

# 9 Configurazione dell'offerta ospedaliera nazionale: dinamiche evolutive e rimodulazioni delle principali specialità medico-chirurgiche

di Claudio Buongiorno Sottoriva, Alessandro Furnari, Alberto Ricci<sup>1</sup>

## 9.1 Introduzione

La diminuzione delle attività ospedaliere del SSN è un fenomeno consolidato da oltre vent'anni. Secondo gli ultimi dati messi a disposizione dal Ministero della Salute (2021), nel 2001 le dimissioni ospedaliere erano 12,9 milioni, corrispondenti a 83 milioni di giornate di ricovero. Nel 2019, alla vigilia della pandemia, le dimissioni erano scese a 8,5 milioni (-34%) e le giornate a 59 milioni (-29%)<sup>2</sup>. La riduzione di attività risulta ancora più evidente se si considera il lato della domanda: nel 2001 la popolazione italiana era di poco inferiore a quella odierna (57 *versus* 59 milioni) ma soprattutto contava circa 3 milioni di over 65 in meno, che, come noto, sono i principali utenti dei servizi ospedalieri.

La contrazione della rete ospedaliera è stata guidata dal livello istituzionale nazionale attraverso la riduzione dei macro-parametri di dotazione strutturale: in particolare, lo standard di posti letto in rapporto alla popolazione è stato progressivamente ridotto fino a 3,7 PL ogni 1.000 abitanti (DL 95/2012, confermato con il DM 70/2015). Spesso in concomitanza con l'introduzione del regime dei cd. Piani di Rientro Regionali, i servizi sanitari regionali hanno lavorato per ridurre prima posti letto e giornate e, poi, i volumi di ricovero. In termini di dimissioni, infatti, i livelli si sono mantenuti pressoché stabili tra 2001 e 2005, perché una quota di casistica è passata dal regime ordinario a quello diurno. Successivamente, anche le dimissioni hanno iniziato a ridursi, con lo spostamento delle prestazioni a bassa complessità dal regime ospedaliero diurno a quello ambulatoriale. Tale tendenza è proseguita anche negli ultimi anni, confermata dai principali indicatori di profilo di attività (*output*): con ri-

<sup>1</sup> Sebbene il lavoro sia frutto di un lavoro congiunto degli autori, il § 9.1 è da attribuire ad Alberto Ricci, i §§ 9.2 e 9.3 a Claudio Buongiorno Sottoriva, il § 9.4 ad Alessandro Furnari, il § 9.5 a tutti gli autori.

<sup>2</sup> Le dimissioni hanno subito un'ulteriore drastica riduzione a 7,2 milioni nel 2020 a causa della pandemia Covid-19 (Corte dei Conti, 2021).

ferimento agli acuti, si consideri ad esempio come il peso medio del ricovero sia passato da 1,07 nel 2009 a 1,24 nel 2019; la degenza media da 6,7 a 7 giornate.

Oltre alla diminuzione complessiva delle attività ospedaliere e alla loro maggiore focalizzazione sulla media e alta complessità, si possono segnalare altre due macro-tendenze che hanno interessato la rete ospedaliera nazionale. Si tratta di dinamiche in corso da tempo, ma rilanciate in maniera particolare dal DM 70/2015 («Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»<sup>3</sup>).

In primo luogo, è stata condotta la riconversione (con annessa contestuale riduzione) di un rilevante numero di piccoli ospedali. Nell'ultimo decennio sono infatti diminuiti nettamente gli stabilimenti a gestione diretta di ASL e ASST: -136, -19% tra 2010 e 2018 (Cinelli *et al.*, 2020). Nello stesso arco temporale, si sono ridotte sensibilmente anche le case di cura private accreditate (-47, -9%, *ibidem*). Il processo, comunque, non appare concluso: al 2017, a livello nazionale, si contavano 115 ospedali con meno di 100 PL e meno di 50 accessi appropriati al giorno al pronto soccorso (Bobini *et al.*, 2020).

In secondo luogo, con riferimento ad alcune prestazioni, è avvenuta una rilevante concentrazione delle casistiche verso un numero minore di stabilimenti e unità operative. La concentrazione delle casistiche è stata incentivata perché, per molte attività ospedaliere, è stata provata un'associazione tra alti volumi erogativi e qualità clinica (DM 70/15, par. 4.2), a sancire la rilevanza da attribuire al raggiungimento di una massa critica tale da consentire lo sviluppo di una *clinical competence* qualitativamente adeguata a rispondere efficacemente al fabbisogno di salute della popolazione. Il processo appare ben avviato per alcune prestazioni dell'area ortopedica, ostetrica e della chirurgia generale<sup>4</sup>. Tuttavia, la velocità e la maturità del percorso di concentrazione appaiono molto variabili a seconda delle prestazioni (AGENAS, 2021, pp. 43-51).

I dati sopra riportati evidenziano come le dinamiche generali di riduzione dei volumi ospedalieri, aumento della complessità, riduzione dei punti di erogazione delle prestazioni siano senza dubbio reali, alimentando un dibattito che periodicamente interessa la politica, il regolatore regionale, i manager e

<sup>3</sup> Il provvedimento, applicando i paradigmi del modello "Hub&Spokes" (Lega, 2003; Govindarajan e Ramamurti, 2013; Elrod e Fortenberry, 2017) ha fissato un'ampia gamma di criteri di riferimento: i bacini di utenza delle specialità, il ruolo degli ospedali nella rete di offerta (con particolare riferimento alle reti tempo-dipendenti), la dimensione minima degli ospedali privati accreditati pluri-specialistici, gli indicatori di processo ed esito, e alcuni strumenti di raccordo con il territorio (ospedali di comunità). Per maggiori approfondimenti, si rimanda ai capitoli 9 del Rapporto OASI 2016 e del Rapporto OASI 2020.

<sup>4</sup> Il 96% degli interventi per rottura di femore, il 93% delle nascite e il 69% degli interventi per tumore al seno avvengono in strutture che raggiungono le soglie nazionali (AGENAS, 2021, p. 44). Per il tumore al seno, rispetto al 2012, la percentuale di interventi per tumore al seno in reparti sopra lo standard dei 135 casi è aumentata di 16 punti percentuali (AGENAS, portale PNE 2020, ultimo accesso 01/07/2021).

i professionisti, gli esperti del settore. Di conseguenza, le opzioni di politica sanitaria tendono ad essere percepite in maniera dicotomica: ulteriore diminuzione oppure mantenimento delle dotazioni e delle attività ospedaliere; chiusura oppure rilancio dei piccoli ospedali; accorpamento oppure conservazione delle unità operative e dei relativi servizi. Dicotomie che peraltro vedono raramente lo sviluppo di riflessioni strutturate attorno al collegamento tra setting assistenziali e che hanno tradizionalmente visto la programmazione sanitaria agire su essi in maniera isolata e senza un efficace disegno integrato a monte. Tuttavia, un'analisi più attenta mostra come il sistema non sia un monolite: le dinamiche generali tendono a celare le tendenze ben più eterogenee delle singole discipline mediche o dei più rilevanti gruppi di prestazioni all'interno delle stesse. Ad esempio, i pochi contributi recenti che hanno analizzato l'andamento dei posti letto delle principali specialità cliniche hanno infatti rilevato cali percentualmente molto differenti: nel periodo 2010-17, la chirurgia generale registrava una riduzione del 20%, la riabilitazione dell'1% (Bobini *et al.*, 2019, p. 54). Si è già accennato al differente grado di concentrazione raggiunto dalle prestazioni monitorate da AGENAS e dal PNE. Con riferimento agli ospedali con PS sotto i 100 PL, sono ormai molto rare le attività di chirurgia senologica oppure i punti nascita; allo stesso tempo, però, risultano ancora diffuse in metà degli stabilimenti le attività di cardiologia d'urgenza (angioplastiche, infarti del miocardio), sebbene con volumi molto spesso al di sotto degli standard (Bobini, Furnari e Ricci, 2020, p. 396). Il dibattito di politica sanitaria tendeva, già in passato, a tralasciare queste peculiarità delle singole discipline ospedaliere, offrendo soluzioni indifferenziate, mentre a livello di reti ospedaliere regionali e locali si sviluppavano soluzioni organizzative diverse a seconda dell'area clinica e del contesto geografico (Del Vecchio *et al.*, 2019).

L'attenzione alle dinamiche evolutive delle singole specialità ospedaliere è ulteriormente diminuita durante la pandemia Covid-19. Si è trattato di un periodo drammatico che ha evidentemente comportato una pressione mai vista sui professionisti, ma anche sui modelli organizzativi e gestionali delle strutture ospedaliere. La pandemia, inevitabilmente, ha contribuito a modificare la consistenza, la distribuzione, il profilo di attività, i confini e gli assetti organizzativi delle specialità medico-chirurgiche. Tuttavia, questi cambiamenti, destinati a permanere o meno, non sono stati quasi mai approfonditi in maniera sistematica. In maniera del tutto ragionevole, tra 2020 e 2021, le ricerche indipendenti e la nuova reportistica istituzionale come il portale Covid-19 di AGENAS<sup>5</sup> si sono concentrate su aspetti utili nella fase emergenziale e immediatamente post-emergenziale: saturazione delle aree mediche e ad alta intensità di cura, accessi al PS, progressione della campagna vaccinale, cali di attività e relativo allungamento delle liste d'attesa. Forme consolidate di reportistica istituziona-

<sup>5</sup> <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fmonitoraggiops&q=080&t=0>.

le, come il Rapporto SDO del Ministero della Salute e il PNE di AGENAS, hanno conservato la tradizionale focalizzazione sui livelli di output per tipo di attività e regime nel primo caso e sulla qualità delle prestazioni nel secondo. Restano disponibili i dati dell'Annuario Statistico del SSN e della sezione open source del sito del Ministero della Salute, che richiedono elaborazioni e analisi consistenti per apprezzare un'esauriente fotografia del sistema, datata però 2018-19.

Tuttavia, nel frangente storico in cui ci troviamo, andrebbe colmato rapidamente il vuoto conoscitivo che interessa entità e profilo delle specialità medico-chirurgiche, o perlomeno le logiche sottostanti alle principali modifiche attuate e potenzialmente attese. Grazie al Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), tra 2021 e 2026 la sanità italiana riceverà 15,6 miliardi di euro, di cui 7,4 per l'aggiornamento tecnologico e digitale degli ospedali, mentre altri 700 milioni saranno destinati per la formazione del personale, oltre alle risorse stanziare nel Fondo Complementare. Inoltre, si prevede un ampio programma di rafforzamento del territorio tra Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali<sup>6</sup>. Per compiere adeguatamente le scelte di investimento infrastrutturale, di acquisizione di beni e tecnologie, di rafforzamento delle competenze professionali, di integrazione ospedale-territorio, appare fondamentale approfondire l'evoluzione recente delle specialità cliniche: analizzarne in maniera sistematica i trend di consistenza, concentrazione, saturazione e case mix, grazie ai dati amministrativi disponibili per il decennio che precede la pandemia (2010-2019). Con riferimento al 2020-21, risulta invece di grande interesse individuare le principali scelte di rimodulazione delle reti compiute dalle singole regioni, soffermandosi sui modelli destinati a permanere anche in una situazione post-pandemica. Solo a partire dalla ricostruzione dell'esistente potranno infatti essere valutati i livelli di risposta al bisogno e orientati gli sforzi di investimento e miglioramento organizzativo.

Il capitolo è strutturato come segue: il § 9.2 descrive l'oggetto di analisi, gli obiettivi di ricerca e la metodologia applicata; i §§ 9.3 e 9.4 presentano i risultati del lavoro, facendo rispettivamente riferimento a (i) consistenza, concentrazione, specializzazione e profilo di attività delle principali specialità medico-chirurgiche che compongono la rete e (ii) principali ambiti di intervento sviluppati in tre contesti regionali nel corso della fase emergenziale da Covid-19, con riflessioni sul carattere transitorio o permanente delle scelte operate; infine, i §§ 9.5 e 9.6 discutono i risultati e offrono riflessioni conclusive in merito alle loro implicazioni manageriali e alle prospettive di futuro approfondimento.

---

<sup>6</sup> Si rimanda ai capp. 13 e 14 del presente Rapporto

## 9.2 Oggetto di analisi, domande di ricerca e metodologia

Il contributo mira a ricostruire e descrivere l'evoluzione della domanda e dell'offerta ospedaliera, con particolare attenzione alle dinamiche delle principali specialità medico-chirurgiche, analizzando due periodi nettamente distinti, sia per la tipologia di dati disponibili sia, soprattutto, per l'ovvia differenza relativa all'emergenza da Covid-19: il periodo pre-pandemico (2010-2019) e quello pandemico (2020-2021) contraddistinto dalle modifiche emergenziali alla conformazione della rete ospedaliera.

Più nello specifico, il lavoro si pone l'obiettivo di rispondere alle seguenti domande di ricerca:

- i. *Consistenza.* Tra il 2010 e il 2019, a livello nazionale, quali cambiamenti si sono registrati nella consistenza delle specialità, con riferimento ai posti letto? Nello stesso periodo, quali macro-trend hanno interessato le Unità Operative Complesse, in termini di numerosità e dimensioni medie? Quali tendenze di massima si possono rilevare per il 2020?
- ii. *Concentrazione.* Tra il 2010 e il 2019, con riferimento alle principali specialità, quali sono le dinamiche di concentrazione dei PL e dei reparti verso un minore numero di stabilimenti ospedalieri?
- iii. *Specializzazione.* Tra il 2010 e il 2019, con riferimento alle principali discipline, si osserva una dinamica di maggiore o minore specializzazione di alcune categorie di ospedali? Ad esempio, sulla base della natura giuridica o della localizzazione geografica?
- iv. *Saturazione.* A livello nazionale, prima dell'epidemia, quali erano i tassi di saturazione dei PL delle principali specialità?
- v. *Profilo di attività.* Tra il 2010 e il 2019, a livello nazionale, i DRG prevalenti all'interno delle principali aree cliniche hanno registrato dei cambiamenti significativi?
- vi. *Interventi regionali di riorganizzazione recenti.* Nel 2020, quali sono stati i principali interventi che hanno interessato le specialità medico chirurgiche all'interno delle reti ospedaliere regionali e, a cascata, nei territori? I processi erano già in atto o ci sono state inversioni di tendenza? Quali fattori ostativi e abilitanti sono stati osservati? Quali principali impatti sui servizi? Quali cambiamenti sono destinati a permanere?

Per quanto riguarda le domande di ricerca *i-iv*, dunque relative al periodo pre-pandemico, dopo un lavoro preparatorio di analisi *desk* della letteratura scientifica e grigia, per dare conto delle dinamiche in atto nel SSN, questo studio ha adottato un approccio quantitativo di statistica descrittiva. Infatti, per il periodo 2010-2019, data l'ampia disponibilità di dati, l'analisi è stata basata principalmente sulle evidenze che emergono dai dati messi a disposizione dal

Ministero della Salute. L'analisi, dopo un inquadramento generale, si è focalizzata sulle prime 10 discipline per numero di PL, che da sole rappresentano più del 68% dei PL del SSN<sup>7</sup>.

Innanzitutto, per approfondire consistenza, concentrazione e dinamiche di specializzazione della rete, è stato utilizzato il Database del Ministero della Salute<sup>8</sup> “Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina” (ultimo anno disponibile 2021, con riferimento ai dati del periodo 2010-2019). All'interno del database sono riportati dati riferiti a 69 specialità medico-chirurgiche e riabilitative, di cui 67 con almeno 1 PL nel 2019<sup>9</sup>. I parametri presi in considerazione, sia a livello di intero SSN che di singola disciplina di interesse, sono stati (i) il numero di PL e la loro variazione tra il 2010 e il 2019 (ii) il numero di reparti e la loro variazione tra il 2010 e il 2019 (iii) il numero medio di PL per reparto e la loro variazione tra il 2010 e il 2019. Per parametrare i dati di dotazione ospedaliera alla popolazione delle macro-aree geografiche del Paese, sono stati utilizzati i dati pubblicati da ISTAT, nel suo portale demografico<sup>10</sup>. Inoltre, per valutare le dinamiche di concentrazione e specializzazione, ogni stabilimento ospedaliero è stato classificato secondo i seguenti parametri:

- ▶ Dimensionamento dello stabilimento ospedaliero, con la suddivisione degli stabilimenti in cinque fasce, ovvero piccolissimo sotto 100 posti letto, piccolo tra 100 e 200, medio tra 200 e 400, grande tra 400 e 800, grandissimo sopra 800.
- ▶ Numero di discipline all'interno dello stabilimento, monospecialistico (con una o due discipline)<sup>11</sup> o plurispecialistico.
- ▶ Natura giuridica della struttura ospedaliera, pubblica o privata<sup>12</sup>.

