



Capitolo 6

L'assistenza ospedaliera

Hospital care

6a. Assistenza ospedaliera: evoluzione e l'impatto del COVID

English Summary

6b. Assistenza ospedaliera: il ricorso al ricovero per polmonite

English Summary

6c. Il ricorso alla laparoscopia nella chirurgia delle ernie ventrali

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 6

L'assistenza ospedaliera

La pandemia da COVID ha impattato in modo rilevante sulle strutture ospedaliere; il Capitolo 6 delinea le caratteristiche del comparto e il suo dimensionamento all'arrivo della pandemia; inoltre effettua due focus su settori di particolare interesse; nello specifico:

- il Capitolo 6a analizza l'evoluzione dell'assistenza ospedaliera in termini di ricorso all'ospedalizzazione, giornate di degenza erogate, offerta di posti letto e loro utilizzo, per disciplina, nonché di dimensionamento del personale ospedaliero
- il Capitolo 6b approfondisce l'attività di ricovero ospedaliero associata alla diagnosi di polmonite, e il suo impatto economico ed organizzativo nelle diverse Regioni italiane
- il Capitolo 6c analizza il livello di ricorso all'approccio mininvasivo laparoscopico per il trattamento delle ernie ventrali, e la sua evoluzione negli anni.

CHAPTER 6

Hospital care

The COVID pandemic has had a major impact on hospitals. Chapter 6 outlines the characteristics of the sector and its size at the time of the pandemic start, and focuses on two areas of specific interest. In particular:

- *Chapter 6a analyses the evolution of hospital care in terms of recourse to hospitalisation, length of stay, the supply of beds and their use, by specialty, as well as hospital staffing*
- *Chapter 6b makes an in-depth analysis of the hospitalisation activity associated with the diagnosis of pneumonia, and its economic and organisational impact on the various Italian Regions*
- *Chapter 6c analyses the level of recourse to the minimally invasive laparoscopic approach for the treatment of ventral hernias, and its evolution over time.*

CAPITOLO 6a

Assistenza ospedaliera: evoluzione e l'impatto del COVID

Carrieri C.¹, d'Angela D.¹, Spandonaro F.²

Il 2020 è stato caratterizzato dall'emergenza per il COVID, che qualcuno ha definito uno *stress test* per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In particolare, si è trattato di uno *stress test* per le strutture ospedaliere: nella prima ondata, per le Regioni con maggiore incidenza di contagi, sono andate in affanno le terapie intensive. Nella seconda, la pressione si è allargata anche ai letti "ordinari", con interi reparti riconvertiti a "posti COVID": situazione che evidentemente, ha inciso sulla possibilità delle strutture di far fronte alle esigenze dei malati con altre patologie.

Quest'anno, non disponendo ancora dei dati per analizzare la *Performance* del settore ospedaliero durante la pandemia, si è cercato di evidenziare quali fossero le "condizioni" nelle quali gli ospedali si sono trovati ad affrontare l'emergenza: in particolare in tema di occupazione dei letti e di personale.

6a.1. Il ricorso al ricovero: confronti internazionali

Nel 2019 (ultimo dato disponibile), l'Italia è il Paese Europeo che attualmente registra il minor ricorso all'ospedalizzazione per acuzie (OECD, 2021): il tasso di ospedalizzazione italiano, pari a 100,8 ricoveri in acuzie per 1.000 abitanti (Figura 6a.1.), è seguito da quello di Portogallo e Spagna, rispettivamente con 106,5 e 113,7; i tassi di Svezia, Irlanda e Lussemburgo superano il valore italiano di oltre il 30%, sono più del doppio quelli di Germania (234,6), Austria (224,3), Lituania (216,7).

Nel decennio 2010-2019, l'Italia è il Paese europeo che registra la maggiore riduzione del tasso di ospedalizzazione (- 18,9%), pari a - 23,6 ricoveri (per 1.000 abitanti); solo in Austria la riduzione in termini assoluti è risultata maggiore (- 37,6 ricoveri, pari a - 14,3%), ma a partire da un livello decisamente più elevato di ricoveri, tanto che ancora nel 2019, rimane uno dei Paesi con il maggiore tasso di ospedalizzazione.

Altre riduzioni significative si registrano in Svezia (- 15,6%) e Finlandia (- 10,3%).

Complessivamente, nel periodo considerato tutti i Paesi europei analizzati registrano un decremento del tasso di ospedalizzazione in acuzie, ad eccezione della Germania (+0,7% medio annuo), Irlanda (+0,4% medio annuo), Polonia (+0,4% medio annuo) e Spagna (+0,3% medio annuo).

La degenza media italiana (Figura 6a.2.) è, di contro, relativamente elevata rispetto a quella degli altri Paesi Europei: nel 2019, 7,0 giornate (gg.) in Italia, con i valori minimi registrati in Olanda (5,0 gg.), in Francia, Ungheria e Svezia (5,4 gg. rispettivamente), e quelli massimi in Portogallo (9,3 gg.), in Lussemburgo (7,4 gg.) e in Germania (7,5 gg.).

Il dato italiano sembra coerente sia con l'osservazione di un minor tasso di ricovero, che suggerisce una maggiore selezione dei pazienti, nel senso di una attitudine a privilegiare l'accesso dei pazienti più severi, sia con la constatazione della demografia italiana caratterizzata da una popolazione più vecchia.

Il tasso di occupazione dei posti letto, nel 2019, in Italia si attesta al 78,1%; Irlanda, Portogallo e Belgio (registrando valori superiori all'80%), ma anche Ger-

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

² C.R.E.A. Sanità, Università San Raffaele, Roma

mania e Francia hanno tassi di occupazione maggiori; l'Olanda registra il tasso di utilizzo dei posti letto

più basso (63,4%), a cui seguono tutti Paesi dell'Est Europa, che non raggiungono il 75% (Figura 6a.3.).

