivo di acquisti da fornitori in costante crescita negli ultimi anni: si è passati, infatti, dai circa 270 milioni di euro del 2017 ai 279 del 2018.

La maggioranza degli acquisti continua a ricadere prevalentemente su fornitori localizzati in Emilia-Romagna (65,8% degli acquisti, per un totale pari a 183,4 milioni di euro), con un'incidenza leggermente inferiore rispetto al 2017, quando gli acquisti "locali" arrivavano a 181,9 milioni di euro (il 67,4% del totale).

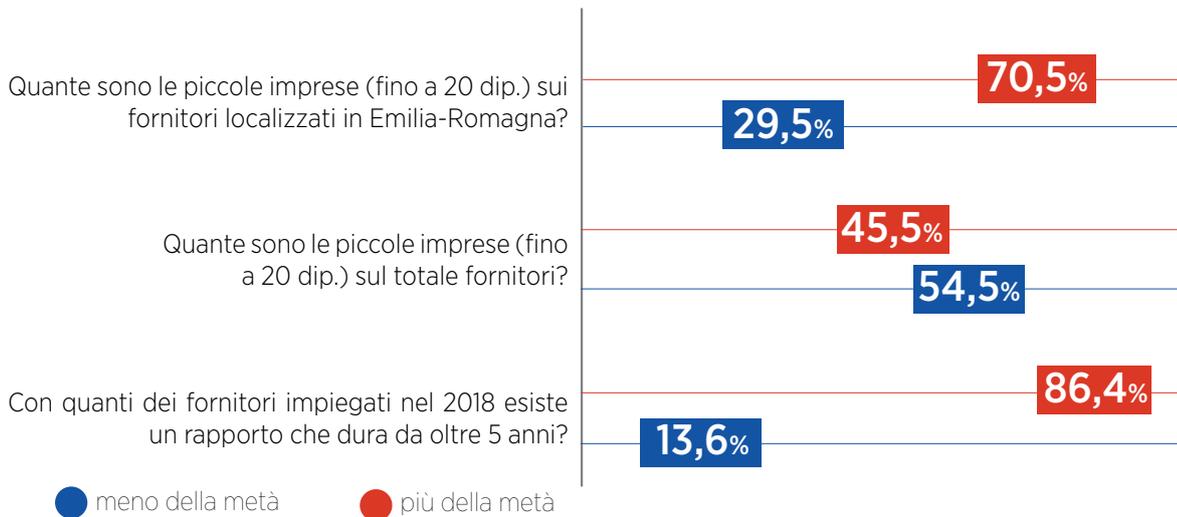
Ammontare acquisti per beni e servizi da fornitori per tipologia (Milioni di euro)

	2017		2018	
	Emilia Romagna	Altro	Emilia Romagna	Altro
Beni o servizi sanitari	105,1	45,7	109,9	55,7
Beni o servizi non sanitari	76,8	42,3	73,5	39,6
SUBTOTALE	181,9	88,0	183,4	95,3
TOTALE	269,9		278,7	

Totale Acquisti da fornitori localizzati in Emilia-Romagna e fuori regione (Milioni di euro)



Indagine tra le strutture sanitarie su legame e tipologia di fornitori, anno 2018



Indotto occupazionale

I forti legami commerciali con molte imprese del territorio supportano naturalmente la creazione di lavoro presso le stesse, oltre che una loro crescita in termini economici: oltre all'occupazione che direttamente viene creata dalle strutture (medici, infermieri, operatori socio-sanitari, tecnici, personale amministrativo) è possibile individuare un indotto occupazionale di differenti categorie di addetti che, pur non essendo direttamente contrattualizzati dalle strutture sanitarie, prestano il loro servizio in maniera continuativa presso le sedi degli ospedali. Molte attività quali lavanderia, cucina, pulizia, manutenzione, sorveglianza (per citarne alcune) vengono realizzate da ditte fornitrici esterne che impiegano un personale dedicato per svolgere le mansioni richieste. Questo aggregato esprime un **impatto occupazione di 748 unità nel 2018**, su livelli pressoché stabili rispetto

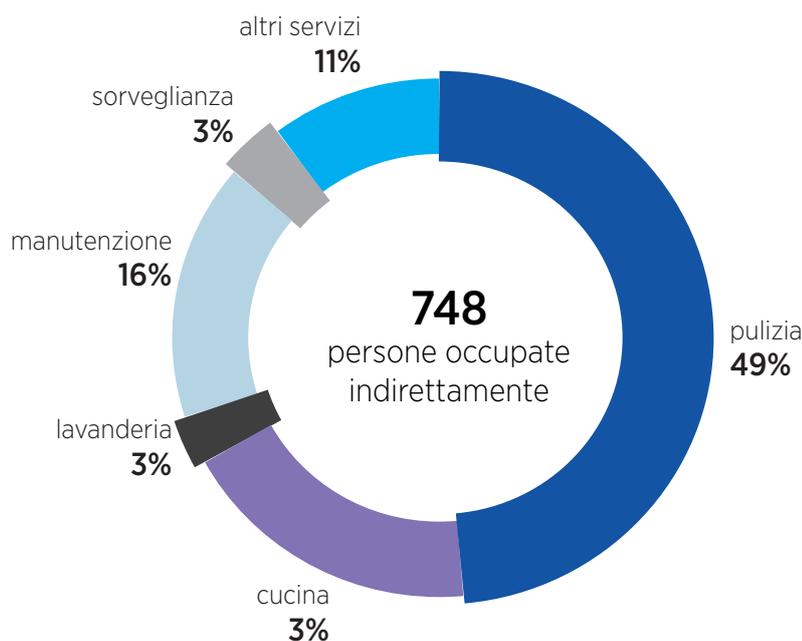
al 2017. La crescita segue l'aumento dell'occupazione diretta: rapportando questi numeri agli oltre 8mila addetti direttamente attivati dalle strutture emerge **una capacità moltiplicativa delle ricadute occupazionali in termini di indotto diretto del 9,3%**.

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.

Nel 2018 l'indotto occupazionale dell'ospitalità privata è stato di 748 addetti per un effetto moltiplicatore dell'occupazione diretta pari al 9,3%

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





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 sviluppo 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 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.

ULTIMA AREA DI FILIERA

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 CORE

Erogatori di prestazioni di carattere prettamente sanitario e socio-sanitario (prevenzione, acuzie, riabilitazione, gestione delle cronicità, sia nel territorio che in ospedale, sicurezza sul luogo di lavoro, etc.)

INDOTTO DIRETTO

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 758,7 milioni di euro nel 2018. Si tratta di risorse in grandissima parte stanziata 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 1,2 miliardi di euro (output) nel 2018, per un effetto moltiplicativo delle attività pari a 1,57. In altre parole, ogni 1000 euro di risorse stanziata 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 2018 si attesta a 814 milioni di euro - resta all'interno del settore sanitario stesso. La restante parte

si riversa su diverse aree di indotto: circa 133,7 milioni del valore totale generato ricadono sul settore manifatturiero; 93,4 milioni sulle attività professionali, di ricerca e servizi alle imprese; 41,4 milioni sul commercio, 31 milioni su trasporti e comunicazioni e 11,2 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 46% delle strutture AIOP possiede convenzioni con alberghi; il 20,5% ne ha con ristoranti e il 13,6% ha convenzioni con commercianti di altri beni e servizi. Ciò, ancora una volta, a dimostrazione del legame e del supporto al tessuto economico locale.

L'ospedalità privata ha generato un impatto economico pari a 1,2 miliardi di euro nel 2018

L'investimento in sanità promuove e sostiene le attività economiche e produttive locali