<sup>7</sup> Medicina Generale, Recupero e Riabilitazione, Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Cardiologia, Lungodegenti, Urologia, Neurologia, Terapia Intensiva.

<sup>8</sup> <http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=96>

<sup>9</sup> Ogni entrata del database si riferisce ad una sola disciplina in un determinato stabilimento, cioè un punto fisico di erogazione, in un dato anno. Questi dati sono successivamente stati integrati indicando il grado di urbanizzazione del comune in cui lo stabilimento ha sede, secondo classificazione ISTAT, attribuendo una classe dimensionale allo stabilimento e alla struttura (sia a 3 che a 5 categorie), indicandone la natura giuridica (pubblica o privata), segnalando la presenza di legami funzionali, distinguendo stabilimenti mono specialistici e, infine, contrassegnando quelle discipline che hanno subito cambiamenti profondi nei singoli stabilimenti nel periodo in considerazione (aperture, chiusure e riorganizzazioni aziendali). Dal punto di vista delle singole discipline si è integrato il database indicando se fossero di alta specialità (secondo tabella del DM 70, Allegato 1, par. 2.4, con bacino di utenza minimo di 0,6 mln di abitanti) e mediche o chirurgiche.

<sup>10</sup> <http://demo.istat.it/>

<sup>11</sup> Si è ritenuto necessario includere anche gli stabilimenti con due sole discipline per la natura spesso integrata di alcune discipline (es. Recupero e Riabilitazione e Lungodegenza).

<sup>12</sup> Privato include le strutture identificate come Casa di cura privata accreditata, IRCCS privato, Policlinico universitario privato, Istituto qualificato presidio della U.S.L., Ospedale classi-

- ▶ Localizzazione dello stabilimento ospedaliero considerando le tre macro-aree del Paese, ovvero Nord, Centro o Sud<sup>13</sup>.
- ▶ Livello di urbanizzazione del Comune in cui è situato lo stabilimento ospedaliero, ovvero urbano, suburbano e rurale<sup>14</sup>, talvolta accorpendo queste ultime due categorie in una non urbana.

Per osservare i volumi di attività ospedaliera relativi a MDC (Major Diagnostic Category) e DRG (Diagnosis Related Group), è stato utilizzato il Rapporto SDO del Ministero della Salute<sup>15</sup>. Successivamente, l'analisi dei ricoveri per disciplina ha permesso di ricollegare considerazioni sulla domanda a quelle sull'offerta di salute. Infine, per i tassi di occupazione dei Posti Letto, è stato utilizzato l'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale (ultimo anno disponibile 2019 anni 2012-2013, 2016-2019).

Con riferimento alla domanda di ricerca *v*, e dunque per indagare le dinamiche del periodo pandemico e le prospettive future, sono stati condotti tre approfondimenti regionali: Lazio, Veneto e Lombardia. In tali regioni, secondo i dati ISTAT (2021), risiede il 35% della popolazione nazionale<sup>16</sup> e si trovano le due principali aree urbane del Paese; sul piano politico-istituzionale e della conformazione della rete ospedaliera, presentano invece assetti differenti (cfr. par. 9.3). Di conseguenza, si tratta di realtà regionali che permettono di combinare, da un lato, la rappresentatività di oltre un terzo della popolazione italiana, e dall'altro, una differenziazione nelle logiche di fondo delle risposte sanitarie. I casi regionali sono stati approfonditi una preliminare analisi *desk*, seguita da tre interviste semi-strutturate a *key opinion leader* con prolungata esperienza in ruoli al vertice della programmazione ospedaliera regionale<sup>17</sup>. Le interviste

---

ficato o assimilato ai sensi dell'art. 1, ultimo comma, della Legge 132/1968, IRCCS fondazione (fatta eccezione per quelli situati in Lombardia), Ente di ricerca; Pubblico include le strutture identificate come Ospedale a gestione diretta, Azienda Ospedaliera integrata con l'Università, Azienda Ospedaliera, IRCCS pubblico, IRCCS fondazione (situati in Lombardia), Azienda Ospedaliera universitaria integrata con il Servizio Sanitario Nazionale.

<sup>13</sup> Nord include Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna; Centro include Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud include Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna.

<sup>14</sup> Secondo classificazione ISTAT, che classifica i comuni con un livello da 1 (altamente urbanizzato) a 3 (rurale).

<sup>15</sup> [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=1237&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1237&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto)

<sup>16</sup> [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_POPRES1](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPRES1)

<sup>17</sup> In particolare, sono stati intervistati: (i) il dott. Luca Giuseppe Merlino, attualmente Direttore Generale dell'IRCCS CC Monzino di Milano, dal 2017 al 2020 Direttore dell'Osservatorio epidemiologico di Regione Lombardia, dal 2011 al 2016 direttore vicario della Direzione Generale Salute di Regione Lombardia; (ii) il dott. Claudio Pilerici, dal 2014 ad oggi direttore della

sono state così strutturate: (i) discussione e validazione dei dati emersi dall'analisi quantitativa nazionale, (ii) approfondimento degli indirizzi di organizzazione della rete ospedaliera regionale tra il 2010 e il 2019, (iii) individuazione delle principali azioni intraprese in alcuni contesti regionali per rispondere alla pandemia Covid-19 nel 2020 e se possibile nel 2021, (iv) valutazione della structuralità e in generale degli impatti di tali azioni anche al di là della crisi sanitaria, (v) discussione degli elementi di programmazione ospedaliera più rilevanti e innovativi emersi durante il Covid-19 e degli interventi prospettici prioritari alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

### 9.3 Consistenza, concentrazione, specializzazione e profilo di attività delle principali specialità: trend 2010-2019

#### 9.3.1 Consistenza: stabilimenti, posti letto, reparti

Al 2019, la rete ospedaliera italiana è composta da 1.277 stabilimenti ospedalieri<sup>18</sup>, ovvero luoghi fisici di erogazione dei servizi, inseriti o meno in aggregazioni organizzative (le c.d. strutture ospedaliere). Si tratta di un valore in calo rispetto ai 1.458 stabilimenti registrati nel 2010. Nel 2019 i posti letto totali del SSN sono 209.157, mostrando un calo di 35.153 posti rispetto al 2010 (-14,4%). Nel periodo considerato, tutte le realtà regionali registrano una riduzione, a eccezione dell'Umbria, la cui dotazione di posti letto era in linea con la dotazione di 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti già nel 2010<sup>19</sup>. Le regioni del Sud, fatta eccezione per Sicilia e Basilicata, hanno visto ridursi le proprie dotazioni più rapidamente della media italiana, con alcuni casi di ragguardevoli contrazioni (Molise -31,7%, Calabria -27%, Puglia -21,8%, Sardegna -20,7%). Le singole regioni, tuttavia, mostravano dotazioni pro capite eterogenee. Infatti, Sarde-

---

Direzione della Programmazione sanitaria e LEA della Regione del Veneto; (ii) il dott. Renato Botti, dal 2018 al 2020 Direttore Generale della Sanità della regione Lazio e già Sub-Commissario alla Sanità nella medesima regione tra 2013 e 2014; il dott. Giuseppe Spiga, dal 2019 al 2020 Direttore Area Ospedaliera Regione Lazio.

<sup>18</sup> Il numero di stabilimenti ospedalieri qui riportati è differente da quello incluso in Bobini, Furnari e Ricci (2020) poiché questa analisi considera anche gli stabilimenti che non sono dotati di Pronto Soccorso. Tra i piccoli stabilimenti, ad esempio, le 444 case di cura private accreditate e i 415 ospedali a gestione diretta non necessariamente sono dotati di un Dipartimento di Emergenza Urgenza.

<sup>19</sup> La Regione Umbria ha registrato, infatti, un aumento di 1 posto letto (da 3.233 nel 2010 a 3.234 nel 2019) e di 12 reparti (da 254 a 266). Questo dato apparentemente statico cela, in realtà, cambiamenti rilevanti tra le diverse discipline. Le discipline generaliste hanno visto delle riduzioni, anche rilevanti di posti letto (ad esempio, Medicina Generale -3,9%, Chirurgia Generale -22,5%, Ostetricia e Ginecologia -13,8%, Pediatria -22,1%) a fronte di aumenti nelle discipline dell'area riabilitativa (Recupero e Riabilitazione +33,3%, Lungodegenti +327,8%) e di media e alta complessità (Ortopedia e Traumatologia +11,7%, Cardiologia +31,3%, Oncologia +27,7%).

gna e Molise hanno ridotto le proprie dotazioni ma, rispetto alla media italiana (3,5 posti letto ogni 1.000 abitanti), sono rispettivamente allineata (3,4) e al di sopra (3,8), mentre la Puglia (3,1) e, ancor di più, la Calabria (2,9, valore più modesto tra le regioni italiane) si trovano al di sotto del valore medio. Questi valori sono allineati o al di sotto rispetto allo standard nazionale di 3,7 PL per 1.000 abitanti: nell'ultimo decennio, le dotazioni complessive della rete ospedaliera nazionale e delle regioni del Mezzogiorno hanno raggiunto e oltrepassato i livelli programmati. In contrasto, numerose regioni del Nord hanno visto riduzioni dei posti letto molto più contenute (Valle d'Aosta -8,8%, Veneto e Lombardia -10,1%, Provincia Autonoma di Bolzano -10,8%), insieme alla Sicilia (-10,8%). Queste regioni, con l'eccezione della Sicilia (3,3 posti letto ogni 1.000 abitanti), si collocano tutte al di sopra della media nazionale, poco al di sopra dello standard alcune (Valle d'Aosta con 3,9, Lombardia con 3,8) e poco al di sotto altre (Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano con 3,6). Rimangono abbondantemente al di sopra dello standard, avendo visto una riduzione di posti letto in linea con la media nazionale, la Provincia Autonoma di Trento (3,9 posti letto) e, come già osservato, Emilia-Romagna, Val d'Aosta, Molise e Piemonte.

All'interno dei 1.277 stabilimenti ospedalieri i 209.157 posti letto sono suddivisi in 13.312 reparti (-1.209 rispetto al 2010, -8,3% – una riduzione meno che proporzionale rispetto ai posti letto). Le prime sei specialità per numero di posti letto costituiscono il 55,5% dei posti letto a livello nazionale e sono Medicina Generale (15%), Recupero e Riabilitazione (11,1%), Chirurgia Generale (10,3%), Ortopedia e Traumatologia (8,5%), Ostetricia e Ginecologia (6,5%) e Cardiologia (4,1%). Per quanto riguarda le prime venti discipline, queste rappresentano l'85,4% dei posti letto a livello nazionale, mentre le rimanenti 49<sup>20</sup> si dividono il restante 14,6%.

Tra i posti letto, 84.657 afferiscono a discipline mediche (metà di questi afferisce alle sole Medicina Generale e Cardiologia), 79.461 a discipline chirurgiche (più della metà è rappresentato da Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia) e, infine, 45.039 da servizi (dove discipline riabilitative e Terapia Intensiva esauriscono la gran parte della dotazione).

Tra il 2010 e il 2019 l'offerta complessiva di posti letto si è ridotta per la maggior parte delle discipline. Ciononostante, è possibile rilevare una riduzione tutt'altro che omogenea. Alcune discipline osservano un aumento dei posti letto complessivi: Recupero e Riabilitazione (+0,1%, +25 posti letto), Terapia Intensiva (+9,9%, +477), Day Surgery (+100,7%, +1.097), Astanteria (+11,6%, +173), Day Hospital (+31,4%, +306). Altre discipline, invece, vedo-

<sup>20</sup> 47, al netto di Tossicologia (0 posti letto nel 2019) e Cure Palliative/Hospice (disciplina transitata in Cure Palliative).

Tabella 9.1 Le prime 30 discipline per numero di PL nel 2019

	Posti letto 2019	% di posti letto sul totale	Reperti	Media posti letto per reparto	Var. ass. posti letto 2010-2019	Var. perc. posti letto 2010-2019	Var. ass. reparti 2010-2019	Var. perc. reparti 2010-2019
<b>Totale</b>	<b>209.157</b>	<b>100%</b>	<b>13.312</b>	<b>15,7</b>	<b>-35.153</b>	<b>-14,4%</b>	<b>-1.209</b>	<b>-8,3%</b>
Medicina generale	31.347	15,0%	1.068	29,4	-6.402	-17,0%	-237	-18,0%
Recupero e riabilitazione	23.204	11,1%	739	31,4	25	0,0%	7	1,0%
Chirurgia generale	21.524	10,3%	1.175	18,3	-6.073	-22,0%	-164	-12,0%
Ortopedia e traumatologia	17.852	8,5%	836	21,4	-1.806	-9,0%	-67	-7,0%
Ostetricia e ginecologia	13.694	6,5%	671	20,4	-3.403	-20,0%	-136	-17,0%
Cardiologia	8.495	4,1%	561	15,1	-336	-4,0%	-55	-9,0%
Lungodegenti	8.207	3,9%	427	19,2	-2.131	-21,0%	-36	-8,0%
Urologia	6.212	3,0%	471	13,2	-833	-12,0%	-13	-3,0%
Neurologia	5.762	2,8%	356	16,2	-1.373	-19,0%	-15	-4,0%
Terapia intensiva	5.291	2,5%	674	7,9	477	10,0%	-4	-1,0%
Pediatria	5.226	2,5%	426	12,3	-1.766	-25,0%	-141	-25,0%
Psichiatria	5.224	2,5%	335	15,6	-1.112	-18,0%	-57	-15,0%
Oncologia	4.880	2,3%	385	12,7	-1.072	-18,0%	-28	-7,0%
Geriatria	4.050	1,9%	171	23,7	-839	-17,0%	-45	-21,0%
Pneumologia	3.554	1,7%	227	15,7	-860	-19,0%	-42	-16,0%
Otorinolaringoiatria	3.475	1,7%	404	8,6	-1.360	-28,0%	-53	-12,0%
Malattie infettive e tropicali	2.943	1,4%	164	17,9	-849	-22,0%	-36	-18,0%
Neurochirurgia	2.717	1,3%	150	18,1	-274	-9,0%	-5	-3,0%
Unità coronarica	2.562	1,2%	384	6,7	-216	-8,0%	-13	-3,0%
Neuro-riabilitazione	2.408	1,2%	116	20,8	-204	-8,0%	30	35,0%
Oculistica	2.256	1,1%	431	5,2	-1.867	-45,0%	-84	-16,0%
Chirurgia vascolare	2.235	1,1%	198	11,3	-229	-9,0%	4	2,0%
Ematologia	2.227	1,1%	142	15,7	-71	-3,0%	-20	-12,0%
Nefrologia	2.224	1,1%	229	9,7	-275	-11,0%	-23	-9,0%
Day surgery	2.186	1,0%	354	6,2	1.097	101,0%	217	158,0%
Neonatologia	2.021	1,0%	229	8,8	-70	-3,0%	4	2,0%
Gastroenterologia	1.922	0,9%	187	10,3	-196	-9,0%	-22	-11,0%
Cardiochirurgia	1.880	0,9%	98	19,2	-187	-9,0%	-1	-1,0%
Astanteria	1.661	0,8%	141	11,8	173	12,0%	-5	-3,0%
Day hospital	1.280	0,6%	244	5,2	306	31,0%	100	69,0%

Fonte: Rielaborazione su dati Ministero della Salute – Database PL (2020)

no una riduzione di posti letto di gran lunga superiore alla media nazionale: Chirurgia Generale (-22,0%, -6.073), Ostetricia e Ginecologia (-19,9%, -3.403), Lungodegenti (-20,6%, -2.131), Pediatria (-25,3%, -1.766), Otorinolaringoiatria (-28,1%, 1.360), Malattie Infettive e Tropicali (-22,4%, -849), Oculistica (-45,3%, -1.867)<sup>21</sup>. Pertanto, è possibile sottolineare come le riduzioni maggiori si osservino tipicamente in aree disciplinari a vocazione generalista (es. Chirurgia Generale) e/o da spinte legate all'andamento epidemiologico (es. Pediatria e Ostetricia e Ginecologia, collegate al calo delle nascite nel Paese); più contenute invece le riduzioni imputabili a uno *shift* di setting programmato o desiderato, anche per via della maggiore vischiosità dovuta alla necessità di sviluppare parallelamente unità di offerta che possano rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

