



**A.I.O.P.**  
EMILIA - ROMAGNA

# **BILANCIO SOCIALE**

# **2019**

## CREDITS

La quarta edizione del Bilancio Sociale è stata realizzata con la consulenza tecnico metodologica di Nomisma S.p.A. in collaborazione con lo Studio di Gestione Aziendale Breschi.



NOMISMA - SOCIETÀ DI STUDI ECONOMICI S.p.A.  
Strada Maggiore, 44 – 40125 Bologna  
tel. +39 (051) 6483111  
fax +39 (051) 232209  
[www.nomisma.it](http://www.nomisma.it)

### Gruppo di lavoro

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

### Con la collaborazione di

Alberto BRESCHI  
Angela MONACHELLO

### Information design

PMopenlab srls | [www.pmopenlab.com](http://www.pmopenlab.com)

# /// SOMMARIO ///

<b>LETTERA AGLI STAKEHOLDER</b>	<u>5</u>
<b>NOTA METODOLOGICA</b>	<u>6</u>
<b>PARTE PRIMA   AIOP EMILIA - ROMAGNA: IDENTITÀ, MISSIONE E VALORI</b>	<u>8</u>
Assetto istituzionale	<u>9</u>
Valori	<u>12</u>
Mission	<u>13</u>
Mappa degli stakeholder	<u>14</u>
<b>PARTE SECONDA   LE STRUTTURE SANITARIE DI AIOP EMILIA - ROMAGNA</b>	<u>16</u>
Strategie e politiche: il ruolo dell'ospedalità privata in Emilia - Romagna	<u>20</u>
Le prestazioni sanitarie e i pazienti	<u>24</u>
Il personale	<u>32</u>
Ambiente e comunità	<u>36</u>
Performance e valore aggiunto	<u>40</u>
Ricadute economiche	<u>46</u>
<b>PARTE TERZA   COVID - 19 IN EMILIA - ROMAGNA: L'ALLEANZA PUBBLICO-PRIVATO</b>	<u>52</u>
L'evoluzione dei contagi nella fase 1	<u>53</u>
La risposta del sistema ospedaliero: ricoveri e prestazioni	<u>55</u>
<b>PARTE QUARTA   VERSO UNA "NORMALITÀ SANITARIA"</b>	<u>62</u>



---

**“** *Dobbiamo ripensare un Sistema, oggi diviso in due componenti, Ospedale e Territorio, troppo spesso separate e quasi in concorrenza, in un continuum che privilegi i percorsi di cura e la storia naturale della malattia, che si opponga alla parcellizzazione delle singole procedure*

# /// LETTERA AGLI STAKEHOLDER ///

Anche quest'anno, nonostante le difficoltà e la gravità delle contingenze che stiamo vivendo, AIOE Emilia Romagna e le Strutture associate hanno deciso di proseguire il consolidato percorso di analisi e valutazione delle attività svolte, dandone evidenza tramite la pubblicazione del Bilancio Sociale, giunto ormai alla sua quarta edizione.

Il lavoro del 2020 persegue un duplice obiettivo: da una parte, intende dare continuità alle passate edizioni del Bilancio Sociale con l'ambizione che tale strumento, superando i tradizionali confini della rendicontazione sociale, diventi sempre più una bussola ed un riferimento per la comprensione della portata economica e sociale dell'ospedalità privata regionale; dall'altra, mira a fornire una lettura degli elementi chiave che l'emergenza pandemica da Covid-19 sta mettendo in luce e a prospettare degli scenari di ripensamento del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

La prima fase dell'emergenza ha evidenziato luci e ombre del nostro sistema di cura e ne ha reso urgente un'evoluzione, in termini di efficacia e efficienza, di nuovi approcci all'assistenza, di differenti impieghi di risorse, di adeguamento alle mutate condizioni sociali, oltretutto di capacità di reazione a future crisi epidemiologiche.

Ha, altresì, riaperto i riflettori sullo storico, a volte controverso, dibattito sul rapporto fra sanità pubblica e sanità privata accreditata.

Sulla gestione mista pubblica-privata delle prestazioni ospedaliere in Emilia Romagna, la pandemia ci restituisce un importante spunto di riflessione: la partnership pubblico-privato è stata perseguita e sta risultando vincente anche nell'emergenza. Il sistema plurale ha confermato la sua compattezza grazie al coinvolgimento dell'ospedalità privata associata nella gestione dei ricoveri Covid, nel supporto alla cura dei pazienti non Covid e nella messa a disposizione di personale e di spazi operativi.

L'emergenza, purtroppo, è ancora drammaticamente in corso. E' ancora presto per dire se e come questa esperienza cambierà gli equilibri pre-costituiti ed è difficile immaginare se i cambiamenti dovuti alla pandemia, che così duramente ha colpito il nostro

modo di essere e ha messo in crisi molte nostre certezze date per scontate, dureranno 6 mesi, 6 anni o 60. Ma ad oggi, ragionando su come potrà essere il "Normale" post-COVID, dobbiamo pensare a scelte che potremmo fare per, forse, disegnare migliori modelli di offerta di salute.

Dobbiamo ripensare un Sistema, oggi diviso in due componenti, Ospedale e Territorio, troppo spesso separate e quasi in concorrenza, in un continuum che privilegi i percorsi di cura e la storia naturale della malattia, che si opponga alla parcellizzazione delle singole procedure.


Il potenziamento dei servizi distrettuali, lo sviluppo di nuove soluzioni per la gestione della cronicità e della non autosufficienza, la digitalizzazione dei servizi, il rafforzamento delle cure intermedie, il superamento del confine fra sanità e welfare, sono tutte sfide del Servizio Sanitario con cui gli ospedali privati accreditati, indipendentemente dai territori di riferimento, si troveranno ben presto a fare i conti.

Si tratta di percorsi che, pur preservando il ruolo centrale dell'Ospedale, denotano incontrovertibili tendenze di sviluppo dell'extra-ospedaliero e che rientrano prepotentemente in tutti gli attuali documenti programmatici, nonché negli ambiti di destinazione delle principali linee di finanziamento europee di cui si discute in questi giorni.

Alla luce di questo rinnovato fermento, la domanda da porsi è: in che direzione andrà l'ospedalità privata?

L'auspicio, già accennato nelle passate edizioni del Bilancio Sociale, è che le Strutture della nostra regione siano protagoniste attive del ridisegno complessivo che si sta portando avanti, continuando così a garantire intesa e coordinamento con la parte pubblica non solo negli ambiti di collaborazione consolidati e nella gestione dell'emergenza, ma anche nell'elaborazione ed implementazione dei nuovi modelli di cura più evoluti.

**Presidente AIOE Emilia - Romagna**





# /// NOTA METODOLOGICA ///

L'obiettivo del Bilancio Sociale di AIOE Emilia-Romagna è quello di fornire un quadro aggregato e aggiornato dei risultati e delle iniziative adottate in ambito sociale, economico ed ambientale dalle 44 strutture associate che operano in Regione e dell'Associazione che da anni ne rappresenta e valorizza gli interessi.

Anche nella sua quarta edizione, come nelle precedenti, il rapporto si articola in tre macro sezioni, a cui si aggiunge un focus tematico che quest'anno si è scelto di dedicare a quella che si prospetta essere la "nuova normalità" sanitaria e al ruolo che le strutture ospedaliere accreditate potranno rivestire nell'ambito dei futuri scenari regionali post-Covid.

In particolare, nella prima parte del Bilancio Sociale vengono evidenziate le caratteristiche distintive di AIOE 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.

La seconda parte si concentra sulle 44 strutture sanitarie associate ad AIOE Emilia-Romagna, i cui dati vengono trattati in maniera aggregata per riflettere il peso dell'ospitalità privata nell'erogazione delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Regionale; nonché il suo contributo alla competitività del tessuto economico in termini di valore generato, occupazione professionalizzata, rispetto ambientale e sostegno a iniziative delle comunità locali.

La terza sezione è finalizzata a fornire una sintesi delle principali evidenze relative al dilagare della prima ondata dell'epidemia da Covid-19.

Infine, l'approfondimento tematico inserito nella quarta e ultima parte del documento, guarda agli scenari futuri e sintetizza alcune riflessioni circa il ripensamento dei servizi assistenziali nell'era "post Covid-19".

La metodologia adottata nella redazione del Bilancio Sociale segue le linee guida di rendicontazione internazionalmente riconosciute. I dati, gli indicatori di performance e le elaborazioni qualitative sono il frutto di analisi di trend di mercato, utilizzo di banche dati (SISEPS E-R, EBIGEA), scenari di settore e questionari somministrati e compilati dalle strutture. Nello sviluppo del processo di rendicontazione si è tenuto conto del principio di materialità nell'individuare ed analizzare gli ambiti di sostenibilità sociale, economica ed ambientale ritenuti prioritari.

Per fornire un quadro complessivo 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.

La rigorosità scientifica nella raccolta e nell'analisi dei dati, nella descrizione delle attività e dei risultati raggiunti dalle strutture AIOE, è stata affiancata da un forte intento di garantire accessibilità e comprensibilità delle informazioni per assicurarne il più ampio grado di disseminazione e fruibilità tra tutti gli stakeholder.



**“** *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 ripensamento dei modelli di offerta nell’era “post Covid-19”*



**Parte 1**

**Cosa è AIOP**

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



**Parte 2**

**Caratteristiche e attività delle strutture associate**

La seconda parte si concentra sulle 44 strutture sanitarie associate ad AIOP Emilia-Romagna, i cui dati vengono trattati in maniera aggregata per riflettere il peso dell’ospedalità privata nell’erogazione delle prestazioni garantite dal SSR e il contributo apportato alla competitività del tessuto socio-economico regionale.



**Parte 3**

**Il Contesto: Lo shock pandemico da Covid-19**

La terza sezione fornisce una sintesi delle principali evidenze relative al dilagare della prima ondata dell’epidemia da Covid-19 nella regione Emilia-Romagna e all’assistenza ospedaliera erogata in fase di emergenza.



**Parte 4**

**Focus: Verso una nuova “normalità sanitaria”**

La quarta parte guarda agli scenari futuri e sintetizza alcune riflessioni circa il ripensamento dei servizi assistenziali nell’era “post Covid-19”.

# /// PARTE PRIMA ///



## AIOP EMILIA-ROMAGNA: *Identità, Missione e Valori*

---

“ *L'Associazione Italiana Ospedalità Privata: dal 1996 a supporto di ospedali e case di cure private, per un servizio sanitario universalistico e solidaristico* ”



# /// ASSETTO ISTITUZIONALE ///

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

A livello nazionale rappresenta 520 strutture sanitarie private di ricovero e cura (Istituti a Carattere Scientifico, strutture di alta specialità quali cardiocirurgia, neurochirurgia ed altro, strutture per acuti, strutture di riabilitazione, strutture per lungodegenza post-acuzie, strutture per anziani non autosufficienti, RSA, strutture per recupero funzionale per handicap, strutture per riabilitazione neuropsichiatrica e altro) con 60.000 posti letto.

Il 93% delle strutture (490) e il 90% dei posti letto (52.000) attualmente risultano essere accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale, ricoverando annualmente un milione di degenti, per un totale di 8 milioni giornate di degenza.

Per esplicitare questa attività le strutture associate all’AIOP si avvalgono della professionalità di 12 mila medici, 28 mila infermieri e tecnici e 32 mila operatori di supporto.

**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:



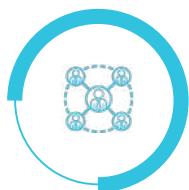
## ASSEMBLEA DEI SOCI

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.

# /// CONSIGLIO REGIONALE AIOP EMILIA-ROMAGNA /// TRIENNIO 2018-2020

“ *AIOP Emilia-Romagna associa 50 strutture con 5.500 posti letto e 7.000 addetti diretti* ”

**PRESIDENTE REGIONALE** ———— /// **Bruno Biagi**

**VICE-PRESIDENTE REGIONALE** ———— /// **Mario Cotti**

**VICE-PRESIDENTE REGIONALE** ———— /// **Averardo Orta**

**PRESIDENTE PROVINCIA DI PIACENZA** ———— /// **Mario Sanna**

**PRESIDENTE PROVINCIA DI PARMA - TESORIERE** ———— /// **Cesare Salvi**

**PRESIDENTE PROVINCIA DI REGGIO EMILIA** ———— /// **Fabrizio Franzini**

**PRESIDENTE PROVINCIA DI MODENA** ———— /// **Paolo Toselli**

**PRESIDENTE PROVINCIA DI BOLOGNA** ———— /// **Averardo Orta**

**PRESIDENTE PROVINCIA DI FERRARA** ———— /// **Luciano Natali**

**PRESIDENTE PROVINCIA DI RAVENNA** ———— /// **Stefano Baraldi**

**PRESIDENTE PROVINCIA DI FORLÌ'-CESENA** ———— /// **Valentina Valentini**

**PRESIDENTE PROVINCIA DI RIMINI** ———— /// **Matteo Vaccari**

**PRESIDENTE AIOP GIOVANI** ———— /// **Alberto Di Perna**

**MEMBRO PERMANENTE** ———— /// **Ettore Sansavini**

# /// COMMISSIONI REGIONALI AIOP ///



## **GRUPPO DI LAVORO SULLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA**

**COORDINATORE** | **MARIO COTTI** /// Valparma Hospital, Parma  
**ANTONIO AMORUSO** /// San Giacomo, Piacenza  
**ALESSANDRO AGAZZI** /// Villa Verde, Reggio Emilia  
**PAOLO TOSELLI** /// Villa Igea, Modena  
**PAOLO SIDDU** /// Villa Pineta, Modena  
**DANIELA PALARA** /// Quisisana, Ferrara  
**MIRCO GUARALDO** /// Salus Srl Ferrara  
**GIUSEPPE DI CANDIA** /// Gruppo Villa Maria, Ravenna



## **COMMISSIONE SETTORE PSICHIATRIA**

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



## **COMMISSIONE SETTORE RIABILITAZIONE**

**COORDINATORE** | **MAURIZIO MAINI** /// San Giacomo, Piacenza  
**RAPPRESENTANTE DEGLI OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI CON U.F. RIABILITAZIONE**



## **COMMISSIONE SETTORE REQUISITI ACCREDITATI**

**COORDINATORE** | **BRUNO BIAGI** /// Maria Cecilia Hospital, Ravenna  
**CINZIA BONAN** /// Villa Pineta, Modena  
**GIOVANNA FERIANI** /// Villa Erbosa, Bologna  
**GIANLUCA BERSANI** /// Malatesta Novello, Cesena  
**EUGENIO DELIBERALI** /// Domus Nova, Ravenna  
**GIULIANA VANDI** /// Villa Maria, Rimini



## **COMMISSIONE SETTORE ALTA SPECIALITA'**

**COORDINATORE** | **BRUNO BIAGI** /// Maria Cecilia Hospital, Ravenna  
**GIOVANNI BALDI** /// Salus Hospital, Reggio Emilia

# /// VALORI ///

AIOP Emilia-Romagna sostiene un Sistema Sanitario a gestione mista pubblica-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.

L'ottica di intervento è quella di svolgere la legittima funzione di rappresentanza degli interessi dei propri iscritti e, allo stesso tempo, contribuire alla crescita di una cultura di accesso, di gestione e di sviluppo dei servizi ospedalieri nell'interesse del Paese.

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

L'Associazione si fa portavoce della necessità di dover lavorare ancora su molti aspetti del sistema misto per fare in modo che questo cresca e si evolva in termini di quantità e qualità dei servizi, ottimizzazione delle risorse ed efficientamento della governance.

In particolare, quattro sono i valori a cui l'Associazione si ispira per lo svolgimento delle proprie funzioni:

- Garantire **costante innalzamento della qualità per ciascuna fase di attività delle strutture**, dalla valutazione dei requisiti al controllo dei risultati, in un monitoraggio continuo che consenta il miglioramento delle performance e il tempestivo adeguamento ai bisogni di salute dei cittadini;
- **Fornire ai cittadini l'effettiva possibilità di esercitare la propria libertà di scelta** circa le strutture ospedaliere a cui rivolgersi per le cure.
- Lavorare allo sviluppo di un **sistema di “terziarietà”** nei controlli e nei finanziamenti;
- Incentivare l'attuazione di **processi di**

**accreditamento istituzionale senza preferenze e a parità di requisiti tra ospedali pubblici e ospedali privati** (case di cura accreditate).

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

## 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

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.

“ *Il 77% delle strutture AIOP ER possiede un codice etico interno* ”

I medici, i dipendenti e i dirigenti sono invitati dall'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.