45,5%

delle strutture hanno convenzioni con alberghi



20,5%

delle strutture hanno convenzioni con ristoranti



13,6%

delle strutture hanno convenzioni con esercizi commerciali

Le ricadute socio-economiche dell'ospedalità privata AIOP E-R

Risorse investite
758,7 milioni €

AREA CORE
Sanità e servizi sociali
814 milioni €



INDOTTO DIRETTO e di FILIERA

€ 133,7 mln Industria
Manifatturiera

€ 93,4 mln Attività professionali
e altri servizi alle imprese

€ 41,4 mln Commercio

€ 31 mln Trasporti e
comunicazioni

€ 11,2 mln Alberghi e ristoranti

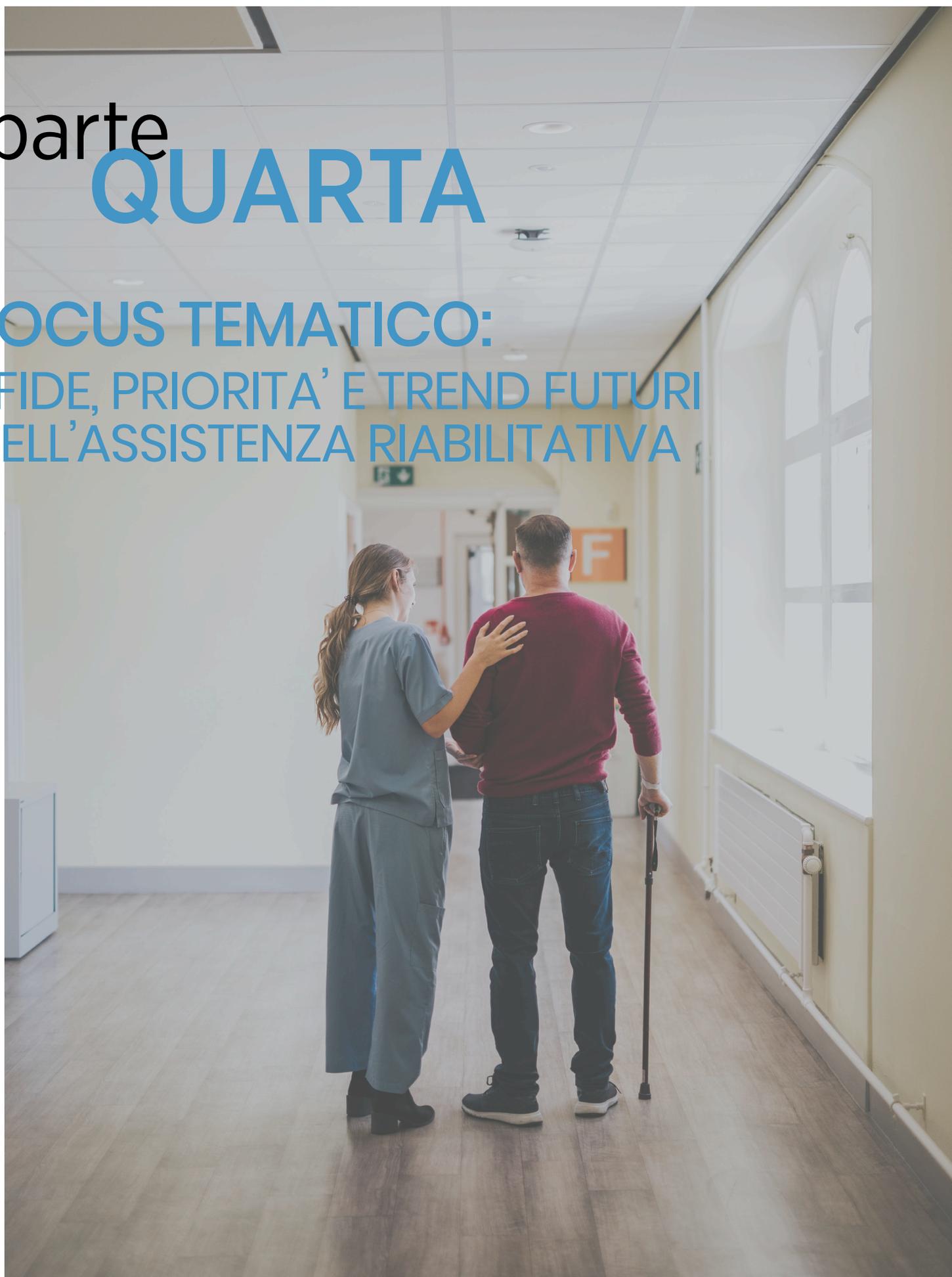
Effetto complessivo sull'economia

1,2 miliardi €



parte QUARTA

FOCUS TEMATICO: SFIDE, PRIORITA' E TREND FUTURI DELL'ASSISTENZA RIABILITATIVA



IL FRAMEWORK NORMATIVO E LE LINEE DI INDIRIZZO IN FASE DI DISCUSSIONE

La riabilitazione, assieme alla prevenzione ed alla cura, è definibile come il terzo pilastro del sistema sanitario per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini.

Le principali linee guida nazionali di indirizzo del settore, del 1998 e del 2011, definiscono la riabilitazione come: “Un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione.”

Lo Stato e le Regioni hanno iniziato a **disciplinare l'organizzazione del sistema riabilitativo nel 1998 con le prime Linee Guida sulla Riabilitazione** (approvate con l'Accordo Stato-Regioni del 7 maggio 1998, riportate sulla G.U. n. 124 del 30 maggio 1998), attraverso la definizione di una strategia riabilitativa che aveva quali “punti fondamentali”:

- la presa in carico individuale;
- la valutazione multidimensionale;
- l'elaborazione di un progetto riabilitativo;
- l'esecuzione di dettagliati programmi di intervento.

In particolare, le Linee guida sulla riabilitazione distinguono il settore attraverso due ambiti di intervento:

1. attività sanitarie di riabilitazione: che comprendono interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a superare, contenere o minimizzare la disabilità e la limitazione delle attività (muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare, lavorare, etc.);
2. attività di riabilitazione sociale: che riguardano azioni ed interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale

con la minor restrizione delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di handicap.

Le stesse linee guida sottolineano come sia necessario portare il sistema ad una sempre maggiore integrazione tra i due momenti, con la connessione dei programmi di intervento sanitario, finalizzati ad attivare tutte le risorse potenziali in termini di salute dell'individuo, con gli interventi sociali orientati ad attivare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità di tipo sociale ed ambientale.

Nel 2011 la Conferenza Stato-Regioni, al fine di alimentare lo sforzo al miglioramento ed alla progettualità dei vari sistemi riabilitativi sviluppati dalle diverse Regioni italiane ed offrire ai cittadini maggiore omogeneità di prestazioni, accuratezza e appropriatezza delle stesse, anche in un quadro di rigore finanziario, **ha approvato il Piano di Indirizzo per la riabilitazione** (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, Rep. Atti n. 30/CSR) che afferma i seguenti principi:

- adozione del **modello bio-psico-sociale** indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, con l'ICF per la valutazione delle condizioni della persona da riabilitare;
- a. scopo della riabilitazione come “**guadagno di salute**” che si raggiunge rendendo sinergici i “percorsi riabilitativi” anche con componenti
- b. non sanitarie del processo riabilitativo;
- interdisciplinarietà dell'approccio riabilitativo** con l'apporto di diverse professionalità. In particolare, il Team è composto da professionisti con specifiche funzioni e competenze in base al percorso formativo:
- c.
 - › **professionisti della riabilitazione**, quali il medico specialista in riabilitazione e i professionisti sanitari non medici identificati nel d.m. 29 marzo 2001;
 - › **personale con specifica formazione**

riabilitativa in ambito socio-sanitario-assistenziale.

Per la realizzazione di tali orientamenti generali, il Piano individua strumenti e metodi, tra cui:

- la definizione di un Progetto riabilitativo individuale (PRI), che indica la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari attraverso l'applicazione dei parametri di menomazione, limitazione delle attività e restrizione della partecipazione elencati nella *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF);
- la definizione di un percorso riabilitativo unico, all'interno della rete riabilitativa integrata, che individua il setting più appropriato e prevede l'utilizzo di adeguati strumenti di valutazione per monitorare le fasi di passaggio tra i diversi setting riabilitativi;
- la definizione di specifici Programmi riabilitativi nelle diverse aree di intervento da parte della strutturaserivizio che ha preso in carico il paziente;
- l'implementazione ed omogeneizzazione delle procedure di accreditamento delle strutture e dei servizi della riabilitazione per rendere trasparenti e verificabili competenze, dotazioni e capacità operative, in funzione della creazione della Rete e della fattibilità del percorso riabilitativo unico.

Dal punto di vista economico, si registra una **pluralità di tariffazioni** diverse talvolta anche all'interno della stessa regione, ancor più nella riabilitazione territoriale. Questo rende necessaria una corretta ed omogenea codifica delle attività riabilitative ospedaliere attribuibili ai codici 56, 60 (impropriamente), 75 e 28, così come nella classificazione dei trattamenti riabilitativi territoriali in termini di contenuti e di risorse impiegate.

La regione Emilia - Romagna a partire dal 1996, anno di introduzione in Italia del sistema a DRG, ha ricalcato il sistema delle tariffe nazionali che per alcuni settori (lungodegenza medica, psichiatria, e appunto riabilitazione) non ha ritenuto opportuno adottare il sistema a caso trattato, ma proseguire attraverso il precedente modello convenzionale, basato sulle remunerazioni a giornata di degenza.

Le **tariffe** sono raggruppate per MCD (categorie di diagnosi maggiori) sia nei codici 56 (riabilitazione sub intensiva e intensiva) che nei codici 28 e 75 (alta specializzazione) e sono differenziate per la porzione di organo interessata dal caso acuto debilitante (neurologico, ortopedico, cardiaco e circolatorio, pneumologico, altri); è inoltre previsto un abbattimento oltre una determinata soglia di giorni di ricovero.

LA CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ RIABILITATIVE

Secondo quanto previsto dalle Linee guida del 1998 e dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011, l'attività riabilitativa può essere classificata secondo:

- a. Il livello di intensità:
 - › riabilitazione intensiva;
 - › riabilitazione intensiva ad alta specializzazione;
 - › riabilitazione estensiva;
 - › socio-riabilitazione di lunga durata.
- b. Il regime di erogazione:
 - › assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (day hospital);
 - › assistenza specialistica ambulatoriale/day service presso ambulatori di medicina fisica e riabilitazione;
 - › assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale;

- c. La fase dell'intervento
 - › fase immediatamente successiva all'esordio della patologia disabilitante;
 - › fase di completamento del processo di recupero;
 - › fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità.

In generale, il maggior bisogno di interventi riabilitativi a carattere intensivo si osserva nella fase di post-acuzie immediatamente successiva ad un evento disabilitante (evento indice), mentre nelle fasi successive è più frequente la necessità di interventi di tipo estensivo, caratterizzati da un minore impegno di risorse in un arco temporale maggiore.