A fronte di questo calo di posti letto, a livello nazionale i reparti si sono ridotti meno che proporzionalmente. Osservando le singole discipline, aumentano soltanto Recupero e Riabilitazione (+1,0%, +7 reparti), Neuro-riabilitazione (+34,9%, +30), Day Surgery (+158,4%, +217) e Day Hospital (+69,4%, +100). Diminuiscono, invece, in maniera particolarmente rilevante, Medicina Generale (-18,2%, -237), Ostetricia e Ginecologia (-16,9%, -136), Pediatria (-24,9%, -141), Psichiatria (-14,5%, -57), Geriatria (-20,8%, -45), Pneumologia (-15,6%, -42), Malattie Infettive e Tropicali (-18,0%, -36), Oculistica (-16,3%, -84). Per quanto riguarda i posti letto medi per reparto è possibile osservare una certa variabilità interdisciplinare: a fronte di una media nazionale di 15,7 posti letto per reparto, tra le prime 30 discipline spiccano 5,2 posti letto per reparto per Oculistica e Astanteria, 7,9 per Terapia Intensiva, 8,6 per Otorinolaringoiatria, contro 31,4 per Recupero e Riabilitazione e 29,4 per Medicina Generale. Questi dati sembrano in linea con le aspettative, con discipline generaliste tendenzialmente dotate di grandi o grandissimi reparti e, più in generale, dimensionamenti medi fisiologicamente collegati alla tipologia di attività svolta e ai relativi requisiti infrastrutturali, organizzativi e di accreditamento previsti, al grado di funzionalità e collegamento rispetto alle prestazioni erogate da altre unità operative o ancora alla tendenza a spostare parte dei volumi su altri setting assistenziali, con compressione delle attività sull'unità ospedaliera. In alcuni casi, tuttavia, si segnalano dimensioni medie elevate a fronte di tassi di saturazione modesti (es. area chirurgica – *vedi infra*), che consentono di segnalare primi elementi di criticità legati al profilo d'impiego dei posti letto o alla configurazione complessiva di servizio erogato (nel caso specifico, si pensi alla transizione non ancora avvenuta verso logiche per piattaforma). Rispetto

<sup>21</sup> Spiccano, inoltre, al di fuori delle prime 30 discipline e seppur con dotazioni di posti letto minime, i dati di radiologia (+61%, a 37 posti letto nel 2019), Tossicologia (-100%, da 20 nel 2010 a nessun posto letto), Emodialisi (-70%, a 53 posti letto) e Radioterapia Oncologica (-61%, a 58 posti letto).

al 2010, essendo i posti letto diminuiti più che proporzionalmente rispetto ai reparti, la dotazione media di posti letto per reparto si è ridotta di -1,1. Gli scostamenti più rilevanti per le singole discipline sono, in positivo, +0,8 di Cardiologia, +1 di Geriatria e +1,5 di Ematologia; in negativo, invece, si segnalano -2,3 di Chirurgia Generale, -3,1 di Lungodegenti, -3 di Neurologia, -9,6 di Neuroriabilitazione e -2,8 di Oculistica.

Considerando i diversi regimi di attività ospedaliera (ordinaria *versus* diurna), i posti letto in degenza ordinaria costituiscono 187.010 posti letto su 209.157, ovvero l'89,4%, e, di conseguenza, il trend generale è tendenzialmente allineato a quanto esposto per quanto riguarda i PL totali. La restante parte si divide tra Day Hospital (12.173) e Day Surgery (8.389), mentre i posti in degenza a pagamento sono 1.585. Tra il 2010 e il 2019 il Day Hospital ha visto ridursi la dotazione di posti letto del -43,3% (-9.285) contrariamente al Day Surgery, che ha visto un aumento del 4,3% (+346). In entrambi i casi i reparti di Day Hospital e Day Surgery generici aumentano, a differenza dei posti letto in Day Hospital e Day Surgery assegnati alle singole discipline, che mostrano una generale tendenza di riduzione. Nel secondo caso, ad esempio, l'aumento complessivo di posti letto è frutto soprattutto dell'aumento della disciplina Day Surgery (+1.097) controbilanciata dalle riduzioni di Chirurgia Generale (-304) e Oculistica (-376), mentre le altre discipline hanno prodotto variazioni minime in termini assoluti. Negli ultimi dieci anni, il sistema ha visto notevolmente ridursi i PL diurni medici a favore delle attività ambulatoriali, mentre in ambito chirurgico è tuttora in corso lo spostamento da RO a DS. In ogni caso, i posti letto in regime diurno sono sempre più spesso raggruppati in reparti a intensità di cura omogenea.

### 9.3.2 Concentrazione

In questo paragrafo e nei seguenti l'analisi è focalizzata sulle prime 10 discipline per numero di PL: Medicina Generale, Recupero e Riabilitazione, Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Cardiologia, Lungodegenti, Urologia, Neurologia, Terapia Intensiva. Dal punto di vista della rete, circa tre stabilimenti su quattro (970) sono classificabili come di piccolissime (sotto i 100 posti letto, 625 stabilimenti – il 48,9%) e piccole dimensioni (sopra i 100 e fino ai 199 posti letto, 345 stabilimenti che costituiscono il 27,0% del totale)<sup>22</sup>. Gli ospedali con meno di 200 PL, in media, contano tra i 5 e i 6 reparti per altrettante discipline ospedaliere, di cui solo

<sup>22</sup> Come emerso dalle interviste svolte nell'ambito di questo Capitolo, occorre distinguere tra i PL effettivamente "esistenti" e quelli soltanto programmati a livello regionale. Nel resto di questo capitolo, laddove non diversamente specificato, per posti letto si intenderà la dotazione di posti letto attivi.

l'8% è considerabile di alta specialità secondo le indicazioni del DM/70<sup>23</sup>. Tra i restanti stabilimenti, 196 (15,6% del totale) sono di media dimensione (sopra i 200 e fino ai 399 posti letto); quelli di grandi dimensioni (sopra i 400 posti letto) sono invece 111 (8,7%). Il numero medio di reparti e discipline si mostra ragionevolmente crescente nella dimensione, con rispettivamente 17 e 39 reparti medi per stabilimento. Se, tuttavia, per la classe degli ospedali di medie dimensioni il numero di discipline è allineato al numero dei reparti, nella classe dei grandi il numero medio di discipline è di 28, esistendo spesso in queste strutture, comprensibilmente, più reparti afferenti ad un'unica disciplina. I dati nazionali celano alcune notevoli differenze regionali, se si considera il rapporto tra stabilimenti piccoli e stabilimenti medio-grandi. Se, infatti, a livello nazionale, per ogni stabilimento medio-grande la rete ospedaliera è dotata di 3,2 piccoli stabilimenti, a livello regionale il dato varia tra il massimo di 8,7 per la Calabria, fino a 2,2 per la Lombardia e 1,5 per la Provincia Autonoma di Bolzano<sup>24</sup>.

Per *concentrazione* si intende in questa sede il fenomeno per cui, all'interno della rete, si modifica l'offerta esistente con una dotazione collocata in un numero minore di stabilimenti o in un numero minore di reparti, tendenzialmente in plessi di maggiori dimensioni o attraverso l'aggregazione di piccoli per formarne di maggiori. Distinguendo gli stabilimenti che sono rimasti nei database ministeriali senza variazioni di codice identificativo (quindi senza interventi di ingegneria istituzionale), questi spiegano il 53,8% della riduzione di posti letto e il 30,8% di quella dei reparti (Figura 9.2). Gli interventi di riconfigurazione della rete in strutture rimaste comunque operanti, quindi, hanno avuto un impatto maggiore sul numero di posti letto, piuttosto che sulla chiusura di reparti. A livello delle singole discipline, questa evidenza è particolarmente rilevante per Chirurgia Generale (54,7% dei posti letto eliminati si trovava in ospedali rimasti operativi senza interventi di ingegneria istituzionale contro soltanto il 14% dei reparti eliminati), Ortopedia e Traumatologia (53,6% contro 22,4%), Ostetricia e Ginecologia<sup>25</sup>. Per quest'ultima, in particolare, il 37,9% della riduzione dei posti letto è motivata da interventi di riconfigurazione della rete, mentre la quota si azzerava se si considerano i reparti<sup>26</sup>.

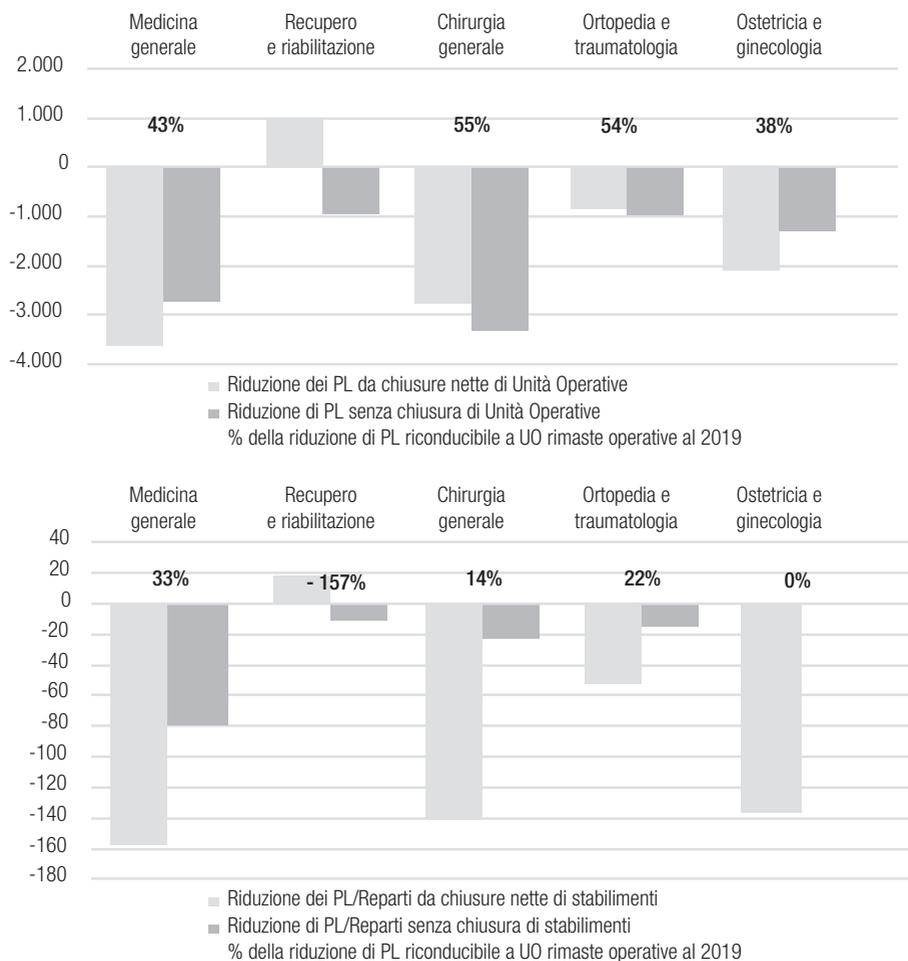
<sup>23</sup> Le discipline di alta specialità, secondo tabella del DM 70, Allegato 1, par. 2.4, si caratterizzano per un bacino di utenza minimo di 0,6 mln di abitanti.

<sup>24</sup> La Valle d'Aosta, con 2 stabilimenti, uno grande e uno piccolo, si attesta ad un valore di 1.

<sup>25</sup> Per quanto riguarda Ostetricia e Ginecologia, il database posti letto del Ministero della Salute non permette di discriminare tra U.O. di Ostetricia (i punti nascita) dalle U.O. di Ginecologia. La presenza di Ostetricia comporta la presenza di Ginecologia ma non vale l'inverso.

<sup>26</sup> In questo caso la variazione netta di reparti è nulla nelle strutture che non hanno subito interventi di ingegneria istituzionale.

Figura 9.1 **Le variazioni del numero di posti letto per le cinque principali discipline tra 2010 e 2019: distinzione tra stabilimenti rimasti operativi e riconvertiti o chiusi**



### 9.3.3 Specializzazione

Per specializzazione si intende la tendenza di alcune tipologie di ospedali ad aumentare la propria focalizzazione su determinate discipline cliniche. Per quanto riguarda il dimensionamento<sup>27</sup>, piccolissimi e piccoli stabilimenti rac-

<sup>27</sup> Occorre sottolineare che l'attribuzione di uno stabilimento ad una certa classe dimensionale è variabile da un anno all'altro. L'assunzione è che gli stabilimenti che si spostano di classe da un anno all'altro nel complesso tendano ad equivalersi o che abbiano impatti ridotti sulle percentuali di variazione. Dal 2010 al 2019 hanno cambiato la loro classe dimensionale almeno una volta 328 stabilimenti. Tra questi solo 5 hanno cambiato classe due volte.

colgono circa un posto letto su quattro (41mila), pur costituendo tre strutture su quattro. I grandissimi stabilimenti accolgono 21mila posti letto (14,7%), mentre la restante parte è equamente divisa tra medi e grandi (circa 41mila posti letto, 28%, in ciascuna delle due categorie). Le tendenze osservate sembrano suggerire che la rete ospedaliera si concentra progressivamente in stabilimenti medio-grandi, mentre gli estremi della distribuzione si riducono. Nel periodo tra il 2010 e il 2019, il calo più rilevante di posti letto avviene nei grandissimi stabilimenti (28,1%), mentre per medi e grandi ospedali si osservano i dati minori (rispettivamente -10,4% e -11%). Dal punto di vista dei reparti, inoltre, mentre i grandissimi ospedali producono una riduzione del -25,7% e i piccolissimi del -11,9%, quelli piccoli, medi e grandi si attestano tutti al di sotto del -6%.

Osservando le singole discipline, si osserva un marcato spostamento di posti letto riabilitativi e ortopedico-traumatologici verso gli ospedali sotto i 100 posti letto (+16,6%, +21,8%), a fronte di un calo molto marcato nelle realtà sopra 800 posti letto (-41%, -35%). Aumentano, inoltre, seppur lievemente, i posti letto cardiologici nei medi e grandi stabilimenti (+3,1%), mentre si riducono notevolmente nei grandissimi (-12,5%) e piccolissimi (-25,9%).

Dal punto di vista della natura giuridica, i posti letto in strutture private sono 63.583 nel 2019, rappresentando il 30% dell'offerta complessiva. Tra il 2010 e il 2019, la riduzione dei posti letto è maggiore negli stabilimenti pubblici (-17%) rispetto a quelli privati accreditati (-7,7%), osservazione che può essere estesa a tutte le discipline analizzate, fatta eccezione per quelle ostetrico-ginecologica, di lungodegenza e neurologica. Prendendo a riferimento l'intera dotazione dei posti letto privati accreditati, aumentano i posti letto riabilitativi (+4,1%), ortopedico-traumatologici (+17,1%), urologici (+8,2%) e di terapia intensiva (+27,5%), mentre rimangono stabili quelli cardiologici. Le riduzioni colpiscono le restanti discipline, con la riduzione più marcata per i posti letto neurologici (-47%). Nel complesso, dunque, il settore privato osserva una tendenza di specializzazione in talune discipline, in un contesto altrimenti di contrazione della dotazione di posti letto. Nel pubblico, invece, aumenta la sola Terapia Intensiva (+6,6%), con riduzioni dal -5,3% di Cardiologia al -25,8% di Chirurgia Generale. Infine, i reparti pubblici diminuiscono del -10,5% a fronte di una sostanziale stabilità di quelli privati (-0,5%).

Appare rilevante osservare queste due dimensioni congiuntamente, visto che il dimensionamento e la natura giuridica delle strutture sono naturalmente collegate (Tabella 9.2). Nel 2019 gli stabilimenti di natura privata erano 567 (44,4%, da 620 nel 2010) contro i 710 di natura pubblica (55,6%, da 838 nel 2010). Tra i primi, la maggior parte degli stabilimenti è di dimensioni piccolissime (339, il 59,8%) o piccole (164, 28,9%). Tra i secondi, invece, la quota di stabilimenti piccolissimi (286, il 40,3%) o piccoli (181, il 25,5%) è più contenuta, in favore di una maggiore proporzione di stabilimenti medi (144, il 20,3% contro 54, ovvero il 9,2% dei privati) e grandi (79, l'11,1% contro 9, ovvero l'1,6% dei

Tabella 9.2 **Variazione percentuale e assoluta di posti letto e reparti per dimensionamento dello stabilimento e natura giuridica**

	Pubblico		Privato	
	PL	Reparti	PL	Reparti
Piccolissimo (<100 PL)	-3.499	-180	-2.282	-151
	-18,6%	-12,0%	-10,6%	-11,8%
Piccolo (99>PL>200)	-7.352	-268	-193	149
	-22,2%	-11,6%	-0,9%	15,7%
Medio (199>PL>400)	-3.364	-57	-3.032	-70
	-7,6%	-1,9%	-17,9%	-11,1%
Grande (399>PL>800)	-6.399	-220	643	64
	-13,3%	-7,5%	15,7%	39,0%
Grandissimo (>799)	-9.229	-468	-446	-8
	-30,0%	-28,0%	-12,2%	-4,4%

Fonte: Rielaborazione su dati Ministero della Salute – Database PL (2020)

privati). Per quanto riguarda i centri grandissimi, sono 20 tra i pubblici e 3 tra i privati. Dato questo contesto, aumentano i posti letto dei soli grandi privati (+15,7%) sostenuti dagli aumenti di Medicina Generale, Chirurgia Generale e Ostetricia e Ginecologia<sup>28</sup>, rimangono pressoché invariati quelli dei piccoli privati (-0,9%) mentre tutte le altre categorie vedono riduzioni, prevalentemente a doppia cifra. Fatta eccezione per la classe media, in tutte le categorie la riduzione del pubblico è più consistente di quella privata, sia in termini di posti letto che di reparti.