Figura 6a.1. Tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie in Europa

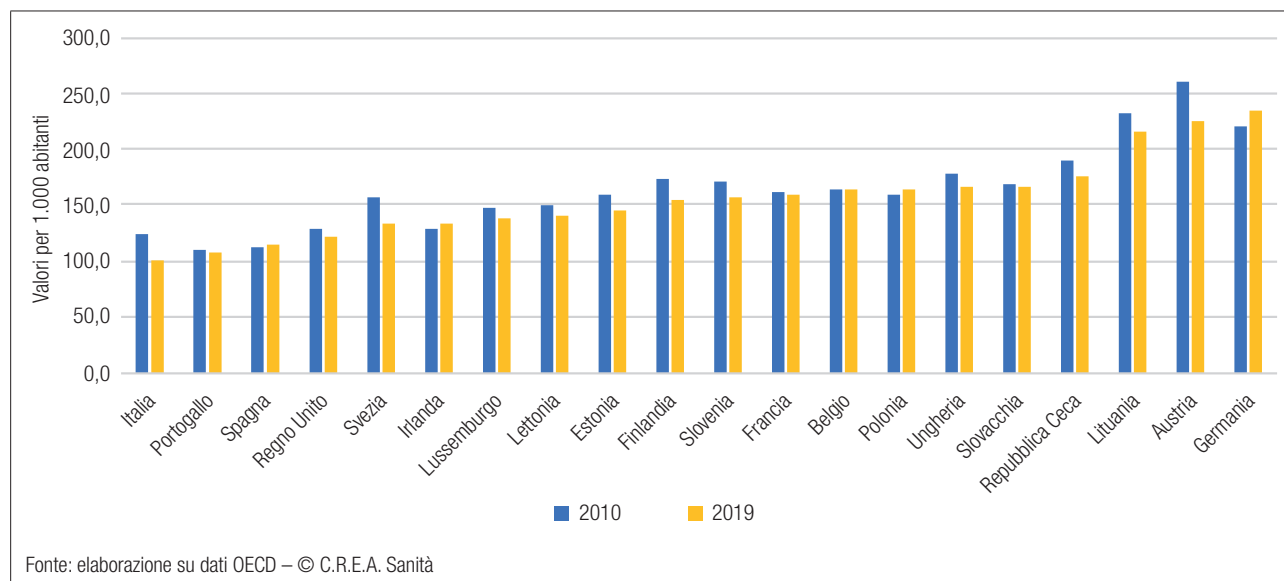


Figura 6a.2. Degenza media ordinaria in acuzie in Europa

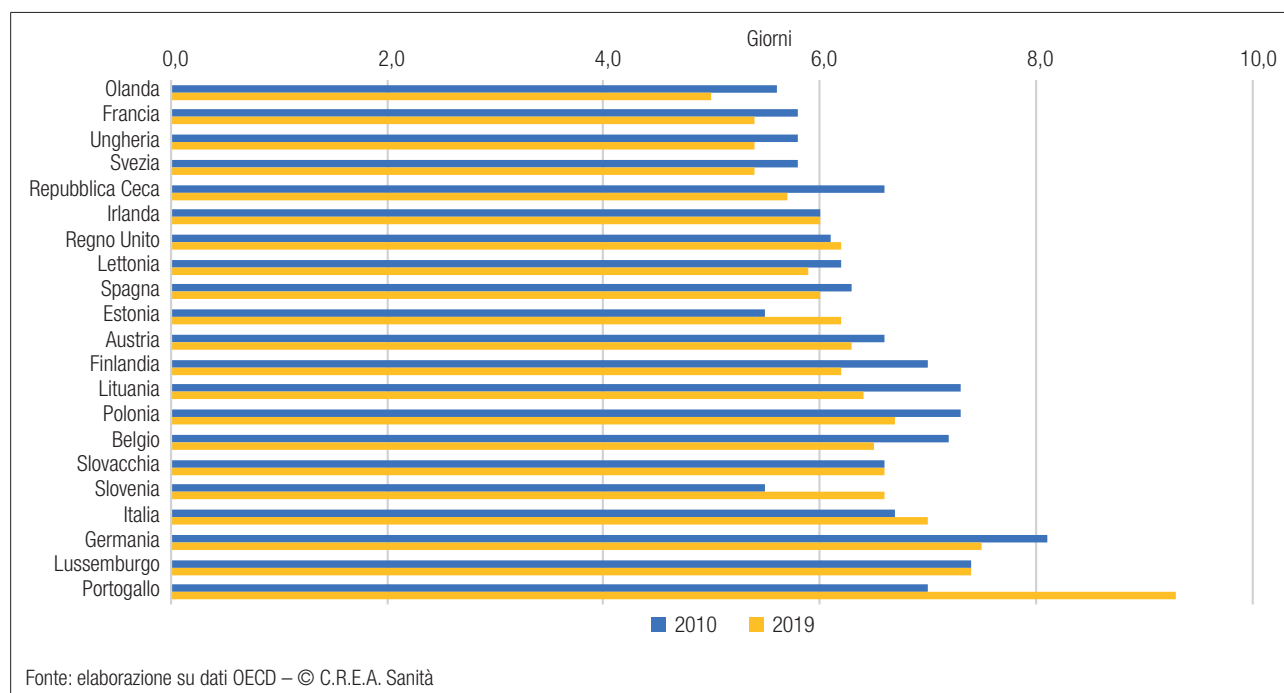
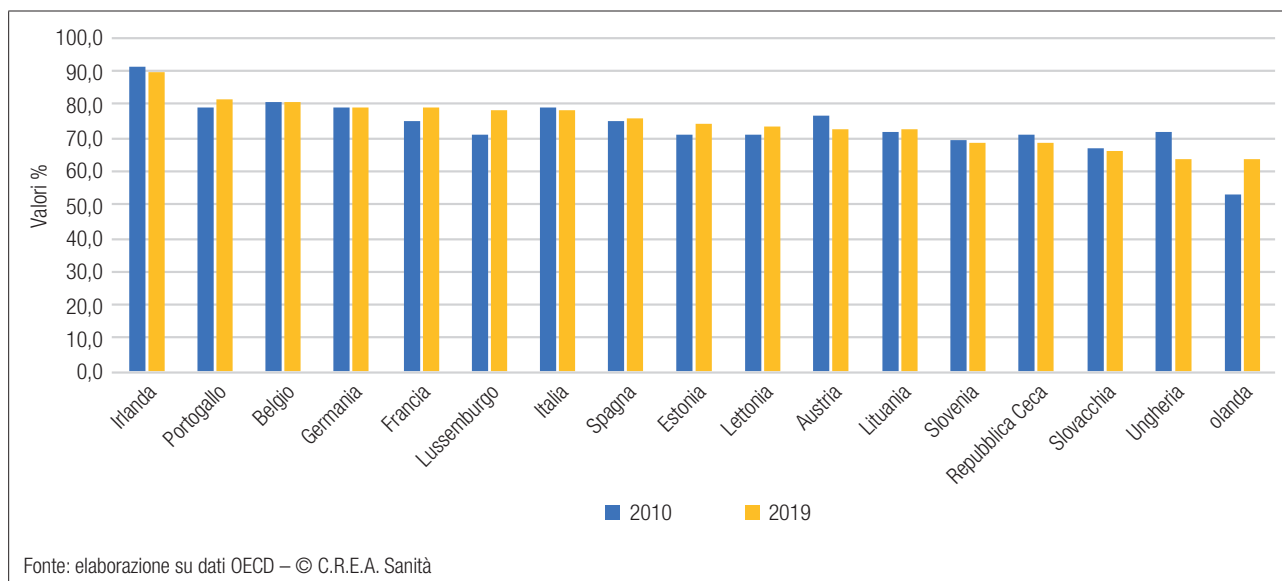


Figura 6a.3. Tasso di occupazione dei posti letto in Europa



6a.2. Il ricorso al ricovero in Italia: i principali trends

Nel 2019, in Italia si contano 6.020.466 ricoveri ordinari in acuzie, con una riduzione del - 18,4% rispetto al 2010.

Seguono quantitativamente quelli diurni in acuzie, che sono 1.751.585, con una riduzione del - 42,0%.

In riabilitazione si contano 312.678 ricoveri ordinari (con un aumento del 4,5% rispetto al 2010) e 28.527 diurni (in riduzione del 53,0% rispetto al 2010).