## /// 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* ”

**#1 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;

**#2 Partecipare direttamente all'elaborazione**, in Sede nazionale e periferica, dei programmi e delle normative in materia sanitaria;

**#3 Effettuare studi e indagini** al fine di risolvere eventuali problemi inerenti la struttura delle Istituzioni Sanitarie private, anche per quanto riguarda il loro inserimento nell'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale;

**#4 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;

**#5 Favorire la collaborazione** e la solidarietà tra le Istituzioni associate, assistendole e tutelando;

**#6 Costituire e mantenere rapporti** utili alla realizzazione degli scopi associativi con enti, associazioni e comitati, a livello nazionale e internazionale;

**#7 Favorire adesioni** utili ad aumentare la propria rappresentatività nei riguardi di altre strutture socio-sanitarie;

**#8 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.



## /// ATTORI DIRETTI ///

- / Pazienti
- / Utenti accompagnatori
- / Personale interno
- / Tecnici e collaboratori esterni
- / Ricercatori ed esperti

## /// ATTORI ISTITUZIONALI ///

- / Regione Emilia-Romagna
- / Ministero della Salute
- / Servizio Sanitario Nazionale
- / Istituto Superiore di Sanità
- / Università e Centri di Ricerca
- / Aziende USL

/// MAPPA DE  
STAK

## /// OPERATORI ECONOMICI DEL TERRITORIO ///

- / Fornitori sanitari e non
- / Albergatori
- / Ristoratori
- / Operatori del trasporto pubblico

## /// COMUNITÀ LOCALE E AMBIENTE ///

- / Associazioni ed enti non profit
- / Ambiente e territorio
- / Cittadinanza



GLI  
KEHOLDER ///

# /// PARTE SECONDA ///



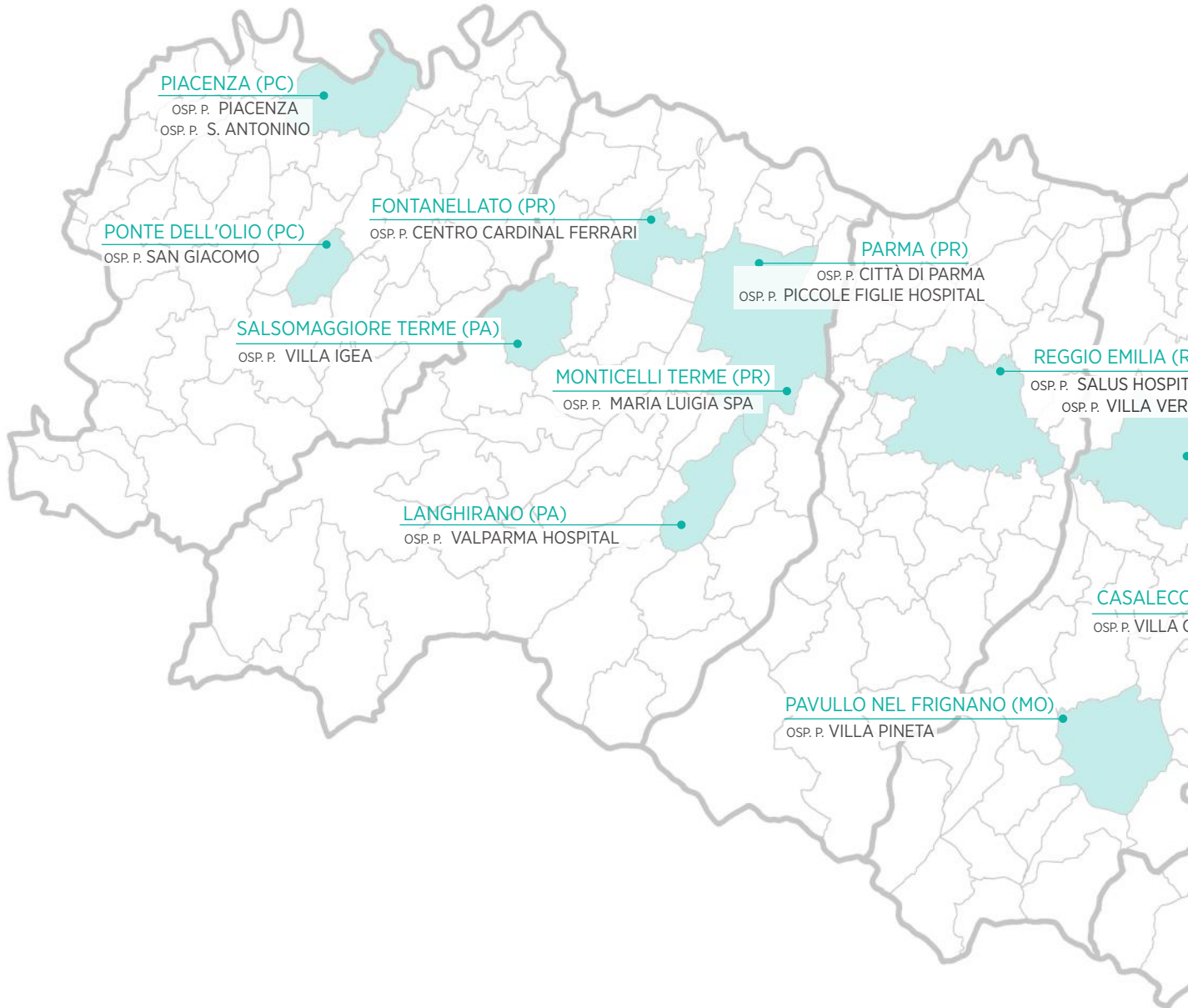
## LE STRUTTURE SANITARIE DI AIOP EMILIA-ROMAGNA

---

PRESIDIO	COMUNE	PROVINCIA
OSP. PRIVATO VILLA ERBOSA	Bologna	BO
OSP. PRIVATO NIGRISOLI	Bologna	BO
OSP. PRIVATO VILLA TORRI HOSPITAL	Bologna	BO
OSP. PRIVATO AI COLLI	Bologna	BO
OSP. PRIVATO VILLA BARUZZIANA	Bologna	BO
OSP. PRIVATO VILLA BELLOMBRA	Bologna	BO
OSP. PRIVATO VILLA LAURA	Bologna	BO
OSP. PRIVATO VILLA REGINA	Bologna	BO
OSP. PRIVATO SANTA VIOLA	Bologna	BO
OSP. PRIVATO VILLA CHIARA	Casalecchio di Reno	BO
OSP. PRIVATO PROF. NOBILI	Castiglione dei Pepoli	BO
CLINICA PRICATA VILLALBA	Bologna	BO
CASA DI CURA MADRE FORTUNATA TONIOLO	Bologna	BO
OSP. PRIVATO QUISISANA	Ferrara	FE
OSP. PRIVATO VILLA SALUS	Ferrara	FE
OSP. PRIVATO MALATESTA NOVELLO	Cesena	FC
OSP. PRIVATO S. LORENZINO	Cesena	FC
OSP. PRIVATO VILLA IGEA	Forlì	FC
OSP. PRIVATO VILLA SERENA	Forlì	FC
OSP. PRIVATO PROF. FOGLIANI	Modena	MO
OSP. PRIVATO VILLA IGEA	Modena	MO
OSP. PRIVATO VILLA ROSA	Modena	MO
OSP. PRIVATO VILLA PINETA	Pavullo nel Frignano	MO
OSP. PRIVATO CENTRO CARDINAL FERRARI	Fontanellato	PA
OSP. PRIVATO VALPARMA HOSPITAL	Langhirano	PA
OSP. PRIVATO MARIA LUIGIA SPA	Montechiarugolo	PA
OSP. PRIVATO CITTA' DI PARMA	Parma	PA
OSP. PRIVATO PICCOLE FIGLIE HOSPITAL	Parma	PA
OSP. PRIVATO VILLA IGEA	Salsomaggiore Terme	PA
OSP. PRIVATO PIACENZA	Piacenza	PC
OSP. PRIVATO S. ANTONINO	Piacenza	PC
OSP. PRIVATO S.GIACOMO	Ponte dell'Olio	PC
OSP. PRIVATO MARIA CECILIA HOSPITAL	Cotignola	RA
OSP. PRIVATO S. PIER DAMIANO	Faenza	RA
OSP. PRIVATO DOMUS NOVA	Ravenna	RA
OSP. PRIVATO SAN FRANCESCO	Ravenna	RA
OSP. PRIVATO VILLA AZZURRA	Riolo Terme	RA
OSP. PRIVATO SALUS HOSPITAL	Reggio Emilia	RE
OSP. PRIVATO VILLA VERDE	Reggio Emilia	RE
OSP. PRIVATO PROF. E. MONTANARI	Morciano di Romagna	RN
OSP. PRIVATO SOL ET SALUS	Rimini	RN
OSP. PRIVATO VILLA MARIA	Rimini	RN
OSP. PRIVATO SALUS SRL	Rimini	RN
RSA SOLE	Misano Adriatico	RN

# /// STRUTTURE SANITARIE AIOP EMILIA-ROMAGNA ///

## LOCALIZZAZIONE COMUNALE



AIOP  
EMILIA ROMAGNA  
**MAP**

**44**

STRUTTURE  
OSPEDALIERE  
PRIVATE AIOP

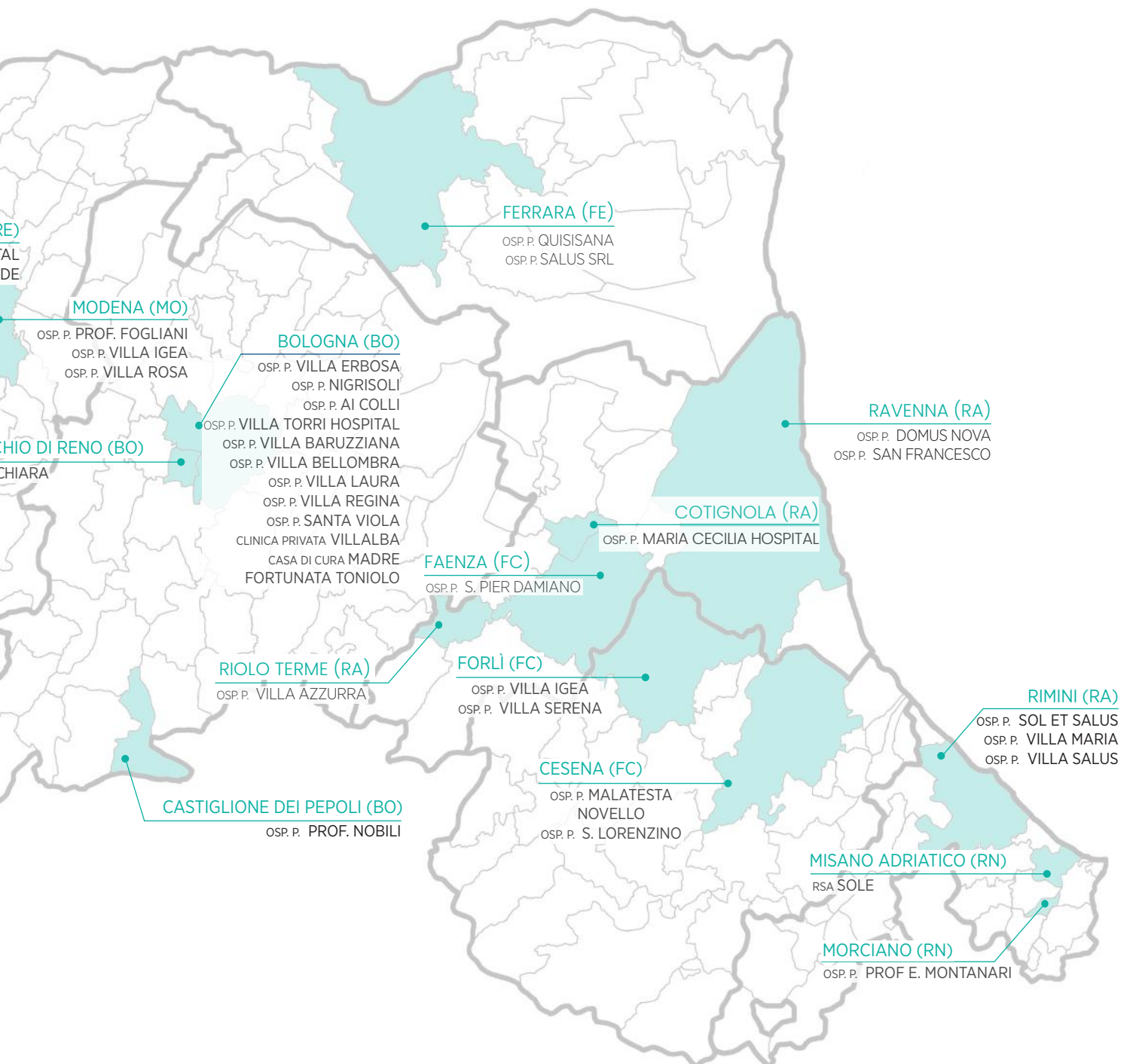
**23**

COMUNI CON  
PRESENZA  
STRUTTURE AIOP

**1,9 MLN**

RESIDENTI NEI  
COMUNI CON  
PRESENZA AIOP





# /// STRATEGIE E POLITICHE: IL RUOLO DELL'OSPEDALITA' IN EMILIA ROMAGNA ///

La natura delle relazioni fra sanità pubblica e sanità privata accreditata è stata oggetto di profonda riflessione durante la prima fase dell'emergenza pandemica da parte di istituzioni ed opinione pubblica, che si sono trovate ad interrogarsi sulla validità e sul funzionamento di quelli che fino ad oggi sono stati i principali modelli di riferimento. "In particolare, **le differenti strategie territoriali di gestione dell'emergenza hanno acceso i riflettori sugli elementi di distinzione fra i modelli di governance sanitaria regionali, all'interno dei quali il livello di integrazione tra le due componenti della sanità gioca un ruolo di primo piano.** A partire dall'approvazione nel 1992 della legge Amato sull'equiparazione tra gli erogatori sanitari e a seguito del processo di regionalizzazione nella gestione della spesa, il comparto privato ha visto crescere costantemente il proprio ruolo all'interno di tutti i Servizi Sanitari regionali ma con intensità e modalità differenti.

Focalizzando l'attenzione sulle tre regioni coinvolte dalla prima propagazione del Covid-19, ad esempio, si osserva come, in un panorama di progressivo aumento dell'incidenza dei posti letto del privato accreditato sui posti letto totali (Italia, 28% del 2010 vs 31% del 2018), il grado di "compenetrazione" del privato accreditato in Emilia Romagna, rispecchiato da una copertura del 26% dei posti letto regionali, si colloca in una posizione sostanzialmente intermedia rispetto alla Lombardia (in cui i posti letto privati accreditati rappresentano il 37% del totale) e al Veneto (in cui l'incidenza è pari al 20%).

In termini di dimensione media delle strutture, l'Emilia Romagna mostra una dimensione dell'ospedalità accreditata più contenuta (in media 92 posti letto per struttura) che si differenzia in maniera netta dal pubblico (253 posti in media per struttura); Veneto e Lombardia presentano, invece, una concentrazione di strutture private accreditate di grandi dimensioni (127 posti letto in Veneto, 150 in Lombardia), accorciando le distanze rispetto alla dimensione media degli ospedali pubblici (246 posti letto in Veneto e 266 in Lombardia).

Nella nostra regione, l'offerta del privato accreditato è caratterizzata da una massiccia presenza di case di cura, che concentrano il 95% dell'offerta complessiva dei posti letto accreditati. Percentuale che scende al 56% per la Lombardia e al 51% per il Veneto.

Il trattamento delle acuzie rimane ancora fortemente ad appannaggio del pubblico in Emilia Romagna e Veneto, dove oltre l'80% dei ricoveri avviene in istituti pubblici, mentre in Lombardia una dimissione su tre è ascrivibile al privato accreditato.

Rispetto alle discipline presidiate, in tutte e tre le regioni considerate il contributo del privato accreditato è "storicamente" rilevante e distintivo nelle attività di riabilitazione, lungodegenza e chirurgia programmata, sebbene anche rispetto a tali ambiti si evidenzino sostanziali differenze tra i territori.<sup>1</sup>

**Indagando specificatamente il contesto emiliano-romagnolo, nel 2019 l'offerta ospedaliera delle strutture private accreditate rappresenta:**

- **Il 25,9% dei posti letto totali;**
- **Il 18,8% dei pazienti dimessi;**
- **Il 20,2% delle giornate di degenza complessive.**

In relazione alle discipline nelle quali il privato accreditato contribuisce maggiormente alla capacità di assorbimento regionale, troviamo:

- I percorsi di recupero e riabilitativi: gli ospedali privati accreditati assistono ben il 65,4% del totale dei pazienti che necessitano di percorsi di recupero, sia motorio che cognitivo, e riabilitativi;
- la cardiocirurgia: gli interventi che rientrano nell'ambito di questa disciplina vengono effettuati in ospedali privati accreditati in poco meno del 60% dei casi;
- la lungodegenza: in cui il privato accreditato garantisce la cura del 44,8% dei pazienti regionali;
- l'ortopedia e la traumatologia: disciplina in cui gli ospedali accreditati concentrano il 42,7% del totale delle dimissioni della regione.

<sup>1</sup>Nomisma, "Sanità pubblica e privata accreditata per il dopo Covid", Aprile 2020

CONTRIBUTO STRUTTURE AIOP ER PER PRINCIPALI DISCIPLINE DI DIMISSIONE, ANNO 2019

	DIMESSI AIOP ER	DIMESSI AIOP ER/TOT	GIORNATE AIOP ER	GIORNATE AIOP ER/TOT
RECUPERO E RIABILITAZIONE	12.560	65,4%	252.692	63,1%
CARDIOCHIRURGIA	3.505	58,9%	31.368	47,7%
LUNGODEGENTI	14.566	44,8%	291.557	44,8%
ORTOPEDIA E TRAUMATOL.	45.472	42,7%	146.896	31,4%
PSICHIATRIA*	4.246	36,6%	47.325	36,2%
NEURO-RIABILITAZIONE	221	26,2%	20.230	36,6%
NEUROCHIRURGIA	1.690	21,9%	8.801	16,2%
CHIRURGIA GENERALE	16.919	21,6%	31.499	10,3%

\*solo ospedaliera

Fonte: Elaborazioni su dati Siseps Emilia Romagna

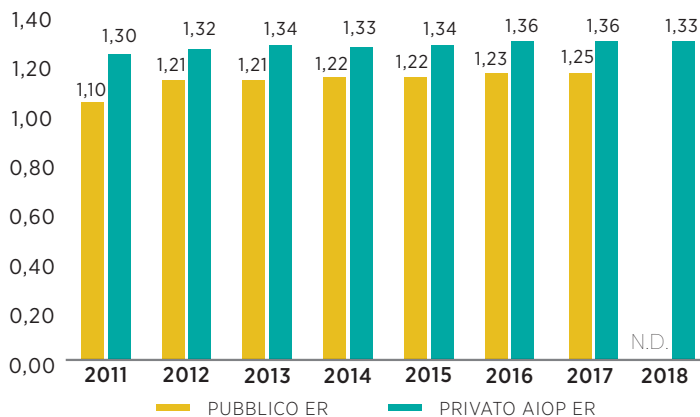
Per quanto riguarda il livello di complessità delle prestazioni fornite dalle strutture erogatrici, sia l'indice di peso medio che quello di case mix testimoniano per le strutture accreditate AIOP la presenza di una casistica di complessità in media più elevata rispetto allo standard pubblico.

L'elevato livello delle prestazioni erogate è confermato dal numero di pazienti dimessi da istituti privati accreditati con DRG ad alta complessità - oltre 18.715 nel 2019 - pari al 13,1% del totale, in crescita di oltre 4 punti percentuali rispetto all'8,8% registrato nel 2009.