Per quanto riguarda, infine, il numero di discipline all'interno degli stabilimenti, nel 2019 la maggior parte dei posti letto è contenuta in stabilimenti plurispecialistici (189.134) rispetto ai monospecialistici (20.023). Questi ultimi sono distribuiti in 242 stabilimenti (il 22,3% del totale, di cui 191 con meno di 100 posti letto e solo 8 sopra i 199), in calo rispetto al 2010 quando si attestavano a 296 stabilimenti. Dal punto di vista della natura giuridica, 180 sono privati (in calo del -12,6% dal 2010) mentre 62 sono pubblici, i quali hanno visto una riduzione maggiore dal 2010 ad oggi (-31,1%). In entrambi in casi la riduzione è stata circa doppia rispetto a quella delle controparti plurispecialistiche. Mentre i monospecialistici privati si attestano ad un valore di 71,3 posti letto in media contro i plurispecialistici privati a 133,4, i monospecialistici pubblici sono mediamente più piccoli con 44,6 posti letto contro i 308,5 dei plurispecialistici

<sup>28</sup> Dati i valori particolarmente rilevanti, da un controllo sulle singole strutture emerge che almeno una parte di questi aumenti è da attribuirsi a cambi di classe dimensionale. Nel caso dell'Ostetricia e Ginecologia, ad esempio, il +89%, al netto dei cambi di classe dimensionale, diventa +35%. Questo aumento, comunque rilevante, è dovuto a incorporazioni di pre-esistenti stabilimenti ospedalieri.

pubblici. La loro dotazione si concentra soprattutto nelle discipline riabilitative (12.325 posti al netto di Unità Spinale). Tra gli stabilimenti monospecialistici attivi nel 2019 (242), in effetti, il 57,4% è dedicato esclusivamente a discipline riabilitative: 60 sono dedicati al Recupero e Riabilitazione, 38 a Recupero e Riabilitazione e Lungodegenti, 21 a Recupero e Riabilitazione e Neuro-Riabilitazione, 15 ai soli Lungodegenti e 5 alla sola Neuro-Riabilitazione. La restante parte degli stabilimenti (74) è, invece, più eterogenea. I trend dei posti letto mostrano i monospecialistici diminuire del -17,5% contro una riduzione del -14,1% per quelli con più di due discipline. Tra i primi, si riducono meno rapidamente le discipline riabilitative e generaliste (Chirurgia Generale e Ortopedia e Traumatologia sono in aumento).

Nel 2019 le regioni del Nord evidenziano, in media, più PL per 100.000 abitanti (375) rispetto al Centro (348) e al Sud (316), un divario aumentato dal 2010 ad oggi, considerando che i posti letto ogni 100.000 abitanti sono diminuiti rispettivamente di -11,6%, -16,2% e -15,4%. Al contrario, il numero di reparti rapportato alla popolazione è leggermente inferiore al Nord rispetto al resto del Paese, così spiegandosi la dimensione media dei reparti che è maggiore al Nord (17,7) rispetto al Centro (14) e al Sud (14,3). Considerando la Medicina Generale, il Sud presenta una dotazione molto più ridotta in termini di posti letto per abitante (38,3) e di dimensione media del reparto (22,4) rispetto al Centro (58,1 e 30,8) e soprattutto al Nord (60,4 e 33,5). Lo stesso quadro si presenta anche per Recupero e Riabilitazione, anche se le differenze in termini di dimensione media del reparto sono meno marcate. La Chirurgia Generale invece registra la maggior dotazione di posti letto per 100.000 abitanti al Sud, ma la dimensione media dei reparti rimane superiore al Nord. Tra le altre discipline, con differenze generalmente meno marcate, occorre sottolineare la dimensione media ridotta dei reparti ginecologici del Centro (16,6 contro 20,5 al Sud e 22,5 al Nord) e la differenza di posti letto di lungodegenza, che è quasi doppia al Nord (17,8) rispetto a Centro (11,2) e Sud (9,6). Tra il 2010 e il 2019, il calo di posti letto è maggiore al Centro (-16,2%) e al Sud (-15,4%) rispetto al Nord (-11,2%). Particolarmente rilevanti i cali al Sud della Medicina Generale (-25,5%) e al Centro di Recupero e Riabilitazione (-21,7%) e della Chirurgia Generale (-30%). I posti letto riabilitativi aumentano notevolmente al Sud (+25,6%), senza tuttavia colmare il divario esistente con il Centro e il Nord. Al Sud si registra anche un significativo aumento delle Terapie intensive (+19,7%), che tuttavia aumentano, pur in misura più contenuta, anche al Centro e al Nord.

Per quanto riguarda il livello di urbanizzazione delle aree in cui sono collocati gli stabilimenti, nel 2019, le aree urbane<sup>29</sup> raccolgono il 57% dei posti

<sup>29</sup> Questa analisi, ai fini della suddivisione per livello di urbanizzazione, considera congiuntamente le aree suburbane e quelle rurali, in virtù della ridotta consistenza di queste ultime (9.919 posti letto).

letto del Paese (1,3 posti letto urbani per ogni posto letto non urbano). Tra le prime dieci discipline, soltanto Medicina Generale (0,9), Recupero e Riabilitazione (0,7) e Lungodegenti (0,6) mostrano una dotazione sbilanciata verso le aree non urbane. Il numero di posti letto ogni 100.000 abitanti in aree urbane è più del doppio rispetto alle aree non urbane (566,1 contro 231,8) e, in effetti, se rapportati alla popolazione, la dotazione di posti letto in aree urbane è sempre maggiore di quella delle aree non urbane. Le differenze più marcate sono comunque da rilevarsi nelle discipline meno generaliste, come Cardiologia, Urologia, Neurologia e Terapia Intensiva. La dimensione media dei reparti è uguale o superiore nelle aree urbane, salvo che per Recupero e Riabilitazione e Medicina Generale. Tra il 2010 e il 2019 il calo dei posti letto è maggiore nelle aree non urbane rispetto alle urbane (-19,7% contro -16,2%) così come quello dei reparti (-13,1% contro -10,9%). Il trend è particolarmente marcato per chirurgia generale (-30,1 % aree non urbane rispetto a -20,5% delle aree non urbane), ostetricia (-29,2% contro -17,7%), ortopedia (-18,2% contro -7,8%).

Combinando l'area geografica insieme al livello di urbanizzazione, si possono osservare alcune dinamiche peculiari (Tabella 9.3). Innanzitutto al Sud, contrariamente alle altre aree, posti letto e reparti delle zone non urbane decrescono più rapidamente di quelle urbane. Le aree non urbane del Centro e del Nord mostrano, inoltre, una riduzione di posti letto più rapida di quella dei reparti – che rimangono quasi invariati tra il 2010 e il 2019 -, un possibile segno di dinamiche di riorganizzazione aziendale piuttosto che di riconfigurazione della rete. Viceversa, nelle aree urbane del Nord e del Centro e nelle aree del Sud, sia urbane che non urbane, posti letto e reparti decrescono in maniera più coordinata, potenzialmente indicando più generali modifiche alla rete ospedaliera.

Tabella 9.3 **Variazione assoluta e percentuale di posti letto e reparti per area geografica e livello di urbanizzazione (2010-2019)**

Variazione percentuale 2010-2019, misure ogni 100.000 abitanti											
Nord				Centro				Sud			
Urban		Non urban		Urban		Non urban		Urban		Non urban	
PL	Rep.	PL	Rep.	PL	Rep.	PL	Rep.	PL	Rep.	PL	Rep.
-16,2%	-11,5%	-9,5%	-1,4%	-21,5%	-17,1%	-14,7%	-0,3%	-13,3%	-6,2%	-18,9%	-15,6%
-7.252	-211	-6.125	-111	-4.011	-169	-3.986	-74	-6.259	-208	-7.520	-436

Fonte: Rielaborazione su dati Ministero della Salute – Database PL (2020)

### Box 9.1 **Le discipline critiche in tempi di Covid-19**

La Pandemia da Covid-19 ha reso necessarie misure straordinarie di riorganizzazione, pur emergenziale, della rete ospedaliera, ovviamente sulla base dello *status quo* di inizio 2020. Dal punto di vista ospedaliero, le dotazioni di alcune discipline hanno rappresentato la risposta immediata del SSN: Terapia Intensiva, Pneumologia e Malattie Infettive e Tropicali. La dotazione complessiva delle tre discipline in termini di posti letto nel 2019 è omogenea rispetto alle aree geografiche del Paese, mentre è -non inaspettatamente- concentrata nelle aree urbane (38,1 contro 9,7 posti letto per 100.000 abitanti). Le tre discipline sono distribuite anche al di fuori degli stabilimenti maggiori, visto che circa il 48% dei loro posti letto si colloca in stabilimenti con meno di 400 posti letto, ma prevalentemente in strutture pubbliche – a fronte del complessivo 30% di posti letto in strutture private, la Terapia Intensiva si attesta a 18%, la Pneumologia a 11% e le Malattie Infettive a 5%. Tra il 2010 e il 2019 le tre discipline hanno avuto andamenti e tendenze diversificate. Pneumologia e Malattie Infettive, infatti, hanno visto ridursi la propria dotazione di posti letto rispettivamente di -19,5% e -22,4% e quella dei reparti di -15,6% e -18%. Nel 2019 Pneumologia si attesta a 3.554 posti letto per 227 reparti, mentre Malattie Infettive e Tropicali a 2.943 per 164 reparti. La Terapia Intensiva, al contrario, è stata tra le poche discipline che ha osservato un aumento di posti letto (+9,9%). L'aumento è verificato per tutte le disaggregazioni, eppure è più consistente al Sud (+19,7%), nelle aree urbane (+7,2%), nei piccolissimi e piccoli stabilimenti (+23,1% e +26,3%) e nel privato (+27,5%). È possibile ipotizzare che questo tipo di dinamica sia legata alla necessità dei posti letto di terapia intensiva ai fini di alcune tipologie di cure. Ad esempio, l'aumento di Ortopedia e Traumatologia negli stabilimenti privati potrebbe aver reso necessaria la presenza di un reparto di Terapia Intensiva, da cui l'aumento di posti letto e, in misura meno che proporzionale, di reparti. Nel pubblico, invece, la dinamica di aumento dei posti letto è coesistita con una, pur minima, riduzione dei reparti, possibile segno di dinamiche di concentrazione, da cui potrebbe derivare l'aumento nelle aree urbane e al Sud, dove ancora sussiste un maggiore spazio per questa dinamica.

### 9.3.4 Profilo di attività

L'offerta ospedaliera, espressa in termini di posti letto e reparti, è costantemente diminuita dal 2010 al 2019. Similmente, l'attività ospedaliera dal 2010 al 2019 si è ridotta, passando da 7,95 a 6,42 milioni di ricoveri ordinari, ovvero una riduzione del -19%, anche al di sopra del -12% di posti letto in degenza ordinaria. Anche osservando i volumi di attività delle singole discipline, numero di ricoveri e dotazione di posti letto sono generalmente allineati nelle loro tendenze (Tabella 9.4).

Tra le prime dieci discipline, nel 2019, nessuna supera il milione di ricoveri, e l'ultima, Unità Coronarica, è stata disciplina di ammissione soltanto per 152mila ricoveri. Coerentemente, i ricoveri sono concentrati nelle prime cinque discipline, che ammontano a 3,46 milioni di ricoveri, il 53% del totale. Tra il 2010 e il 2019, per la maggior parte delle discipline si rileva coerenza tra l'andamento dei ricoveri ordinari e quello dei posti letto (Figura 9.2), fatta eccezione per Unità Coronarica e Chirurgia Toracica, che vedono aumentare i ricoveri (+88,3% e +13,7%) ma decrescere i posti letto (-7,8% e -13,2%), e per Neuropsichiatria Infantile, Ematologia, Terapia Intensiva Neonatale, Unità Spinale, Immunologia, per cui accade il contrario e per cui è possibile ipotizzare la natura di discipline in cui il paziente transita ma da cui, almeno solitamente, non

Tabella 9.4 **Prime dieci discipline per numero di ricoveri ordinari e per numero di posti letto (2019)**

Posizione	Discipline ospedaliere per ricoveri (2019)	Discipline ospedaliere per posti letto (2019)
1	Medicina generale	Medicina Generale
2	Chirurgia generale	Chirurgia Generale
3	Ostetricia e ginecologia	Recupero e Riabilitazione
4	Ortopedia e traumatologia	Ortopedia e Traumatologia
5	Cardiologia	Ostetricia e Ginecologia
6	Urologia	Lungodegenti
7	Recupero e riabilitazione	Cardiologia
8	Pediatria	Neurologia
9*	Neurologia	Urologia
10	Unità coronarica	Psichiatria

\* Tra i ricoveri ospedalieri è incluso il "Nido" – che include i "ricoveri" dei bambini nati sani e dimessi senza transitare per altri reparti, che occuperebbe l'ottava posizione, ma che non è associato ad alcuna disciplina ospedaliera ed è stato pertanto escluso da questa analisi.

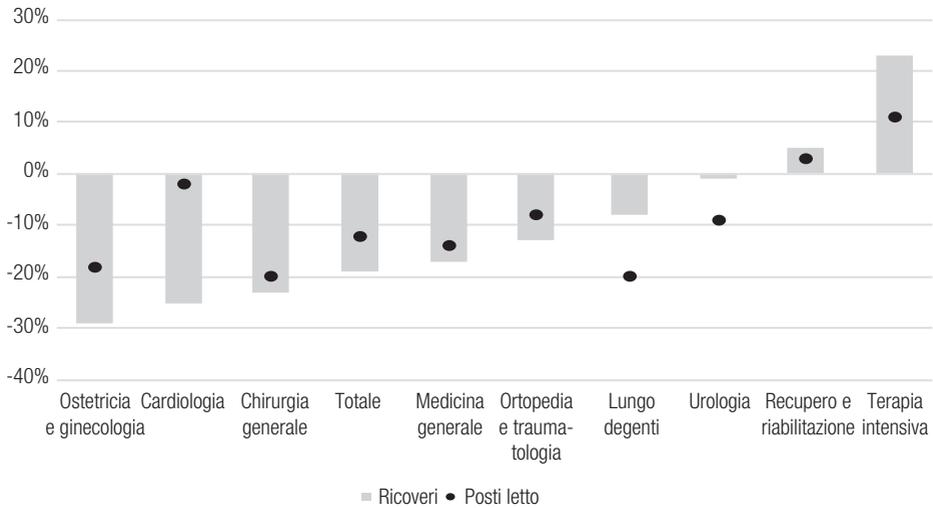
Fonte: Rielaborazione su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO 2019 e Database PL (2020)

è dimesso. Un ridotto numero di discipline vede un aumento congiunto di posti letto e di ricoveri, ovvero Radiologia, Astanteria, Terapia Intensiva, Oncoematologia Pediatrica, Recupero e Riabilitazione, Oncoematologia. Tutte le altre discipline diminuiscono sia in volume di ricoveri che in dotazione di posti letto. Tra le prime dieci discipline per numero di posti letto, i posti letto si riducono (o aumentano) sempre più lentamente dei ricoveri, fatta eccezione per Lungodegenti e Urologia.

