

Tavolo Cure Integrate

STRENGTHENING REHABILITATION CARE: THE EVIDENCE ON OPTIMIZING FINANCING

25 novembre 2025 - [online](#)

Il webinar è il secondo incontro di una serie dedicata al tema della riabilitazione, organizzata dallo European Observatory on Health Systems and Policies (d'ora in avanti OBS) e ispirata all'impegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel sostenere le cure riabilitative come componente fondamentale dei sistemi sanitari nazionali. Per integrare le cure riabilitative e i fornitori che le erogano nei sistemi sanitari si rende necessaria un'analisi approfondita sui modelli di finanziamento, organizzazione ed erogazione dei servizi, con attenzione particolare a mantenere accessibilità universale, equa e sostenibile ai pazienti. La serie di webinar promossi da OBS e OMS Europa si concentra quindi su due temi fondamentali relativi alle cure riabilitative: organizzare l'erogazione dei servizi e orientare i pazienti a percorsi di cura adeguati, e ottimizzare i sistemi di finanziamento (copertura, acquisti e pagamenti).

Moderano e presentano la sessione **Ewout van Ginneken & Erica Richardson** (European Observatory on Health Systems and Policies) e **Stephanie Winitsky** (The London School of Economics and Political Science).

Al webinar intervengono **Natasha Azzopardi-Muscat** (Direttrice della divisione delle politiche e dei sistemi sanitari dei Paesi membri, Organizzazione Mondiale della Sanità Europa), **Jarno Habicht** (OMS per l'Ucraina), **Ruth Waitzberg** (Università politecnica di Berlino, Germania), **Melissa D'Agostino** (Università Cattolica di Roma, Italia), **Erik Svanfeldt** (Associazione della autorità locali e regionali svedesi – SALAR, Svezia), **Solomiya Kasyanchuk** (Delegata OMS per l'Ucraina), **Triin Habicht** (Ufficio OMS per il Finanziamento dei Sistemi Sanitari di Barcellona).

Il webinar è aperto da **E. van Ginneken** che introduce l'analisi del report "[*Strengthening rehabilitation care: Learning from countries' experiences on organizing service delivery and financing*](#)" prodotto da OBS e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità Europa (d'ora in avanti OMS Europa).

Il documento sottolinea come la riabilitazione sia fondamentale per affrontare l'invecchiamento della popolazione e per le vittime di conflitti, ma i servizi siano spesso frammentati e insufficientemente finanziati. Finanziare adeguatamente i servizi di riabilitazione significherebbe assicurare un migliore accesso ai pazienti, strutturare approcci che premino la centralità della persona e i bisogni più impellenti, oltre a garantire maggiore efficienza nell'orientamento dei pazienti ai servizi più adeguati alle loro esigenze.

I punti fondamentali su cui verte il webinar sono:

- Quali sono le opzioni di finanziamento per i servizi riabilitativi?
- Come redistribuire i fondi premiando le fasce di popolazione e i servizi che maggiormente li necessitano?
- Come migliorare le performance dei servizi utilizzando meccanismi premiali finanziari?

La parola viene data a **N. Azzopardi Muscat** che spiega le motivazioni ad ispirazione del report: la crescente domanda di servizi di riabilitazione, l'invecchiamento della popolazione, il conseguente aumento delle patologie croniche e, nel caso ucraino, l'impatto del conflitto, rendono la riabilitazione un tema urgente. Il report di OMS Europa e OBS trae spunto da questi elementi per raccogliere le informazioni dei 14 Paesi analizzati, condividere l'esperienza ucraina, e rafforzare l'organizzazione e il finanziamento dei sistemi riabilitativi. In particolare, il report studia l'erogazione e il finanziamento dei sistemi di riabilitazione nei Paesi