**INDICE PESO MEDIO - ANNO 2019**

**Peso medio**

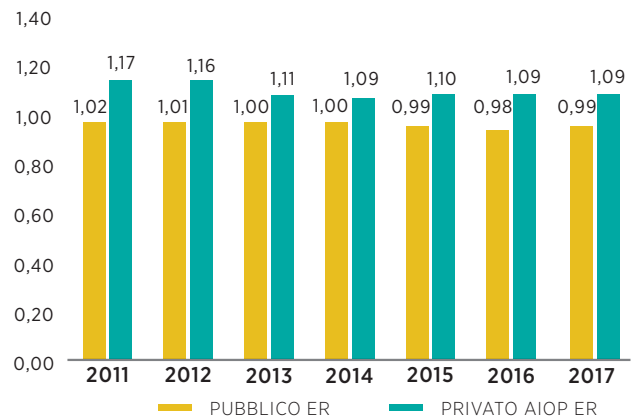
Calcolato per disciplina di dimissione, rapporta i punti DRG prodotti in una specifica disciplina con il numero di dimessi appartenenti a quel DRG dalla struttura ospedaliera. Quanto più il valore del peso medio è elevato, tanto più la casistica trattata in una struttura (o in un insieme di strutture) risulta complessa.



**INDICE CASE MIX - ANNO 2019**

**Case mix**

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). L'ICM superiore ad uno indica una complessità della casistica superiore allo standard di riferimento.



Fonte: Elaborazioni su dati Siseps Emilia Romagna

In termini generali, è possibile affermare che in Emilia Romagna l'affiancamento fra l'iniziativa e le competenze pubbliche e l'ospitalità privata regionale, economicamente solida, con buone capacità gestionali e di investimento ed erogatrice di prestazioni sempre più complesse, ha portato allo sviluppo ed al consolidamento di un modello di offerta variegato, innovativo e, come dimostrato dalle ultime vicende, capace di rispondere anche ad improvvisi shock di domanda di salute. Senza voler assegnare alcun tipo di primato regionale, **l'esperienza**

**della pandemia sta infatti confermando la robustezza del modello misto pubblico-privato - basato su una lunga tradizione negoziale ispirata al soddisfacimento dei reali fabbisogni** - e l'efficacia della strutturata integrazione tra un sistema pubblico diffuso e scientificamente consolidato e una capillare rete di strutture private accreditate, che ha saputo nel tempo radicarsi nel territorio, fornendo prestazioni in maniera efficiente e con standard qualitativi elevati.



# /// GLI INDICATORI CHIAVE DI PERFORMANCE SOSTENIBILE ///

**8.340**

PERSONALE  
TOTALE

**17,8 MLN**

SPESE AMBIENTALI  
TOTALI SOSTENUTE  
DALLE STRUTTURE

**38,6 %**

STRUTTURE CHE  
PROGRAMMANO  
INTERVENTI DI  
EFFICIENTAMENTO  
FUTURI

**812 MLN**

VALORE DELLA  
PRODUZIONE

<b>RESPONSABILITÀ SOCIALE</b>		
	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Personale Totale (n. persone)	8.031	8.340
Personale Femminile (% sul totale)	59,2%	57,6%
Stabilizzazione del rapporto di lavoro (n. nuovi posti)	155	219
Personale impegnato in attività formative (% sul totale)	72,2%	79,0%
Indice di gravità degli infortuni	0,97	0,93
Incidenza acquisti da fornitori localizzati in E-R (% sul totale)	65,8%	63,7%
Strutture che supportano iniziative per la comunità (% sul totale)	48%	48%
<b>RESPONSABILITÀ AMBIENTALE</b>		
Spese ambientali totali sostenute dalle strutture (Milioni di euro)	16,7	17,8
Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di acqua (% sul totale)	18,2%	20,5%
Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di energia elettrica (% sul totale)	40,9%	50,0%
Strutture che adottano iniziative per diminuire il consumo di gas/metano (% sul totale)	20,5%	20,5%
Strutture che programmano interventi di efficientamento futuri	45,5%	38,6%
<b>RESPONSABILITÀ ECONOMICA</b>		
Valore della Produzione (Milioni di euro)	759	812
Valore Aggiunto Globale Lordo (Milioni di euro)	502	531
Investimenti totali (Milioni di euro)	41	37
Tasse e imposte pagate (Milioni di euro)	41	46
Indice di patrimonializzazione aggregato (%)	32,8%	34,6%
Impatto occupazione indiretto (n. persone)	748	758
Impatto economico indotto (Milioni di euro)	1.192	1.275





# /// LE PRESTAZIONI SANITARIE E I PAZIENTI ///



**46%**

pazienti con più di  
65 anni

**91%**

ricoveri accreditati

**53%**

pazienti donna

---

**131.524**  
dimessi sopedalieri

---

**62%**

dei pazienti dimessi  
in Regione

**32%**

dimessi in ortopedia  
e traumatologia

**38%**

pazienti provenienti  
da fuori regione

**1.181.675**

giorni di degenza

**5.163**

posti letto

**4.040**

dimessi per attività  
residenziale psichiatrica

# /// LE PRESTAZIONI SANITARIE E I PAZIENTI ///

Il panorama del privato accreditato che caratterizza la regione Emilia Romagna è costituito da un'ampia e articolata rete di soggetti che si differenziano fra di loro per ambito assistenziale di competenza, dimensione, attività e prestazioni sanitarie offerte.

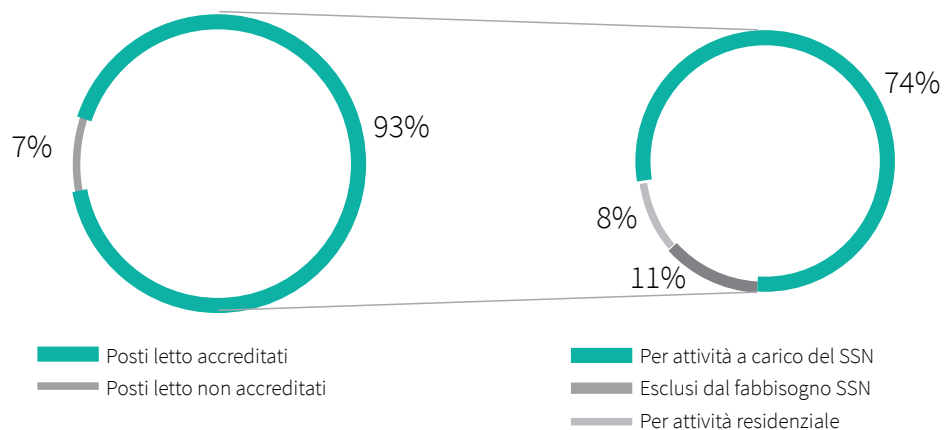
Delle strutture sanitarie associate ad AIOE Emilia-Romagna oggetto del bilancio sociale, 43 sono case di cura che offrono servizi esclusivamente ospedalieri, salvo alcune attività residenziali nella psichiatria, a cui si aggiunge una struttura residenziale psichiatrica. Tra gli ospedali, 36

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 ammontano complessivamente a 5.163, di cui 4.779 (93%), 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.

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO PER TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ - ANNO 2019



Fonte: Elaborazioni su dati Siseps Emilia Romagna

L'analisi dei dimessi per onere della prestazione evidenzia per circa 9 pazienti su 10, un ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. I ricoveri a totale carico del paziente interessano l'8,6% 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 Servizio Sanitario Nazionale con il pagamento della differenza alberghiera (0,7%).

DIMESSI PER ONERE DELLA DEGENZA - ANNO 2019

	DIMESSI	QUOTA
Ricovero a totale carico SSN	119.096	90,55%
Ricovero a carico SSN con differenza alberghiera	955	0,73%
Ricovero a totale carico paziente	11.246	8,55%
Ricovero a carico SSN di stranieri paesi convenzionati	78	0,06%
Ricovero a carico SSN di stranieri indigenti	21	0,02%
Altro	56	0,04%
Ricovero a carico Ministero Interni di stranieri indigenti	72	0,05%
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>131.524</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Elaborazioni su dati Siseps Emilia Romagna

Nelle strutture private accreditate, al 2019, sono stati dimessi 135.564 pazienti, 131.524<sup>2</sup> (il 97%) per attività ospedaliera e 4.040 per attività residenziale psichiatrica. **L'ultimo anno ha segnato un aumento dell'1,5% del numero di dimessi totali**, denotando un incremento delle attività e interrompendo di fatto il trend decrescente che aveva caratterizzato il triennio precedente. Tale risultato è in parte riconducibile allo **sforzo messo in atto dalle strutture AIOP e finalizzato ad un miglior governo delle liste di attesa, con specifico riferimento alle prestazioni chirurgiche critiche** – così come definite dalla DGR 603 del 15.04.2019 recante “Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021”.

In particolare per gli interventi ortopedici a carico SSN (18.522 dimessi) sui residenti in Emilia Romagna si è registrato un incremento complessivo di attività del 7% rispetto all'anno 2018. Il recente contributo sulla chirurgia critica in termini di liste di attesa si inserisce in continuità e ad integrazione dell'impegno prestato a partire dal 2018 per il potenziamento dell'offerta prestazionale regionale rivolta a ridurre le liste

di attesa di prestazioni ambulatoriali, tramite il superamento delle criticità nell'accesso, in particolare per prestazioni di diagnostica strumentale pesante (RMN muscolo scheletriche e della colonna) e grazie all'avvio di iniziative finalizzate all'incremento della capacità produttiva delle strutture presenti nel territorio.

Anche in questo caso le strutture AIOP hanno affiancato la componente pubblica nel raggiungimento di 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 stata anche volta al contenimento dei flussi di mobilità passiva interregionale e ha portato ad un incremento delle prestazioni ambulatoriali di diagnostica del 10,1% rispetto al biennio precedente.

Focalizzando l'attenzione sulle giornate totali di degenza, esse sono state pari a 1.181.675, per una media di giorni di degenza pari a 7,43 per attività ospedaliera e a 30 per attività residenziale psichiatrica.

DIMESSI E GIORNATE DI DEGENZA - ANNI 2016-2019

	DIMESSI	GG./ACC.
2016	136.161	1.153.974
2017	133.648	1.156.556
2018	133.517	1.161.833
2019	135.564	1.181.675

Fonte: Elaborazioni su dati Siseps Emilia Romagna

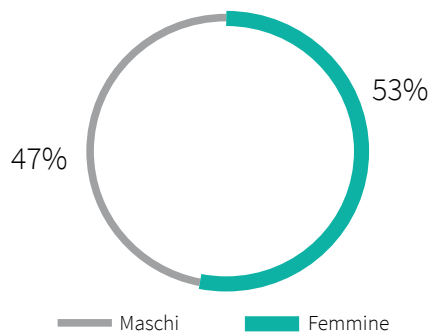
“ *Le strutture AIOP E-R a supporto della riduzione delle liste di attesa delle prestazioni chirurgiche critiche e ambulatoriali* ”

Per quanto riguarda l'articolazione dei dimessi per genere e classe di età, 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 10,3% dei pazienti ha più di 84 anni. Tali dati avvalorano quelli relativi alla composizione per genere: le donne,

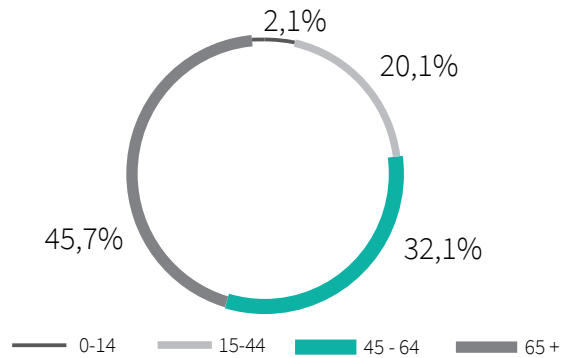
che risultano essere in numero maggiore rispetto agli uomini tra la popolazione più anziana, costituiscono infatti il 53% dei dimessi complessivi.

<sup>2</sup> I dati relativi ai ricoveri tengono conto dei ricoveri misti, che pesano circa il 7,8% dei ricoveri totali

DIMESSI PER GENERE - ANNO 2019



DIMESSI PER CLASSE DI ETÀ - ANNO 2019



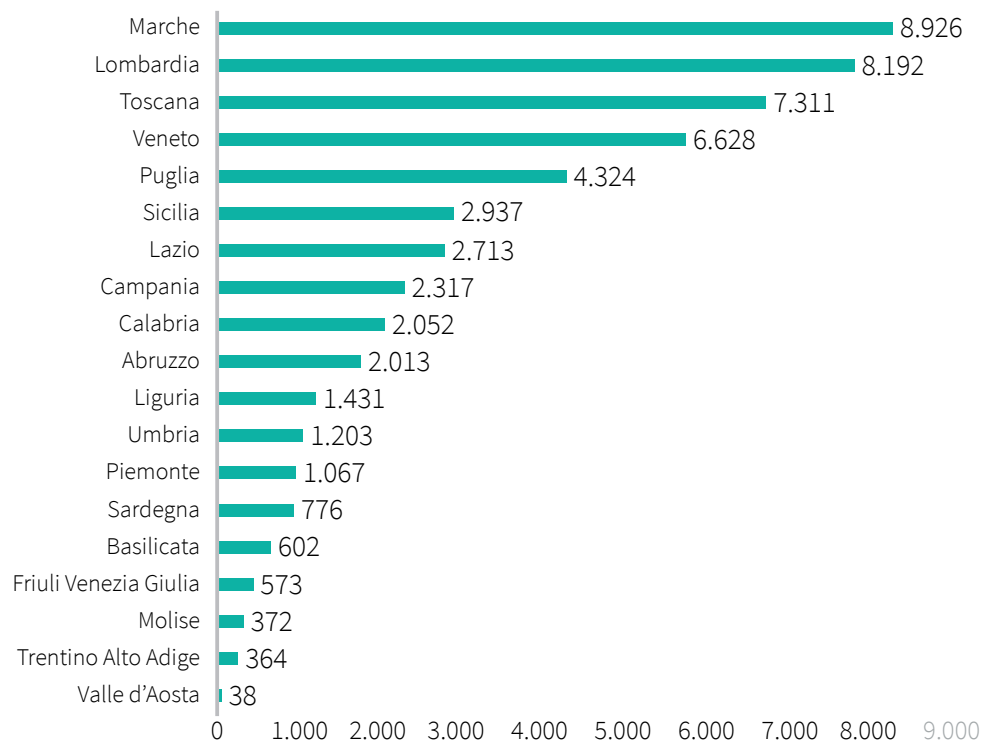
Fonte: Elaborazioni su dati Siseps Emilia Romagna

“ *I pazienti residenti in altre regioni rappresentano il 38% del totale e risultano in crescita rispetto al 2018*

**I dati sulla mobilità attiva confermano anche per il 2019 la grande capacità attrattiva dell'ospedalità privata regionale:** i dimessi provenienti da altre regioni incidono per il 38,2% sui dimessi totali e risultano in crescita del 6% rispetto all'anno precedente. Le regioni con il più alto numero di dimessi da strutture AIOF emiliano

romagnole risultano essere quelle direttamente confinanti, ovvero Marche (16,6%), Lombardia (15,2%), Toscana (13,6%) e Veneto (12,3%). E' da sottolineare, tuttavia, l'importante peso rivestito dalle regioni del Sud e dalle Isole che, in termini aggregati, assorbono oltre il 28% del totale dei ricoveri in mobilità in entrata.

DIMESSI PER PROVENIENZA EXTRA REGIONALE - ANNO 2019



Fonte: Elaborazioni su dati Siseps Emilia Romagna

## “ AIOF riduce la mobilità passiva con un recupero di 2,2 milioni di euro

Il 2019 rappresenta un anno particolarmente importante e significativo anche in relazione all'andamento dei flussi di residenti emiliano romagnoli che cercano assistenza fuori regione (prevalentemente nelle regioni confinanti). **Dopo diversi anni caratterizzati da una costante crescita della mobilità passiva regionale, i ricoveri fuori regione nel privato accreditato si**

**riducono del 2,6% rispetto all'anno precedente, determinando un recupero di oltre 2,2 milioni di euro.** L'osservazione della variazione totale realizzata a livello regionale, pari a -3,2 milioni di euro (-2,9% in termini di ricoveri), mette in evidenza l'importante contributo apportato dalla componente privata sul favorevole risultato annuale.

MOBILITÀ PASSIVA REGIONALE - ANNI 2018 E 2019

	2019		2018		VAR. 2019/18	
	Numero Ricoveri	Importo a tariffe	Numero Ricoveri	Importo a tariffe	Numero Ricoveri	Importo a tariffe
Privato AIOF ER	22.138	100.124.604 €	22.737	102.376.919 €	-2,6%	- 2.252.315 €
Pubblico ER*	20.148	69.390.032 €	20.796	70.362.370 €	-3,1%	- 972.338 €
<b>TOTALE</b>	<b>42.286</b>	<b>169.514.636 €</b>	<b>43.533</b>	<b>172.739.289 €</b>	<b>-2,9%</b>	<b>- 3.224.653 €</b>

\*inclusa la libera professione

Fonte: Elaborazioni su dati Siseps Emilia Romagna

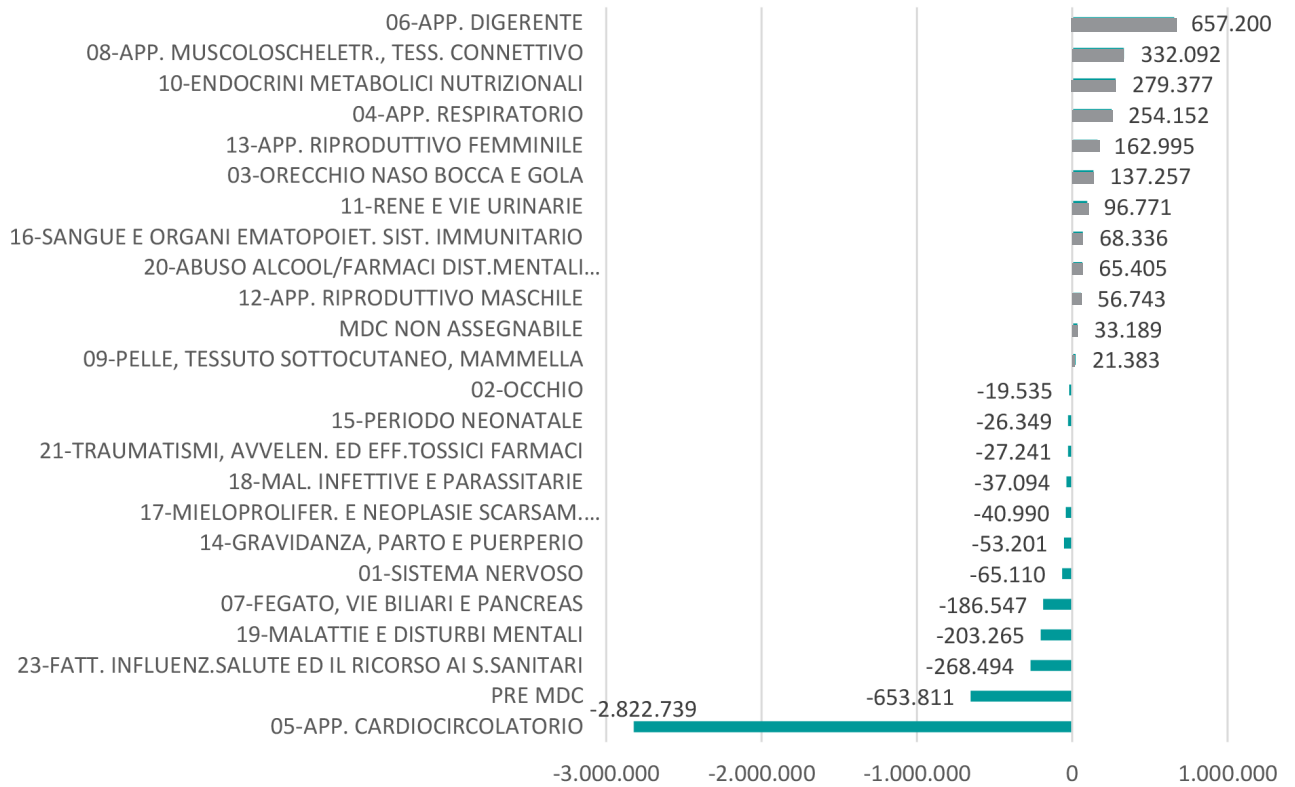
Nel caso dell'ospedalità privata accreditata, il decremento della mobilità passiva è ascrivibile, in particolare, al MDC 5 relativo all'apparato cardiocircolatorio che, fra il 2018 e il 2019, registra un recupero di 2,8 milioni di euro (di cui circa 2 milioni riconducibile alle casistiche di cardiocirurgia). Segnali positivi si riscontrano anche in altre attività (MDC 23 - Fatt. influenz. salute ed il ricorso ai servizi sanitari; MDC 19 - Malattie e disturbi mentali; MDC 7- Fegato, vie biliari e pancreas; MDC 1 - Sistema

nervoso), che tuttavia incidono in misura minore rispetto al totale delle compensazioni.