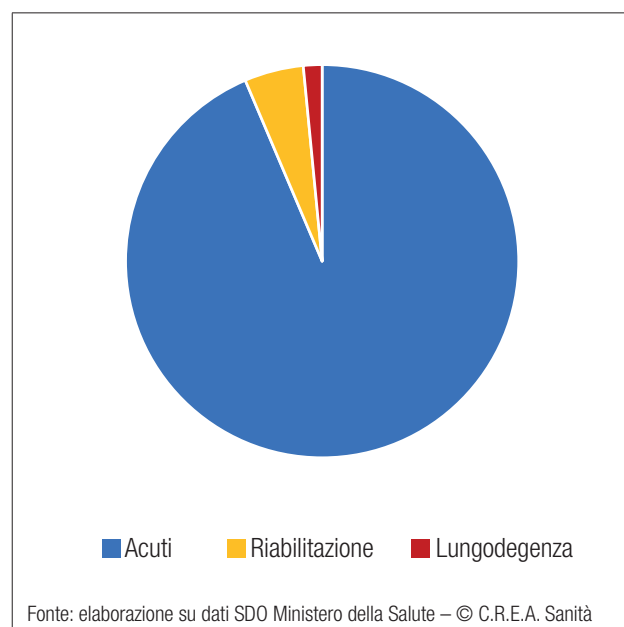
Infine, i ricoveri in lungodegenza sono 98.775, con una riduzione del - 12,3% rispetto al 2010.

Complessivamente, nel 2019, i ricoveri ordinari in acuzie rappresentano il 93,6% di quelli ordinari, seguiti da quelli in riabilitazione (4,9%) e da quelli per lungodegenza (1,5%) (Figura 6a.4.).

Si registra un ricovero in riabilitazione ogni 19,3 in acuzie, dato in diminuzione di 5,4 punti percentuali rispetto al 2010; uno in lungodegenza ogni 61,0 in acuzie e 3,2 in riabilitazione, dato in diminuzione, rispetto al 2010, di - 4,5 punti percentuali per le acuzie e in aumento per la riabilitazione di + 0,5 punti percentuali.

Quelli diurni sono per il 98,4% in regime di acuzie e per il restante 1,6% in regime di riabilitazione.

Figura 6a.4. Composizione dei ricoveri ordinari per tipo. Anno 2019



Nel 2019, i ricoveri in acuzie diurne rappresentano il 22,5% dell'attività e la loro incidenza è diminuita di - 6,5 punti percentuali rispetto al 2010; in riabilitazione sono l'8,4% e la loro incidenza è diminuita di 8,5 punti percentuali rispetto al 2010 (Figura 6a.5.).

A livello regionale (Figura 6a.6.), la quota di ricoveri ordinari in acuzie varia dall'89,1% della Puglia, al 63,5% della P.A. di Trento; quella dei ricoveri diurni

in acuzie varia dal 30,9% della Campania, al 7,4% della Puglia; per la riabilitazione, per i ricoveri ordinari si passa dal 7,3% della P.A. di Trento, all'1,1% della Sardegna e per quelli diurni varia dall'1,0% della P.A. di Trento, allo 0,1% del Molise; infine, per la lungodegenza, la variazione va dal 4,3% dell'Emilia Romagna, allo 0,2% del Molise.

Il tasso di ospedalizzazione in acuzie, a livello nazionale, nel 2019, risulta pari a 126,3 ricoveri per 1.000 abitanti, in riduzione del -25,7% rispetto al 2010.

Il tasso si è ridotto sia per i ricoveri ordinari che per i diurni: rispettivamente di - 22,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti e - 21,0 (ogni 1.000). Per la riabilitazione il tasso di ospedalizzazione ordinario risulta in aumento (+ 0,2 per 1.000 abitanti) e in diminuzione per i ricoveri diurni (- 0,5 per 1.000 abitanti). Per la lungodegenza il tasso di ospedalizzazione si è ridotto di - 0,2 ricoveri ogni 1.000 abitanti (Figura 6a.7.).

A livello regionale, la riduzione è comune a tutte le Regioni sebbene con alcune variazioni significative (Figura 6a.8.).

La riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie standardizzato varia dal - 32,0% della Puglia, al - 9,2% della Liguria; quello dei ricoveri diurni in acuzie dal - 82,7% della Puglia, al - 11,7%

delle Marche; per la riabilitazione, il tasso ordinario varia dal -25,2% della Toscana, al + 33,9% della Sicilia, mentre per i ricoveri diurni varia dal - 88,1% della Lombardia, al + 26,3% della Valle d'Aosta; infine, per la lungodegenza, la variazione va dal - 83,0% del Molise, al + 428,3% dell'Umbria.