coinvolti attraverso il punto di vista di pazienti affetti da ictus, mal di schiena o amputazioni, focalizzandosi sull'interconnessione tra servizi ospedalieri, cure primarie, comunità e cure domiciliari. Dai risultati della ricerca, emerge un primo elemento fondamentale: nonostante i servizi di riabilitazione siano spesso garantiti a livello programmatico, soprattutto nei Paesi più abbienti, si riscontra una generale frammentazione delle prestazioni, aggravata da lunghi tempi d'attesa e da discontinuità tra le cure ospedaliere e il periodo post-dimissioni. Tuttavia, si registra un aumento degli investimenti dei Paesi coinvolti nel coordinamento dei servizi attraverso l'introduzione di figure come i case-manager, gruppi di supporto per le dimissioni precoci, sistemi di condivisione dei dati, elementi che contribuiscono a migliorare la continuità dei servizi di cura e a migliorare la capacità di guarigione dei pazienti.

Dai risultati del report emerge un messaggio chiave: la riabilitazione non è un lusso, né una voce residua dei bilanci nazionali, ma un elemento di redistribuzione del welfare che contribuisce a ridurre i costi a lungo termine per i settori sociale ed economico.

La parola passa a **J. Habicht** che fornisce un quadro generale della situazione del Paese. A fronte dell'invasione russa nel febbraio 2022, la domanda di servizi di riabilitazione è aumentata vertiginosamente, rendendo necessario un aumento della capacità ricettiva da parte dei servizi preposti attraverso la formazione di nuovi professionisti sanitari, il raddoppio dei finanziamenti destinati all'ambito, e l'efficientamento della risposta ai bisogni della popolazione. Buona parte di questi cambiamenti sono stati ispirati da sistemi implementati in altri Paesi, studiati e adattati grazie alla collaborazione tra il Ministero della Salute ucraino e OBS. Il report pubblicato da OMS Europa e OBS è stato particolarmente d'aiuto per migliorare i servizi riabilitativi in Ucraina negli anni a venire.

R. Waitzberg introduce i contenuti del report, che approfondisce come gli Stati possano riformare le limitate risorse destinate al settore della riabilitazione a fronte di una crescente richiesta di accesso ai servizi riabilitativi della popolazione. Il report si concentra su 14 Paesi e sui rispettivi sistemi di efficientamento operativo e finanziario dei servizi di riabilitazione, in particolare: qualità, coordinamento, riduzione degli sprechi e delle spese non necessarie, efficientamento delle prestazioni in base alle necessità specifiche dei pazienti.

In prima istanza, il report propone un'analisi delle politiche finanziarie dedicate alle cure riabilitative con l'obiettivo di sostenere i settori e le fasce di popolazione più bisognose, richiedendo un lavoro di redistribuzione tra i diversi livelli di copertura del servizio basato sulla priorità ai gruppi più vulnerabili, solitamente più a rischio di ricevere prestazioni frammentate e sostenere costi elevati (salari più bassi, maggiori esigenze > costi elevati del servizio, maggiore necessità di assentarsi da lavoro).

Una delle soluzioni avanzate è la costituzione di un pacchetto base e universale di servizi riabilitativi di cui possa beneficiare tutta la popolazione, al quale si aggiunga una copertura estesa destinata ai gruppi vulnerabili, cioè a coloro che riscontrano maggiori necessità di fruizione o redditi più bassi, come per esempio l'esenzione totale o parziale del pagamento del ticket.

Un secondo e un terzo livello di copertura sarebbe destinato a gruppi con esigenze specifiche, basato su criteri clinici standardizzati per stabilire l'ammissibilità e l'erogazione dei servizi, per esempio persone colpite da ictus, amputati, o con disturbi dello sviluppo, lesioni cerebrali, disabilità, vittime di conflitto armato o terrorismo.

Un quarto livello di copertura finanziaria potrebbe provenire da enti esterni al sistema sanitario e offrire servizi a categorie di popolazione specifiche, come i fondi della difesa per i veterani di guerra, previdenza sociale per persone con disabilità, e sistemi di lungo degenza per persone anziane.