Vi sono anche condizioni che sfuggono a questa

suddivisione, richiedendo minore intensità riabilitativa, nonché minore consumo di risorse già nella fase di immediata post-acuzie. Ad esempio, in una persona anziana con esiti di frattura di femore e limitata potenzialità di recupero, può essere appropriato un intervento di riabilitazione estensiva per una stabilizzazione clinica e un recupero parziale di autonomia, seguito dalla dimissione e dall'eventuale presa in carico da parte dei servizi territoriali.

Anche l'associazione tra la riabilitazione intensiva e il regime di ricovero ospedaliero (e parallelamente, la riabilitazione estensiva e il regime territoriale) è un'associazione spesso fallace.

Come si vedrà, la scelta del regime ospedaliero o territoriale dipende sostanzialmente dalle condizioni cliniche generali del paziente e dal bisogno di un elevato impegno valutativo e/o terapeutico che richiede una sorveglianza medico-infermieristica h24.

BOZZA DI PROVVEDIMENTO DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI

“LINEE DI INDIRIZZO PER L'INDIVIDUAZIONE DI PERCORSI APPROPRIATI NELLA RETE DI RIABILITAZIONE”

Il 4 luglio scorso, il Ministero della Salute ha trasmesso alla Conferenza delle Regioni lo schema di decreto che attiene le **“Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione”**.

Il suddetto documento era stato presentato, a novembre 2018, al tavolo ministeriale insieme alla bozza dello schema di decreto sui “Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera”.

Il Documento in oggetto – ancora, comunque, in fase di “proposta di accordo” - contiene uno schema, elaborato dal Ministero della Salute e indirizzato alle Regioni, rispetto al quale è necessario il parere tecnico positivo di **regolamentazione uniforme dei percorsi di riabilitazione nelle diverse Regioni**.

Lo Schema di accordo rileva, in premessa, l'applicazione disomogenea, da parte delle singole Regioni, delle Linee Guida sulla Riabilitazione e del Piano di Indirizzo sulla Riabilitazione, approvate rispettivamente nel 1998 e nel 2010 in sede di Conferenza delle Regioni.

Il documento prende atto che l'applicazione non uniforme di queste norme ha determinato un quadro disarticolato e frammentato nel territorio nazionale della disciplina dei percorsi di riabilitazione.

Lo Schema di accordo ha quindi l'obiettivo di omogeneizzare il comportamento delle Regioni, fissando dei criteri comuni per garantire una gestione omogenea dei percorsi di riabilitazione a garanzia della continuità assistenziale.

Gli ulteriori elementi di rilievo dello schema di decreto in oggetto sono:

- la classificazione delle attività riabilitative in maniera uniforme, in base a Livello di intensità, Regime di erogazione, Fase di intervento;
- l'identificazione delle attività in base ad una codificazione omogenea, ICD9 in sede ospedaliera, DRG e MDC per gli aspetti remunerativi. Il documento, inoltre, auspica che si arrivi ad una classificazione e remunerazione per “patologia”, superando il sistema attuale basato sui “setting” assistenziali;
- la proposta di rendere omogenee le modalità di accesso e utilizzo dei posti letto ospedalieri per la riabilitazione intensiva (cod. 56), intensiva ad alta specializzazione (cod.28 e 75) ed estensiva;
- la predisposizione di PDTA uniformi nelle varie Regioni con l'obiettivo dell'efficientamento e dell'armonizzazione della partecipazione di tutti i soggetti – dal medico specialista agli erogatori di servizi socioassistenziali – nella gestione delle linee di riabilitazione;
- l'identificazione del criterio della “necessità clinica di sorveglianza medico infermieristica h24” come condizione minima per il ricovero ospedaliero in riabilitazione.

Infine, lo Schema di Accordo dedica dei paragrafi specifici alla gestione uniforme della degenza in riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, del day-hospital riabilitativo, della riabilitazione territoriale, e della riabilitazione in età evolutiva.

Di seguito si riportano alcuni criteri stabiliti dalla bozza in ordine agli aspetti più rilevanti dei percorsi di **riabilitazione intensiva a maggiore o minore complessità (cod. 56a e cod. 56b) ed attività estensiva (cod. 56c), esclusa l'attività riabilitativa**

di alta specializzazione, che disciplinano **i requisiti per l'accesso appropriato**.

Il primo requisito che risulta imprescindibile per un ricovero ordinario appropriato in riabilitazione è la necessità clinica di sorveglianza medico-infermieristica h24; ove non sia necessaria tale sorveglianza il ricovero risulta inappropriato. Si sottolinea, inoltre, che la “stabilizzazione delle funzioni internistiche” e gli interventi necessari a mettere la persona in condizione di essere gestita in sicurezza in ambienti extra-ospedalieri, rappresenta il primo obiettivo delle attività di riabilitazione ospedaliera. Seppur remunerato a giornata di degenza, anche il ricovero ordinario riabilitativo si configura quale insieme di atti medico-assistenziali volti ad assicurare un intervento terapeutico riabilitativo organico ed appropriato, rivolto all'assistenza di soggetti che, presentando patologie/problemi acuti di varia gravità, possono necessitare di terapie e/o specifici controlli clinici e strumentali, anche nell'arco delle 24 ore, nonché l'immediata accessibilità alle prestazioni cliniche, strumentali e tecnologiche.

Perché sia garantito l'accesso appropriato ai ricoveri in unità operative di riabilitazione intensiva ed estensiva ospedaliera è indispensabile che siano osservabili i seguenti requisiti generali, correlati alle condizioni del paziente, come già previsto nelle precedenti linee guida nazionali:

- Le **condizioni cliniche e le comorbidità mediche e/o chirurgiche** del paziente devono essere compatibili con l'erogazione dei trattamenti riabilitativi (criterio riscontrabile attraverso analisi della cartella clinica e in particolare dal PRI – piano riabilitativo individuale). Se, nel corso di un ricovero in riabilitazione intensiva, l'evolversi delle condizioni cliniche o delle comorbidità del paziente rendono inappropriata o non indicata l'esecuzione di un trattamento intensivo, il paziente è trasferito a un livello di intensità inferiore, previo aggiornamento della documentazione clinica e annotazione sulla cartella clinica e comunicazione alla ASL.
- Sia praticato un processo valutativo delle **condizioni clinico-funzionali del paziente sia precedenti all'evento indice, sia al momento della presa in carico** attraverso strumenti validati, per verificare la severità del quadro clinico, il potenziale di modificabilità e di recupero delle diverse funzioni (motorie, cognitive, comportamentali) e predisposto un adeguato

progetto riabilitativo individualizzato (presente nella cartella clinica e realizzato entro le 72 ore dall'accoglimento). La valutazione dei risultati ottenuti deve essere eseguita prima (72 ore) della dimissione.

In riferimento alle normative nazionali vigenti (Linee Guida e Piano di Indirizzo) nell'ambito degli interventi ospedalieri di riabilitazione si devono individuare almeno tre livelli di intensità assistenziale (questa rappresenta la vera novità) in relazione al momento dello sviluppo della disabilità, all'intensità ed alla complessità delle attività sanitarie di riabilitazione, nonché alla quantità e qualità di risorse assorbite e precisamente:

- **Attività ospedaliera di riabilitazione intensiva** (identificata oggi dal cod. 56), che si caratterizza per interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa per il recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno valutativo e/o terapeutico e una sorveglianza medico-infermieristica h24. Gli interventi devono essere di norma di tre ore giornaliere, 6 giorni su 7, e comunque di almeno 18 ore settimanali, ferma restando la possibilità, in via eccezionale e per particolari, documentate, condizioni cliniche del paziente, di sospendere o ridurre la durata del trattamento riabilitativo, sostituendolo con altre attività di natura clinico assistenziale comunque riportate nella documentazione clinica (ad es. nursing riabilitativo, mobilitazioni, stimolazioni, addestramento del caregiver, ecc.).

L'intervento si svolge in un rapporto tra paziente e professionista della riabilitazione preferibilmente di 1 a 1 e comunque in coerenza con il Progetto riabilitativo individuale ed i relativi programmi d'intervento rieducativo. L'assistente sociale, lo psicologo ed altri operatori sanitari possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto.

All'interno di questo livello di intensità riabilitativa, si possono individuare due sottolivelli in base alla complessità della patologia disabilitante e delle problematiche concomitanti, caratterizzati da un diverso fabbisogno di assistenza medica (per osservazione e monitoraggio, adattamento della terapia, complessità di elaborazione e gestione PRI, consulenze, ecc.), di assistenza infermieristica (registrazione parametri, prelievi per esami, gestione di sonde e cateteri, somministrazione farmaci, ecc.), di assistenza riabilitativa (necessità di supervisione diretta e individuale, impegno

educativo/informativo), da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, ecc., nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto. Tali sotto-livelli potrebbero essere identificati con codici diversi, derivati dal cod. 56, che identificano la riabilitazione intensiva a maggiore complessità (56a) e quella a minore intensità (56b).