Figura 6a.5. Composizione dei ricoveri per tipo e regime. Anno 2019

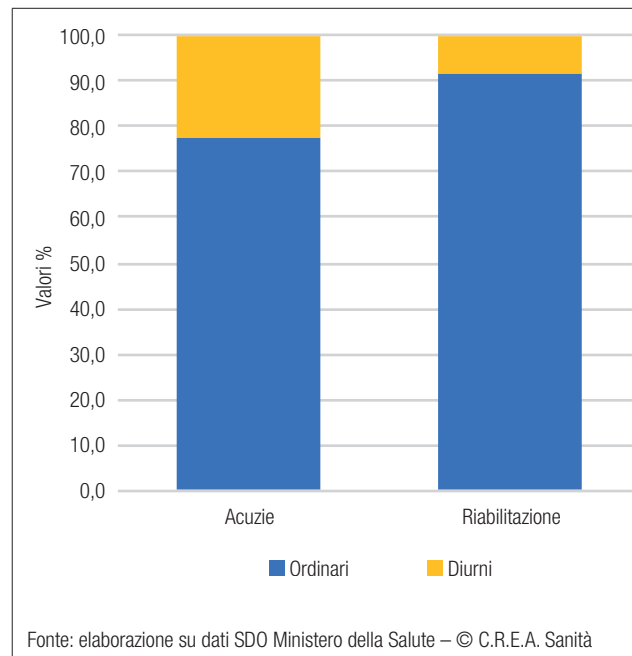


Figura 6a.6. Composizione regionale dei ricoveri, per tipo e regime. Anno 2019

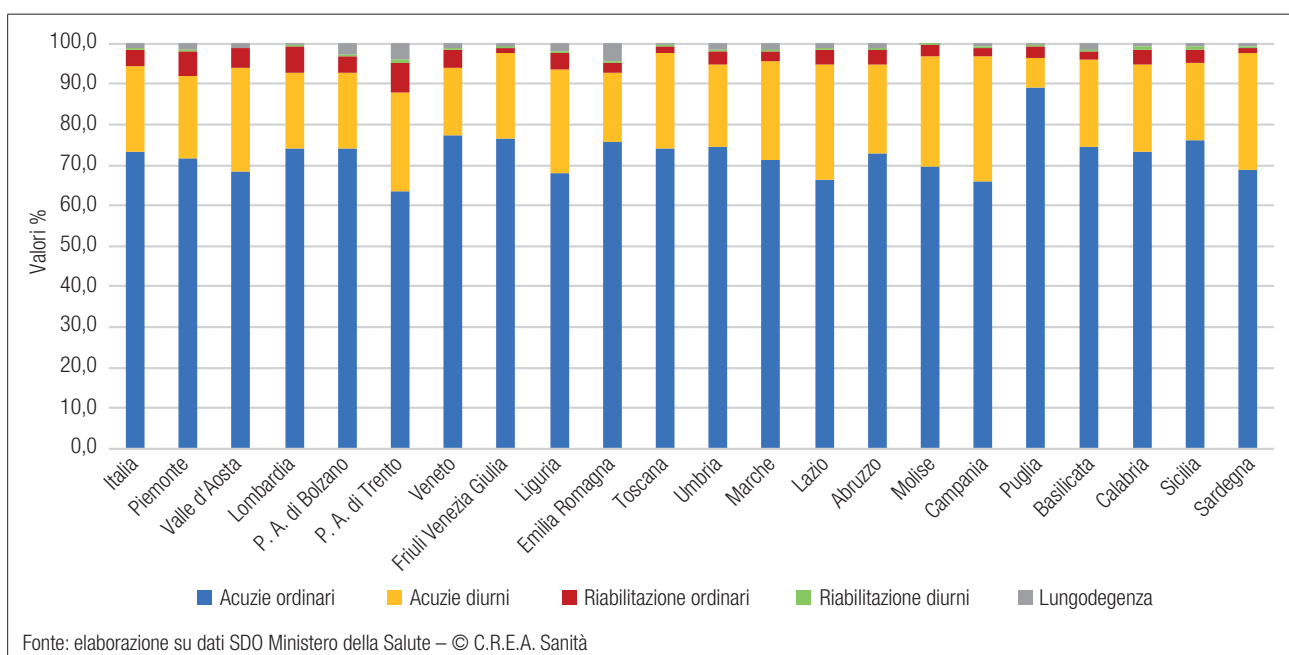


Figura 6a.7. Tasso di ospedalizzazione, per tipo e regime

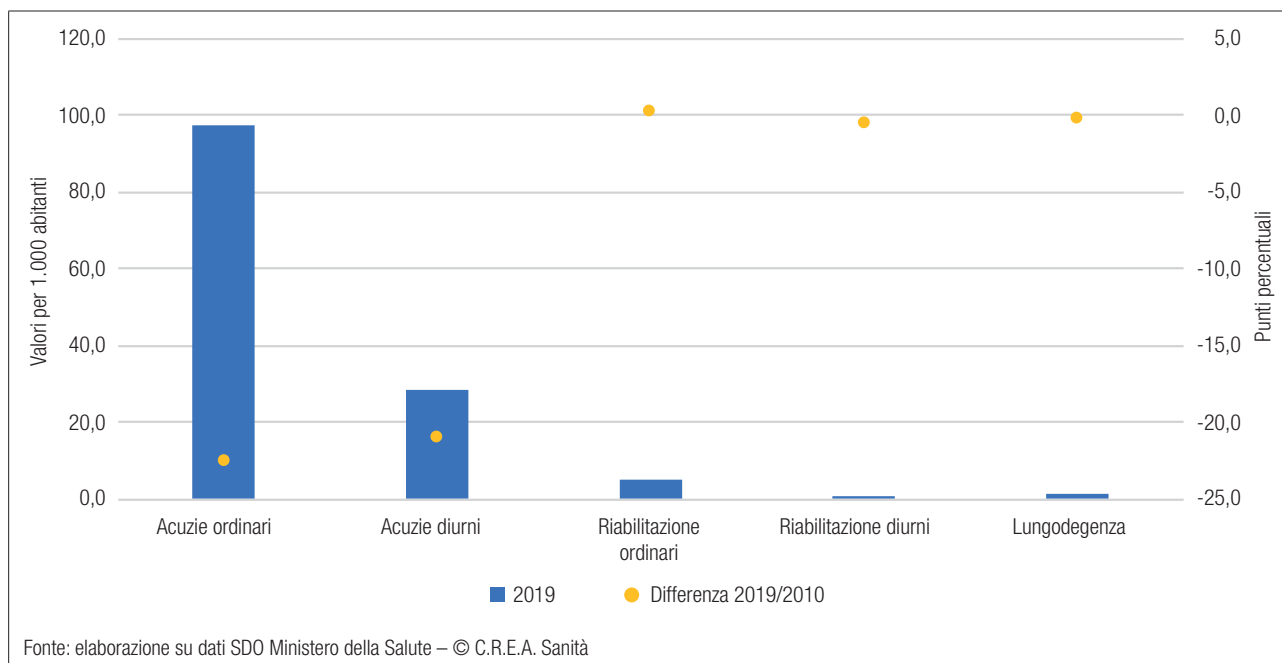
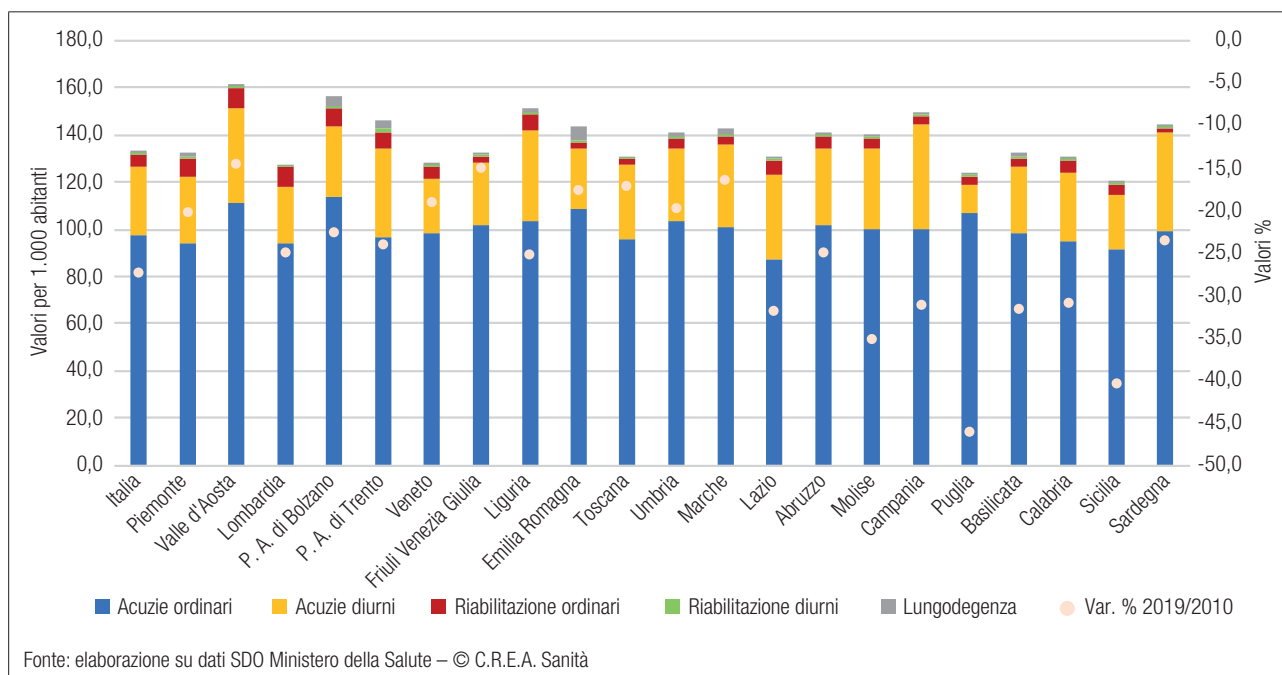


Figura 6a.8. Tasso di ospedalizzazione standardizzato regionale, per tipo e regime. Anno 2019



Il tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie aumenta esponenzialmente con l'età; nel periodo considerato i tassi registrano una riduzione rilevante in tutte le fasce di età, comprese quelle più avanzate

(Figura 6a.9). Gli uomini registrano un tasso di ospedalizzazione maggiore rispetto alle donne, soprattutto nelle fasce d'età più avanzate.