Permangono significative criticità rispetto al MDC 8 ortopedico e del tessuto connettivo (che pesa per il 41,5% sul totale delle compensazioni), anche se l'ultimo anno ha segnato interessanti risultati per alcuni specifici DRG (interventi sulla colonna DRG 498, revisioni di protesi DRG 545 e interventi sul piede DRG 225).



**MOBILITÀ PASSIVA: VARIAZIONE IMPORTO A TARIFFE 2019/2018**



Fonte: Elaborazioni su dati Siseps Emilia Romagna

Focalizzando l'attenzione sugli ambiti di specializzazione delle strutture AIOp emiliano romagnole, si conferma prima disciplina per numero di dimessi "ortopedia e traumatologia" che, con 45.472, raccoglie il 32% 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 (10.339 dimessi) con un aumento del 4,4% rispetto al 2018, sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (10.682 dimessi) e interventi sul piede (6.385 dimessi). Seguono, sempre in termini

di numerosità di pazienti assistiti, "Chirurgia generale", "Medicina generale", Lungodegenza" e "Recupero e riabilitazione". Queste 5 discipline accentrano il 74% dei dimessi totali dalle strutture AIOp ER. Trattandosi di discipline estremamente differenti tra loro, le degenze medie differiscono in maniera significativa, passando dai 1,9 giorni medi per chirurgia generale ai 20 di recupero e riabilitazione e lungodegenza.

Infine, superano il milione e 481 mila le prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture AIOp emiliano romagnole in convenzione con il SSN, delle quali oltre la metà (54,1%) afferiscono all'ambito diagnostico

**PRIME 5 DISCIPLINE DI DIMISSIONE PER NUMERO DI DIMESSI - ANNO 2019**

	DIMESSI	QUOTA SU TOTALE DIMESSI	DEGENZA MEDIA
Ortopedia e traumatologia	45.472	31,9%	3,2
Chirurgia generale	16.919	11,9%	1,9
Medicina generale	16.275	11,4%	9,3
Lungodegenti	14.566	10,2%	20,0
Recupero e riabilitazione	12.560	8,8%	20,1

Fonte: Elaborazioni su dati Siseps Emilia Romagna

## PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME DI ACCREDITAMENTO - ANNO 2019

	N. PRESTAZIONI ACCREDITATE
Diagnostica	800.878
Laboratorio	144.210
Riabilitazione	73.495
Terapeutica	95.601
Visite	367.419
<b>TOTALE</b>	<b>1.481.603</b>

Fonte: Elaborazioni su dati Siseps Emilia Romagna

“ *Le strutture AIOp sono in prima linea a supporto del tessuto economico locale* ”

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:

il 45,5% 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.



**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

### Indice di soddisfazione generale degli utenti



**89,5%**

La maggioranza delle strutture (77%) rileva periodicamente il livello di soddisfazione dei propri utenti. In media nel 2019 l'indice di soddisfazione si è attestato all'89,5%. Inoltre, al 2019:

37 STRUTTURE///Adottano un proprio CODICE ETICO

23 STRUTTURE/// Posseggono un Sistema di Gestione Qualità ISO 9001

5 STRUTTURE/// Posseggono un Sistema di Gestione Sicurezza OHSAS 180001

# /// IL PERSONALE ///



**8.340**

personale occupato

**+3,8%**

crescita del personale

**16,6%**

personale under 30

**57,6%**

personale femminile

**70.516**

numero di ore formazione

**79%**

personale coinvolto in  
attività formative

**10,7**

ore di formazione media  
per dipendente

**219**

contratti trasformati a  
tempo indeterminato

# /// IL PERSONALE ///

I dati sull'assorbimento occupazionale delle strutture AIOE-R certificano il ruolo fondamentale della sanità quale comparto in cui l'innovazione tecnologica e scientifica, crea i presupposti per stimolare l'occupazione (di qualità) anziché ridurla.

In un contesto che permane complesso nel mercato del lavoro, le strutture ospedaliere continuano ad affidarsi a personale sanitario e non sanitario sempre più qualificato. Formazione continua e aggiornamento professionale rimangono condizione imprescindibile per tutte le case di cura AIOE-R: un patrimonio di conoscenza da mettere al servizio dei pazienti e dei loro accompagnatori.

**Nel 2019 il personale delle strutture AIOE-R si è attestato a 8.340 unità in crescita del 3,8% rispetto all'anno precedente.**

e diagnostica (15,3%); stabile invece la quota di personale amministrativo (9,1%).

Nel corso del 2019, inoltre, sono stati stabilizzati 219 posti di lavoro, in netto aumento dai 155 registrati nel 2018.

**Il personale femminile continua a rappresentare la componente più significativa, con il 57,6% del totale di addetti nel 2019.** Le donne rappresentano il 77,3% degli infermieri e degli operatori socio-sanitari, il 63,6% del personale tecnico e il 77,4% del personale amministrativo. Costituiscono tuttavia una quota molto più ridotta dei medici, con una percentuale di poco oltre il 28%.

La fotografia del personale per età mostra come il 16,6% ha meno di 30 anni, il 53,4% un'età compresa tra i 31 e 50 anni e il 30% un'età superiore ai 51 anni. Conseguentemente, i rapporti professionali con il personale risultano avere una durata media superiore ai 10 anni. Tuttavia, anche nel 2019 come nell'anno precedente, si riscontra un incremento della quota giovanile di addetti.

## “ Un anno di crescita per l'occupazione

Il personale infermieristico e di operatori socio-sanitari rappresenta la quota preponderante all'interno delle strutture: 3.308 addetti, il 39,7% sul totale nel 2019. Cresce la quota di personale medico (35,9%) e quello tecnico tra cui figurano fisioterapisti, personale di laboratorio

“ *Rimane preponderante la quota di personale con esperienza ma aumenta il turnover*

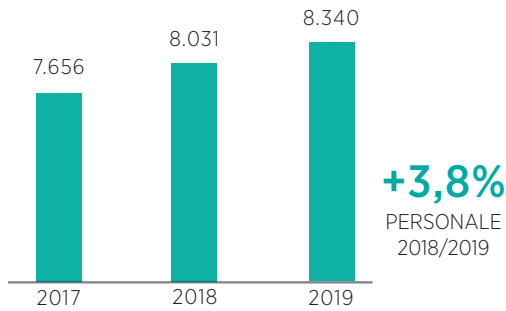


PERSONALE TOTALE IMPIEGATO NELLE STRUTTURE - ANNI 2018 E 2019

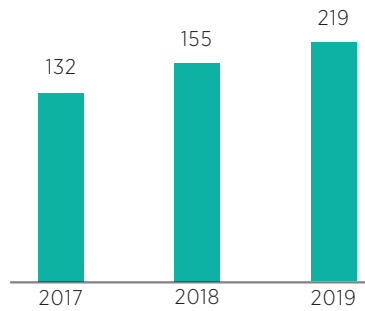
	2018		2019	
	M	F	M	F
Medici	1.898	747	2.150	844
Infermieri e OSS	788	2.710	751	2.557
Amministrativi	170	584	171	587
Tecnici (fisioterapisti, laboratori analisi, diagnostica, altri addetti)	422	713	466	813
TOTALE PER GENERE	3.277	4.754	3.538	4.802
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>8.031</b>		<b>8.340</b>	

Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOE-R

PERSONALE AGGREGATO DELLE STRUTTURE  
AIOP EMILIA-ROMAGNA - ANNO 2019

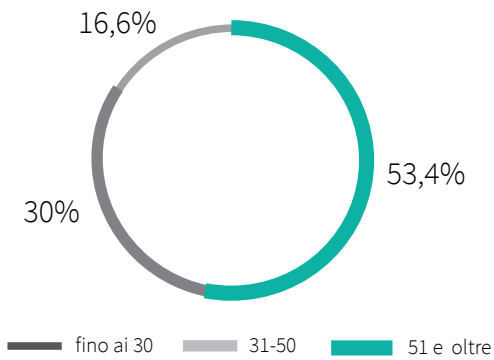


PERSONALE CHE HA VISTO TRASFORMARE  
A TEMPO INDETERMINATO IL PROPRIO  
CONTRATTO - ANNO 2019

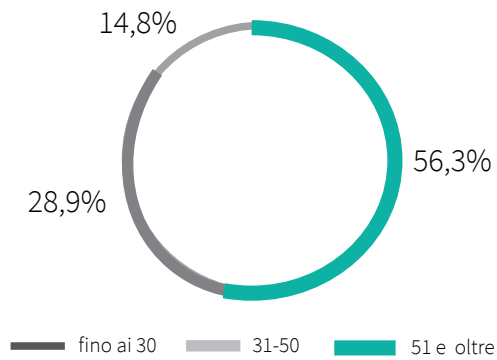


Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOP E-R

COMPOSIZIONE DEL PERSONALE PER ETÀ' - ANNO 2019



COMPOSIZIONE DEL PERSONALE PER ETÀ' - ANNO 2018



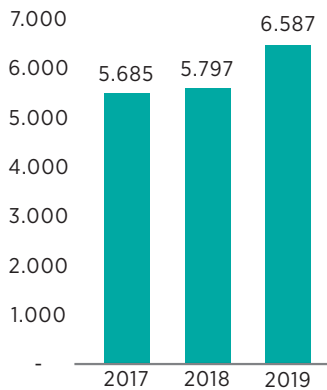
Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOP E-R

Nel 2019 sono state erogate oltre 70mila ore di formazione, destinate a oltre 6.500 addetti (il 79% del totale, quota in forte crescita dal 2018).

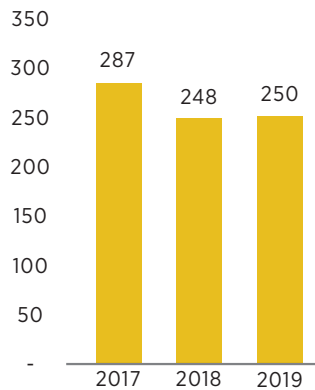
Per quanto riguarda la sicurezza sul lavoro, il numero di infortuni nel 2019 è stato pari a 250, un valore che conferma la riduzione registrata

nel 2018. Si contrae l'indice di frequenza degli infortuni in virtù dell'aumento del numero di ore lavorate dal personale; in diminuzione anche il numero di giornate di assenza che si riflette in una contrazione dell'indice di gravità degli infortuni.

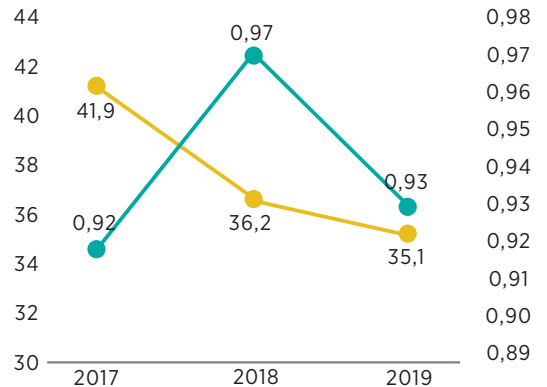
PERSONALE CHE HA BENEFICIATO DI  
CORSI DI FORMAZIONE - ANNO 2019



N. INFORTUNI SUL LAVORO - ANNO 2019



INDICI DI SICUREZZA SUL LAVORO - ANNO 2019



Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOP E-R

**Indice di frequenza**  
Rapporto tra il numero degli infortuni e il numero delle ore lavorate dal personale moltiplicato per 1.000.000.

**Indice di gravità:**  
Rapporto tra il numero di giornate di assenza per infortunio e il totale delle ore lavorate, moltiplicato per 1.000.



# /// AMBIENTE E COMUNITA' ///



**17,8 mln €**

spesa ambientale

**+6,4%**

variazione della spesa  
ambientale

**38,6%**

interventi per migliorare  
la raccolta rifiuti

**20,5%**

interventi per migliorare la  
componente gas/metano

**50%**

interventi per migliorare  
l'efficienza energetica

**38,6%**

pianifica ulteriori  
interventi migliorativi

**463 mila €**

a sostegno di iniziative  
per la comunità

il **52,5%**

per promuovere attività  
sportive e associative

# /// AMBIENTE E COMUNITA' ///

Lo svolgimento delle attività strettamente sanitarie, di quelle non sanitarie, finalizzate al generale benessere dei pazienti e del personale (servizi alberghieri, comfort termico, salubrità degli ambienti di erogazione delle prestazioni, ecc.), nonché il rispetto di stringenti vincoli normativi, fanno sì che la gestione energetica rappresenti una questione particolarmente complessa per le strutture ospedaliere che, per loro natura e spesso per epoca di costruzione degli edifici, rappresentano attori particolarmente energivori nel sistema dei servizi nazionale.

Nonostante i vincoli, **le strutture ospedaliere AIOP E-R continuano a svolgere le proprie attività ispirandosi agli obiettivi sovranazionali, nazionali e di comparto in termini di aumento di sostenibilità energetica e di riduzione di impatto ambientale.**

Nel 2019 la spesa ambientale complessiva dell'aggregato delle strutture è stata pari a 17,8 Milioni di euro, in lieve aumento (+6,4%) rispetto al 2018. Verosimilmente come conseguenza dell'aumento delle degenze registrata nell'ultimo anno, si riscontra un rialzo su tutte le voci di costo più rilevati ad eccezione delle spese per consumi idrici in calo del 2,2%: aumentano le spese per il consumo di energia elettrica (+6,8%), gas/metano (+1,4%), raccolta di rifiuti (+14,4% per i rifiuti sanitari e +24,1% per quelli non sanitari). La componente più significativa in termini di costo rimane il consumo di energia elettrica che incide per il 50% sul totale, a seguire la componente gas/metano (21%) e lo smaltimento dei rifiuti (16,7%).

SPESE AMBIENTALI PER TIPOLOGIA DI AMBITO (VALORI IN MIGLIAIA DI EURO) \*- ANNI 2018 E 2019

	2018	2019	VAR. 2019/2018
Raccolta e smaltimento rifiuti sanitari	1.978,4	2.262,8	14,4%
Raccolta e smaltimento rifiuti non sanitari	563,0	698,8	24,1%
Acqua	1.966,1	1.922,7	-2,2%
Energia elettrica	8.295,8	8.861,9	6,8%
Gas/metano	3.679,9	3.732,3	1,4%
Altro	223,0	297,0	33,2%
<b>TOTALE</b>	<b>16.706,2</b>	<b>17.775,5</b>	<b>6,4%</b>

Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOP E-R

Persiste comunque lo sforzo delle strutture nell'adottare comportamenti e progettare interventi volti a limitare l'impatto ambientale, soprattutto in riferimento alla componente energetica.

Nonostante l'aumento delle spese, infatti, **ben una struttura su due ha intrapreso azioni volte a ridurre i consumi elettrici: il 39% ha mirato ad una minimizzazione della produzione di rifiuti e il 20,5% è intervenuta a sostegno della**

**sostenibilità idrica e della razionalizzazione dell'utilizzo di combustibile.**

Scende al 39% (perdendo 6 punti percentuali rispetto al 2018) la quota di case di cura AIOP E-R che ha già in programma ulteriori interventi. I due ambiti principali su cui si concentrano le strutture in prospettiva continuano ad essere la raccolta dei rifiuti sanitari e l'utilizzo delle fonti energetiche.

PERCENTUALE DI STRUTTURE CHE HANNO ADOTTATO INTERVENTI PER IL CONTENIMENTO DELLE SPESE AMBIENTALI – ANNO 2019

AMBITO	STRUTTURE CHE HANNO ADOTTATO INTERVENTI
Raccolta/produzione rifiuti	38,6%
Acqua	20,5%
Energia elettrica	50,0%
Gas/metano	20,5%
Altro	6,8%

Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOP E-R

“ *Le strutture AIOP E-R sostengono in maniera strutturale il territorio locale finanziando varie iniziative di promozione culturale e sociale* ”

Molte strutture AIOP hanno rapporti consolidati con associazioni ed enti del terzo settore a cui forniscono supporto continuativo tramite sponsorizzazioni e donazioni filantropiche destinate alle comunità locali. Nel 2019 il comparto delle strutture AIOP E-R ha erogato finanziamenti per un importo complessivo pari a circa 463mila euro.