La più o meno marcata linearità della relazione tra dinamiche della dotazione dell'offerta rispetto all'evoluzione dei ricoveri è fisiologicamente influenzata dalle degenze medie di questi ultimi, che determinano i livelli di saturazione raggiunti dalla capacità produttiva presentata nei precedenti paragrafi. Se si osservano i tassi di utilizzo dei posti letto (disponibili per le sole strutture pubbliche – Figura 9.3), tra le prime dieci discipline per numero di posti letto, soltanto Cardiologia e Medicina generale superano il 90%. È possibile quindi osservare un'elevata saturazione dei reparti delle principali specialità mediche, in molti casi dovuti all'aumento della domanda epidemiologica e alla scarsa capacità di filtro del territorio, a fronte di un utilizzo sub-ottimale dei reparti delle principali discipline chirurgiche. È bene segnalare, in questo contesto, come le azioni sulla riduzione della capacità di offerta siano state dirette a migliorare la saturazione attraverso la rimodulazione verso lo sviluppo di piattaforme basate sull'intensità di cura e la durata della degenza.

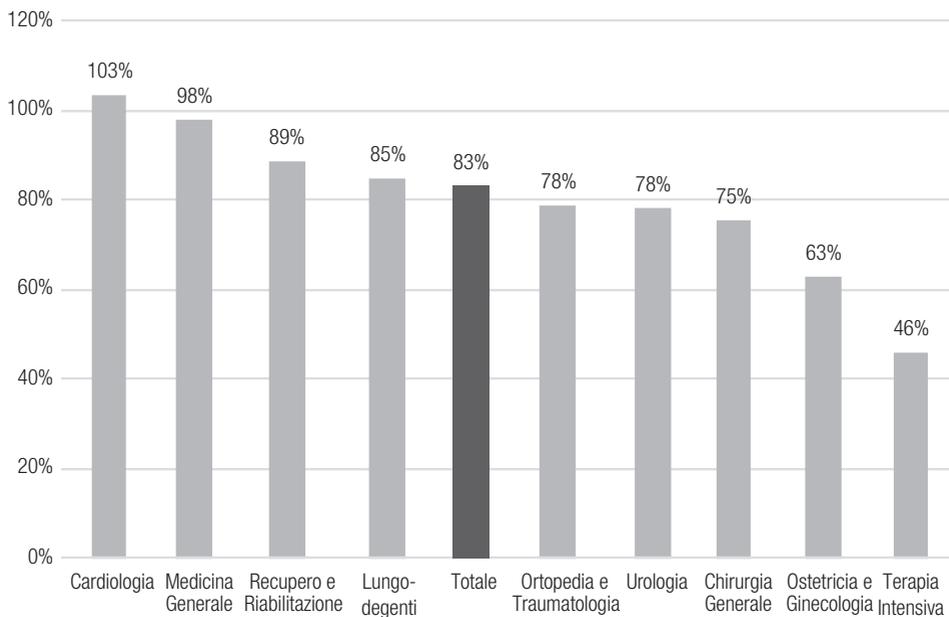
Il calo, pur marcato, delle attività è diversificato non soltanto dal punto di vista della disciplina di ammissione, ma anche dal punto di vista delle effetti-

Figura 9.2 **Variazione percentuale di ricoveri ordinari e posti letto ordinari per disciplina (2010-2019)**



Fonte: Rielaborazione su dati Ministero della Salute – Database PL (2020)

Figura 9.3 **Tasso di utilizzo dei posti letto ordinari per disciplina (2019) – Strutture di Ricovero Pubbliche**



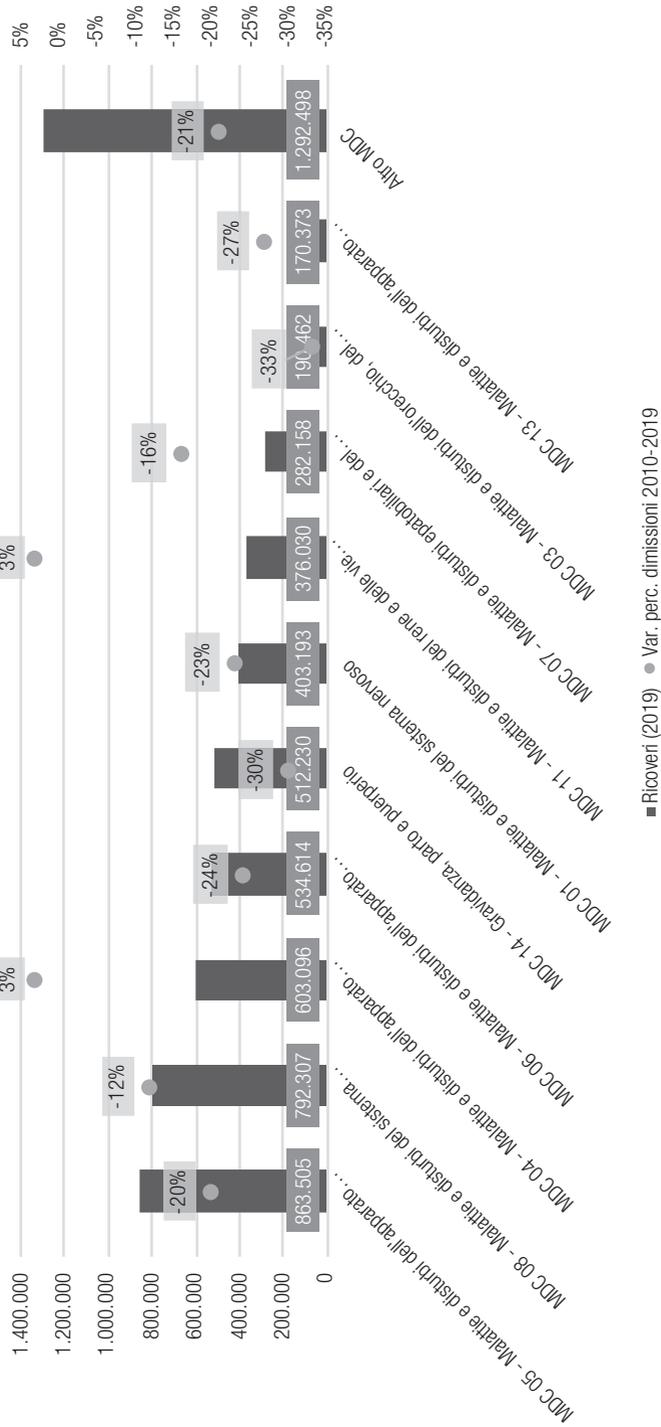
Fonte: Rielaborazione su dati Ministero della Salute – Annuario Statistico Ministero della Salute (2019)

ve attività. Le diagnosi che hanno causato il ricovero sono suddivise in MDC (Major Diagnostic Category), a loro volta suddivisi in DRG (Diagnostic Related Group). I primi dieci MDC (su 27), nel 2019, raccolgono circa il 78% dei ricoveri. Nel 2019, l'MDC con più ricoveri è quello dell'ambito cardiocircolatorio, con 863mila ricoveri, seguito dall'ambito muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, con 792mila ricoveri. Tra il 2010 e il 2019, a fronte di una variazione media di -18,4%, si è assistito ad andamenti differenziati, segno che nell'ultimo decennio si è assistito a profondi cambiamenti, epidemiologici, di codifica, di setting, ecc. Infatti, alcuni MDC mostrano un aumento, leggero come nei casi dell'area respiratoria (+3,1%), renale e delle vie urinarie (+3%) e dei traumatismi multipli (+2,7%), o considerevole, come nel caso delle Malattie infettive e parassitarie sistemiche (+53%). Diminuiscono ben al di là del calo medio, e per ragioni diverse: la categoria residuale Altri DRG (-65,3%) per motivazioni di codifica, le infezioni da H.I.V. (-52,9%) per ragioni epidemiologiche e di miglioramento delle capacità di cura, l'area oculistica (-45,6%) per spostamento di setting, l'area della gravidanza e del parto (-29,6%) per ragioni demografiche. Per altri MDC, invece, le motivazioni sono meno chiare ed è bene osservare l'andamento dei singoli DRG che li compongono. Tra gli MDC più frequenti calano vistosamente l'area cardiocircolatoria (-20%) e quella dell'apparato digerente (-24%).

Focalizzando l'analisi su alcuni specifici MDC è possibile scomporli nei DRG che li compongono. *In primis*, l'MDC – 05 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (863mila ricoveri, -20,1% tra il 2010 e il 2019) vede una riduzione consistente del suo primo DRG (Insufficienza cardiaca e shock – 165mila, -20,8%), probabilmente per ragioni di codifica, ovvero la registrazione della cardiopatia responsabile dello scompenso invece dello scompenso stesso. Aumentano, invece, numerosi altri DRG tra i primi 10, tra cui è possibile segnalare Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore (64mila, +211,9%) e senza diagnosi cardiovascolare maggiore (53mila, +70,3%), per ragioni demografiche – l'invecchiamento della popolazione -, oltre che essendosi anche verificato un allargamento delle indicazioni al trattamento<sup>30</sup>. Nel MDC 08 – Malattie e disturbi del sistema musco-scheletrico e del tessuto connettivo (792mila ricoveri, -12,4%) si assiste a un aumento marcato delle Sostituzioni di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (+35,6%) e degli interventi su spalla, gomito o avambraccio senza complicanze (+54,7%), con un contestuale calo degli interventi minori, potenzialmente dovuto a ragioni epidemiologiche – l'invecchiamento, produttive – si è ridotta la durata dei ricoveri – e tariffarie – come evidenziato in sede di posti letto con l'aumento dei posti letto di

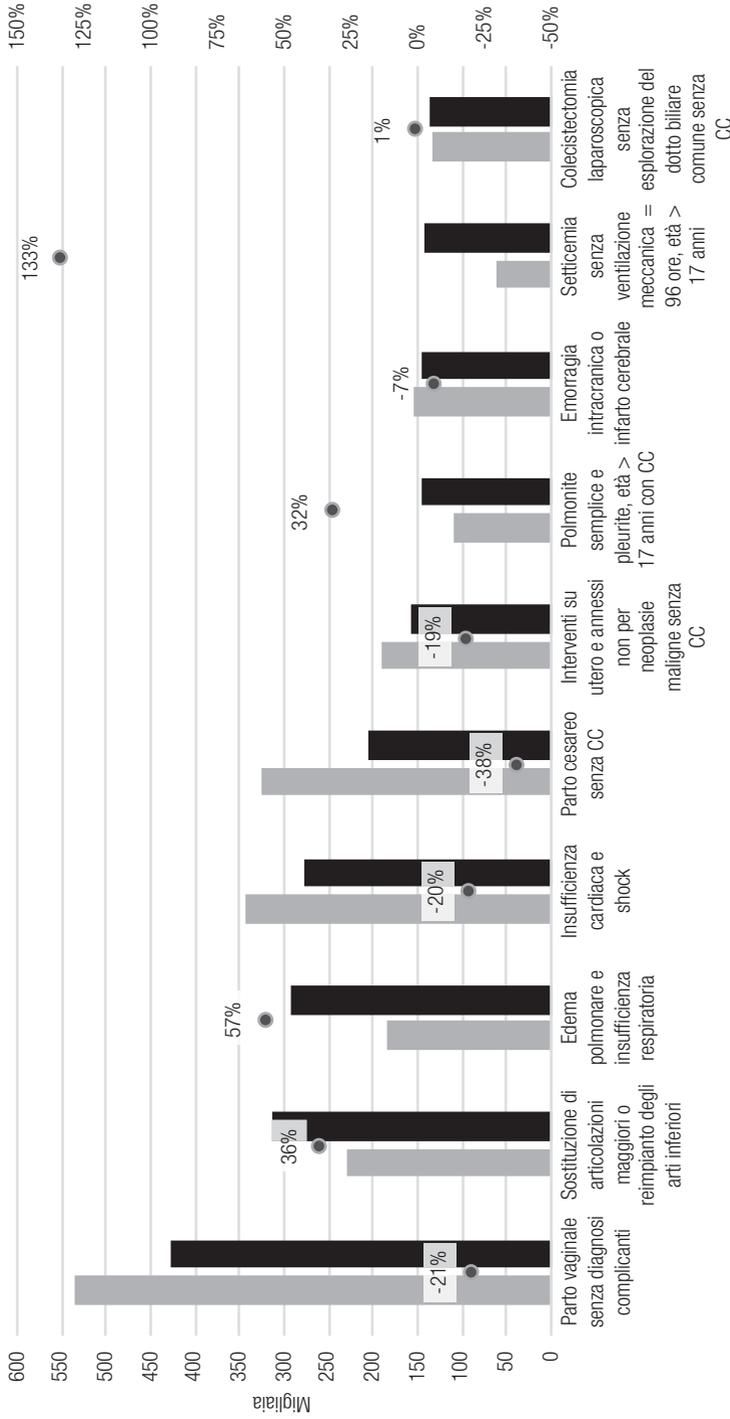
<sup>30</sup> <https://www.health.harvard.edu/heart-health/bypass-or-angioplasty-with-stenting-how-do-you-choose>

Figura 9.4 Consistenza e variazione percentuale 2010-2019 delle dimissioni per MDC



Fonte: Rielaborazione su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO (2020)

Figura 9.5 Primi dieci DRG (2010-2019), migliaia di ricoveri e variazione percentuale 2010-2019



■ 2010 ■ 2019 ● Var. perc. dimissioni 2019-2010

Fonte: Rielaborazione su dati Ministero della Salute – Rapporto SDO (2020)

Ortopedia e Traumatologia nei piccoli privati. Nel MDC 04 – Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (603mila ricoveri, +3,1%) si assiste a un aumento consistente di patologie acute, come edema polmonare e insufficienza respiratoria (+56,5%), polmonite semplice e pleurite con complicanze (+31,5%) e senza (+7,7%), mentre si riducono i ricoveri per malattie croniche, come neoplasie dell'apparato respiratorio (-25,2%), malattia polmonare cronica ostruttiva (-61,6%) e bronchite e asma nei minorenni (-31,1%) e nei maggiorenni senza complicanze (-27,4%), dati che sembrerebbero suggerire sia fattori epidemiologici che aumento dell'appropriatezza, e quindi cambio di *setting* verso il territorio, delle cure.

Dal punto di vista dei singoli DRG, la variazione del *case mix* è evidente osservando i primi 10 DRG, equamente divisi tra valori in aumento e riduzione. Tra i primi occorre segnalare il dato della setticemia senza ventilazione meccanica (+132,9%)<sup>31</sup>, tra i secondi le riduzioni dei parti, vaginale (-20,9%) e cesareo senza complicanze (-37,5%).

Anche distinguendo tra DRG medici e DRG chirurgici si osserva un andamento eterogeneo. Se nel 2010 i DRG medici erano 4,4 milioni contro i 2,9 di quelli chirurgici, dopo dieci anni la differenza si è assottigliata 3,3 contro 2,7, dato che i DRG medici si sono ridotti del -24,1% mentre i chirurgici solo del -8,8%. Questa differenza si riscontra a livello di reparti ma non a livello di posti letto. Le specialità mediche vedono diminuire i propri PL del -16,2%, poco al di sotto del -17,7% di quelle chirurgiche, ma osservano -14,4% di riduzione dei reparti contro -9,4% delle chirurgiche. Infine, è da osservare che il trend dei servizi medici (che include tra le altre la terapia intensiva, le discipline riabilitative e quelle radiologiche) che vedono diminuire i posti letto soltanto del -3,4% e aumentare i reparti del 7,2%.

## 9.4 Reti ospedaliere e Covid-19: esperienze regionali

L'avvento della pandemia da Covid-19 e le modalità di risposta disegnate per farvi fronte hanno gioco-forza avuto un impatto su configurazione e organizzazione dei servizi analizzati nel precedente paragrafo. Sulla significatività di tale impatto e sulle lezioni apprese nel corso della gestione dell'emergenza sanitaria si gioca probabilmente una parte rilevante delle scelte di ri-configurazione tendenziale e/o programmatica della rete nel suo complesso. Simili considerazioni impongono di indagare le principali scelte operate nel contesto pandemico, non dimenticando che quanto sinora analizzato rappresenta di fat-

<sup>31</sup> Questo dato potrebbe essere dovuto a ragioni di codifica, a un aumentato tasso di infezione dei siti chirurgici dovuto alla variazione di case mix, a ragioni epidemiologiche, di invecchiamento, o microbiologiche – di antibiotico-resistenza.

to la configurazione della rete ospedaliera nei mesi immediatamente precedenti al diffondersi del virus. Qualificare le principali variazioni, adattarle al contesto pre-pandemico in cui si inseriscono e definirle rispetto ai modelli assistenziali emergenti rappresenta uno step concettuale e metodologico centrale per il disegno dei servizi, anche e soprattutto in chiave PNRR, impiegando le risorse destinate al settore sanitario in maniera che possano attivare effetti leva e moltiplicativi in termini di benefici per l'organizzazione complessiva della rete preposta alla tutela della salute.