Ulteriori indicazioni per l'accesso appropriato alla riabilitazione intensiva sono:

- › Il paziente presenta, all'ingresso, significativa restrizione dell'attività (punteggio Barthel Index BI \leq 60) o altre scale validate equivalenti, riconosciute a livello internazionale) nell'ambito del MDC 1 (Malattie e disturbi del sistema nervoso) e MDC 8 (Malattie e disturbi dell'apparato muscolo scheletrico) (criterio riscontrabile attraverso analisi della cartella clinica) dovuta all'evento acuto in corso e non a condizioni disabilitanti pre-morbose (Barthel Index anamnestic); anche per gli altri MDC la significativa restrizione dell'attività deve essere documentata attraverso scale di valutazione validate. E' auspicabile la progressiva introduzione di nuovi sistemi di valutazione della disabilità e della sua modificabilità collegati a ICF, già validati scientificamente, che si integrano funzionalmente con il PRI.
- › L'accesso a tali aree di degenza deve avvenire a seguito di evento acuto che ha determinato un ricovero ospedaliero. Una deroga a questo principio è accettata per un massimo del **15%** dei ricoveri totali, in relazione alla riacutizzazione della disabilità/patologia a domicilio o per situazioni acute e disabilitanti che non necessitano di un ricovero in reparto clinico ma possono essere appropriatamente prese in carico dal reparto ospedaliero di riabilitazione, documentate nel PRI. Le regioni disciplinano le modalità di accesso del paziente dal domicilio alla struttura di riabilitazione.

• **Attività ospedaliera di riabilitazione estensiva**, che si caratterizza per interventi multiprofessionali a specifica valenza riabilitativa per pazienti con disabilità, con potenzialità di recupero funzionale, che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo ma che richiedono di essere ospedalizzati in quanto presentano una condizione di instabilità clinica e richiedono una sorveglianza medico-infermieristica h24. Gli interventi devono essere di

norma di 1 ora giornaliera, 6 giorni su 7, e comunque di almeno 6 ore settimanali, ferma restando la possibilità, in via eccezionale e per particolari, documentate, condizioni cliniche del paziente, di sospendere o ridurre la durata del trattamento riabilitativo, sostituendolo con altre attività di natura clinico assistenziale comunque riportate nella documentazione clinica. L'intervento si svolge in un rapporto tra paziente e professionista della riabilitazione preferibilmente di 1 a 1, e comunque in coerenza con il Progetto riabilitativo individuale e i relativi programmi d'intervento rieducativo. L'assistente sociale, lo psicologo e altri operatori sanitari possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto. Il trattamento appropriato della condizione in regime ospedaliero si correla verosimilmente a condizioni cliniche spesso complesse ed instabili che comunque necessitano o si giovano di un trattamento riabilitativo, seppur non intensivo. Pertanto, la riabilitazione estensiva non sarà sempre temporalmente successiva alla intensiva ma potrà essere preliminare e di preparazione ad un successivo trattamento intensivo da avviarsi quando le condizioni cliniche del soggetto lo consentano.

L'assistente sociale, e ove necessario lo psicologo, sono di supporto all'intervento riabilitativo e alla definizione e realizzazione del piano di dimissione/reinserimento in tempi congrui; di norma la degenza non deve essere protratta per oltre 60 giorni.

La specificità della riabilitazione estensiva suggerisce una riflessione circa la necessità di attribuire ad essa un proprio codice di attività (**cod. 56c**), coerente, ma distinto, dall'attuale codice 56, atteso l'impegno riabilitativo richiesto che si differenzia negli obiettivi e nell'intensità assistenziale da quello indicato per l'attività riabilitativa intensiva. **L'adozione di tale codice eviterebbe l'utilizzo improprio del codice 60, da riservare esclusivamente alla lungodegenza internistico-assistenziale.**

Ulteriori requisiti per la riabilitazione estensiva sono:

- › L'accesso avviene di norma solo da unità di ricovero per episodi acuti o da unità di riabilitazione intensiva ospedaliera, nei casi in cui siano necessari ancora interventi assistenziali o riabilitativi ad un minor livello di intensività;

- › Sono ammessi ricoveri dal domicilio o da altre unità operative di ricovero ospedaliero non legate ad evento acuto, per necessità

documentate nel PRI. Le regioni disciplinano le modalità di accesso del paziente dal domicilio alla struttura di riabilitazione.

IL DH RIABILITATIVO

IL DH riabilitativo è una modalità di erogazione dell'assistenza riabilitativa prevista sia dalle Linee Guida del 1998 sia dalle Linee di indirizzo del 2011. E' prevista, inoltre nell'allegato 1, punto 1.4, del decreto ministeriale del 2 aprile 2015 n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e da numerose normative regionali.

Il Day hospital riabilitativo (DHR) può rispondere alle seguenti esigenze:

- umanizzare l'assistenza riducendo o evitando il ricovero a ciclo continuo; assicurare continuità al percorso assistenziale del paziente;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse;
- prevenire l'istituzionalizzazione dei soggetti a rischio, accelerando e facilitando la restituzione del paziente al contesto socio-familiare. Infatti, inquadrando il DHR nell'ambito di una dimissione protetta, il reinserimento nell'ambito socio-familiare può avvenire precocemente e con la necessaria gradualità;
- svolgere un ruolo di filtro in caso di riacutizzazione o aggravamento di una patologia invalidante, con la predisposizione di controlli e interventi medico-riabilitativi complessi in alternativa ai ricoveri ripetuti;
- facilitare la fornitura e l'addestramento all'uso delle protesi, ortesi e ausili mediante lo svolgimento di specifiche sedute di valutazione e

addestramento

La degenza diurna deve ritenersi appropriata per tutte le condizioni disabilitanti più severe che richiedono interventi di alta specializzazione o che, comunque, siano in stretta correlazione temporale con la dimissione da un ricovero riabilitativo ordinario o con un evento indice recente; il paziente si trova, quindi, in una fase clinica in cui è ancora elevata l'efficacia dell'intervento riabilitativo intensivo che, se erogato secondo criteri precisi e modalità ben strutturate, può verosimilmente abbreviare i tempi della presa in carico. Le condizioni cliniche sono molto simili a quelle che giustificano la presa in carico intensiva in regime di ricovero ordinario, con l'unica sostanziale differenza che questi pazienti non hanno bisogno di sorveglianza medica e infermieristica h24. Frequentemente, i pazienti hanno bisogno di interventi di riabilitazione intensiva multiprofessionali e afferenti ad aree specialistiche diverse, distribuiti nell'arco della giornata. Nel periodo di permanenza nella struttura è garantita l'erogazione degli interventi diagnostico-terapeutici plurispecialistici e delle terapie farmacologiche eventualmente necessarie.

Per tutti i pazienti in regime di degenza diurna, i trattamenti sono eseguiti in base a un Progetto riabilitativo individuale (PRI) che tiene conto delle condizioni cliniche del paziente, del suo potenziale di recupero, dei bisogni e delle preferenze del paziente stesso e dei suoi familiari nonché delle risorse disponibili.

Accesso al ricovero riabilitativo in regime diurno

L'accesso avviene di norma direttamente da ricovero ordinario per acuti o da ricovero ordinario di riabilitazione. Solo per casi particolari e all'interno di definiti PDTA è previsto l'accesso dal domicilio: aggravamento di patologie degenerative o patologie intercorrenti che aggravano situazioni

di disabilità preesistenti (es. frattura scheletrica in pregressa emiplegia, ecc.). Le condizioni del paziente devono comunque consentire il trasferimento da e per il domicilio.

Elementi del processo riabilitativo in DH

All'ingresso, è effettuata la valutazione clinica del paziente e dei suoi bisogni riabilitativi mediante strumenti standardizzati e validati a livello nazionale o internazionale (scale di valutazione, test strumentali, laboratorio, analisi del movimento, ecc.). Nel caso in cui il paziente provenga da un precedente ricovero in riabilitazione sarà fondamentale acquisire le valutazioni già fatte, il PRI eventualmente redatto e la documentazione clinica che illustri l'andamento del percorso riabilitativo già effettuato e da completare. Un contatto diretto con l'equipe del reparto di dimissione, comunque utile, può risultare indispensabile in casi particolari. In base alla valutazione effettuata, l'equipe stende il progetto riabilitativo che, come detto a proposito del ricovero ordinario, deve indicare chiaramente gli obiettivi che il paziente può raggiungere nel corso del ricovero (criterio riscontrabile attraverso analisi cartella clinica ed in particolare dal PRI) e le modalità di valutazione/misurazione del loro raggiungimento.

Tali obiettivi devono essere:

- a. realistici;
- b. riferiti a un miglioramento funzionale (riduzione del grado di disabilità);
- c. raggiungibili in tempi ragionevoli;
- d. tali da prevenire o limitare le complicanze secondarie e favorire la espressione della

autonomia residua o, ove possibile, intervenire per ridurre la disabilità conseguenti alla malattia, favorendo il massimo recupero di autonomia funzionale consentito.

Nella documentazione clinica di ogni paziente deve essere presente il PRI comprendente:

- I. Definizione degli outcome (globale e funzionale);
- II. Definizione dei componenti del team;
- III. Descrizione dei singoli Programmi riabilitativi (con obiettivi, tempi di raggiungimento e modalità di misurazione degli esiti);
- IV. Verbali delle riunioni di monitoraggio dello di avanzamento del programma;
- V. Descrizione/misurazione degli esiti raggiunti nei tempi previsti dal PRI.

Nella documentazione clinica di ogni paziente deve essere presente almeno una scala di valutazione validata del grado di disabilità all'ingresso ed alla dimissione, ed almeno una scala di valutazione validata della comorbidità all'ingresso (criterio riscontrabile attraverso analisi cartella clinica).

L'equipe curerà l'esecuzione degli interventi previsti nel PRI fino al momento della dimissione, ponendo particolare attenzione a trasmettere al paziente e ai suoi familiari le conoscenze necessarie a fronteggiare gli effetti della malattia e proseguire nell'esecuzione delle attività e dei movimenti utili al recupero dell'autonomia personale.