La quota investita in promozione di attività legate allo sport rimane preponderante (52,5%), a seguire sponsorizzazioni a favore di attività

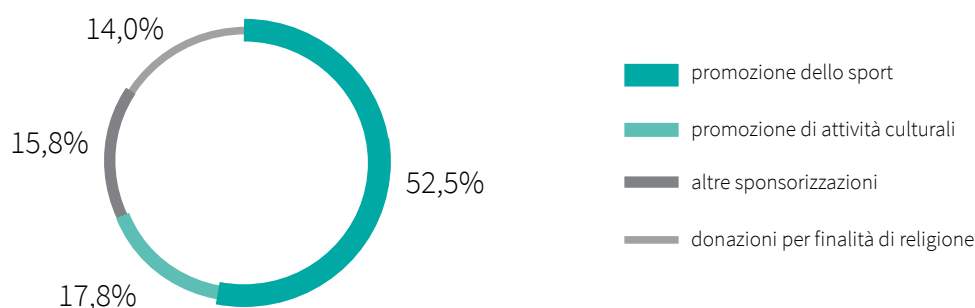
culturali (17,8% dell'ammontare totale) e donazioni per sostenere comunità religiose (14%). Si segnalano anche altri tipi di iniziative (15,8%) relative, ad esempio, al rafforzamento dei trasporti (per disabili, pazienti o comunità con difficoltà a raggiungere l'ospedale) o alla concessione di spazi propri per ospitare attività associative. A conferma del carattere strutturale di queste iniziative si evidenzia come oltre la metà delle strutture AIOP preveda di dare seguito al supporto ad attività già in essere.

INIZIATIVE A SOSTEGNO DELLA COMUNITA' LOCALE (VALORI IN MIGLIAIA DI EURO) - ANNO 2019

TIPOLOGIA DI INIZIATIVA	AMMONTARE	QUOTA
Promozione di attività culturali	82,4	17,8%
Promozione allo sport	243,1	52,5%
Donazioni per finalità religiose	64,9	14,0%
Altre sponsorizzazioni	73,0	15,8%
<b>TOTALE RISORSE STANZIATE</b>	<b>463,3</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOP E-R

INIZIATIVE A SOSTEGNO DELLA COMUNITA' LOCALE (DISTRIBUZIONE PER AMBITO) – ANNO 2019



Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOP E-R

# /// PERFORMANCE E VALORE AGGIUNTO ///



**37 mln €**

totale investimenti

**83%**

investimenti per  
migliorie strutturali e strumen-  
tali

**1.167 mln €**

attivo patrimoniale

**404 mln €**

patrimonio netto

**812 mln €**

valore della produzione

**531 mln €**

valore aggiunto totale

**46 mln €**

tasse e imposte

**408 mln €**

valore aggiunto  
risorse umane



# /// PERFORMANCE ECONOMICA E INVESTIMENTI ///

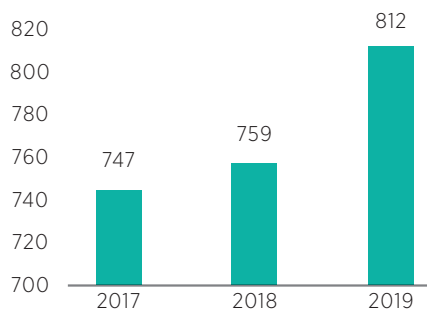
Continua a crescere il valore della produzione delle strutture AIOE Emilia-Romagna arrivando a toccare 812 milioni di euro nel 2019, in rialzo del 7% rispetto al 2018.

Vale la pena ricordare che oltre il 90% delle prestazioni e dei servizi di cura offerti sono

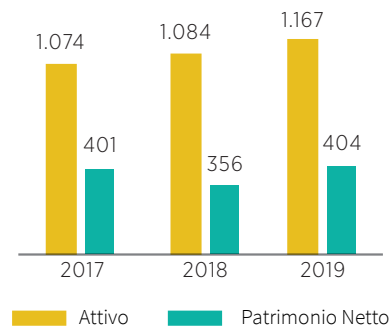
accreditate con il Sistema Sanitario Nazionale e rispondono a particolari tariffe di rimborso.

Il livello di patrimonializzazione aggregato risulta in lieve aumento rispetto all'anno precedente, portandosi al 34,6% (32,8% nel 2018).

**VALORE DELLA PRODUZIONE (MILIONI DI EURO) - ANNI 2017-2019**



**ATTIVO E PATRIMONIALIZZAZIONE AGGREGATA DELLE STRUTTURE (MILIONI DI EURO) - ANNI 2017-2019**



Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOE E-R

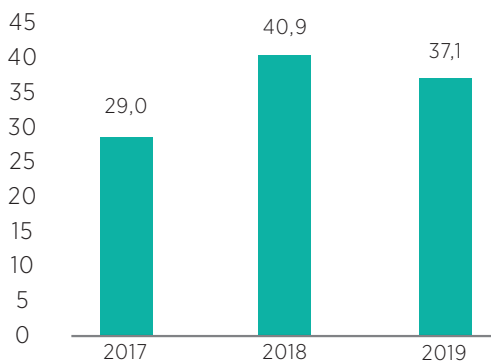
Nel 2019 sono stati stanziati oltre 37 milioni di euro per investimenti: la maggior parte delle risorse sono state destinate a supportare miglioramenti e ampliamenti di aree interne ed esterne agli ospedali (46,9%), mentre la restante parte (36,1%) dei fondi investiti sono stati indirizzati ad acquistare macchinari e apparecchiature.

Un'altra quota degli investimenti (circa 2,3 milioni di euro, pari al 17% del totale) è stata funzionale al finanziamento della sperimentazione e della

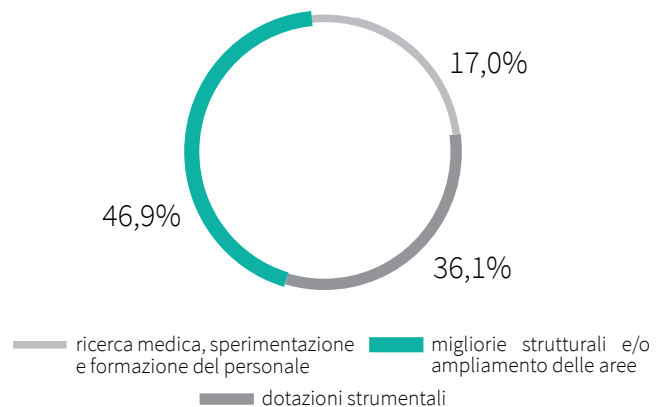
formazione del personale. La predisposizione all'innovazione è testimoniata, inoltre, dalle tante collaborazioni che molte strutture sviluppano con Istituti ed Università della regione

**“ Nel 2019 gli investimenti complessivi delle case di cura AIOE in Regione ammontano a 37 milioni di euro**

**TOTALE INVESTIMENTI (MILIONI DI EURO)**



**DISTRIBUZIONE DEGLI INVESTIMENTI PER TIPOLOGIA - ANNO 2019**



Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOE E-R

# /// 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 (MILIONI DI EURO) - ANNI 2018 E 2019

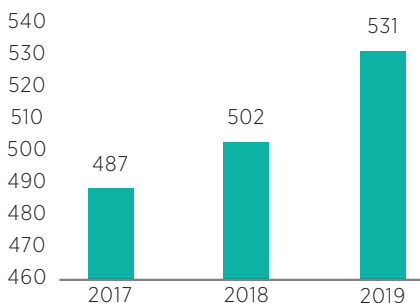
	2018	2019
<b>RISORSE UMANE</b>	<b>387,7</b>	<b>407,7</b>
Dipendenti (con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato)	183,4	191,2
Consulenti, Collaboratori e Liberi Professionisti (Organi sociali, tecnici, medici, infermieri)	204,3	216,5
<b>AZIONISTI</b>	<b>12,4</b>	<b>10,1</b>
Dividendi distribuiti sull'utile d'esercizio	12,4	10,1
<b>FINANZIATORI A TITOLO DI CAPITALE CREDITO</b>	<b>10,1</b>	<b>13,1</b>
Oneri per capitali a breve termine	8,2	9,7
Oneri per capitali a lungo termine	1,9	3,4
<b>PUBBLICA AMMINISTRAZIONE</b>	<b>40,9</b>	<b>45,9</b>
Tasse e Imposte Locali	6,0	6,3
Tasse e imposte Statali	34,9	39,6
Contributi e/o finanziamenti pubblici ricevuti	0,1	0,6
<b>AZIENDA</b>	<b>50,0</b>	<b>53,9</b>
Ammortamenti	36,6	39,6
Accantonamenti a Riserva	13,4	14,3
<b>COLLETTIVITA'</b>	<b>1,2</b>	<b>0,8</b>
Liberalità e/o sponsorizzazioni	1,2	0,8
<b>TOTALE VALORE AGGIUNTO GLOBALE LORDO</b>	<b>502,3</b>	<b>531,4</b>

## “ Continua a crescere il valore aggiunto generato dalle strutture AIOP E-R, pari a 531 milioni di euro

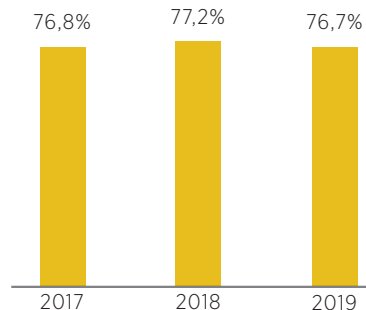
Per quanto riguarda la distribuzione del valore aggiunto generato, sono i lavoratori dipendenti e i collaboratori, intesi nella più ampia accezione di risorse umane, ad assorbire e a contribuire alla creazione della maggior quota con il 76,7%, pari a oltre 400 milioni di euro. Un'altra quota importante di valore aggiunto è da ricondurre alle strutture (53,9 milioni di euro, il 10,1%) come riflesso di investimenti e accantonamenti a riserva. Un'altra parte è destinata alla Pubblica

Amministrazione attraverso il pagamento di tasse e imposte locali e statali (45,9 milioni di euro circa, l'8,6% del totale). La leva del credito risulta maggiormente attivata rispetto agli anni precedenti: gli istituti di credito partecipano per il 2,5% alla composizione del valore aggiunto, mentre gli azionisti ricevono complessivamente sotto forma di dividendi distribuiti circa 10 milioni di euro, l'1,9% del totale generato (valore in diminuzione rispetto all'anno precedente).

ANDAMENTO DEL VALORE AGGIUNTO GLOBALE LORDO (MILIONI DI EURO) – ANNI 2017-2019

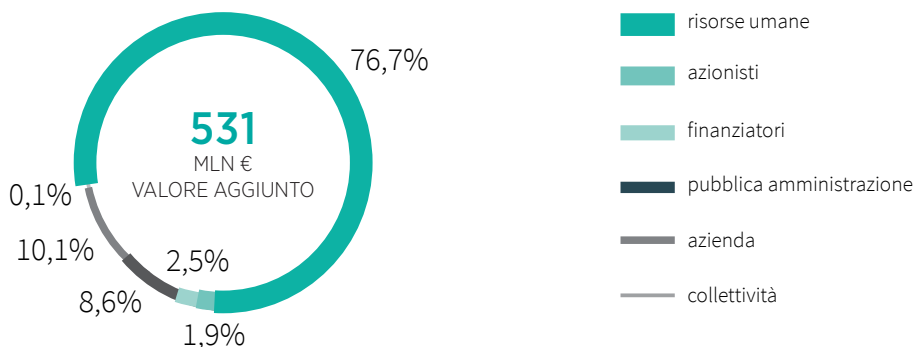


QUOTA DI VALORE AGGIUNTO DESTINATO ALLE RISORSE UMANE (%) – ANNI 2017-2019



Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOP E-R

DISTRIBUZIONE DEL VALORE AGGIUNTO GLOBALE LORDO – ANNO 2019



Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOP E-R



# /// RICADUTE ECONOMICHE ///



**300 mln €**

totale acquisti da fornitori

**+7,5%**

incremento acquisti da fornitori

**64%**

acquisti da fornitori in Emilia-Romagna

**36**

strutture con incidenza prevalente di fornitori stabili

**1,3 mld €**

impatto economico complessivo

**871 mln €**

impatto economico settore sanitario

**758 unità**

indotto occupazionale

**+9%**

effetto moltiplicatore sull'occupazione diretta



## /// RICADUTE ECONOMICHE ///

Il mutamento delle esigenze e i necessari riassetti organizzativi, da una parte, e la necessità di comprimere la spesa, dall'altra, sono diventate nel tempo le due principali chiavi di lettura della Sanità in Italia.

Esiste, tuttavia, un altro lato della Sanità; quello legato all'alto valore aggiunto dei servizi offerti, che fa sì che i costi e gli investimenti sostenuti nel e per il settore non abbiano come unica ricaduta l'erogazione della prestazione e la cura del paziente, ma anche la generazione di risorse per il sistema economico nel suo complesso.

La Sanità fa parte della categoria dei beni e dei servizi collettivi: gli effetti relativi alla dotazione e al consumo di tali beni e servizi superano la sfera del "consumatore" individuale e si riflettono sulla dotazione di risorse complessive del sistema e sullo "spazio geografico" dove gli individui concretamente operano e agiscono, costituendo uno specifico fattore di vantaggio a livello territoriale. In quest'ottica, è innegabile

come l'offerta di servizi sanitari di qualità, ben organizzati, innovativi, costituisca uno dei driver di competitività più concreti per i territori di riferimento, determinando un generale innalzamento del livello qualitativo degli attori che si trovano ad interagire con le strutture erogatrici.

Tanto più complesso e di qualità è il livello delle prestazioni offerte, quanto più intense sono le ricadute in termini di economia di sistema.

In questo senso il caso della regione Emilia Romagna, con il suo sistema sanitario all'avanguardia e ad alto grado di attrattività, risulta particolarmente emblematico.

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 l'importante articolazione dell'intera filiera della salute.

## /// Ricadute sui fornitori locali ///

Ciò risulta evidente dall'analisi della dinamica degli acquisti di beni e servizi da imprese fornitrici. **Il comparto privato rappresentato da AIOP vede, nel 2019, il totale complessivo di acquisti da fornitori sfiorare i 300 milioni di euro, in crescita del 7,5% rispetto al 2018.**

La maggioranza degli acquisti continua a ricadere prevalentemente su fornitori localizzati in Emilia-Romagna (63,7% degli acquisti, per un totale pari a 191 milioni di euro), con un'incidenza in lieve calo rispetto agli anni precedenti, quando gli acquisti "locali" oscillavano tra il 67% e il 65% del totale.

Nel 2019 la stragrande maggioranza delle strutture ospedaliere AIOP E-R (l'81,8%) rileva

un rapporto di fornitura che dura da almeno cinque anni con oltre la metà dei propri fornitori. Inoltre, trattasi, spesso e volentieri, di aziende di piccole dimensioni (meno di 20 addetti), con una rilevanza ancor più marcata se si considerano quelli localizzati entro i confini regionali.

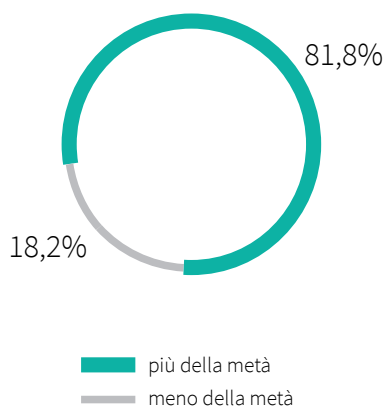
**“ I servizi sanitari delle strutture AIOP E-R rappresentano un driver primario della competitività della catena di fornitura locale.**

AMMONTARE ACQUISTI PER BENI E SERVIZI DA FORNITORI PER TIPOLOGIA (MILIONI DI EURO)

	2018		2019	
	EMILIA ROMAGNA	ALTRO	EMILIA ROMAGNA	ALTRO
Beni o servizi sanitari	109,9	55,7	108,2	62,9
Beni o servizi non sanitari	73,5	39,6	82,7	45,7
SUBTOTALE	183,4	95,3	190,9	108,6
<b>TOTALE</b>	<b>278,7</b>		<b>299,5</b>	

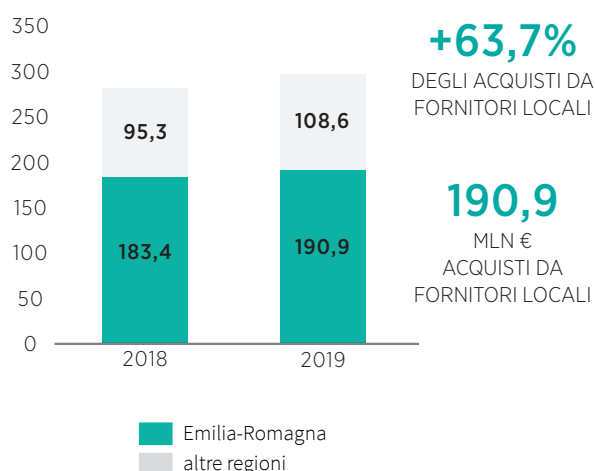
Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOPE-R

QUOTA DI FORNITORI CON CUI ESISTE UN RAPPORTO CHE DURA DA OLTRE 5 ANNI - ANNO 2019



Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOPE-R

TOTALE ACQUISTI DA FORNITORI LOCALIZZATI IN EMILIA-ROMAGNA E FUORI REGIONE (MILIONI DI EURO) - ANNO 2019

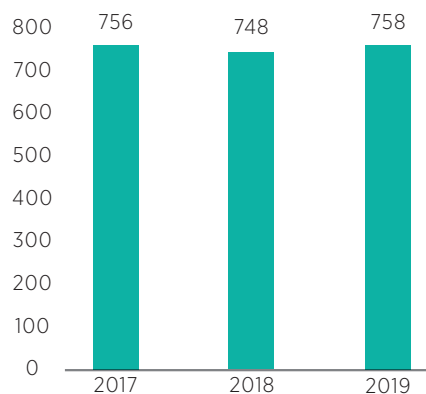


## /// Indotto occupazionale ///

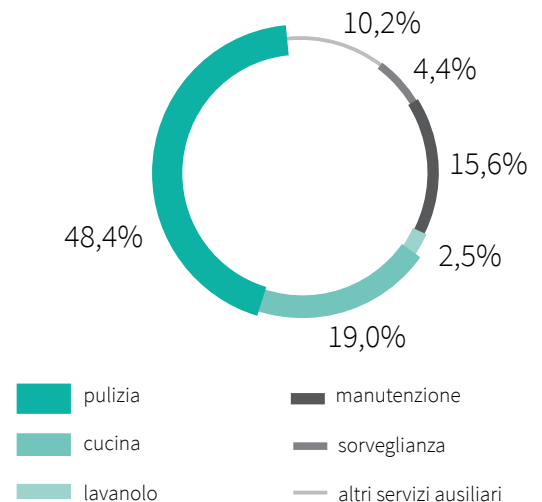
I forti legami con molte imprese della filiera territoriale supportano naturalmente la creazione di lavoro presso le stesse, oltre che una loro crescita in termini economici: oltre all'occupazione direttamente creata dalle strutture per l'esplicazione delle attività core (medici, infermieri, operatori 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 lavanolo, ristorazione, 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 758 unità nel 2019,**

che si configura pressoché stabile rispetto agli anni precedenti. Rapportando questi numeri agli oltre 8.300 addetti sanitari e non sanitari direttamente attivati dalle strutture emerge **una capacità moltiplicativa delle ricadute occupazionali in termini di indotto diretto del 9%**. L'indotto occupazionale che si viene a creare è esplicativo della capacità di assorbimento di manodopera delle strutture ospedaliere. Si consideri inoltre come, nel settore sanitario, a un aumento della crescita complessiva e della qualità dei servizi corrisponda l'opportunità di avvalersi di nuovi macchinari e tecnologie, per utilizzare i quali si ha la necessità di avvalersi di personale altamente qualificato. Si crea così un circolo virtuoso grazie al quale l'intera struttura aumenta la propria capacità di attrarre e di produrre valore.