È importante che tutti questi livelli collaborino e siano ben coordinati per evitare duplicazioni e sprechi, riducendo la domanda o l'abuso dei servizi quando non necessari, favorendo il passaggio da un modello di ospedalizzazione ad una presa in carico di comunità. Per farlo, gli Stati possono implementare dei criteri di

ammissibilità basati su bisogni specifici e percorsi di trattamento, per esempio utilizzando il viral index, sia a livello nazionale per un sistema standardizzato, che delegando la responsabilità ai professionisti per soluzioni adattate caso per caso.

Un'altra strategia per evitare il sovra utilizzo dei ricoveri ospedalieri prevede l'incentivazione di cure ambulatoriali o domiciliari sostitutive al ricovero, l'uso di scale cliniche per determinare la necessità oggettiva di un ricovero, o l'implementazione di percorsi di sedute di cura sostitutive al ricovero a tempo indeterminato, al termine dei quali il paziente possa essere rivalutato ed orientato al servizio più adatto.

Alcuni Paesi coinvolti nello studio impostano il servizio dal punto di vista del fornitore, sistema che richiede particolare cautela per non sottostimare le necessità dei pazienti o limitarne l'accesso alle cure. In questa metodologia rientrano l'introduzione di modelli di finanziamento per contenere i costi sanitari: dai budget globali ai Diagnosis Related Groups (sistema di classificazione dei pazienti ospedalieri), alle tariffe giornaliere per i ricoveri ospedalieri; i pagamenti a prestazione e i tetti di spesa (capitations) per i servizi ambulatoriali; o i pagamenti "a pacchetto" (bundle payments), che coprono l'intero percorso terapeutico, dall'ospedalizzazione alle prestazioni territoriali, costringendo i servizi coinvolti a coordinarsi tra loro per redistribuire il budget autorizzato.

M. D'Agostino presenta il sistema italiano, organizzato sulla base di un modello misto che mette insieme strutture pubbliche e strutture private convenzionate con il servizio pubblico. Da una parte, i servizi di riabilitazione ospedalieri e i servizi territoriali gestiti dal SSN, dall'altra, un network di strutture private che sono integrate al sistema pubblico attraverso accordi di convenzionamento e rimborso da parte del SSN. La coesistenza tra pubblico e privato contribuisce ad aumentare la capacità generale del servizio, dove il contributo delle strutture accreditate serve a ridurre le liste d'attesa e ad apportare competenze specialistiche e tecnologie innovative nel percorso terapeutico. Le criticità del sistema misto italiano riguardano innanzi tutto le disparità regionali, in quanto la distribuzione delle strutture accreditate varia da regione a regione, comportando livelli prestazionali eterogenei per i cittadini. In secondo luogo, il modello misto genera incongruenze contrattuali, in quanto ciascuna regione stabilisce i propri regolamenti, tariffe e requisiti qualitativi, comportando ulteriori differenze nel livello delle prestazioni erogate e nei costi correlati. Queste disparità riflettono inevitabilmente anche sugli standard e le aspettative dei professionisti sanitari. Una terza criticità riguarda la frammentazione dei percorsi riabilitativi, in quanto la transizione dal ricovero ospedaliero ai servizi di comunità non è sempre ben coordinata, comportando interruzioni del servizio e l'inefficacia del percorso riabilitativo.

Tra le strategie correttive proposte, vi sono la standardizzazione dei contratti di accreditamento a livello nazionale per uniformare le prestazioni, e la possibilità di vincolare i contratti non solo al volume dei servizi erogati, ma anche alla qualità e ai risultati effettivi. I sistemi regionali potrebbero quindi inserire indicatori di valutazione come il miglioramento funzionale, la soddisfazione dei pazienti e la riduzione dell'infermità di lungo termine.

In generale, il modello misto italiano contribuisce ad aumentare la capacità del servizio, promuove l'innovazione tecnologica e migliora l'accesso alle cure. Per funzionare al massimo del proprio potenziale, abbisogna di migliore coordinamento e di focalizzarsi sull'impatto del servizio.