Figura 6a.9. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie, per età e genere

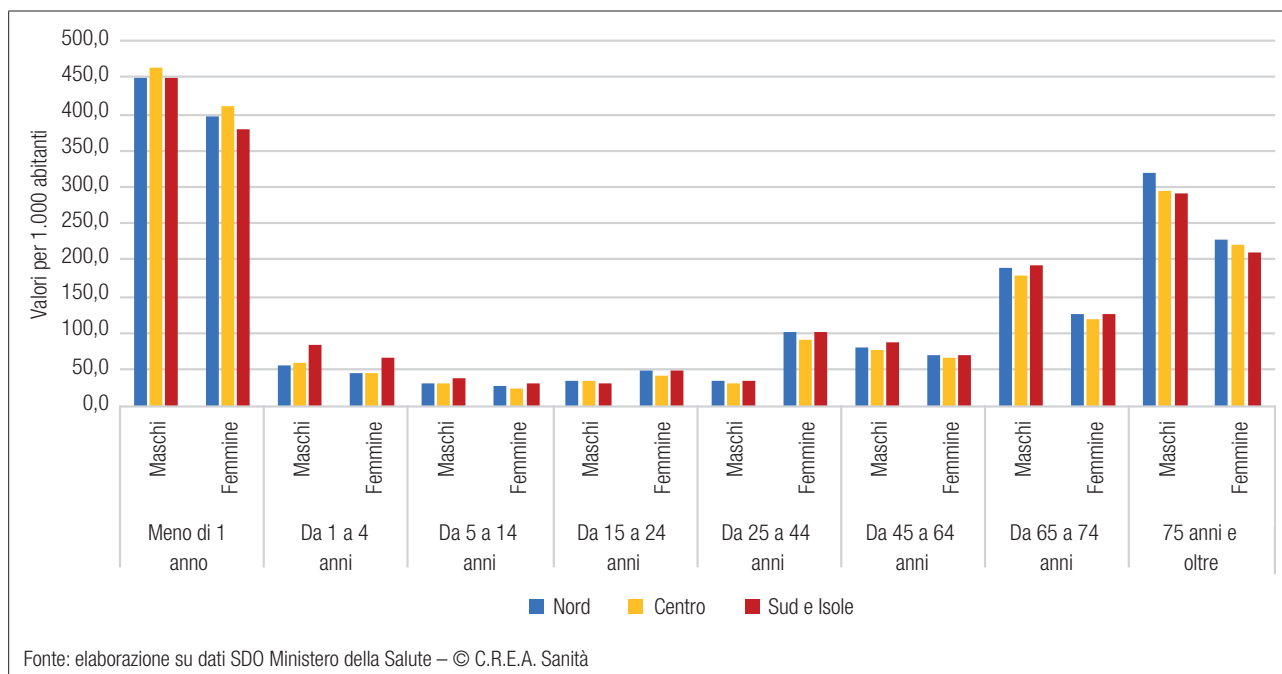
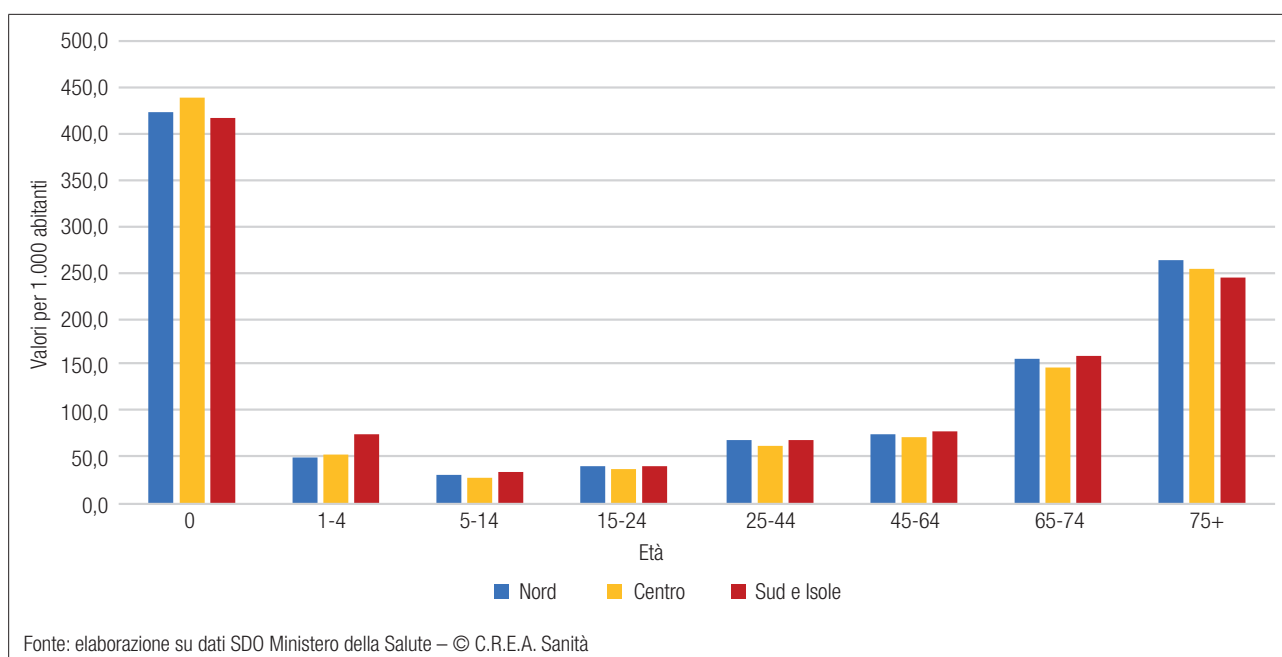


Figura 6a.10. Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie, per età e ripartizioni geografiche. Anno 2019



Non si registrano rilevanti differenze nei tassi di ospedalizzazione per fascia di età, ad eccezione degli *over 75*, in cui si registra un maggior tasso di ospedalizzazione al Nord (264,4) rispetto al Sud (243,6) (Figura 6a.10.).

Per quanto concerne le giornate di degenza, in

Italia si contano 42.395.699 giornate di degenza ordinarie in acuzie, con una riduzione del - 14,6% rispetto al 2010.

Gli accessi diurni in acuzie sono 4.418.602, con una riduzione del - 47,7% rispetto al 2010.

In riabilitazione si contano 8.189.782 giornate di

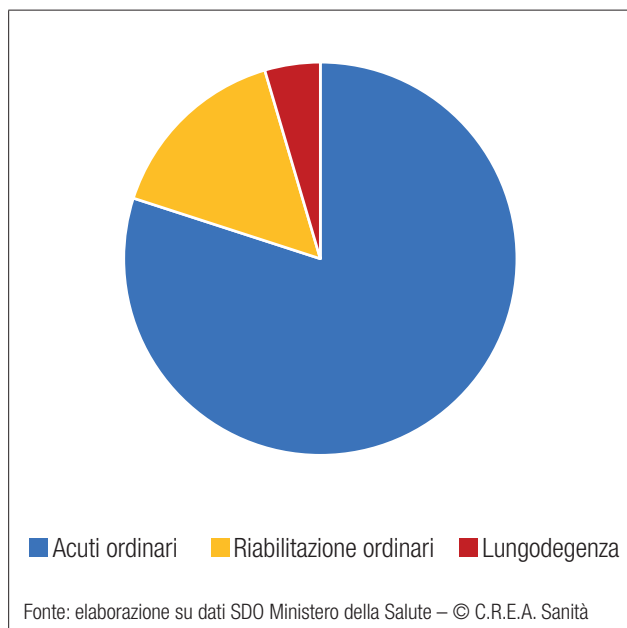
degenza ordinarie (con una riduzione del - 0,5% rispetto al 2010) e 451.312 accessi diurni (in riduzione del - 45,4% rispetto al 2010).