LE ATTIVITÀ DELLE STRUTTURE AIOP E IL CONTRIBUTO AL SISTEMA DI OFFERTA REGIONALE

Il sistema di offerta emiliano romagnolo di cure riabilitative ha mostrato una profonda evoluzione nell'ultimo decennio, grazie ad un innalzamento dell'efficienza e della qualità delle cure prestate, che hanno favorito, da una parte, un incremento dell'attrattività nei confronti dei pazienti residenti fuori regione e, dall'altra, un accorciamento della durata dei percorsi e quindi delle giornate di degenza media (si è passati da circa 30 nel 2005 a poco più di 22 nel 2017). Ciò in un panorama sanitario che ha visto e vede tuttora un progressivo invecchiamento

della popolazione, un accorciamento dei tempi di dimissione degli acuti e quindi una maggiore complessità delle cure riabilitative prestate.

Focalizzando l'attenzione sull'ultimo biennio, i ricoveri per riabilitazione in Emilia Romagna risultano pari a 18.425 nel 2017 e 18.288 nel 2018, mostrando una sostanziale stabilità della casistica sia nell'ambito pubblico che in quello del privato accreditato (il 96% dei ricoveri effettuati nelle strutture AIOP risultano a carico del SSN e il restante 4% a totale carico dei pazienti).

Assistenza riabilitativa (cod. 56): Ricoveri, giornate di degenza e numero di accessi per tipologie di strutture

Numero di Ricoveri	2017	2018	Var. % 2018/2017
Strutture pubbliche	5.527	5.477	-0,9%
Strutture AIOP	12.898	12.811	-0,7%
Totale	18.425	18.288	-0,7%

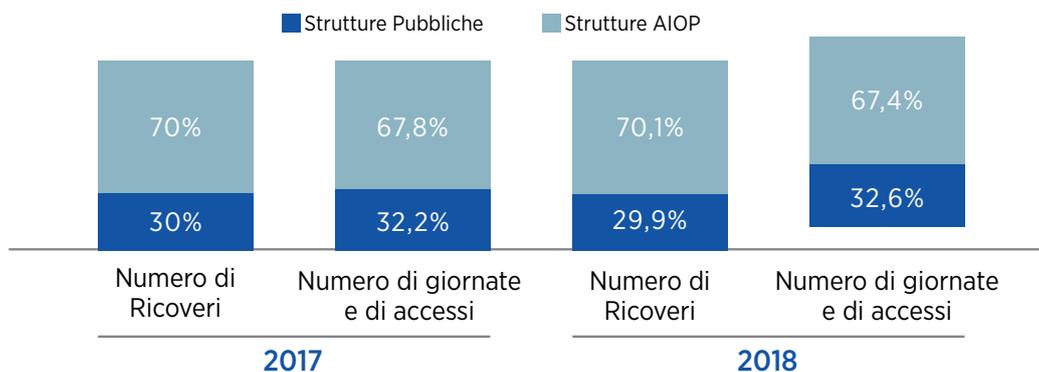
Giornate di degenza e numero di accessi	2017	2018	Var. % 2018/2017
Strutture pubbliche	118.036	120.801	2,3%
Strutture AIOP	248.999	249.295	0,1%
Totale	367.035	370.096	0,8%

Fonte: Elaborazioni su dati Siseps, Regione Emilia Romagna

Il 70% del totale dei ricoveri regionali e circa il 67% delle giornate di degenza e degli accessi si concentrano nel privato accreditato. A livello di MDC, il sistema regionale ha pienamente delegato alle strutture AIOP lo svolgimento delle attività di riabilitazione nel campo delle malattie e dei disturbi mentali, dell'abuso di alcol e farmaci e delle patologie endocrine metaboliche e nutrizionali; segue la gestione da parte delle stesse strutture dell'86% dei ricoveri totali regionali per la

riabilitazione dell'apparato musco-scheletrico e respiratorio e del 59% di quelli correlati all'apparato cardiocircolatorio. Rimangono, invece, ad esclusivo appannaggio del pubblico le prestazioni riabilitative afferenti agli MDC 3 (orecchio naso bocca e gola), 18 (malattie infettive e parassitarie), 21 (traumatismi ed avvelenamenti) e agli "altri MDC" i cui corrispettivi ricoveri, tuttavia, pesano complessivamente per meno dell'1% sul totale.

Assistenza riabilitativa (cod. 56):
Distribuzione di ricoveri, giornate di degenza e numero di accessi per tipologie di strutture e MDC



Distribuzione ricoveri 2018 per MDC	Strutture pubbliche	Strutture private AIOOP
10 - ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	0%	100%
19 - MALATTIE E DISTURBI MENTALI	0%	100%
20 - ABUSO ALCOOL/FARMACI DIST.MENTALI ORG.INDOTTI	0%	100%
08 - APP. MUSCOLOSCHIELETR. TESS. CONNETTIVO	14%	86%
04 - APP. RESPIRATORIO	14%	86%
05 - APP. CARDIOCIRCOLATORIO	41%	59%
23 - FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI	52%	48%
01 - SISTEMA NERVOSO	54%	46%
ALTRI MDC	90%	10%
03 - ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	100%	0%
18 - MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	100%	0%
21 - TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF.TOSSICI FARMACI	100%	0%

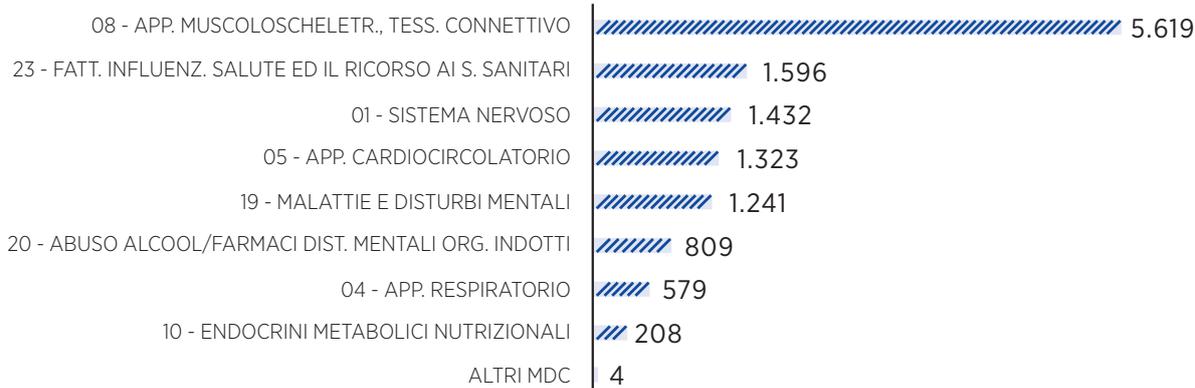
Fonte: Elaborazioni su dati Siseps, Regione Emilia Romagna

L'analisi della numerosità dei ricoveri registrati nell'ambito del privato accreditato evidenzia una significativa specializzazione del gruppo di strutture AIOOP sulle attività di riabilitazione legate all'apparato muscolo scheletrico e al tessuto connettivo, in cui ricadono il 44% dei ricoveri totali; più omogenea la distribuzione dei casi trattati

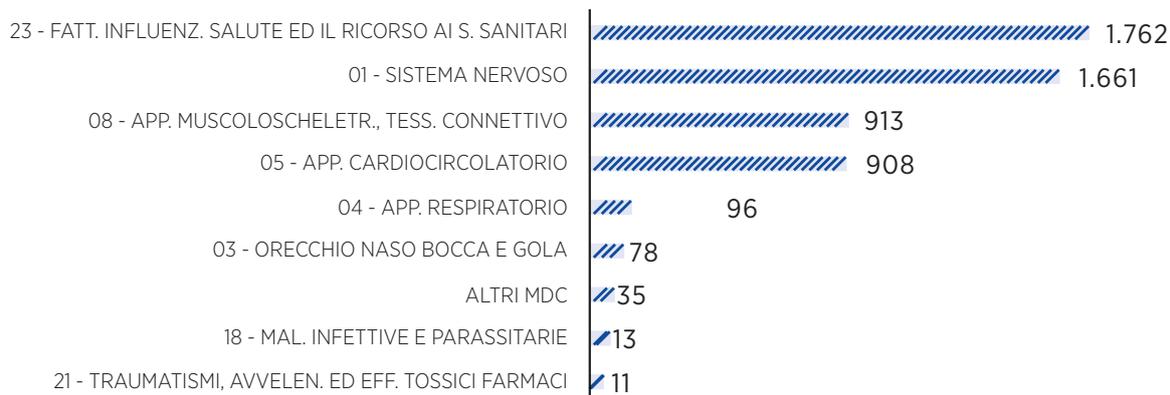
fra gli MDC 23 (fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari), 1 (malattie e disturbi del sistema nervoso), 5 (malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio) e 19 (malattie e disturbi mentali), che assorbono una quota di ricoveri compresa fra il 12 e il 10%.