Il secondo Paese rappresentato è la Svezia, presentato da **E. Svanfeldt**. Il sistema sanitario svedese si basa su un modello decentralizzato, universale e finanziato dal sistema fiscale. Le regioni sono responsabili dei servizi sanitari e di cura, mentre i comuni sono responsabili dell'assistenza socio-sanitaria e delle cure ambulatoriali, oltre che del sistema di cure domiciliari. La decentralizzazione fa sì che vi siano differenze regionali e locali nell'organizzazione e nei modelli di finanziamento dei servizi di riabilitazione erogati. Contemporaneamente, una legge quadro varata nel 2018 stabilisce a livello nazionale le modalità di finanziamento e di erogazione dei servizi riabilitativi, con l'intento di migliorare il coordinamento e la collaborazione tra i fornitori regionali

e locali per ridurre il periodo di ospedalizzazione dei pazienti e promuoverne le dimissioni. La normativa stabilisce nel dettaglio le misure da intraprendere dal momento del ricovero alla presa in carico dei servizi di assistenza territoriali, imponendo ai Comuni di prendere in carico il paziente entro 3 giorni dalla firma delle dimissioni dal ricovero. Se il Comune ritarda, è tenuto a pagare di tasca propria i costi della degenza ospedaliera alla Regione, costituendo un importante incentivo per i Comuni a farsi carico del trattamento riabilitativo dei pazienti, contribuendo a liberare un considerevole numero di letti negli ospedali. I letti occupati impropriamente sono crollati dal 7% al 4%, apportando un potenziamento massiccio della riabilitazione domiciliare gestita dai comuni.

S. Kasyanchuk presenta l'esperienza ucraina nel comparto della riabilitazione. Dall'inizio del conflitto, nel 2014, si è operato un primo miglioramento con l'inserimento delle cure riabilitative nella lista dei servizi prioritari. Nel corso degli anni, il budget per la riabilitazione è triplicato per via delle crescenti necessità di cura dovute al conflitto, ma anche a causa dell'incremento delle malattie non trasmissibili. A causa delle gravi carenze economiche del sistema pubblico e della domanda crescente, il sistema sanitario ucraino ha faticato ad assicurare l'efficacia e l'efficienza dei servizi riabilitativi, costringendo il governo a rivolgersi all'OMS per supporto consulenziale e metodologico. Tra le principali soluzioni ipotizzate, vi sono la necessità di impostare il sistema di cure su una scala di priorità e di ammissibilità calibrate sulle attuali carenze economiche e su un sistema di raccolta informazioni e di valutazione dei profili di cura più dettagliati. Un altro proposito per il sistema sanitario ucraino è l'impostazione di un sistema prioritario basato sulla funzionalità reale e non solo sulla diagnosi, in quanto i dati finora raccolti suggeriscono una presa in carico maggiore di casi di bassa complessità a discapito di casi gravi. Il terzo proposito è investire di più sulle dimissioni e i servizi post-ospedalizzazione, invece che sui ricoveri.

T. Habicht chiude con una riflessione: la riabilitazione è diversa dai trattamenti specializzati di eventi acuti, come suggeriscono alcuni metodi di finanziamento finora citati. Per esempio, alcuni Paesi, come la Lituania, adottano il modello Diagnosis Related Groups non solo per il ricovero di pazienti in fase acuta ("goal-oriented" vs "cure-oriented"), ma anche per la fase postuma di riabilitazione, applicando degli aggiustamenti specifici per il tipo di riabilitazione richiesta. Altri Paesi, come Estonia e Svizzera, usano il modello di pagamento giornaliero per evitare che gli ospedali dimettano troppo presto i pazienti complessi che hanno bisogno di percorsi di ricovero più lunghi.

Gli interventi dei relatori si concludono lasciando spazio al dibattito e alle domande.