Infine, le giornate in lungodegenza sono 2.418.320, con una riduzione del - 29,6% rispetto al 2010.

Complessivamente, nel 2019, le giornate di degenza ordinarie erogate in acuzie sono l'80,0%, seguite da quelle in riabilitazione (15,5%) e da quelle per lungodegenza (4,6%) (Figura 6a.11.).

Si registra una giornata erogata in riabilitazione ogni 5,2 in acuzie, dato in diminuzione di - 0,9 punti percentuali rispetto al 2010; una in lungodegenza ogni 17,5 in acuzie e 3,4 in riabilitazione, dato in aumento, rispetto al 2010, di + 3,1 punti percentuali per le acuzie e di + 1,0 punti percentuali per la riabilitazione.

Figura 6a.11. Composizione delle giornate di degenza per tipo. Valori %. Anno 2019

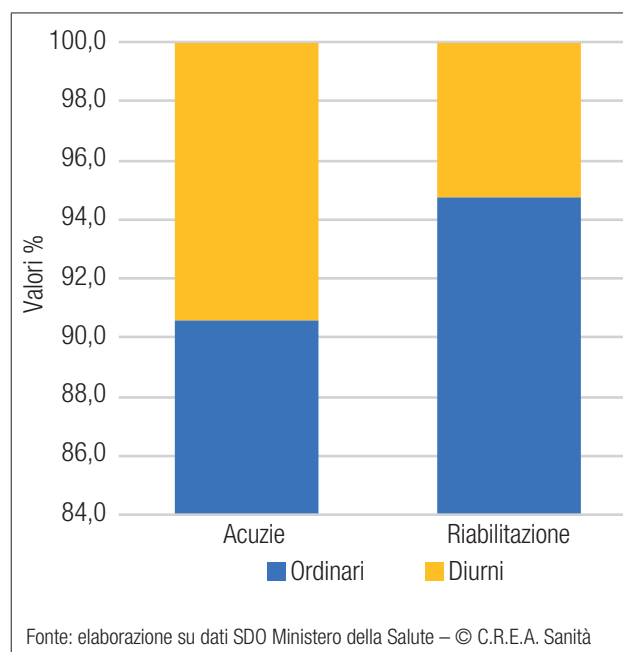


Gli accessi diurni sono per il 90,7% in regime di acuzie e per il restante 9,3% in regime di riabilitazione.

Nel 2019, gli accessi diurni in acuzie rappresentano il 9,4% e la loro incidenza è diminuita di - 5,1 punti percentuali rispetto al 2010; in riabilitazione

sono il 5,2% e la loro incidenza è diminuita di - 3,9 punti percentuali rispetto al 2010 (Figura 6a.12.).

Figura 6a.12. Composizione delle giornate di degenza per tipo e regime. Anno 2019



Nel 2019, la degenza media ordinaria in acuzie (Figura 6a.13.) è pari a 6,9 giornate, in aumento (+0,3 gg.) rispetto al 2010; quella in riabilitazione è pari a 26,3 giornate (- 1,2 gg.) e quella in lungodegenza a 24,7 giornate (- 5,7 gg.); per quanto concerne gli accessi diurni medi, quelli in acuzie sono pari a 2,5, in riduzione di -0,3 gg. rispetto al 2010; in riabilitazione sono pari a 15,9 (+2,1 gg.).

A livello regionale la degenza media ordinaria in acuzie standardizzata per età varia fra il valore massimo del Veneto (7,4 gg.), e quello minimo della Toscana (6,2 gg.); la Regione con la massima variazione positiva nel periodo 2019-2010 è la Sicilia (+11,9%), quella con la massima variazione negativa è la Valle d'Aosta (-11,6%) (Figura 6a.14). Per gli accessi diurni standardizzati in acuzie si registra il valore massimo in Liguria (4,4 gg.) e minimo in Lombardia (1,2 gg.); in questo caso la Regione con la massima variazione nel periodo è il Molise (+30,5%), quella con la massima variazione negativa è la Lombardia (-53,6%).

Figura 6a.13. Degenza e accessi medi, per tipo e regime. Differenze 2019/2010

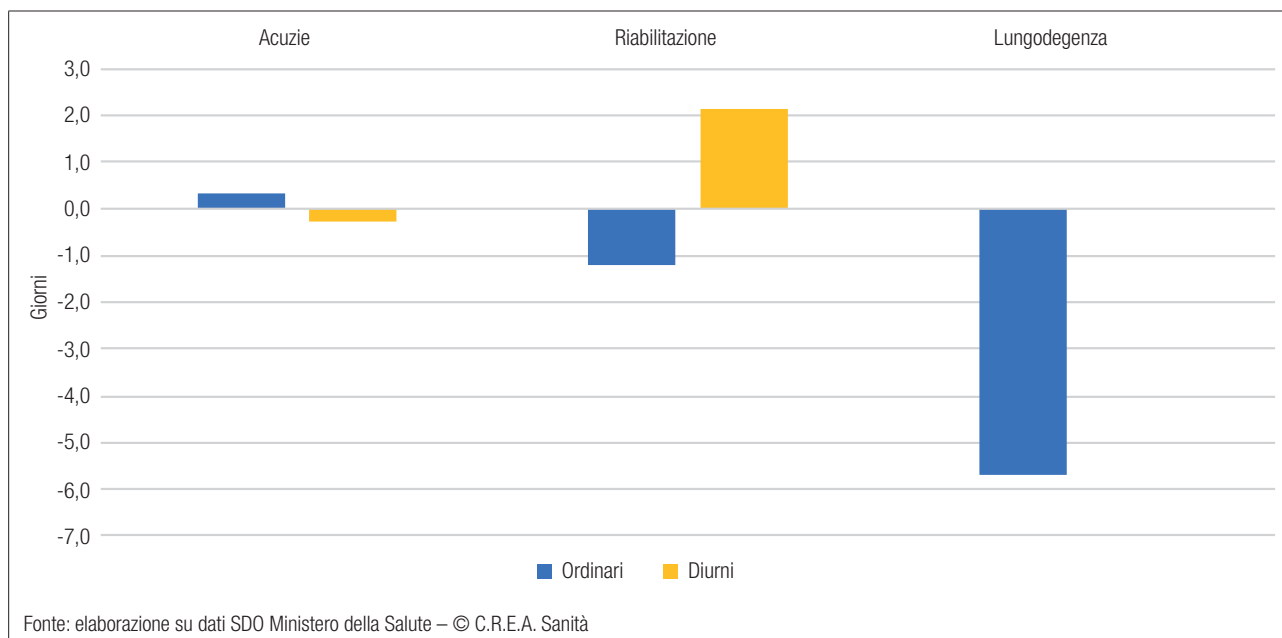
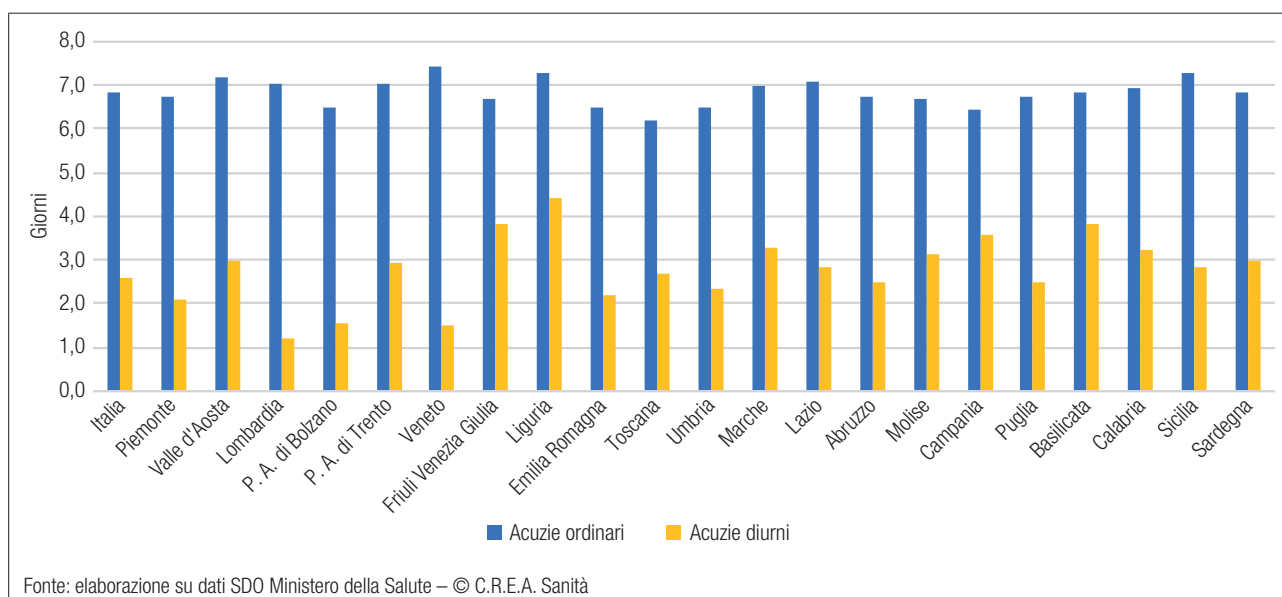