Assistenza riabilitativa (cod. 56): Ricoveri per MDC e tipologie di strutture (anno 2018)

STRUTTURE AIOP



STRUTTURE PUBBLICHE



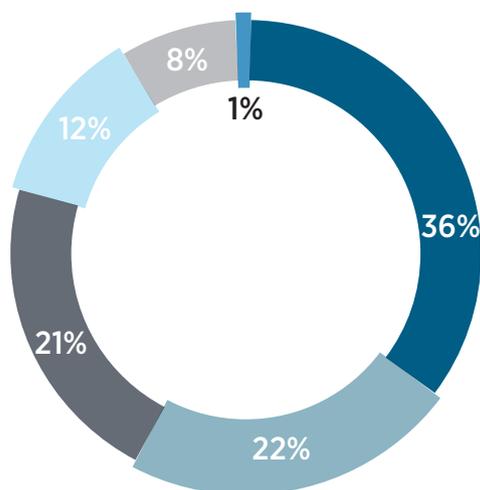
Fonte: Elaborazioni su dati Siseps, Regione Emilia Romagna

Per quanto concerne i canali di proposta di ricovero, si osserva come nelle strutture AIOP il 36% degli stessi (4.539) derivi da un trasferimento da un'altra attività o un altro regime nello stesso presidio, il 22% (2.876) discenda da una prescrizione del medico di medicina generale e il 21% (2.735) da un trasferimento da un istituto pubblico. Di contro, in ambito pubblico, 1 ricovero di riabilitazione su

3 risulta programmato dallo stesso istituto (1.833) e poco meno (32%; 1.753) è da attribuire ad un trasferimento da altra attività o altro regime facenti parte dello stesso presidio. Più bassa, rispetto al privato accreditato, l'incidenza sul totale dei ricoveri prescritti dai medici di base (807) che, tuttavia, attestandosi al 15%, conserva una quota del tutto significativa.

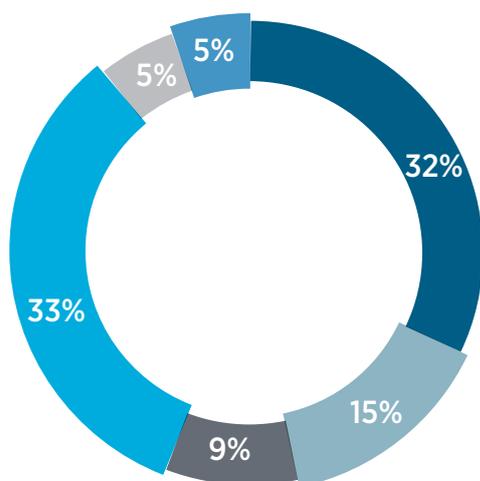
Assistenza riabilitativa (cod. 56):
Distribuzione dei ricoveri per proposta di ricovero e tipologie di strutture (anno 2018)

STRUTTURE AIOP



- TRASF. DA ALTRA ATTIVITÀ O ALTRO REGIME NELLO STESSO PRESIDIO
- MEDICO DI BASE
- TRASFERIMENTO DA ISTITUTO PUBBLICO
- PAZIENTE INVIATO ALLA STRUTTURA PRIVATA DA UNO SPECIALISTA PUBBLICO
- TRASFERITO DA ISTITUTO PRIVATO ACCREDITATO
- PROGRAMMATO DA STESSO ISTITUTO

STRUTTURE PUBBLICHE



- TRASF. DA ALTRA ATTIVITÀ O ALTRO REGIME NELLO STESSO PRESIDIO
- MEDICO DI BASE
- TRASFERIMENTO DA ISTITUTO PUBBLICO
- PROGRAMMATO DA STESSO ISTITUTO
- ALTRO
- TRASFERITO DA ISTITUTO PRIVATO ACCREDITATO

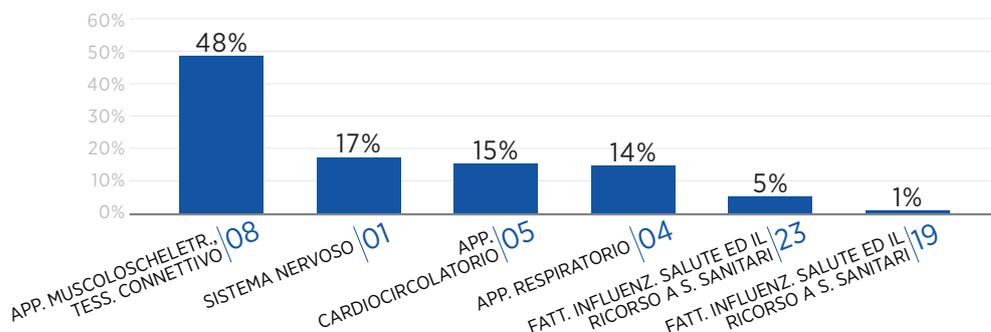
Fonte: Elaborazioni su dati Siseps, Regione Emilia Romagna

Con specifico riferimento al privato accreditato, i trasferimenti da altra attività o altro regime nello stesso presidio e quelli da istituti pubblici sono guidati prevalentemente dai ricoveri di riabilitazione ortopedica (MDC 8), che pesano rispettivamente per il 48% e il 55% nei due ambiti considerati.

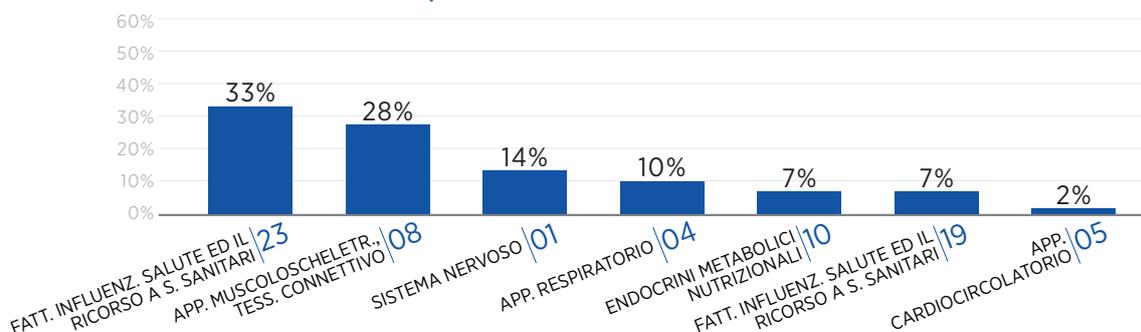
Nel caso delle proposte di ricovero provenienti dai medici di base, il valore corrispondente al MDC 8 si riduce al 28%, superato dall'incidenza dei ricoveri in MDC 23 (fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari) (33%).

Assistenza riabilitativa (cod. 56): Strutture AIOP - Distribuzione dei ricoveri per proposta di ricovero e MDC (anno 2018)

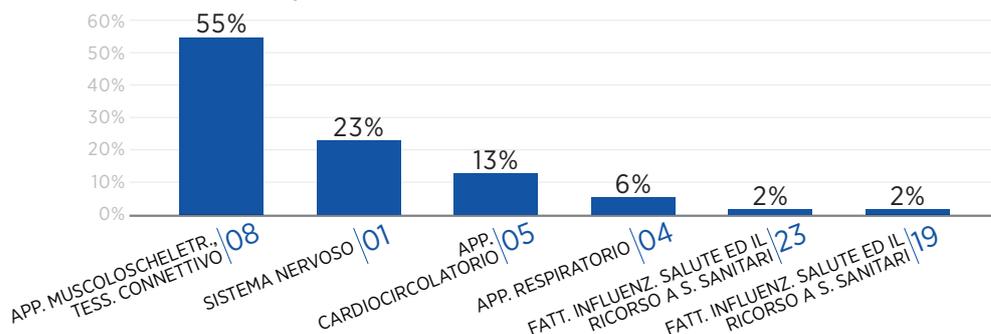
Proposta di ricovero - TRASF. DA ALTRA ATTIVITÀ O ALTRO REGIME NELLO STESSO PRESIDIO



Proposta di ricovero-MEDICO DI BASE



Proposta di ricovero-TRASFERITO DA ISTITUTO PUBBLICO



Fonte: Elaborazioni su dati Siseps, Regione Emilia Romagna

I dati sulla mobilità attiva confermano l'alto grado di attrattività del Servizio Sanitario regionale anche sul fronte dell'offerta di cure riabilitative: il 42% dei ricoveri relativi alla disciplina 56 riguardano pazienti residenti fuori regione (7.519) o all'estero (84). Si tratta, prevalentemente, di flussi derivanti dalla

Lombardia, che rappresentano il 26% del totale dei ricoveri di residenti extra E-R, dalla Toscana (10,4%) e dalla Puglia (9,1%) il cui valore, insieme a quello delle altre regioni del Mezzogiorno, portano la ripartizione a rappresentare oltre il 30% dei ricoveri in mobilità.