Le principali evidenze raccolte nel corso delle interviste condotte con i *key opinion leader* coinvolti nello studio vengono presentati applicando il criterio cronologico: sono pertanto presentate le considerazioni complessive proposte con riferimento alla configurazione della rete ospedaliera all'alba dell'emergenza sanitaria (par. 9.4.1), per poi analizzare le principali scelte operate nel corso della pandemia da Covid-19 (par. 9.4.2) e i principali ambiti di lavoro e cantieri aperti su cui investire nel prossimo futuro (par. 9.4.3). Le evidenze vengono qui presentate in forma aggregata, mentre il contesto regionale viene puntualmente ripreso nello sviluppo del paragrafo 9.5.

#### **9.4.1 L'evoluzione della rete nazionale nel periodo 2010-2019**

La storia recente della rete ospedaliera nazionale e le sue principali dinamiche evolutive, trattate dettagliatamente nel par. 9.3 e sottoposte ai *key opinion leaders* coinvolti nello studio, possono essere spiegate da alcuni fenomeni diffusamente osservabili nei diversi SSR.

In primo luogo, un ruolo centrale è imputabile al cosiddetto *shift* di setting assistenziale. Riduzione e/o rimodulazione dell'offerta ospedaliera si inseriscono in quest'ottica nella tendenza di indirizzi programmatici nazionali e regionali a razionalizzare la componente ospedaliera, per ridurre inappropriattezza, aumentare la complessità media della casistica e porre maggiore enfasi e attenzione al setting territoriale, al fine di rafforzarne la rilevanza nell'alveo dei servizi destinati alla tutela della salute («[su andamento PL e volumi di attività, è necessario] *considerare shift da regime ordinario e day hospital ad ambulatoriale*»). Ad esempio, si può così inquadrare la riduzione di casistica e offerta ospedaliera osservata nell'area cardiologica («*La cardiologia ospedaliera è andata in crisi sotto la spinta della chirurgia interventistica*») e della casistica relativa agli interventi a piede e ginocchio («*Per quanto riguarda gli interventi su piede e ginocchio è il cambio di setting: con le prestazioni BIC – bassa intensità chirurgica – ad esempio in Lombardia è stato modificato il setting delle prestazioni*»).

Rispetto alla composizione dei volumi di attività, il secondo dei temi approfonditi nel corso delle interviste, una parte delle variazioni sono quindi ascrivibili all'erogazione di alcune prestazioni in regimi a più bassa complessità

e maggiore appropriatezza assistenziale («[...] *Gli interventi su piede e ginocchio, ad esempio, non sono necessariamente legate ad effetto epidemiologico, bensì a mix di setting*»; «*Tanto ha fatto il “trasferimento” di appropriatezza*»). Tra le altre ragioni individuate, vi è poi da porre enfasi su elementi di carattere preminentemente epidemiologico. È ad esempio il caso dell'impatto del numero di nascite sull'area materno-infantile («[...] *poi abbiamo cali sull'area materno-infantile e su questo è chiaro che agisce la riduzione della natalità*»), che non sempre si è tradotto in un allineamento effettivo del sistema di offerta. In aggiunta, la possibilità che le variazioni dei volumi di attività possa essere imputabile in parte a fenomeni fisiologici e cui prestare attenzione come l'antibiotico-resistenza e/o una maggiore raffinatezza nelle codifiche utilizzate: sono le due principali ragioni identificate per la forte variazione in aumento osservata nel caso dei volumi relativi alle setticemie («[...] *quella della setticemia può essere dovuta alla resistenza agli antibiotici o anche per una questione di codifica, divenuta più precisa nel tempo*»).

Una terza dinamica piuttosto chiara nell'influenzare composizione ed evoluzione del sistema di offerta è rappresentata dalla più o meno avvenuta rimodulazione della vocazione dei poli produttivi. Innanzitutto si fa qui riferimento al rapporto tra specialità mediche e chirurgiche. Se, infatti, in generale la stabilizzazione dei posti letto in termini complessivi e in relazione allo standard di 3,7 PL per 1.000 abitanti era diffusamente stata raggiunta in tutti gli SSR, la rimodulazione interna rispetto alla loro destinazione è stata invece il principale oggetto di lavoro dell'ultimo quinquennio pre-pandemia. Con riferimento all'area chirurgica, si è agito perlopiù riducendo la capacità di offerta delle chirurgie generali («*La riduzione della chirurgia generale è stata scelta necessaria*»; «*Abbiamo agito sulla rimodulazione dei chirurgici, riducendoli*»). Anche l'area medica ha subito una riduzione significativa, con due principali matrici. Da un lato, si registra la riduzione di parte dell'area acuta per aumentare l'appropriatezza dei setting assistenziali, cercando di spingere il potenziamento dell'offerta sub-acuta («*Sull'area medica abbiamo agito riducendo lungodegenza e geriatrie per spostarle sul territorio e sulla riabilitazione. Era un'“operazione appropriatezza” per andare su riabilitazione*»). In questo modo si è, tuttavia, ridotta la capacità di offerta relativa a specialità che hanno vissuto una particolare pressione durante la pandemia. Si apre quindi la questione relativa al loro mantenimento o potenziamento nel prossimo futuro («*La riduzione della medicina interna è stata un problema durante il Covid e bisogna probabilmente ricreare interesse per l'apertura di PL sul tema*»). Dall'altro lato, una maggiore specificazione della vocazione delle unità operative e dei relativi posti letto («*L'area medica necessitava maggiore investimento specificando di più l'indirizzo*»), sebbene in alcuni contesti anche le unità a vocazione generalista abbiano registrato un aumento («[...] *ma le medicine generali sono state aumentate, anche perché il parametro dei PL era già stato raggiunto da anni*»). Tendenza,

questa dell'iper-specializzazione, che ha rallentato la diffusione di logiche di condivisione tra specialisti di discipline differenti e che vede affievolire la sua rilevanza in un contesto di modelli assistenziali crescentemente a vocazione multidisciplinare (*«le iper-specialità hanno avuto un appeal maggiore qualche anno fa, con tanti reparti piccoli; adesso si tende a considerarle meno, con reparti più multidisciplinari e maggiore condivisione tra specialisti, ovviando così anche alla carenza di personale, non sempre facilmente prevedibile»*). A questi aspetti di natura programmatoria si accompagnano poi considerazioni rispetto alle modalità con cui la riconversione è avvenuta. La razionalizzazione della rete ha, infatti, avuto luogo non soltanto con un taglio generalizzato di posti letto e/o delle relative unità operative autorizzate e accreditate, ma anche attraverso una rimodulazione interna alle strutture e il riposizionamento produttivo del polo (*«[...] vedi l'ortopedia, lato pubblico, l'aumento potrebbe essere dovuto allo spostamento tra stabilimenti piccoli vs grandi dei posti letto o anche per riconversione di alcuni letti, ad esempio di medicina generale a ortopedia »*) o riconversione delle medesime unità di offerta verso altri setting assistenziali (*«a volte vi è stata riconversione verso aree di assistenza che sono fisicamente tenute dentro l'area ospedaliera, come nel caso di alcune Case di Comunità»*).

Un quarto elemento con importante valenza interpretativa è rappresentato poi dalle politiche di rimborsabilità promosse a livello di SSN e di singoli SSR, che più o meno esplicitamente generano una serie di convenienze economiche per gli attori del sistema e influenzano il possibile mutamento dell'ecosistema di riferimento. La leva tariffaria rappresenta uno strumento centrale nell'orientare il posizionamento produttivo degli attori su alcune specialità, specialmente se privati accreditati (*«Ortopedia è ancora ampiamente remunerativa, mentre per esempio su ginecologia e ostetricia è sotto-remunerativa se si pensa agli oneri sostenuti per assicurazioni e costi di gestione»*; *«Soprattutto in ortopedia le tariffe impattano, visto che remuneratività delle prestazioni esclude di fatto la traumatologia e richiede di trovare bilanciamento tra pubblico e privato»*).

Infine, un ultimo aspetto da sottolineare riguarda la coerenza tra l'offerta programmata a livello regionale e aziendale e quanto effettivamente attivo nel singolo punto fisico di erogazione. Non sempre, infatti, si osserva la coincidenza tra i due elementi considerati (*«[...] nel definire la pianificazione regionale ci siamo trovati di fronte alla complessità legata alla differenza di -1.500 unità tra posti letto e programmati»*), con evidenti ripercussioni in sede di programmazione per l'identificazione e qualificazione dei nodi della rete.

#### **9.4.2 Principali ambiti di intervento per la gestione della pandemia da Covid-19**

La gestione della fase emergenziale e le modalità di risposta alla pressione esercitata dal difficile contesto hanno certamente rappresentato un punto di

rottura importante, imponendo l'introduzione di cambiamenti e modifiche ai tradizionali meccanismi di governo dei sistemi sanitari e di funzionamento delle realtà aziendali. In alcuni casi, le dinamiche evolutive hanno subito una drastica accelerazione e/o hanno mostrato la bontà di recenti scelte programmatiche; in altri ancora, le innovazioni introdotte si sono inserite in contesti fertili al cambiamento, ma con logiche diverse rispetto all'impianto disegnato precedentemente; in altri, gli interventi hanno avuto solo carattere temporaneo e legati meramente alla gestione della fase emergenziale.

Il primo degli elementi che ha caratterizzato la risposta all'emergenza sanitaria è rappresentato dal potenziamento della dotazione di offerta in area intensiva e sub-intensiva. Per la prima, il potenziamento si è di fatto tradotto in un aumento deciso della dotazione, attraverso l'attivazione di nuovi posti letto o la riconversione di una quota già attiva («*Siamo arrivati ad aumentare di 300 unità i posti letto di terapia intensiva, arrivando a quasi 900 [...] ad esempio trasformando un'intera cardiocirurgia in terapia intensiva*»). Per la seconda, che registrava una sofferenza anche prima dell'emergenza sanitaria, l'investimento è stato perlopiù orientato alla riconversione di posti letto di area medica («*Durante la pandemia è stata palese la necessità di riconvertire PL area medica in semi-intensiva, aspetto che era centrale anche prima del Covid*»). L'area sub-intensiva ha, infatti, giocato un ruolo cruciale nell'alleggerimento dell'area intensiva, soprattutto nelle fasi più acute dell'emergenza, consentendo di liberare le terapie intensive da pazienti divenuti meno complessi ma ancora non pronti alla dimissione a causa di negativizzazione non avvenuta o per condizioni non sufficientemente stabili («*[...] poi nella fase di uscita si è chiaramente capito che bisognava dover dimettere pazienti fuori da area intensiva ma ancora positivi per poter liberare spazio per pazienti in ingresso*»). A integrazione, l'individuazione di uno spazio dedicato in riabilitazione ai pazienti definitivamente negativizzati («*Poi è stato affrontato e parzialmente risolto il problema della riabilitazione per la presa in carico dei pazienti negativizzati*») ha creato una vera e propria filiera istituzionale di presa in carico, che rappresenta un interessante esperimento di «scavalco» di setting e unità operative a beneficio di modelli di servizio realmente organizzati per intensità assistenziale.

Il potenziamento dell'offerta e la necessità di coniugare capillarità e flessibilità nell'erogazione dei servizi hanno consentito la valorizzazione e il rafforzamento del modello Hub&Spoke delle reti tempo-dipendenti regionali e promosso lo sviluppo diffuso di equipe multidisciplinari con profili differenziati per garantire assistenza generalista adeguata («*Sistema Hub&Spoke con individuazione dei nodi delle reti tempo-dipendenti ha reso meno complesso l'adattamento della rete alle esigenze di contesto*»). L'adozione di questo approccio ha anche facilitato la creazione di presidi dedicati ai pazienti Covid («*Nella logica della clusterizzazione dei pazienti abbiamo dedicato intere unità operative e siamo riusciti a qualificare l'hub con equipe itineranti*»). La pandemia ha dun-

que rafforzato l'idea che il modello, espressamente previsto dal DM 70/2015, possa consentire un'adeguata e bilanciata organizzazione delle attività tra punti fisici di erogazione su più livelli, applicando il principio della concentrazione per complessità della casistica in poli produttivi adeguati a rispondere ai relativi bisogni di salute, consentendo così di mantenere parte della programmazione ordinaria anche durante il periodo pandemico («[...] *la parziale tenuta della programmazione ordinaria è stata merito dell'Hub & Spoke*»).

Sotto quest'ultimo profilo, un ruolo nevralgico nella configurazione delle reti e nell'applicazione pratica del modello a rete durante il periodo pandemico è stato ricoperto dagli erogatori privati accreditati. La complementarità tra attori pubblici e privati accreditati ha infatti garantito la tenuta del sistema sanitario, con scelte simili nelle logiche nei singoli SSR ma diverse nella modalità di implementazione. In alcuni casi, ad esempio, trasferendo l'attività chirurgica nei poli privati accreditati; in altri, modificando profondamente la vocazione dei poli e dirottando l'offerta internistica-infettivologica e/o destinandole interamente all'attività Covid-19. A prescindere dalla tipologia di scelta operata, il coinvolgimento attivo del privato accreditato è stato un elemento portante nella gestione della risposta all'emergenza sanitaria nei diversi SSR («*Parlando di reti, fondamentale il contributo strategico del privato accreditato, che ha risposto in maniera rapida e tempestiva*»), in special modo in quelli cui la dotazione di offerta privata accreditata è maggiormente presente («*La ricchezza della rete laziale, complessa per la compresenza di privato religioso, privato grande e piccolo privato, ci ha consentito flessibilità e velocità di azione altrimenti impensabile*»). Peraltro, oltre all'apporto sostanziale nell'organizzazione dei servizi, il coinvolgimento di più attori lungo la filiera ha consentito di promuovere logiche collaborative tra soggetti istituzionali probabilmente mai realmente raggiunte nel corso del tempo e di stimolare in logica para-competitiva virtuosi comportamenti emulativi («*Consistenza e diversità degli attori presenti con spirito positivo di emulazione è stato certamente un fattore vincente*»).

La ricchezza degli attori e la complementarità delle attività svolte è stata possibile anche grazie alla predisposizione di un sistema di remunerazione aggiuntivo. Questa scelta ha consentito di creare, oltre alla spinta valoriale e *mission driven* degli attori coinvolti, un meccanismo di convenienza economica che ha facilitato l'attivazione del circolo virtuoso appena descritto. Nel corso della prima ondata della pandemia, alcune regioni sono persino riuscite a «forzare» l'assenza di agganci tariffari a livello nazionale, nell'ottica di facilitare il coinvolgimento attivo di tutti gli attori operanti nel sistema e sfruttare la ricchezza di competenze presenti («[...] *grazie anche all'individuazione di sistema di remunerazione aggiuntivo, forzando sistema nazionale dove ancora non abbiamo tariffe: sarebbe stato difficile portarli a bordo senza proposte concrete*»).

Infine, un ultimo elemento che ha consentito di gestire con margini previsionali sufficientemente adeguati la seconda e la terza ondata della pandemia

da Covid-19 è stata la «programmazione dinamica»: una rimodulazione della rete costruita su scenari e parametri che consentivano di orientare aperture e chiusure delle strutture (*«definiti a priori dei parametri comunicati a tutto il mondo: se si verificavano queste condizioni, cambiamo con programmazione dinamica»*).

### 9.4.3 Prospettive di sviluppo e (ri)configurazione e punti di attenzione per il prossimo futuro

In un contesto fortemente mutevole, le risorse previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, sebbene fortemente destinate allo sviluppo del setting territoriale, possono generare un effetto leva sull'intera modellizzazione dei servizi in ottica di filiera e integrazione assistenziale. Il rischio concreto è che un'impostazione alla programmazione eccessivamente rigida possa frammentare la pianificazione, promuovendo logiche di settorializzazione e riducendo l'organicità rispetto a scelte di funzionamento integrate e di ampio respiro (*«Gli ambiti di intervento sono stati già definiti e anche in modo piuttosto rigido; si rischia di non sfruttare i margini di intervento per migliorare funzionamento complessivo su orizzonti temporali ampi»*). Un'ottica maggiormente integrata consentirebbe certamente di aumentare ulteriormente l'appropriatezza nella presa in carico dei pazienti, ed è allo stesso tempo chiara la necessità di mettere a sistema le varie componenti dell'offerta attuale e programmabile. Le linee di sviluppo previste dal PNRR influenzeranno, infatti, anche il setting ospedaliero, richiedendo in fase programmatica analisi e considerazioni sui percorsi dei pazienti largamente intesi e impongono di evitare di riproporre il medesimo processo programmatico che in passato ha circoscritto la propria attenzione su un singolo setting abbandonando parzialmente la visione d'insieme nell'organizzazione delle cure (*«[...] non commettere l'errore che avevamo fatto con il DM70, dove abbiamo guardato l'ospedale senza toccare il territorio. Tendiamo sempre a fare programmazione ospedaliera e territoriale separatamente e poi proviamo a integrare, ma l'assetto di fondo non nasce integrato e necessita di essere definito»*). Restano quindi importanti cantieri aperti di configurazione complessiva dei servizi e di ruoli e responsabilità da disegnare armonicamente su attori, modelli assistenziali e logiche infrastrutturali e logistiche in evoluzione, a cui si aggiunge inevitabilmente il tema del soggetto preposto a dominare questo spazio di governo (*«Bisognerà capire spazio di governance per le regioni e come le regioni le impiegheranno in logica integrata»*).