Figura 6a.14. Degenza media standardizzata in acuzie. Anno 2019



Per la riabilitazione, la degenza media ordinaria standardizzata massima si registra nel Lazio (35,0 gg.) e minima in Valle d'Aosta (16,1 gg.), con la massima variazione positiva nel periodo in Sardegna (+ 40,2%) e negativa in Valle d'Aosta (- 25,7%); per gli accessi diurni il valore massimo si registra nel Lazio (23,6 gg.) e minimo in Valle d'Aosta (0,0 gg.), con la massima variazione positiva in Friuli Venezia Giu-

lia (+ 119,2%) e negativa in Molise (-39,9%) (Figura 6a.15.).

La degenza media standardizzata in lungodegenza è massima in Calabria (43,1 gg.) e minima in Umbria (10,0 gg.) con la massima variazione positiva nel periodo in Calabria (+ 73,7%) e negativa in Valle d'Aosta (- 60,2%) (Figura 6a.16.).

Figura 6a.15. Degenza media standardizzata in riabilitazione. Anno 2019

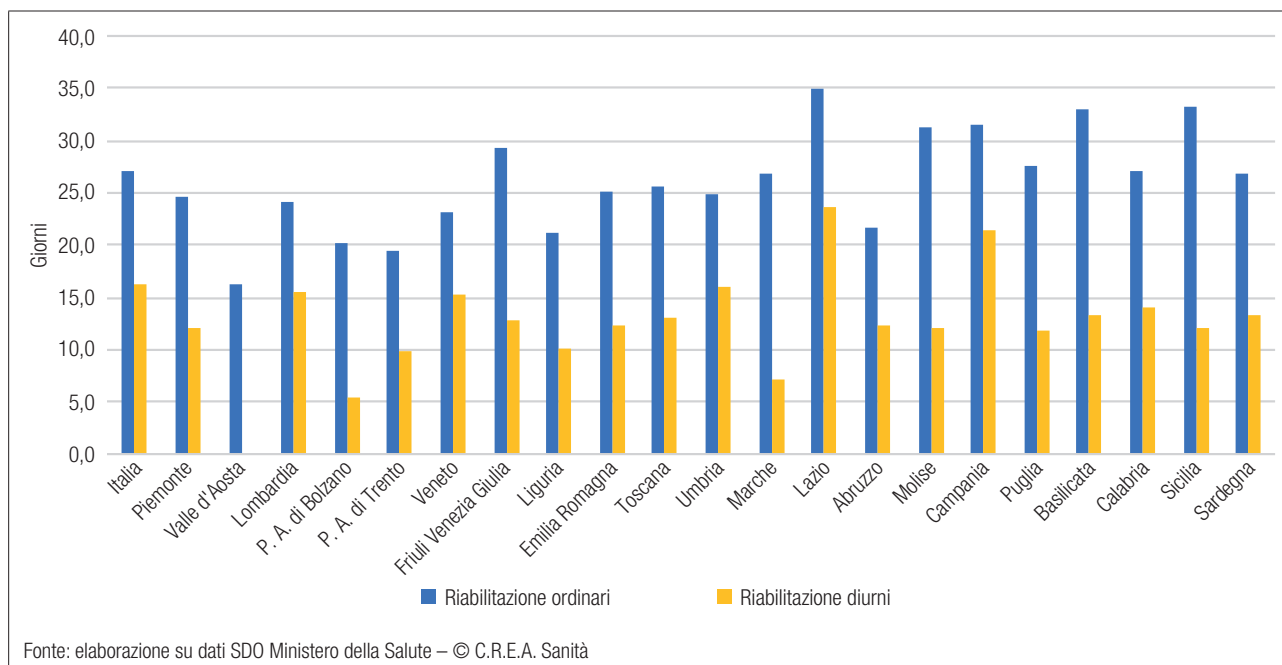
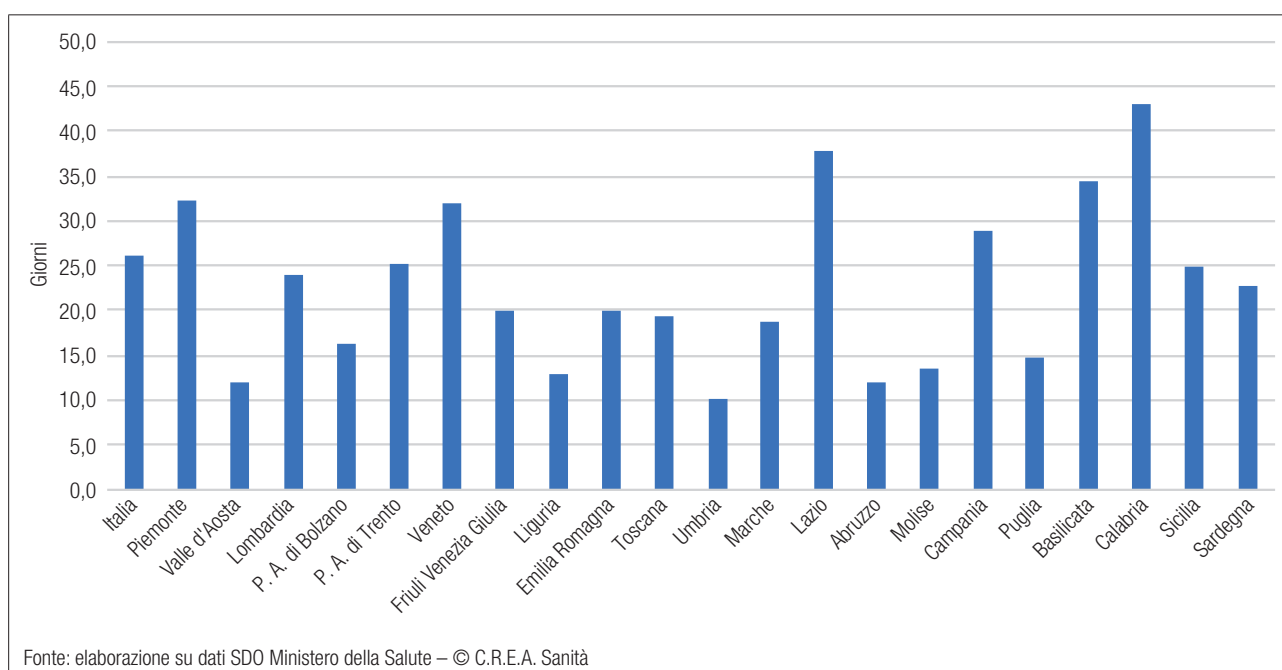