Assistenza riabilitativa (cod. 56): Mobilità attiva regionale (anno 2018)

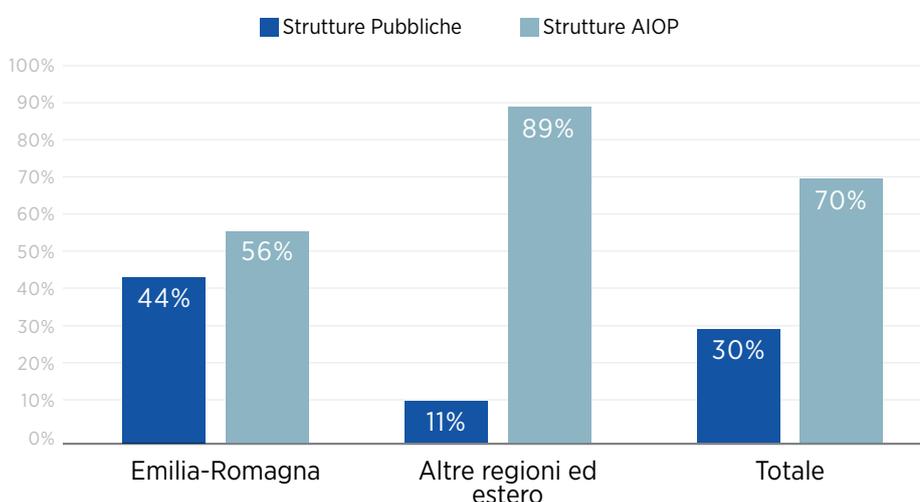
	Mobilità attiva totale	
	Valori assoluti	Valori %
EMILIA ROMAGNA	10.685	58%
ALTRE REGIONE ED ESTERO	7.603	42%
<i>di cui</i>		
LOMBARDIA	1.993	26,2%
TOSCANA	794	10,4%
PUGLIA	690	9,1%
MARCHE	571	7,5%
VENETO	513	6,7%
CAMPANIA	489	6,4%
LAZIO	372	4,9%
LIGURIA	364	4,8%
SICILIA	347	4,6%
CALABRIA	290	3,8%
PIEMONTE	264	3,5%
ABRUZZO	209	2,7%
SARDEGNA	165	2,2%
UMBRIA	148	1,9%
BASILICATA	139	1,8%
ESTERO	84	1,1%
FRIULI VENEZIA GIULIA	66	0,9%
MOLISE	58	0,8%
PROV. AUTONOMA TRENTO	33	0,4%
PROV. AUTONOMA BOLZANO	12	0,2%
VALLE D'AOSTA	2	0,0%
TOTALE	18.288	100%

Fonte: Elaborazioni su dati Siseps, Regione Emilia Romagna

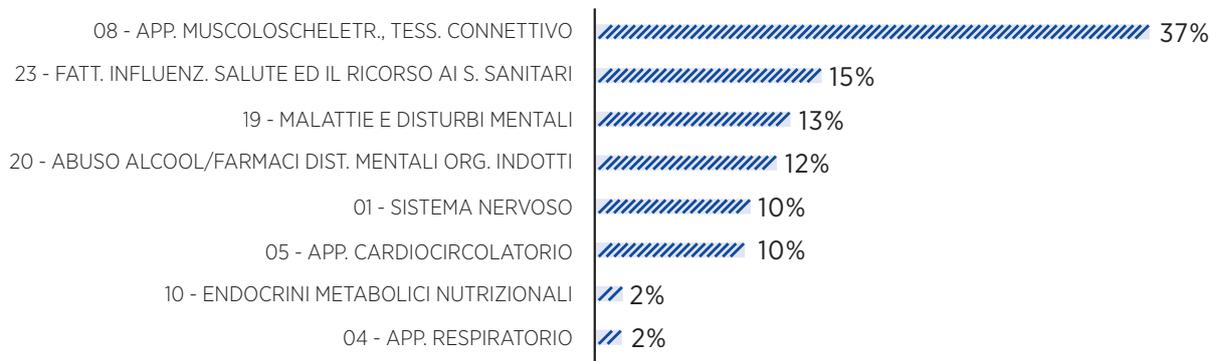
L'89% della mobilità attiva totale è assorbito dal privato accreditato, che attira 6.783 ricoveri dei 7.603 totali riconducibili a pazienti residenti da fuori regione; valore che rappresenta, inoltre, circa il 53% del totale dei ricoveri AIOP relativi alla disciplina.

Anche nel caso del bacino di utenza dei non residenti è la riabilitazione ortopedica a concentrare la quota maggiore di ricoveri (37%), seguita dagli MDC 23 (15%), MDC 19 (13%), MDC 20 (12%) e MDC 1 e 5 (10%).

Assistenza riabilitativa (cod. 56):
Mobilità attiva per tipologia di strutture (anno 2018)



Assistenza riabilitativa (cod. 56):
Strutture AIOP-Distribuzione della mobilità attiva per MDC (anno 2018)



Fonte: Elaborazioni su dati Siseps, Regione Emilia Romagna

GLI SCENARI FUTURI E LE SFIDE DELLE ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE

L'assistenza riabilitativa si trova ad affrontare una **complessità inedita** in cui ad aspetti strettamente clinici ed epidemiologici, si intrecciano aspetti organizzativi, sociali ed economici.

L'**invecchiamento della popolazione** è probabilmente la determinante esogena che più di altre condiziona il futuro della riabilitazione. Dal 1990 al 2018 l'aspettativa di vita alla nascita per i residenti in Emilia-Romagna è cresciuta ogni anno di circa 3 mesi (7,3 anni per gli uomini e 4,8 anni per le donne). Ad oggi in regione gli ultrasessantacinquenni rappresentano quasi un quarto della popolazione totale e tale quota è destinata ad aumentare nel tempo: le previsioni della popolazione dell'Istat stimano da qui al 2030 una crescita delle fasce più anziane della popolazione superiore al 10% (16,7% per i 65+; 13,7% per i 70+; 12,7% per i 75+) a fronte di una crescita media che si attesta a circa il 2%.

L'incremento dell'aspettativa di vita nella popolazione anziana è frutto di un innalzamento delle qualità delle cure prestate e di una riduzione della letalità di alcune malattie che, tuttavia, implica un **incremento dell'incidenza delle cronicità, della comorbidità e della multimorbidità**.

Le modificazioni morfologico-strutturali dell'anziano predispongono ad una **fragilità** progressiva con riduzione delle capacità funzionali che determina la comparsa di una **condizione di disabilità**, sul cui contrasto e riduzione la riabilitazione incide. Incremento dell'incidenza delle cronicità, della comorbidità e della multimorbidità, sono infatti fenomeni che interagiscono in tutte le fasi del trattamento riabilitativo aumentando in maniera significativa la complessità di intervento sul paziente. Le malattie croniche con l'avanzare dell'età diventano le principali cause di disabilità, morbilità e mortalità, determinando **una maggiore**

concentrazione delle cure, dell'assistenza e dei percorsi riabilitativi negli ultimi anni di vita dei pazienti.

In regione Emilia-Romagna *“circa l'80% dell'assistenza erogata nel 2017 agli ultra 65enni è rivolta ai pazienti con due o più patologie. In particolare, ad essi sono destinati l'88% dei ricoveri ospedalieri, l'82% dei farmaci, il 77% delle visite specialistiche ambulatoriali, il 90% dell'assistenza domiciliare, l'80% sia degli accessi al Pronto soccorso sia dell'assistenza in CRA, il 92% delle cure palliative in hospice, il 91% circa delle degenze negli ospedali di comunità”*. Percentuali di utilizzo dei servizi sanitari decisamente superiori rispetto a quelle riscontrate in relazione al totale della popolazione maggiorenne.

In termini di costi *“le quote relative ai pazienti con due o più patologie sono più accentuate rispetto alle rispettive percentuali di utilizzo di servizi e prestazioni assistenziali, il che attesta il maggiore consumo di risorse per ciascun episodio di cura”*¹. Emerge, infatti, che a fronte della sopracitata percentuale di assistenza destinata ad ultrasessantacinquenni con due o più patologie pari all'80% del totale, il corrispondente costo sostenuto sia pari al 96% del totale dei costi a carico del Servizio sanitario regionale per l'assistenza alla popolazione ricadente in questa fascia di età.

Queste grandi transizioni, insieme all'inasprimento di altri aspetti della fragilità quali, ad esempio, le **crescenti difficoltà economiche delle famiglie e l'indebolimento delle reti sociali di supporto**, hanno imposto ai sistemi sanitari l'obbligo di riorganizzarsi al fine di fronteggiare malattie ed esigenze con caratteristiche completamente differenti rispetto al passato.

¹ Regione Emilia Romagna, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, “Epidemiologia e impatto della Multimorbidità in Emilia-Romagna”. Anno 2017

Si tratta di fenomeni che stanno richiedendo un **approccio multidisciplinare**, con un personale altamente specializzato e formato anche sui nuovi strumenti tecnologici. Operare su soggetti anziani a ridotta riserva funzionale, significa (e significherà sempre più) operare su soggetti che sommano a problematiche fisico-funzionali spesso anche disagi cognitivi, sociali e relazionali; il che impatta in maniera sostanziale sul livello di complessità delle cure e, come abbiamo visto, sulla determinazione di costi sempre maggiori delle prestazioni.

Tutto ciò si accompagna ad una costante logica di razionalizzazione della spesa pubblica e di **spostamento delle risorse disponibili dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale**. Se da una parte queste modifiche rispondono a uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria che i sistemi più avanzati si sono dati per fronteggiare in maniera concreta i nuovi bisogni di salute (sempre più legati a malattie ad insorgenza graduale nel tempo, continue, con cure raramente risolutive, che necessitano di assistenza a lungo termine) e perseguire più alti livelli di appropriatezza, dall'altra, hanno imposto nuove "regole" nell'ambito

dell'ospedalizzazione. Fra queste, una significativa riduzione dei posti letto e una **tendenziale contrazione delle giornate di degenza per acuti**. Aspetti che comportano una **profonda riconfigurazione dei profili dei pazienti accolti in post-acuzie**, oggi caratterizzati da un'instabilità clinica molto più accentuata rispetto al passato.