Guardando alle possibilità di sviluppo dei servizi, il punto di partenza sul lato ospedaliero è rappresentato dal modello Hub&Spoke per le reti tempo-dipendenti, punto di forza nella gestione della fase emergenziale. Attorno a questa modalità di organizzazione dei servizi possono infatti innestarsi il disegno e la realizzazione di reti di alta specialità e di revisione delle modalità operative

di gestione del setting ospedaliero, oltre che scelte ancora più marcatamente legate alla riconversione dei punti di fisici di erogazione per la concentrazione fisica dell'offerta con annessa complementarietà funzionale con i servizi territoriali («[...] *buon modello che funziona e può essere la modalità da utilizzare per riordinare le alte specialità nel breve e medio-termine, a cui aggiungere la gestione delle attività collegate alle reti tempo-dipendenti, individuando a priori gli ospedali che riescano a convertirsi completamente*»).

Sotto il primo profilo, anche per via dell'accelerazione impressa dalla pandemia da Covid-19, emerge come centrale lo sviluppo di aree ospedaliere organizzate per intensità di cura, che possano integrare l'attività dei singoli reparti, facendo in modo che la dimissione segua la “nuova unità integrata” con bilanciamento e riconoscimento dei contributi dei singoli rispetto all'attività erogata. Per farlo, emerge la necessità di ridurre la tendenza all'iper-specializzazione, a favore dello sviluppo di logiche multidisciplinari e collaborative («*Collaborazione tra specialisti potrebbe rappresentare un potenziale fattore abilitante, specialmente post-Covid per via della condivisione di spazi e percorsi, aspetto che prima era difficile da immaginare*»), attraverso modelli organizzativi e adeguati strumenti gestionali intra-aziendali di supporto («*Stiamo valutando modelli organizzativi all'interno delle strutture per verificare come responsabilizzare i segmenti. Il modello potrebbe ad esempio richiamare la Week Surgery, con individuazione di un responsabile che si interfacci con direzioni dell'ospedale e con le varie specialità*») e/o prevedendo meccanismi di monitoraggio e logiche di accreditamento che combinino attività svolte e risultati raggiunti, superando la focalizzazione sui soli fattori di input («*Per leggere le organizzazioni sarebbe interessante proporre di accreditare gli ospedali per “privilegi”, cioè per attività che siamo in grado di erogare per gestire pazienti multi-morbidi, ragionando per aree di complessità*»). Operare per intensità assistenziale consentirebbe peraltro di lavorare non tanto sul mix dell'offerta della singola unità operativa, ma di leggere in chiave ricomposta e orizzontale la gestione di pazienti cronici e co-morbidi, facilitando di fatto la professionalizzazione specialistica di una componente assistenziale decisiva, quella dei profili infermieristici, e di bilanciare l'apporto delle diverse specialità chirurgiche e mediche nella presa in carico dei pazienti, riorientando soprattutto le unità operative a vocazione chirurgica verso la logica delle piattaforme produttive («[...] *ad esempio in reparti chirurgici servirebbe l'apporto di internisti, ortopedici, non esclusivamente di chirurghi*»; «[...] *l'area medica deve dotarsi di modelli trasversali per la gestione del paziente cronico, per esempio recuperando il ruolo dell'internista di 15-20 anni fa che possa fare da “integratore”*»).

Sotto il secondo profilo, invece, una delle soluzioni rimane la rimodulazione dei presidi di piccole dimensioni, ridestinandoli con approccio modulare e flessibile ad ambiti a minore intensità assistenziale («*Bisogna rimodulare gli ospedali, specialmente quelli piccoli, che magari possono essere simil Ospedali*

*di Comunità: acuti sì, ma a bassa intensità assistenziale»; «Ci troveremo davanti al fatto compiuto che i piccoli ospedali non avranno più nulla: utilizzarli e riconvertirli con sviluppo di modelli davvero integrati»; «[...] possono diventare delle strutture territoriali complesse dove gestire cronici in raccordo con MMG ma anche con possibilità di interventistica chirurgica» oppure a vocazione altamente specializzata («[...] O anche strutture molto specializzate con riconversione produttiva: o si iper-specializza o diventano presidi con natura territoriale»).*

Nella prospettiva della configurazione della rete ospedaliera resta poi da definire il ruolo del privato accreditato. Il recupero del valore della sussidiarietà può rappresentare uno snodo centrale, ampiamente sottolineato dall'apporto che questi soggetti sono stati in grado di offrire nel corso della gestione della pandemia da Covid-19 («oggi il sistema a filiera è minato dal DL 95/2012 che ha considerato il privato come costo e non come risorsa»). Per un maggiore dettaglio sulle esperienze replicabili in fase non emergenziale e per un approfondimento sulle opportunità per il posizionamento e del ruolo del privato accreditato nel prossimo futuro si rimanda al capitolo 4 del presente Rapporto. Resta in ogni caso da affrontare la modalità di gestione delle piccole case di cura e del loro posizionamento produttivo all'interno delle reti regionali, specialmente per le regioni centro-meridionali («[...] ad esempio, non si è mai definito cosa sia una monospecialistica e in assenza di criteri non si sono chiusi o rivisti nel profilo di offerta una serie di siti produttivi»). La pandemia può contribuire ad accelerare fenomeni di concentrazione avendo messo in difficoltà le piccole strutture con la “morte” di elezione e solvenza, ma è necessario esprimere una visione programmatica chiara rispetto alla loro destinazione.

In logica di programmazione integrata in chiave PNRR, nel corso delle interviste sono altresì emersi alcuni aspetti che non possono prescindere da una visione d'insieme coerente e sinergica dell'organizzazione dei setting di assistenza, sia in termini di configurazione dell'offerta che di definizione di funzioni, ruoli, responsabilità e modalità di ingaggio e monitoraggio degli attori coinvolti nella filiera:

- ▶ il governo del territorio e la sua strutturazione rispetto al disegno dell'offerta ospedaliera («come metto tutto PNRR in un insieme organico di visione? Ad esempio, al di là delle considerazioni sulle strutture fisiche, potrei agire sui distretti come raccordo, ma a quel punto vanno formati direttori di distretto e bisogna investire su di loro»);
- ▶ la medicina generale («In che modo qualificarla? Con che tipo di contratto? Che funzioni assegnare? Che debiti informativi attribuirgli? Che profili organizzativi immaginare?»);
- ▶ (gli specialisti ambulatoriali-sumaisti («[...] al momento la loro attività non vede monitoraggio di alcun tipo e anche il loro ruolo resta da chiarire pienamente»).

Infine, l'ultimo elemento saliente emerso in chiave prospettica fa riferimento alle politiche di rimborsabilità. Come noto, esse concorrono a indirizzare il comportamento degli erogatori verso gli obiettivi di politica sanitaria mediante la pressione esercitata dalle convenienze economiche, oltre che stimolare la ricerca di crescenti livelli di efficienza ed efficacia nell'erogazione dei servizi. Un loro disegno consapevole da parte dei decisori e il loro costante aggiornamento sono considerati due elementi imprescindibili per favorire i processi di integrazione formali e sostanziali discussi nel paragrafo e superare il potenziale trade-off tra sostenibilità del sistema e risposta ai crescenti bisogni di salute (*«Aggiornamento annuale tariffe è elemento importante per orientare comportamenti, senza il quale si fa fatica a modificare scelte»*).

## 9.5 Sintesi e discussione dei risultati

Il presente capitolo ha descritto l'evoluzione della rete ospedaliera del SSN nell'ultimo decennio (2010-2020), osservando le dinamiche delle principali discipline medico-chirurgiche. Ad oggi, conoscere come si sta evolvendo l'orientamento produttivo del SSN è molto rilevante alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Innanzitutto, per compiere adeguatamente le scelte di investimento infrastrutturale, di acquisizione di beni e tecnologie e di rafforzamento delle competenze professionali; e, più in generale, per introdurre una programmazione sanitaria di ampio respiro, che realizzi la tanto invocata integrazione ospedale-territorio. Alla luce di queste premesse, attraverso i database amministrativi del Ministero della Salute, il capitolo ha innanzitutto analizzato l'evoluzione delle discipline ospedaliere nel periodo 2010-2019, dunque in un contesto di stabilità ma anche di progressiva e costante contrazione della rete. In secondo luogo, attraverso l'approfondimento di tre realtà regionali (Lombardia, Veneto e Lazio) il capitolo ha indagato le principali logiche di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera durante la pandemia. La lettura congiunta delle dinamiche pre-pandemiche e pandemiche ha evidenziato l'accelerazione di dinamiche poco visibili prima del Covid-19 e ha suggerito alcune direttrici di programmazione sanitaria utili per il futuro prossimo.

Nel 2010-19, come noto, la *consistenza* dell'offerta ospedaliera del SSN si riduce significativamente. Il calo di 35.153 posti letto (-14,4%) si concentra nel 2010-2015 (-27.130): la deospedalizzazione, negli ultimi anni, mostra segnali di rallentamento. Del resto, lo standard-obiettivo di 3,7 PL per 1.000 abitanti è stato raggiunto e superato a livello nazionale, dal momento che al 2019 il valore si attesta a 3,5.

In tale quadro, l'andamento delle specialità è piuttosto diversificato. La Me-

dicina Generale, che è la prima specialità clinica del SSN con il 15% dei PL, evidenzia la riduzione più rilevante in termini assoluti (-6.402, -17%). Da notare che la riduzione dei PL di questa specialità si concentra quasi interamente nella prima metà del decennio (-5.481). Il trend della Medicina Generale si ritrova anche nella terza specialità del SSN per numerosità di PL, la Chirurgia Generale, che a fronte di un simile decremento assoluto (-6.073) registra un maggiore calo relativo (-22%) e il primato assoluto del calo di PL tra 2015 e 2019 (-1.487). La seconda specialità del SSN, Recupero e Riabilitazione funzionale, è invece contraddistinta da una sostanziale stabilità (+25 PL) mentre, sempre in ambito non acuto, è marcato il calo della Lungodegenza. La quarta specialità del SSN, l'Ortopedia, diminuisce del 9% (-1.806) con un calo anch'esso concentrato tra 2010 e 2015 (-1.478). Per chiare ragioni demografiche, si contrae tutta l'area materno infantile, in primis Ostetricia e Ginecologia (-3.403, -20%), che rappresenta la quinta specialità del SSN.

Il Covid-19, pur in un contesto assolutamente straordinario ed emergenziale, ha accelerato la tendenza alla riduzione dei posti letto chirurgici. Nei periodi di picco epidemico della prima ondata, nelle regioni più colpite, fino al 40% dei posti letto acuti è stata destinata ai pazienti affetti dal virus (Bobini, Ricci e Longo, 2020), spesso trasformando sale operatorie in aree intensive e semi-intensive. Tra inizio novembre 2020 e inizio maggio 2021, a livello nazionale, i posti letto in terapia intensiva destinati ai pazienti Covid hanno oscillato stabilmente tra il 30% e il 60%, comprimendo lo spazio disponibile per i pazienti post-chirurgici. Non è ovviamente possibile sapere se le dotazioni strutturali delle singole discipline verranno stabilmente modificate alla fine della pandemia, al netto del rafforzamento delle aree semi-intensive e intensive previsto dal PNRR.

Tornando agli anni immediatamente precedenti alla pandemia (2015-2019), la tendenza alla riduzione più marcata dei posti letto chirurgici generalisti rispetto a quelli medici ribalta la tendenza degli anni precedenti (2010-2015). Questa dinamica può essere letta come un tentativo ancora embrionale di ridurre uno squilibrio di fondo nell'utilizzo della capacità ospedaliera del SSN. In questo senso, è interessante leggere congiuntamente i dati di *saturazione* delle singole discipline. Nel 2019, nelle strutture pubbliche ed equiparate, i posti letto di Medicina Generale erano occupati al 98%, analogamente ad altre specialità acute internistiche come Cardiologia e Pneumologia. I posti letto di Riabilitazione erano saturi all'89%, mentre Ortopedia, Chirurgia Generale e Ginecologia si fermavano rispettivamente al 78%, 75% e al 63%. I dati 2017 e 2018 risultano di fatto sovrapponibili. In Veneto e Lazio, gli opinion leader si sono riconosciuti in uno scenario pre-pandemico con posti letto di area chirurgica generalista con insufficiente saturazione e dunque oggetto di interventi – programmati o implementati – di riduzione o riorganizzazione della capacità produttiva ospe-

daliera<sup>32</sup>. In Lombardia, caratterizzata da una logica di governo meno pianificatoria, da alcuni anni erano in vigore incentivi tariffari per lo spostamento in ambulatorio (MAC, BIC) della casistica diagnostica, riabilitativa e chirurgica minore. In parallelo, gli opinion leader si sono riconosciuti negli elevati tassi di saturazione dell'area medica internistica, che rappresentava una criticità già prima del Covid-19.

Non è semplice, né ha grande valore in termini di indirizzi di *policy*, comprendere l'evoluzione del parametro delle saturazioni dei singoli reparti nei mesi del Covid-19. Il blocco delle attività di ricovero chirurgico elettivo per diversi mesi del 2020 ha provocato una diminuzione nazionale del 28,4% rispetto al 2019 (AGENAS e MES, 2021)<sup>33</sup>. Dunque, una rilevante diminuzione delle attività, che tuttavia, come già accennato, è avvenuta in parallelo alla ridestinazione emergenziale di spazi e personale ai pazienti Covid-19. L'unica certezza è che si ripresenteranno le sfide, da un lato, del filtro e della gestione del percorso dei pazienti medici; dall'altro, del migliore utilizzo della capacità chirurgica del SSN, sfida acuita dalle liste d'attesa accumulate nei mesi della pandemia.

Oltre a differenti velocità nella riduzione dei posti letto, le diverse discipline mostrano dinamiche diverse di *concentrazione* in un numero maggiore o minore di reparti e stabilimenti ospedalieri. La concentrazione è un trend noto e consolidato a livello nazionale, con un consistente calo dei reparti (-1.209, -8%) tra 2010 e 2019. Le maggiori diminuzioni nel numero assoluto di reparti sono tendenzialmente coerenti con la consistenza delle specialità e con i trend dei PL: riguardano Medicina Generale (-237, -18%), Chirurgia Generale (-164, -12%) e ancora l'area materno-infantile con Ostetricia e Ginecologia (-136, -17%) e Pediatria (-141 -25%). Anche la Riabilitazione conferma il trend di sostanziale stabilità, con l'apertura di 7 nuovi reparti (+1%) e l'Ortopedia il lieve calo (-67, -7%). Le dimensioni medie dei reparti non variano significativamente nel periodo considerato. I reparti delle cinque principali specialità del SSN si mantengono al di sopra dei 18 PL medi previsti dal DM 70/15, molte unità operative delle medicine specialistiche, spesso registrano ridotte dimen-

<sup>32</sup> In particolare, nel Lazio i provvedimenti del Commissario ad acta del SSR evidenziano un eccesso di dotazione rispetto allo standard in discipline prevalentemente chirurgiche e il conseguente programma di riduzione dell'area chirurgica, soprattutto di alta specialistica. In Veneto, parimenti, la DGR 614/2019, nel solco di precedenti provvedimenti, sottolinea la necessità di aumentare i posti letto di area medica e di ridurre contestualmente quelli di area chirurgica, anche in virtù di tecniche interventistiche sempre meno invasive. Anche in questo caso, i provvedimenti regionali evidenziano che le discipline in eccesso di dotazione di unità operative sono in prevalenza chirurgiche.