IMPATTO OCCUPAZIONALE INDIRETTO: NUMERO DI ADDETTI CHE LAVORANO PRESSO LE STRUTTURE



IMPATTO OCCUPAZIONALE INDIRETTO: DISTRIBUZIONE ADDETTI PER TIPOLOGIA DI FUNZIONE – ANNO 2019



Fonte: Elaborazioni su indagine diretta Strutture associate AIOP E-R

## /// Impatto economico degli ospedali AIOP E-R ///

“ *L’ospedalità privata ha generato un impatto economico pari a 1,3 mld di Euro* ”

Un’analisi che tenga conto dei benefici generati dalle imprese del settore ospedaliero accreditato non può limitarsi alla semplice osservazione delle variabili socio-economiche originate in maniera diretta dalle stesse imprese (entrate economiche, imposte pagate, occupazione diretta di personale, ecc.), ma deve necessariamente tener conto dell’impatto della loro crescita su tutta la filiera, che genera un vero e proprio effetto leva in termini di creazione di valore per le imprese degli altri settori economici.

Le strutture sanitarie AIOP Emilia-Romagna hanno prodotto nel 2019 un valore economico complessivo pari a 811,6 milioni di euro. Si tratta di risorse in grandissima parte stanziare dalla Regione per sostenere l’erogazione delle prestazioni sanitarie in accreditamento e che quindi possono essere considerate a tutti gli effetti un investimento nel settore della Salute. Tramite la metodologia di stima basata su matrici input-output si stima che **nel 2019 la**

**ricaduta economica** di tale cifra (input), intesa come impatto che essa genera nei diversi settori dell’economia, **sia stata di 1,3 miliardi di euro (output)**, per un effetto moltiplicativo delle attività pari a 1,57. In altre parole, **ogni 1000 euro di risorse stanziare per l’ospedalità si traducono in 1.570 euro nel sistema economico per effetto di un incremento della domanda, dei redditi e dei consumi.**

Dell’ammontare di impatto economico che si viene a generare, una parte preponderante (871 milioni di euro, il 68,3% del totale) resta all’interno del settore sanitario stesso.

Della restante parte, circa 143 milioni del valore totale generato viene assorbita dal settore manifatturiero; 100 milioni dalle attività professionali, di ricerca e servizi alle imprese; 44 milioni dal commercio, 33 milioni da trasporti e comunicazioni e 12 milioni dalle strutture ricettive come ristoranti e alberghi.

# /// LE RICADUTE SOCIOECONOMICHE DELL'OSPEDALITA' PRIVATA AIOP E-R ///

RISORSE INVESTITE

**812 MILIONI €**



**AREA CORE**  
SANITÀ E SERVIZI  
SOCIALI  
**871 MILIONI €**



**INDOTTO DIRETTO E DI FILIERA**

**€ 143 MLN** INDUSTRIA MANIFATTURIERA

**€ 100 MLN** ATTIVITÀ PROFESSIONALI E  
ALTRI SERVIZI ALLE IMPRESE

**€ 44 MLN** COMMERCIO

**€ 33 MLN** TRASPORTI E COMUNICAZIONI

**€ 12 MLN** ALBERGHI E RISTORANTI



EFFETTO COMPLESSIVO SULL'ECONOMIA

**1,275 MILIARDI €**

# /// PARTE TERZA ///



## COVID-19 IN EMILIA-ROMAGNA: *L'alleanza pubblico-privato*

---

# /// L'EVOLUZIONE DEI CONTAGI NELLA FASE 1 ///

I primi casi di COVID-19 in regione Emilia Romagna sono stati registrati il 21 febbraio 2020, stessa data che segna la comparsa del virus anche nel contesto nazionale. Da allora la curva dei contagi ha iniziato la sua ascesa, nonostante siano state da subito adottate, prima a livello regionale e poi a livello nazionale, stringenti misure per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica.

L'analisi che segue, non essendo mirata ad una rappresentazione in tempo reale dell'andamento dei contagi ma ad una valutazione delle interazioni fra componente pubblica e privata in stato di emergenza, prende in considerazione il periodo epidemico compreso tra i giorni della conferma dei primi casi di contagio al 30 settembre, data alla quale sono disponibili informazioni robuste e consolidate relative a ricoveri e prestazioni ospedaliere.

L'evolversi della situazione e l'esplicarsi della seconda ondata, ancora in atto, richiederanno nei prossimi mesi un'ulteriore analisi finalizzata a fornire una visione complessiva dell'andamento dell'epidemia, nonché a rilevare differenze nelle

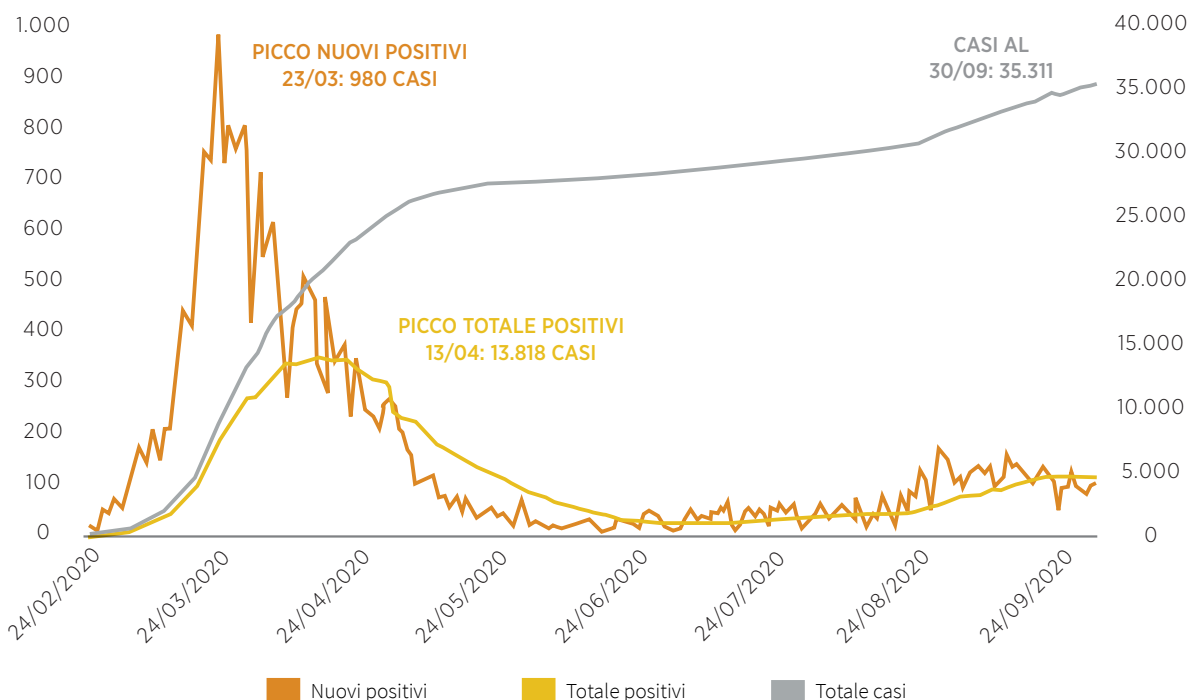
modalità di reazione ai due periodi di massima emergenza da parte del sistema.

Al 30 settembre 2020 in Regione Emilia Romagna risultano coinvolte dalla pandemia da Coronavirus un totale di 35.311 persone, di cui 26.174 guarite (74%), 4.484 decedute (13%) e 4.653 positive a tale data (13%).

Il grafico sottostante mostra l'evoluzione dei contagi in regione, evidenziando la curva dei casi totali, i nuovi casi di positività e il numero dei positivi giornalieri.

La curva dei casi totali mostra un andamento esponenziale nei mesi di marzo e aprile: da fine aprile il ritmo di crescita si è progressivamente attenuato per riprendere a salire leggermente da fine agosto fino alla fine del periodo osservato. Il picco dei nuovi positivi si osserva il 23 marzo, quando si registrano 980 casi di nuove positività, mentre il valore più elevato del totale dei positivi - dato dalla differenza tra casi totali e somma di guariti e i deceduti - si osserva il 13 aprile, data alla quale in regione risultavano 13.818 casi di positività.

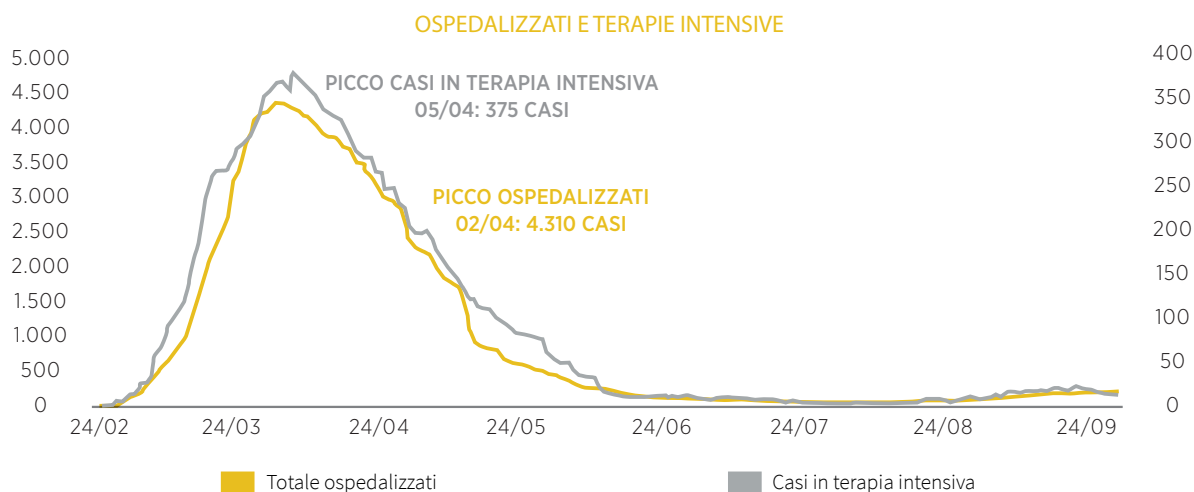
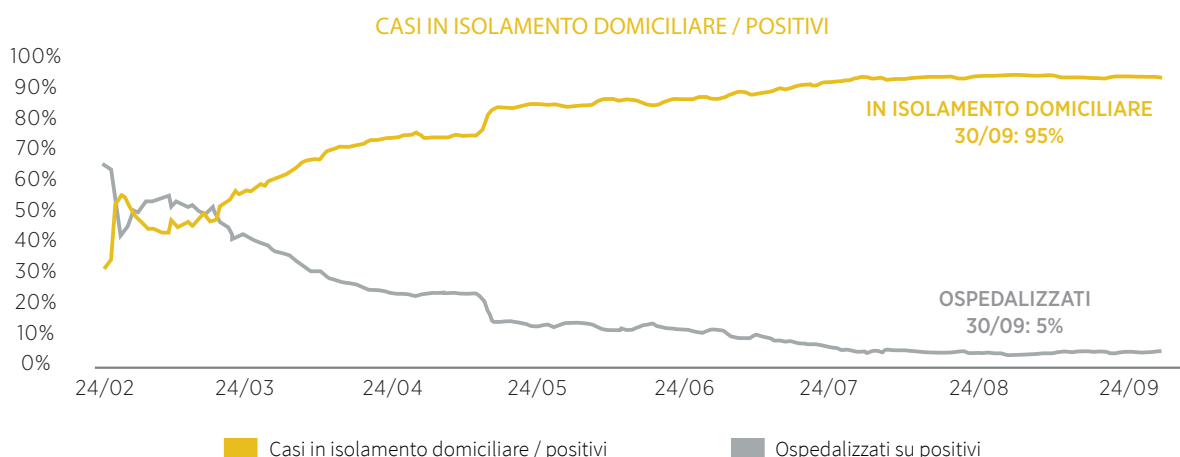
ANDAMENTO DEI CONTAGI IN EMILIA ROMAGNA DAL 24 FEBBRAIO AL 30 SETTEMBRE 2020:  
TOTALE DEI CASI, NUOVI POSITIVI E TOTALE POSITIVI



Fonte: Elaborazioni su dati Protezione Civile

Per quasi un mese dall'inizio dell'epidemia, la maggior parte dei pazienti positivi, contagiati da un virus sconosciuto e aggressivo, è stata osservata e curata nelle strutture ospedaliere: la data del 19 marzo segna un'inversione di tendenza, in quanto il numero delle persone in isolamento domiciliare supera quello degli ospedalizzati. A partire da tale data, grazie alla forte intensificazione delle attività di screening e all'innalzamento della capacità di contact tracing, la forbice tra ospedalizzati e casi in isolamento domiciliare si allarga progressivamente e al 31 luglio, data che vede 1.496 persone attualmente positive, la quota di positivi in isolamento domiciliare raggiunge il 95%. Da allora in poi le quote di ospedalizzati e i casi in isolamento domiciliare non subiscono scostamenti significativi, assestandosi su tali valori fino alla fine del periodo considerato. In relazione ai soli ospedalizzati, la curva raggiunge il suo valore massimo il 2 aprile, quando risultano

ricoverati nelle strutture ospedaliere regionali 4.310 pazienti affetti da COVID-19. Tre giorni dopo raggiunge il suo livello massimo il numero di pazienti positivi al COVID-19 in terapia intensiva, toccando quota 375 casi, a cui corrisponde l'occupazione di circa il 60% del totale dei posti letto UTI regionali. Anche in questo caso, a partire da allora le misure per la gestione dell'emergenza cominciano a dare i primi frutti e sia ricoveri che casi di terapia intensiva subiscono un netto calo: dai primi giorni del mese di maggio il numero di casi in terapia intensiva rientra al di sotto della soglia di allerta fissata al 30%. Durante i mesi di luglio e agosto i ricoveri ospedalieri si mantengono quasi costantemente sotto la soglia dei cento casi e i ricoveri in terapia intensiva non superano le dieci unità. A partire dal mese di settembre la curva riprende leggermente a salire, mostrando le prime avvisaglie della recrudescenza che si verificherà nei mesi successivi.





# /// LA RISPOSTA DEL SISTEMA OSPEDALIERO: RICOVERI E PRESTAZIONI ///

Sin dall'inizio della pandemia, le strutture ospedaliere private hanno fornito un contributo fondamentale per gestire l'emergenza COVID-19, affiancando la componente pubblica nella gestione dei pazienti COVID e offrendo piena disponibilità nell'assistenza di quelli non COVID. Il 20 marzo, a circa un mese dalla segnalazione dei primi casi in regione, il Presidente Stefano Bonaccini, in rappresentanza della Regione Emilia Romagna e il Presidente Bruno Biagi, in rappresentanza di AIOP - Sezione Emilia Romagna, hanno sottoscritto un accordo quadro volto alla "regolamentazione dei rapporti finalizzati al coinvolgimento degli ospedali privati

accreditati nella rete ospedaliera regionale della gestione dell'emergenza COVID-19". Tramite tale accordo, gli ospedali privati regionali aderenti ad AIOP sono stati coinvolti nella rete di gestione dell'emergenza COVID, ai fini della messa a disposizione del fabbisogno regionale. Nello specifico con tale accordo AIOP si è impegnata "a far fronte a qualunque esigenza di erogazione di prestazioni richieste della Regione garantendo la propria operatività e la profusione delle proprie energie al massimo grado di collaborazione". In data 16 aprile l'Accordo quadro è stato recepito e approvato.

**“ Il 20 Marzo 2020 gli Ospedali Privati AIOP entrano formalmente in campo per la gestione dell'emergenza Covid**

Nell'ambito di tale accordo, sono state previste per le strutture private tre diverse tipologie di coinvolgimento:

- Strutture da utilizzare per il trasferimento da strutture pubbliche a strutture private di pazienti ordinari (non COVID) per esigenze operatorie e internistiche;
- Strutture da dedicare a pazienti COVID (COVID Hospital);
- Strutture da dedicare a pazienti COVID in ripresa dopo la fase acuta ma non dimissibili.

Alla data del 24 Novembre 2020, i posti letto messi a disposizione dalle strutture AIOP - volti al potenziamento della rete ospedaliera regionale - ammontavano a 1.557 unità, occupando a livello complessivo il 44%

**del totale posti letto delle strutture AIOP normalmente assegnati dalla Regione per attività effettivamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale.** L'analisi per azienda di ricovero evidenzia come la distribuzione a livello territoriale non sia stata del tutto omogenea: se a Reggio Emilia e Ferrara le necessità emergenziali hanno portato ad una richiesta pari, in entrambi i casi, al 15% dei posti letto accreditati totali, tale quota sale al 66% a Bologna, corrispondente a 583 posti letto aggiuntivi sui quali il Sistema pubblico ha potuto fare affidamento per gestire al meglio l'emergenza sanitaria.