Alla luce di questo contesto, AIO.P ha chiesto ai propri Associati, che da tempo hanno avviato una riflessione circa **le prospettive future dell'assistenza riabilitativa**, di dettagliare la propria posizione su quali siano le sfide prioritarie su cui concentrarsi nella definizione e nell'impostazione dei nuovi modelli di offerta.

Nel mese di ottobre è stata, dunque, condotta un'indagine qualitativa tramite la somministrazione di questionari a tutte le strutture AIO.P regionali impegnate nell'erogazione di prestazioni di natura riabilitativa. Si riportano di seguito le principali evidenze dei 34 questionari raccolti, che sono state sistematizzate per ambiti tematici e per cui sono state calcolate le relative frequenze di risposta².

² Per fornire un quadro organico delle posizioni espresse ed evitare un'eccessiva frammentazione descrittiva, si è scelto di considerare soltanto le evidenze per cui è stata rilevata una frequenza di risposte superiore ad 1.

PRINCIPALI SFIDE DELLA RIABILITAZIONE

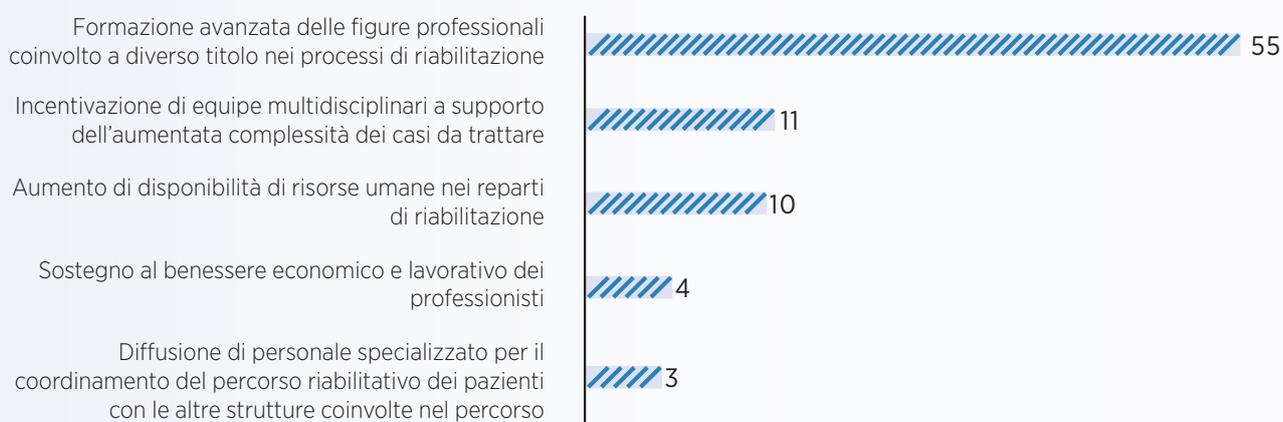
Ambito - RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO-TERRITORIO

Frequenza totale di risposte: 90



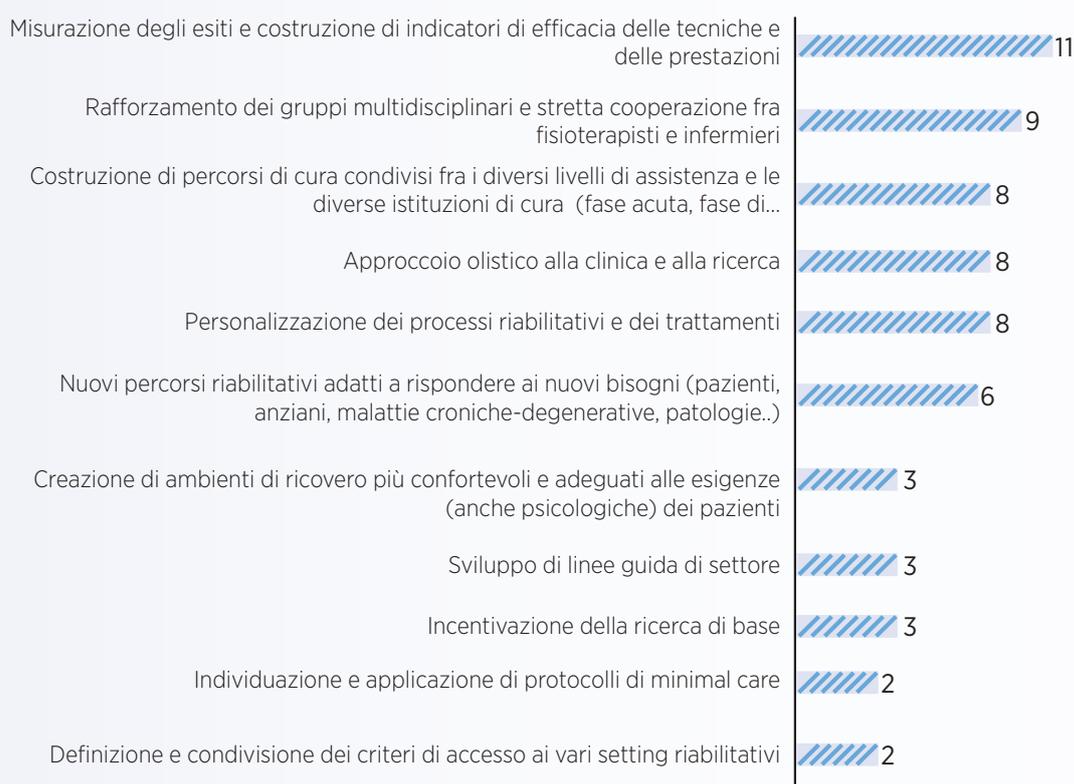
Ambito - PERSONALE

Frequenza totale di risposte: 83



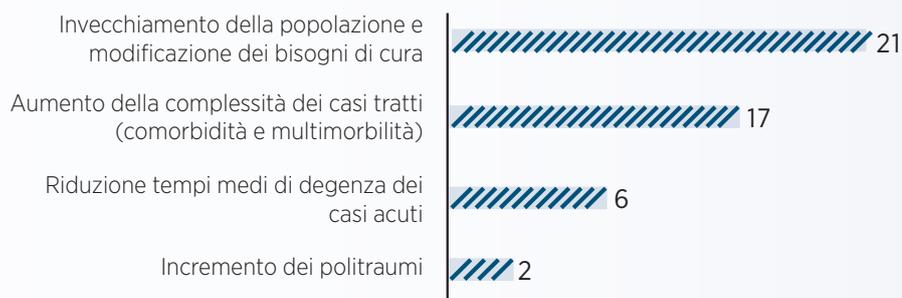
Ambito - ORGANIZZAZIONE

Frequenza totale di risposte: 63



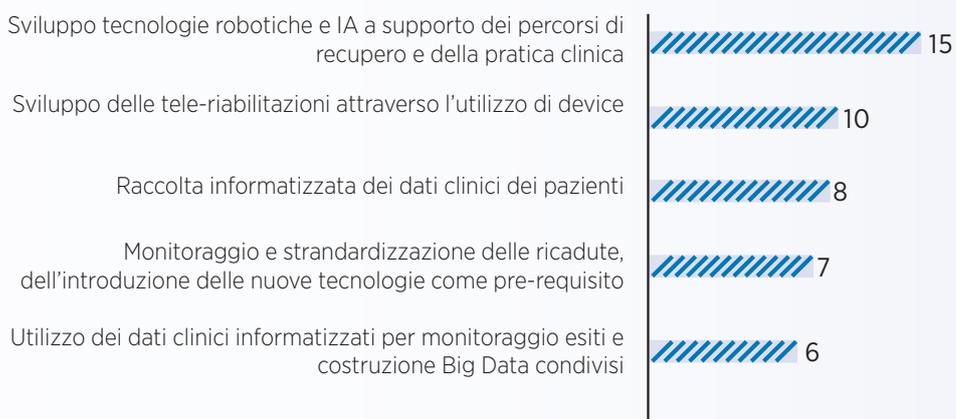
Ambito - COMPLESSITÀ DELLA CURA

Frequenza totale di risposte: 46



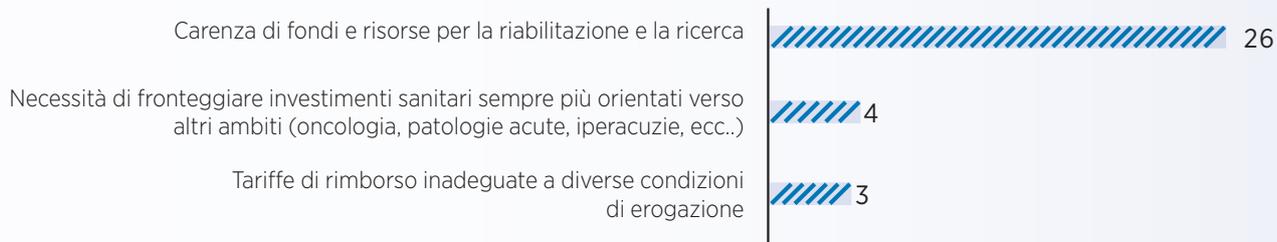
Ambito - INNOVAZIONE TECNOLOGICA

Frequenza totale di risposte: 46



Ambito - RISORSE ECONOMICHE

Frequenza totale di risposte: 33





A.I.O.P.
EMILIA - ROMAGNA

er-aiop.com



Sfoggia la versione
digitale