<sup>33</sup> <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fprestnonerogate&q1=ITA&q2=4&q3=ALL&mode=dettaglio>. Il volume totale dei ricoveri è calato del 17% (Corte dei Conti, 2021).

sioni: Nefrologia 9,7 PL, Oncologia 12,7, Ematologia 15,7 PL. Tra le chirurgie specialistiche, anch'esse interessate da rilevanti spostamenti di casistica verso l'ambulatorio, spiccano l'Oculistica con 5,2 PL, ORL con 8,6 PL, Urologia con 13,2 PL.

Gli ospedali (stabilimenti) del SSN diminuiscono anch'essi tra 2010 e 2019 (-181, -12%). A livello di intero SSN, la diminuzione dei reparti è avvenuta in ospedali rimasti operativi solo nel 31% dei casi; la percentuale diminuisce ancora se restringiamo l'analisi ai reparti di Ortopedia (22%) o Chirurgia generale (14%). Questo dato può essere in parte ricondotto alla fisiologica specializzazione delle unità operative chirurgiche, in parte alla difficoltà di operare riorganizzazioni interne a stabilimenti rimasti attivi. Al contrario, la chiusura di reparti di Medicina in ospedali rimasti operativi appare relativamente più comune, dal momento che ciò avviene in un terzo dei casi. Con riferimento alla diminuzione di PL, essa invece avviene in percentuali piuttosto equilibrate sia in stabilimenti rimasti attivi (54%) e chiusi o riconvertiti (46%). Queste percentuali sono sostanzialmente identiche a quelle osservate per la Chirurgia Generale e l'Ortopedia, mentre la Medicina presenta percentuali leggermente più ridotte (43%).

Il tema della riorganizzazione interna si può approfondire solo marginalmente a partire da questa tipologia di dati. Appare interessante, però, l'aumento dei PL in reparti non identificati dalla specialità clinica, ma dal regime di assistenza diurno. I reparti dedicati al DH/DS crescono di 100 unità (+69%) e diventano 244 in tutto il Paese, e acquisiscono 306 PL, in un contesto di fortissima riduzione dei PL diurni delle singole specialità e di *shifting* verso il regime ambulatoriale. Si tratta di reparti di dimensione molto piccola (5,2 PL). Questi dati suggeriscono una diffusione delle logiche per intensità di cura, che probabilmente riguardava e riguarda anche pazienti con degenze più lunghe, *one-day surgery* e *week surgery*, purtroppo non monitorate dai database ministeriali.

Ancora una volta, il contesto drammatico della pandemia ha costretto il SSN ad accelerare il cambiamento di paradigma. A proposito delle dinamiche di concentrazione, almeno nel contesto laziale e lombardo è stato implementato un marcato rafforzamento della logica Hub & Spoke per le reti tempodipendenti e delle attività non procrastinabili.

Un ulteriore ambito di interesse è costituito dalla *specializzazione* di alcune tipologie di ospedale su determinate discipline cliniche. Per analizzare questo aspetto gli ospedali del SSN sono stati suddivisi in dieci categorie incrociando cinque classi dimensionali degli stabilimenti (<100, 100-199, 100-399, 400-799, >800) e la loro natura giuridica (pubblica e privata). Il calo del numero di stabilimenti interessa tutte e dieci le categorie, ma si concentra tra i piccolissimi (<100 posti letto), con il 24% del totale degli stabilimenti chiusi che apparten-

gono ai piccolissimi privati e il 20% ai piccolissimi pubblici. La restante parte è concentrata nei pubblici, di piccole e medie dimensioni, che hanno rappresentato rispettivamente il 26% e il 10% degli stabilimenti chiusi, a testimonianza dell'efficacia degli interventi di ricomposizione della rete attuati nell'ultimo decennio, in primis attraverso il DM 70/15. Per quanto riguarda i posti letto, il calo dei pubblici (-29.843, -17%) è superiore a quello dei privati (-5.310, -7,7%). Tra i privati, le classi dimensionali piccolissima e media sono quelle che perdono la stragrande maggioranza dei posti letto (rispettivamente, -2.282 e -3.032, pari al 43% e 57% del calo totale degli accreditati), mentre gli stabilimenti di piccole dimensioni registrano una lieve crescita, dovuta al passaggio di classe dimensionale di 37 stabilimenti. Nel pubblico, il calo di posti letto è maggiormente distribuito tra le classi dimensionali. Con riferimento alle discipline, è interessante osservare la dinamica di specializzazione che interessa gli ospedali sotto i 100 PL: nonostante questa classe dimensionale perda il quasi il 20% dei suoi posti letto (-5.781), aumentano i posti letto di riabilitazione sia nel pubblico (+354, +15,6%) che nel privato accreditato (+891, +17%); nei privati aumentano anche i PL ortopedici (+591, +38%). In generale, i privati rafforzano la loro specializzazione nell'area ortopedica e riabilitativa, che crescono rispettivamente dal 24% al 27% e dall'8% al 10% della loro dotazione di posti letto. L'orientamento erogativo del pubblico appare invece più stabile.

La pandemia ha visto il coinvolgimento di ospedali di ogni tipologia, con un importante contributo del privato di medio-grandi dimensioni nei contesti in cui esso è più presente come quello lombardo e laziale. Anche in questo caso, possiamo scorgere elementi di continuità tra le tendenze pre-pandemiche e pandemiche. La flessibilità dimostrata dal privato nel riposizionamento produttivo conseguente alle indicazioni regolatorie (in primis il DM 70), in molti casi virtuosi, si è concretizzata nel mettere a disposizione posti letto in un contesto di emergenza. Questo è stato possibile quando le strutture private disponevano di un'organizzazione sufficientemente strutturata e di competenze cliniche di livello. In questo senso, i *key opinion leader* intervistati hanno accennato alla pandemia come un periodo utile per comprendere il reale valore dei singoli erogatori privati nella rete del SSN.

Se la contrazione di posti letto e volumi interessa più o meno tutte le specialità cliniche, l'analisi dei *profili di attività* in RO acuto presenta un quadro molto variegato, dinamico e bisognoso di approfondimenti. Analizzando l'andamento dei primi 10 DRG per numerosità e dei principali MDC ad essi collegati, è evidente l'influsso delle dinamiche di contrazione della natalità, con parti naturali e cesarei entrambi in riduzione (-20%, -37%). I cali delle ospedalizzazioni per alcune malattie croniche come la BPCO o per gli interventi ortopedici minori riflettono i cambiamenti nei *setting* di erogazione. Altrettanto chiaramente, l'aumento degli interventi cardiovascolari per via percutanea rispecchia

l'avanzamento tecnologico e il cambiamento delle indicazioni terapeutiche. In altri casi, l'interpretazione dei dati è meno univoca, anche se è possibile formulare alcune ipotesi, discusse assieme ai *key opinion* leader regionali. L'invecchiamento della popolazione può spiegare, almeno in parte, alcuni rilevanti aumenti come quelli segnalati per l'edema polmonare (+58%), la protesica maggiore (+37%) o le setticemie (+135%). Allo stesso tempo, appare importante approfondire quale quota di questi aumenti sia da riferire, rispettivamente, a un cambiamento nelle codifiche, alla convenienza delle tariffe, alla diffusione dell'antibiotico-resistenza. L'analisi del case mix delle singole specialità è rimasta ovviamente sottotraccia nei mesi della pandemia, ma appare rilevante approfondire adeguatamente su scala nazionale le cause sottostanti alle rilevanti e rapide variazioni dei volumi di erogazione dei singoli DRG. Molto rilevante sotto questo profilo è certamente il tema delle politiche tariffarie, sollevato diffusamente in sede di intervista, alla luce della rilevanza che hanno nell'indirizzare il comportamento degli erogatori verso gli obiettivi di politica sanitaria. Un loro disegno consapevole accompagnato dal monitoraggio e costante aggiornamento dei valori rappresentano due elementi imprescindibili per orientare l'offerta, governare la domanda e favorire processi di integrazione tra *setting*.

## 9.6 Conclusioni

L'analisi delle dinamiche di offerta 2010-19 evidenzia alcune tendenze in linea con i desiderata del programmatore sanitario, come la riduzione di posti letto (in progressivo rallentamento), degli stabilimenti e dei reparti. Inoltre, è riscontrabile la crescita dimensionale degli stabilimenti rimasti attivi e la specializzazione dei piccoli ospedali, soprattutto privati, verso un numero minore di discipline. Infine, prosegue la de-ospedalizzazione di molte patologie a presa in carico territoriale. Alla vigilia della pandemia, però, emergono alcune rilevanti criticità meno universalmente note nel dibattito di politica sanitaria, per le quali il grado di risposta del sistema appare meno maturo.

La prima criticità è l'elevata saturazione dei reparti delle principali specialità mediche, in molti casi dovuto all'aumento della domanda epidemiologica e alla scarsa capacità di filtro del territorio.

La seconda criticità è l'utilizzo sub-ottimale dei reparti delle principali discipline chirurgiche: la scarsa saturazione non è presumibilmente dovuta alla scarsità di domanda, ma, all'esiguità delle risorse umane (es. anestesisti, chirurghi, infermieri di sala) nella fase dell'intervento. Nel privato accreditato, la scarsità di risorse finanziarie (budget) a disposizione è sicuramente un fattore di rilievo.

La terza criticità è la ridotta dimensione media dei reparti, soprattutto con

riferimento alle medicine specialistiche e alle chirurgie specialistiche. In questi casi, anche quando la saturazione è soddisfacente, si possono generare problemi di insufficiente casistica e qualità clinica, oltre a diseconomie collegate alla frammentazione organizzativa.

La quarta criticità è la difficoltà di accorpare o comunque diminuire le unità operative, soprattutto chirurgiche, in ospedali rimasti attivi. La numerosità dei reparti rende così più difficile il completamento dei modelli Hub & Spoke che prevedono una suddivisione dei ruoli nella rete, e la concentrazione dei reparti e delle casistiche. Questo aspetto dunque va ad aggravare la seconda e la terza criticità.

La quinta criticità riguarda i rilevanti aumenti (oltre il 30%) dei volumi di alcune prestazioni, come le problematiche internistiche pneumologiche, la protesica maggiore, le setticemie. Questi aumenti hanno certamente una componente epidemiologica, ma richiedono approfondimenti in tema di codifica, meccanismi di committenza e remunerazione, condizioni organizzative interne.

L'analisi dei dati 2015-19 e gli approfondimenti regionali indicano che alcune risposte erano state avviate: un rallentamento della diminuzione di posti letto di Medicina Generale e un'accelerazione della riduzione dei PL di chirurgia generale; la concentrazione dei posti letto diurni ancora attivi nel sistema in reparti ad hoc, e in generale, la diffusione di esperienze di *one day surgery* e *week surgery*; il sempre maggiore spostamento sul territorio dei pazienti bed-blockers con problematiche prevalentemente sub-acute indotte dalla cronicità, geriatriche e riabilitative.

Il periodo eccezionale del Covid-19 ha talvolta interrotto, in altri casi accelerato queste risposte. La tendenza a ridurre l'offerta chirurgica a favore di quella medica si è accentuata in maniera netta ma ovviamente scivola da qualsiasi programmazione di medio periodo, come del resto qualsiasi aumento di capacità erogativa per i pazienti Covid-19. Sicuramente, è maturata ancora la consapevolezza di dover filtrare l'accesso all'ospedale. Il modello Hub & Spoke è stato rafforzato con l'individuazione degli ospedali nodi delle reti tempo-dipendenti e dedicati al Covid. All'interno delle strutture, le tendenze alla multidisciplinarietà, integrazione multi-professionale e alle logiche per intensità di cura si sono rafforzate. In alcuni contesti, come quello laziale e lombardo, la porzione del mondo privato accreditato che ha partecipato attivamente all'emergenza Covid si è integrato maggiormente nella rete di offerta regionale e, al di là delle difficoltà economiche, ha evidenziato il proprio valore agli occhi del regolatore regionale. Alla luce di tutto questo, riprendendo le cinque criticità sopra elencate, è possibile elencare cinque future direttrici d'intervento.

La prima direttrice è la costruzione di meccanismi per filtrare l'accesso ai reparti medici e di favorire l'uscita dei pazienti stabilizzati a condizione di conservare la continuità delle cure. Il PNRR prevede già tre principali strumenti:

la Casa della comunità, l'Ospedale di Comunità, la Centrale Operativa Territoriale. Qui la principale riflessione riguarda le modalità di integrare questi strumenti territoriali con il mondo ospedaliero. Due possibili risposte sono la collocazione di alcuni OSCO all'interno degli stabilimenti ospedalieri (dove essi sono presenti e offrono spazi inutilizzati) e la previsione di un ruolo strutturato degli specialisti ospedalieri nei percorsi dei cronici complessi.

La seconda direttrice, diretta a migliorare la saturazione dell'area chirurgica, è la rimodulazione verso un sempre maggiore sviluppo delle piattaforme basate sull'intensità di cura e la durata della degenza. Tali piattaforme, visto il profilo epidemiologico dei pazienti, potrebbero vedere un maggiore apporto di professionalità medico-internistiche rispetto a quelle medico-chirurgiche. In tale ottica, gli stessi OSCO e CdS potrebbero presentarsi come piattaforme per la chirurgia di medio-bassa e bassa complessità.

La terza direttrice rimanda alla revisione delle piccole unità operative riguardanti le medicine e le chirurgie specialistiche. Sempre più tali specialità dovranno configurarsi come centri di competenze più che come gestori di rilevanti aree di degenza. I pazienti che necessitano di ospedalizzazione sarebbero presi in carico, nella fase della degenza, dalle piattaforme o da letti condivisi tra diverse discipline (es. ORL e oculistica).

La quarta direttrice riguarda la possibilità di mantenere configurazioni Hub & Spokes differenti da quelle esistenti fino al 2019, e presumibilmente meno concentrate, nel caso in cui abbiano generato migliori *outcome* clinici negli ormai 18 mesi di pandemia.

La quinta direttrice riguarda la revisione dei meccanismi e degli strumenti di committenza. L'accreditamento del posto letto di una determinata specialità potrebbe essere sempre più accompagnato da specifici *privilegs* che certifichino la possibilità e l'eccellenza di erogare prestazioni complesse. Oltre a remunerare adeguatamente i costi delle prestazioni sostenuti dagli erogatori, attraverso una revisione più frequente del sistema tariffario, potrebbe essere utile attribuire una quota premiale agganciata alle performance conseguite. In un tale contesto di più chiara attribuzione dei ruoli nella rete di offerta e di maggiore riconoscimento del valore generato, non ci sarebbe più necessità di basare la committenza sui tetti di spesa storica.

## 9.7 Bibliografia

- AGENAS, Ministero della Salute, ISS, DEP Lazio (2020), Programma Nazionale Esiti, disponibile online: [https://pne.agenas.it/main/doc/Report\\_PNE\\_2020.pdf](https://pne.agenas.it/main/doc/Report_PNE_2020.pdf)
- Bobini M., Cinelli G., Gugiatti A., Petracca F. (2019), La struttura e le attività del SSN, in CER GAS (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, Milano, EGEA.

- Bobini M., Furnari A., Ricci A. (2020), Gli ospedali di piccole dimensioni del SSN: mappatura, profilo e prospettive nella rete ospedaliera nazionale, in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2020*, Milano, EGEA.
- Cinelli G., Gugiatti A., Meda F., Petracca F. (2020), La struttura e le attività del SSN, in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2020*, Milano, EGEA.
- Corte dei Conti – sezioni riunite in sede di controllo (2021), Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, disponibile online: <https://www.corteconti.it/HOME/Documenti/DettaglioDocumenti?Id=61abdab8-0d9c-4f62-9214-90f89454295b>
- Del Vecchio M., Ferrara L., Longo F., Prenestini A. (2019), Le nuove strategie aziendali tra specializzazione delle competenze, diffusione e concentrazione dei servizi: un'analisi empirica, in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2019*, Milano, EGEA
- Elrod J.K., Fortenberry J.L. (2017), The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well, *BMC Health Service Research* 17(1), p. 457.
- Lega F. (2003), Orientare all'innovazione l'ospedale: aspetti strategici, organizzativi e gestionali, in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- Govindarajan V., Ramamurti R. (2013), Delivering world-class health care, affordably, *Harvard Business Review*.
- Ministero della Salute (2021a), Rapporto SDO 2019, disponibile online [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=1237&area=ricoveriOspedali&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1237&area=ricoveriOspedali&menu=vuoto)
- Ministero della Salute (2021b), Annuario statistico del SSN, anno 2019 [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=4606&area=statisticheSSN&menu=annuario](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4606&area=statisticheSSN&menu=annuario)