POSTI LETTO AIOP MESSI A DISPOSIZIONE DEL PUBBLICO E INCIDENZA SUI POSTI LETTO TOTALI PER AZIENDA DI RICOVERO - DATI AL 24/11/2020

	POSTI LETTO STRUTTURE AIOP MESSI A DISPOSIZIONE DEL PUBBLICO	QUOTA % POSTI LETTO AIOP MESSI A DISPOSIZIONE SU POSTI LETTO AIOP TOTALI AUTORIZZATI*
Piacenza	120	35%
Parma	127	27%
Reggio Emilia	30	15%
Modena	69	32%
Bologna	583	66%
Ferrara	27	15%
Romagna	601	49%
<b>TOTALE</b>	<b>1.557</b>	<b>44%</b>

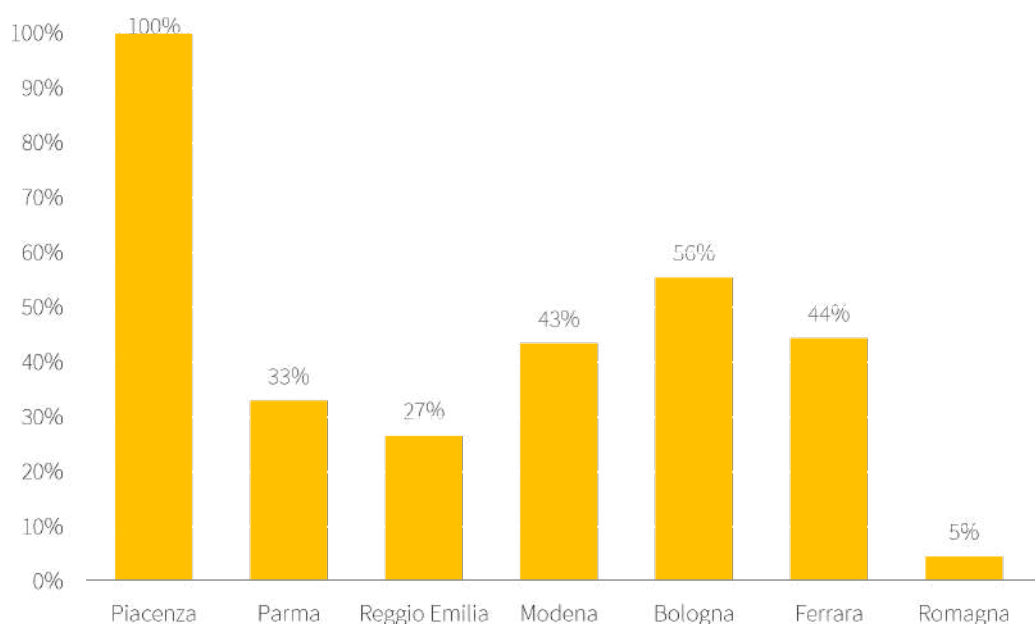
\*nell'analisi non rientrano le strutture psichiatriche

Fonte: Elaborazioni su dati AIOP

Se si guarda alla tipologia di coinvolgimento, ossia alla destinazione dei posti letto che le strutture AIOP hanno messo a disposizione del pubblico, in media regionale sono stati destinati, su richiesta delle AUSL e sulla base delle loro necessità, a pazienti COVID – in fase acuta o post acuta – il 36% dei posti letto resi disponibili, conseguentemente la restante parte – pari al 64% dei posti letto – è stata riservata a pazienti ordinari (non COVID) trasferiti da strutture pubbliche per esigenze

operatorie o internistiche. Anche in questo caso evidenti sono le differenze riscontrabili a livello territoriale: mentre l'azienda ospedaliera di Piacenza ha destinato a pazienti COVID la totalità dei posti letto disponibili, in Romagna la stragrande maggioranza dei posti letto messi a disposizione è stata riservata a pazienti non COVID trasferiti da strutture pubbliche.

QUOTA % POSTI LETTO MESSI A DISPOSIZIONE DEL PUBBLICO E RISERVATI A PAZIENTI COVID (IN FASE ACUTA O POST ACUTA) PER AZIENDA DI RICOVERO - DATI AL 24/11/2020



Fonte: Elaborazioni su dati AIOP

## #noicisiamo

*Tutti i 44 ospedali privati dell'Emilia Romagna si uniscono al servizio sanitario regionale mettendo a disposizione personale medico infermieristico e tutti i posti letto necessari, ordinari e di terapia intensiva, per pazienti COVID 19, oltre che quelli indispensabili ad assicurare la piena funzionalità del SSR.*



Le informazioni relative a ricoveri e dimissioni nelle strutture ospedaliere regionali, come sottolineato in precedenza, sono da considerarsi consolidate fino al 30 settembre 2020. A quella data, le strutture pubbliche e private accreditate AIOIP regionali avevano dimesso da inizio anno 18.204 pazienti ricoverati con diagnosi COVID.

A fronte di quasi 16mila dimessi dalle strutture pubbliche, le strutture private accreditate AIOIP hanno contribuito alla gestione dell'emergenza accogliendo 2.254 pazienti, pari al 12,4% del totale dei pazienti ospedalizzati con diagnosi COVID.

**“ Al 30 Settembre 2020, gli ospedali AIOIP hanno offerto assistenza al 12,4% dei pazienti regionali ospedalizzati con diagnosi COVID**

A livello provinciale, il contributo del privato accreditato si è mostrato particolarmente rilevante nella provincia di Piacenza – dove le strutture private accreditate si sono fatte carico dell'assistenza e della cura di 699 pazienti, corrispondenti a un quarto dei pazienti con diagnosi COVID - e nella Città Metropolitana di

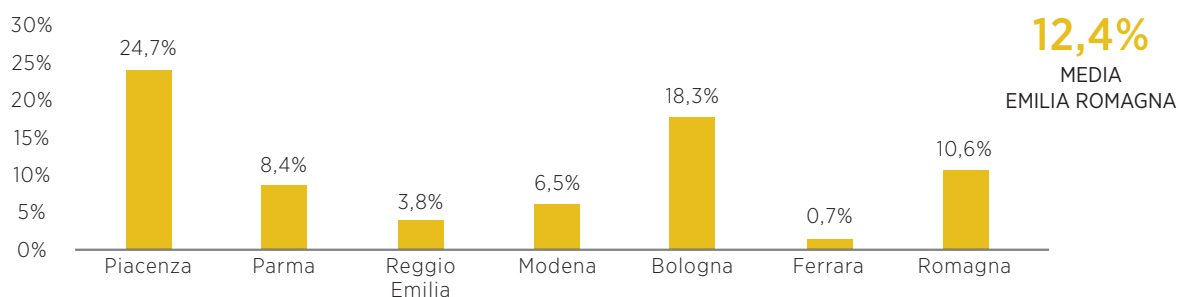
Bologna, dove la quota dei dimessi dal privato accreditato (723 in valore assoluto) si è attestata al 18,3%. Dal lato opposto, il contributo del privato è risultato più marginale a Ferrara (6 dimessi COVID, per una quota percentuale pari allo 0,7) e a Reggio Emilia (72 dimessi COVID, 3,8% sul totale provinciale).

DIMESSI DALLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE AIOIP CON DIAGNOSI COVID GENNAIO – SETTEMBRE 2020

	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE AIOIP	TOTALE
Piacenza	2.129	699	2.828
Parma	3.322	306	3.628
Reggio Emilia	1.840	72	1.912
Modena	1.976	137	2.113
Bologna	3.222	723	3.945
Ferrara	849	6	855
Romagna	2.612	311	2.923
<b>TOTALE</b>	<b>15.950</b>	<b>2.254</b>	<b>18.204</b>

Fonte: Elaborazioni su dati Regione Emilia Romagna

INCIDENZA DEI DIMESSI DALLE STRUTTURE PRIVATE AIOIP SUL TOTALE DEI DIMESSI PER AZIENDA DI RICOVERO GENNAIO-SETTEMBRE 2020

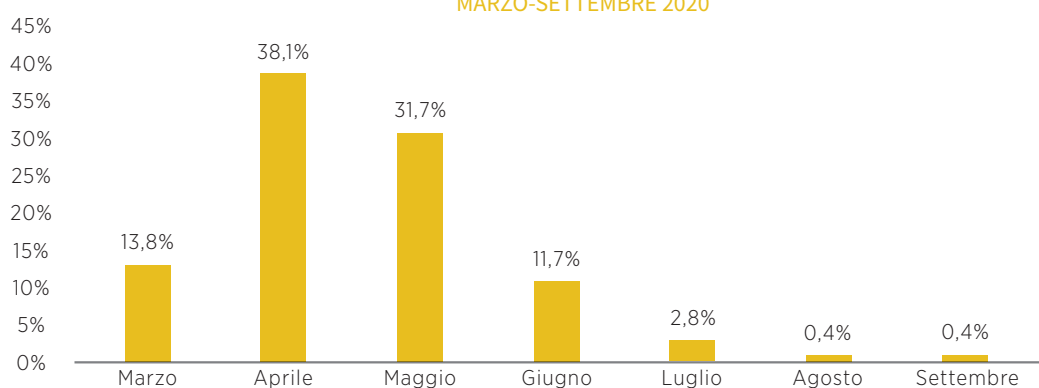


Fonte: Elaborazioni su dati Regione Emilia Romagna

In riferimento alle sole strutture private accreditate AIOP, osservando i dati per mese di dimissione, il grafico sottostante evidenzia come la gran parte delle dimissioni (circa l'85%) sia avvenuto tra i mesi di marzo e maggio, con un picco ad aprile, mese in cui sono stati dimessi

dalle strutture private accreditate il 39,1% dei pazienti riferibili all'intero periodo considerato. Durante i mesi estivi, le dimissioni sono diminuite drasticamente, toccando quota 0,4% nel mese di agosto e in quello di settembre.

**DIMESSI DALLE STRUTTURE PRIVATE AIOP CON DIAGNOSI COVID PER MESE DI DIMISSIONE  
MARZO-SETTEMBRE 2020**

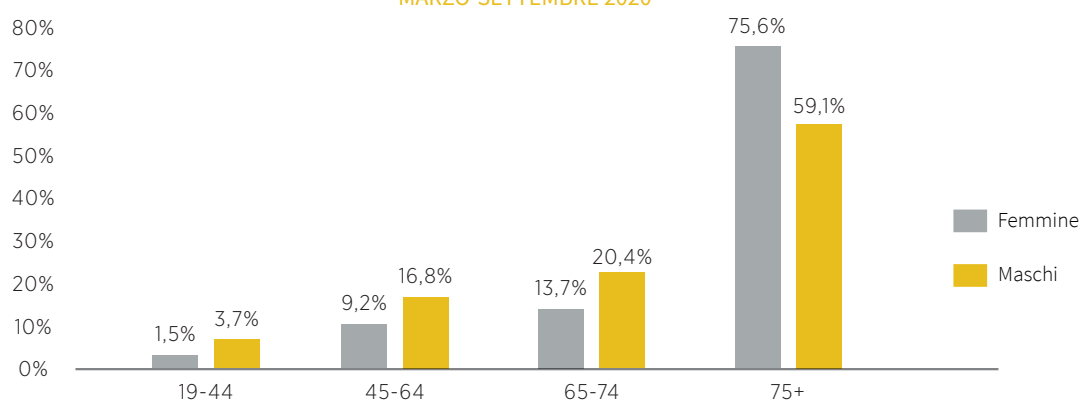


Fonte: Elaborazioni su dati Regione Emilia Romagna

Se a livello di genere non si registra un significativo scostamento tra ricoveri femminili (52,6%) e maschili (47,7%), emerge invece un quadro più interessante prendendo in considerazione anche la variabile relativa alla classe di età. Mentre, infatti, per le donne oltre il 75% dei ricoveri si concentra tra le ultrasessantacinquenni, con percentuali marginali per le fasce di età più

giovani, i ricoveri degli uomini, pur con una quota di over75 pari al 59%, sono più equamente distribuiti anche tra i più giovani. Esplicativo è il dato relativo ai dimessi fino ai 64 anni di età, che rappresentano il 10,7% per la componente femminile e il 20,5% per quella maschile.

**DIMESSI DALLE STRUTTURE PRIVATE AIOP CON DIAGNOSI COVID PER GENERE E CLASSE DI ETÀ  
MARZO-SETTEMBRE 2020**



Fonte: Elaborazioni su dati Regione Emilia Romagna

Come vengono classificati i pazienti con diagnosi COVID sulla base dei DRG? Oltre i tre quarti dei ricoveri con diagnosi COVID nelle strutture ospedaliere private regionali - il 76,3% per l'esattezza - è associato a soli cinque DRG: nello specifico, il 31,4% e il 27,1% dei ricoveri COVID totali sono associabili a polmonite semplice e

pleurite di pazienti maggiorenni, rispettivamente senza e con complicazioni.

Rispetto ai DRG prevalenti, le quote di mortalità sono molto variabili e passano dall'8,1% del DRG 467 "Altri fattori che influenzano lo stato di salute" al 41,1% relativo al DRG 467 "Edema polmonare e insufficienza respiratoria".

PRINCIPALI DRG ASSOCIATI AI RICOVERI CON DIAGNOSI COVID NELLE STRUTTURE PRIVATE –  
GENNAIO-SETTEMBRE 2020

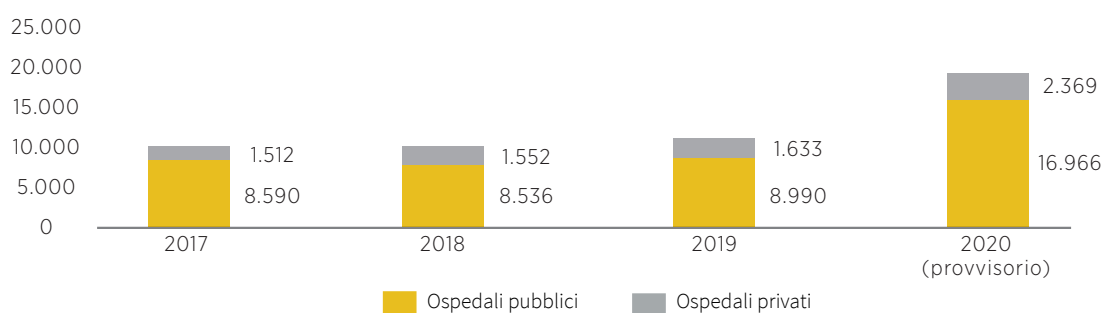
	RICOVERI	QUOTA SU TOTALE RICOVERI COVID	QUOTA DECEDUTI SU RICOVERATI COVID
090 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	714	31,4%	8,8%
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	616	27,1%	31,8%
421 - Malattie di origine virale, età > 17 anni	185	8,1%	13,5%
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	111	4,9%	8,1%
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	107	4,7%	41,1%

Fonte: Elaborazioni su dati Regione Emilia Romagna

Un ulteriore utile spunto di riflessione deriva dall'analisi dei DRG 089 e 090, relativi a polmoniti e pleuriti che, come appena osservato, coprono in totale il 58,5% dei ricoveri con diagnosi COVID nelle strutture private regionali. In relazione a questi due DRG si è ricostruita la serie storica 2017 - 2020 (periodo gennaio - settembre) dei dimessi

da strutture ospedaliere pubbliche e strutture private. L'analisi del grafico sottostante mostra un cospicuo aumento dei casi di polmonite: nei primi 9 mesi del 2020 i ricoveri legati a tali patologie sono aumentati del 95% nelle strutture pubbliche e del 51% nelle strutture private (variazione 2020 su media 2017-2019).

DIMESSI PER DRG 089 (POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ>17 ANNI CON CC) E 090 (POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ>17 ANNI SENZA CC) PER TIPOLOGIA DI AZIENDA DI RICOVERO  
DATI GENNAIO-SETTEMBRE 2017, 2018, 2019, 2020

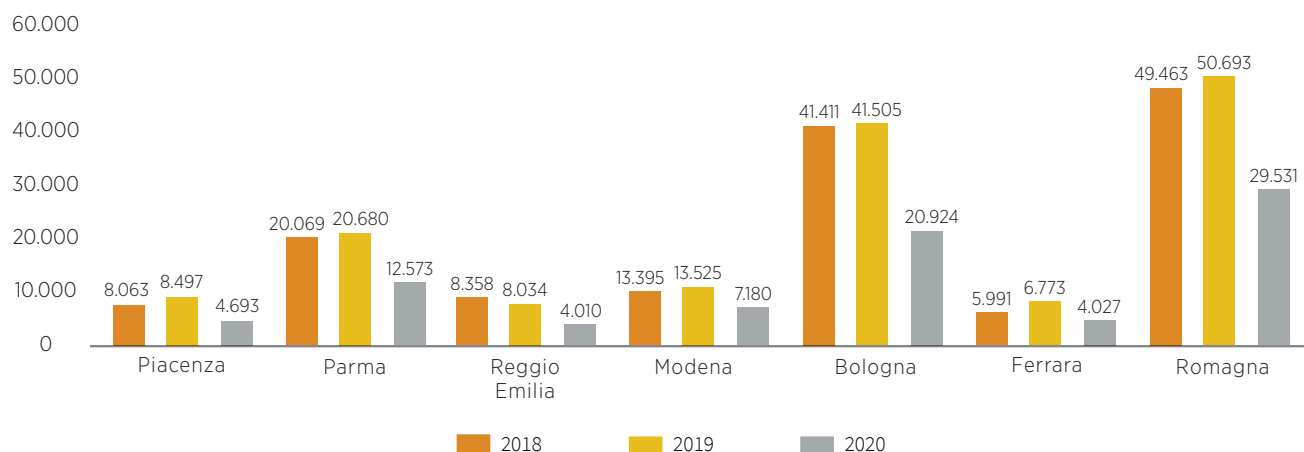


Fonte: Elaborazioni su dati Regione Emilia Romagna

Un'altra grande criticità che si è sviluppata parallelamente alla diffusione del contagio è stata quella della riduzione dell'attività ordinaria, che ha comportato la rimodulazione delle attività sanitarie programmate, la sospensione dei ricoveri e delle attività ambulatoriali differibili e non urgenti. Anche prendendo a riferimento le sole strutture private accreditate AIO, osservando la serie storica dei primi nove mesi degli ultimi tre anni, si evidenzia un calo relativo al numero dei dimessi in tutte le aziende

di ricovero localizzate sul territorio regionale. Se al 30 settembre del 2019 le strutture private accreditate AIO avevano registrato circa 149,7 mila ricoveri, alla stessa data del 2020 i ricoveri sono stati 82,9 mila. Il calo dei ricoveri, che in media regionale è pari al 44% (dato riferito ai primi 9 mesi del 2020 sulla media dello stesso periodo 2018 - 2019), a livello territoriale subisce considerevoli flessioni nelle strutture ospedaliere accreditate di Reggio Emilia (-51%) e Bologna (-50%).

## RICOVERI NELLE STRUTTURE PRIVATE AIOP – DATI GENNAIO – SETTEMBRE 2018, 2019, 2020



Fonte: Elaborazioni su dati Regione Emilia Romagna

Le evidenze dimostrano come, in un periodo “straordinario” nella storia mondiale e del Paese, che ha visto una pressione sul Sistema Sanitario senza eguali, la rete degli ospedali privati accreditati AIOP abbiano risposto alla chiamata delle Istituzioni e del Servizio pubblico offrendo piena disponibilità e collaborazione, riducendo la propria attività ordinaria, riorganizzando i reparti e mettendo a disposizione posti letto ordinari e di terapia intensiva. **Pubblico e privato regionali, parti di un unico sistema, hanno confermato l’efficacia di una collaborazione mista e integrata che caratterizza da tempo il**

**Servizio sanitario regionale. L’emergenza COVID deve essere letta in questo senso anche come un’opportunità di rafforzamento di questa storica alleanza**, un periodo nel quale mettere a frutto l’esperienza strutturale e gli insegnamenti congiunturali per dare avvio ad nuova fase definitiva e programmatoria improntata ad una riorganizzazione dell’assistenza comune e condivisa, anche al di fuori dei confini strettamente ospedalieri.



# /// PARTE QUARTA ///



VERSO UNA NUOVA  
“NORMALITÀ SANITARIA”

---



Il dilagare dell'epidemia da Covid-19 ha messo in luce, con una forza senza precedenti, non soltanto il grado di preparazione del nostro Servizio Sanitario, ma anche le contraddizioni che lo stesso presentava ben prima del proliferare dei contagi.

Se da un lato la situazione di emergenza ha confermato l'essenza del nostro modello di offerta sanitaria, incardinato su universalità e qualità della cura, dall'altro ha messo a nudo la fragilità di un sistema profondamente penalizzato dal non pieno raggiungimento degli obiettivi strategici perseguiti nel Paese negli ultimi trent'anni, frammentato e, per diversi aspetti, obsoleto rispetto ai grandi cambiamenti epidemiologici e sociali che vi sono stati.

Uno dei principali aspetti che l'emergenza ha prepotentemente evidenziato riguarda il disequilibrio fra assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale, che a diversi livelli si è dimostrato persistente in tutto il territorio nazionale.

L'incompletezza della transizione ospedale-territorio (che avrebbe dovuto restituire una revisione del perimetro ospedaliero, indirizzando verso l'assistenza distrettuale i percorsi di cura dei pazienti non acuti e non gravi), il rafforzamento solo parziale dell'ambito distrettuale e la diffusione non capillare delle strutture intermedie, la lunghissima fase di razionalizzazione della spesa (che ha comportato una drastica riduzione di presidi ospedalieri, posti letto, unità di personale), hanno fatto sì che in contingenze straordinarie il nostro Paese si trovasse non sufficientemente attrezzato sia sul fronte ospedaliero che su quello territoriale.

La crisi epidemiologica ha evidenziato, inoltre, che è ancora tanta la strada da fare sul fronte dell'integrazione tra sanità e welfare, diventata ormai condizione irrinunciabile per la difesa dell'Equità - principio di base del nostro Servizio Sanitario Nazionale - e per la tutela delle fasce deboli, severamente colpite da un'emergenza che

si è rivelata sociale oltre che sanitaria.

Ancora, ci ha dimostrato che se fossimo stati più pronti sul fronte della digitalizzazione dei servizi sanitari avremmo scongiurato molte situazioni critiche che si sono presentate in tutta la loro drammaticità, sottolineando la necessità di avviare una vera e propria rivoluzione digitale, a vantaggio della pratica medica e del rapporto medico-paziente.

Il Paese e le Regioni si trovano ora forzati ad un ripensamento dei servizi assistenziali e ad una vera e propria "ristrutturazione" del sistema sanitario nazionale ispirata ad un modello più integrato, flessibile e maggiormente adattivo rispetto a shock della domanda di cure ma anche al mutamento dei bisogni di salute. Avremmo tutti sperato che l'occasione per delineare questo nuovo modello non si presentasse a seguito dello scoppio di un'epidemia di questa gravità; tuttavia, la prova a cui la nostra Sanità è tuttora sottoposta, rende evidente il passaggio dalla logica della spesa a quella dell'investimento. Progettare il cambiamento diventa quindi la vera sfida.

Di seguito sono tracciati cinque ambiti (ve ne sarebbero anche molti altri) su cui pensiamo si possa iniziare a ricostruire.

### **/// POTENZIARE LA MEDICINA TERRITORIALE, I PERCORSI DI CURA E RAFFORZARE LE STRUTTURE INTERMEDIE ///**

Ogni volta che ci si trova ad affrontare un'emergenza sociale (piccola o grande che sia), si prende atto che la spasmodica rincorsa all'efficienza ha fatto perdere di vista la rilevanza che il territorio quale strumento attraverso cui passano le soluzioni. Succede per i disastri idrogeologici, per le crisi occupazionali, per le modifiche ambientali, per lo sfaldamento della rete di welfare, per la finanziarizzazione dell'economia e sta succedendo anche nella più grande crisi epidemica dal secondo dopoguerra.

Cosa sarebbe successo se si fossero compiute quelle riforme che prevedevano un avvicinamento della cura al territorio di cui si parla oramai da più di un ventennio? O se si fossero davvero diffuse quelle strutture intermedie tra ospedale e domicilio? O ancora, se si fosse sviluppata la rete di assistenza domiciliare per le fasce più fragili della popolazione (soprattutto anziana)?

È semplice oggi dire che la gestione dell'emergenza sarebbe stata quantomeno più ordinata, ma non per questo dobbiamo esimerci dal dirlo, soprattutto nell'ottica di imparare dagli errori.

Risulta del tutto evidente che le strutture intermedie, se ben strutturate, avrebbero potuto assolvere a diverse funzioni che si sono poi dimostrate cruciali e che, in mancanza di alternative, sono state assolte in primis dalle strutture ospedaliere. Il riferimento immediato è relativo alle fasi di triage per COVID. Questa attività, soprattutto nella prima fase della pandemia, ha visto coinvolti essenzialmente il pronto soccorso. Le strutture si sono trovate a fronteggiare una vera emergenza con centinaia di casi da gestire, con tutte le difficoltà specifiche, per ogni punto di accesso. Non è infatti stato raro il verificarsi di focolai epidemici proprio all'interno delle strutture sanitarie in situazioni spesso apparse quasi fuori controllo.

È necessario ripensare interamente alla strategicità della rete territoriale che l'emergenza Covid ha messo in luce. Se, come si è visto, sino ad oltre la metà di marzo il numero di "ospedalizzati" era superiore ai casi in isolamento domiciliare ciò è avvenuto, certamente perché ci si è trovati di fronte ad un nemico sconosciuto e pericoloso, ma anche perché non si era pronti sotto il profilo dei presidi territoriali. L'impossibilità di gestione di casi meno complessi, ma che comunque richiedevano ospedalizzazione al di fuori dei nosocomi tradizionali e la mancanza di una rete solida di assistenza domiciliare. A ciò si lega la necessità di ridefinire finalmente una diversa visione del ruolo fondamentale che rivestono i Medici di Medicina Generale come anelli forti di una catena che tenga la salute e il benessere dell'individuo come primaria rilevanza.

Da tempo (sin dalla Legge 181 "cd. Bindi") si professa l'esigenza di superare la separazione (anche nei centri di spesa) tra sanità e assistenza,

favorendo una più efficiente utilizzazione delle risorse e individuando modalità di servizi che consentano di generare risparmi sul versante strettamente sanitario per accrescere la diffusione e la qualità dei servizi con un elevato contenuto assistenziale.

Si tratta in sostanza di accrescere il contenuto sanitario dei servizi oggi essenzialmente assistenziali inserendosi nella crescente esigenza di rafforzamento di medicina territoriale e facendo leva sui risparmi per il sistema che questo può generare.

### /// IMMAGINARE NUOVE SOLUZIONI PER LE FASCE DEBOLI, ES. GLI ANZIANI ///

La pandemia ha messo in luce alcune delle difficoltà del nostro Stato Sociale di tutelare le fasce più deboli della popolazione. Sin dai primi focolai nelle RSA (tra l'altro nelle regioni tradizionalmente ricche del Paese) è apparso subito chiaro ciò che da oltre un decennio risulta evidente: il confinamento di anziani in strutture "protette" genera criticità enormi su vari versanti. La esposizione al contagio ha infatti solo acceso i riflettori su un meccanismo inefficiente e per alcuni versi anacronistico che porta ad una dispersione di capitale relazionale e ad un impoverimento della nostra società.

I mutamenti strutturali della popolazione e della composizione delle famiglie, sempre più impossibilitate ad assolvere a funzioni di welfare parentale, l'esigenza di assicurare la dignità della persona attraverso un invecchiamento attivo, la richiesta di funzioni di comunità da parte della popolazione anziana, si sommano con le dinamiche demografiche e con le modifiche del quadro clinico prevalente degli over settanta.

Già oggi il 24% della popolazione regionale ha oltre 65 anni. Tra poco meno di vent'anni questa quota salirà al 38% (di cui il 21% con oltre 75 anni). Un invecchiamento complesso in cui l'86% soffre di almeno una patologia cronica e il 66% di almeno due.

È necessario quindi ripensare a strumenti di welfare complessi che rendano davvero concreta l'integrazione tra sanità e assistenza,

anche attraverso sistemi territoriali dove le due componenti si integrano e concorrono tra di loro ad elevare la qualità di vita della popolazione anziana.

L'emergenza COVID non ci deve far perdere di vista il problema strutturale, che non è il virus ma la gestione di una fetta crescente e complessa della popolazione, risorsa imprescindibile per un Paese moderno che si fonda su principi etici.

I modelli sperimentali non mancano e ogni parte, istituzioni, operatori economici e operatori sociali dovrebbero sentirsi parte determinante e attori di una trasformazione che passa anche da un concetto di costi sociosanitari esistenti, in investimenti produttivi di salute fisica, psichica sociale e ambientale.

Si pensi, ad esempio, alla portata dirimpente che avrebbe una riqualificazione delle aree interne del Paese, oggi in stato di abbandono, per renderle "ospitali" per una popolazione anziana. Territori, a volte anche ben collegati, ma che l'effetto abbandono dovuto alle diverse abitudini turistiche delle famiglie, l'invecchiamento della popolazione e lo spostamento verso le aree metropolitane, stanno rendendo ancora più fragili. Si tratterebbe di costruire (o ricostruire) il senso di comunità e generare servizi per la salute e il benessere. Un indotto economico che si potrebbe riattivare con un beneficio per il Paese e per la qualità di vita di una fetta sempre più grande di popolazione.

### /// INCENTIVARE LA MEDICINA DIGITALE ///

Gli ultimi mesi ci hanno dimostrato che, se in passato si fosse lavorato più alacremente al superamento del modello tradizionale di sanità, la gestione dell'emergenza sarebbe stata facilitata da un miglior coordinamento fra operatori e da una maggiore continuità nei rapporti tra medici e pazienti, con evidenti vantaggi sotto il profilo clinico, sociale e psicologico.

E' ormai patrimonio condiviso che il consolidamento dell'"hardware" dei servizi assistenziali deve necessariamente passare da un parallelo rafforzamento del "software" sia in ambito ospedaliero che distrettuale.

Già da diversi anni la tecnologia mette a disposizione strumenti innovativi per la medicina, ma fino all'inizio del 2020 l'impatto è stato relativamente limitato nel nostro Paese, quasi aneddotico.

Da ora in avanti sarà necessario prevedere investimenti crescenti a sostegno della "rivoluzione digitale" e della transizione dei modelli di cura incentrati sull' "acuto" a quelli incentrati sulla prevenzione, lavorando alla diffusione di tipologie di assistenza sempre più in grado di integrare tecnologie innovative con la gestione e l'utilizzo dei dati sanitari.

Bisognerà lavorare alla diffusione della telemedicina non ricadendo nell'errore di legare il paradigma della digital healthcare soltanto ad essa. Le nuove tecnologie nella nuova normalità potranno trovare, infatti, innumerevoli opportunità di impiego: dalla personalizzazione dei piani di salute, allo sviluppo della medicina di precisione; dal perfezionamento delle prestazioni diagnostiche, all'applicazione di metodiche di Real World Evidence (RWE) nel monitoraggio dei pazienti; dallo sviluppo di nuovi modelli di trial clinici, all'implementazione di piattaforme innovative per la gestione della cronicità, ecc.

La strada da percorrere è ancora lunga e il prossimo futuro dovrà vederci impegnati, in primo luogo, nella creazione delle condizioni perché questi servizi trovino sviluppo e applicazione.

Il principale ostacolo da superare non è, infatti, quello legato all'introduzione di nuove tecnologie sanitarie ma quello rappresentato, da una parte, dall'avvio di una nuova organizzazione di processi condivisi fra operatori di tutta la filiera dell'assistenza sanitaria; dall'altro, dalla creazione di infrastrutture adeguate e dal superamento del digital divide tra generazioni e tra territori, per una "connessione" capillare, stabile, equa e a tutela di tutti gli utenti.

### /// DIFENDERE L'EQUITÀ SOCIALE, ANCHE TRAMITE LA RIDUZIONE DELLE LISTE D'ATTESA ///

Durante la Fase 1 dell'emergenza tutte le regioni d'Italia sono state costrette a rimodulare le attività sanitarie programmate, sospendendo la maggior parte delle prestazioni ambulatoriali e tutti i ricoveri differibili e non urgenti, ad eccezione di quelli oncologici (che, secondo diverse indagini condotte dall'inizio della pandemia, hanno comunque subito dei significativi rallentamenti).

Il blocco delle attività ordinarie ha portato alla ribalta la spinosa questione delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche, preoccupante fonte di disparità fra Servizi Sanitari Regionali e di disuguaglianza fra cittadini, nonché importante motore dei flussi di mobilità.

“Per il recupero delle liste di attesa per il settore pubblico sono stati previsti specifici interventi per il periodo fino al 31 dicembre 2020, quali la maggiorazione del compenso orario del personale dirigente medico e del personale del comparto sanità, nonché l'aumento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

I meccanismi incentivanti temporanei possono essere efficaci sia per l'abbattimento delle liste di attesa in questa fase, sia per smaltire le liste di attesa create nel periodo antecedente alla pandemia da COVID-19.

Per il recupero delle prestazioni non erogate, inoltre, le regioni possono ricorrere agli erogatori privati, nell'ambito dei «budget» loro assegnati relativi all'anno 2020, peraltro solo parzialmente utilizzati nel periodo emergenziale gennaio-giugno 2020, a causa della sospensione delle attività”<sup>4</sup>.

Cosa accadrà quando usciremo dall'emergenza?

Sarà senza dubbio necessario continuare a stimolare la collaborazione fra le politiche regionali e l'azione degli erogatori, i privati accreditati in particolare, per la definizione di progetti integrati e maggiormente condivisi sui territori, in grado di rispondere rapidamente ai bisogni di salute espressi e non sempre evasi in tempi accettabili per l'utenza, con evidenti perdite in termini di equità sociale.

Due gli ambiti su cui lavorare:

- Le liste di attesa ambulatoriali, in relazione alle quali si ravvisano ancora ampi margini di miglioramento ottenibili da un'ulteriore avanzata del contributo del Privato accreditato;
- Le liste di attesa chirurgiche dove, invece, il contributo che il Privato accreditato può apportare non è stato ancora sviluppato nella sua potenzialità.

L'Emilia Romagna è stata una delle regioni pioniere su quest'ultimo aspetto, avendo previsto per questa fase straordinaria caratterizzata dalla necessità di recuperare un importante volume di prestazioni non evase a causa del lockdown, nuovi modelli di integrazione basati sulla presenza di Equipe Chirurgiche Pubbliche all'interno degli Ospedali Privati.

Per la nuova normalità si potrebbe, dunque, partire da questa esperienza per ragionare su nuove regole e progetti continuativi e condivisi che permettano all'Ospedalità privata accreditata di incrementare la capacità erogativa pubblica, tramite un aumento della propria offerta e della flessibilità di equipe e spazi operatori.

La pandemia da Covid-19 ci ha colti del tutto impreparati.

### /// PENSARE A QUANDO RIACCADRÀ E PREVENIRE ///

Esperti, scienziati, sanitari, istituzioni, cittadini, sono stati letteralmente travolti da un'emergenza che ha suscitato incredulità, sgomento e disorientamento.

Eppure l'ultimo ventennio è stata caratterizzato dal frequente verificarsi di epidemie e pandemie virali: l'ebola, l'influenza aviaria, l'A/H1N1, la SARS, la MERS e l'Italia, nel lontano 2008, si è dotata di un “Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale”.

Andando oltre le riflessioni circa l'adeguatezza o meno di un Piano Pandemico ultradecennale, possiamo tranquillamente affermare che esistevano le condizioni per contemplare la possibilità (se non prevedere) che una pandemia prima o poi potesse verificarsi.

<sup>4</sup> Risposta scritta pubblicata Mercoledì 23 settembre 2020 nell'allegato al bollettino in Commissione XII (Affari sociali) all'Interrogazione a risposta immediata in commissione 5-04626 presentato da BOLOGNA del 22 settembre 2020



E' evidente che qualcosa non ha funzionato, che le attività di prevenzione non sono state sufficienti e che, anche dopo il conclamarsi dei primi casi, i sistemi di sorveglianza epidemiologica non sono stati abbastanza integrati, con drammatiche conseguenze sulla capacità di creare e diffondere conoscenze veloci, comuni e condivise che avrebbero potuto supportare la difesa dal nuovo virus e anche la reazione da parte della comunità medica.

Acquisire consapevolezza dell'evitabile è un passo obbligato nella costruzione degli scenari futuri. Scenari in cui dovremo essere in grado di anticipare l'imprevisto o, per lo meno, avere gli strumenti adatti per gestirne l'arrivo.

La trasformazione digitale dovrà servire anche a questo: rafforzare la prevenzione, mettere in piedi sistemi di monitoraggio epidemiologico a regia unica in grado di connettere livelli regionali

e livello centrale, di rilevare e sistematizzare tempestivamente dati e informazioni in base a cui elaborare strategie e azioni coordinate e appropriate.

Tutto ciò, naturalmente, necessita l'impiego di risorse economiche significative; ma mai, come in questo caso, siamo tutti perfettamente consci che si tratterebbe non di spesa ma di investimento.





**A.I.O.P.**  
EMILIA - ROMAGNA



/// SFOGLIA LA  
VERSIONE DIGITALE ///