Figura 6a.16. Degenza media standardizzata in lungodegenza. Anno 2019



Anche la degenza media cresce con l'età per le fasce di popolazione adulta e anziana; nel periodo considerato si registra un aumento della degenza media per le fasce più giovani (Figura 6a.17.).

A livello di ripartizioni geografiche, nel 2019, non

si registrano rilevanti differenze nella degenza media per fascia di età, ad eccezione degli *over 75*, in cui la degenza media nel Nord è superiore a quella del Sud di quasi una giornata (rispettivamente 9,5 giorni vs 8,6 giorni) (Figura 6a.18.).

Figura 6a.17. Degenza media ordinaria in acuzie, per età

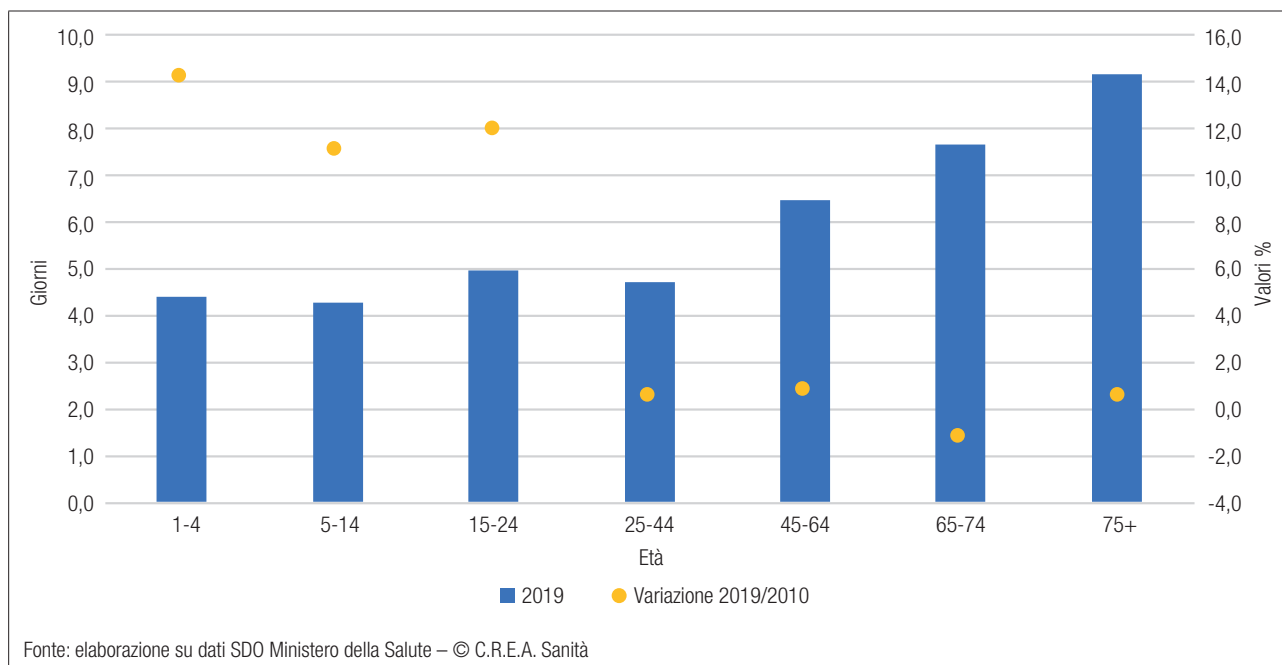
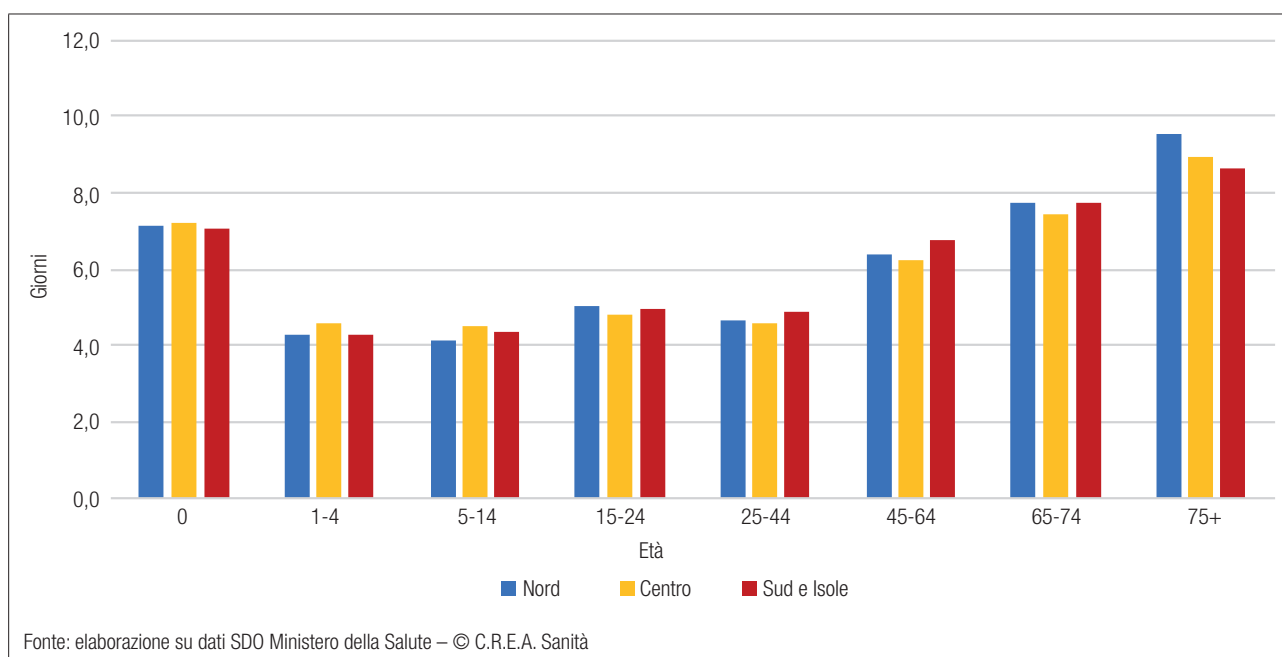


Figura 6a.18. Degenza media ordinaria in acuzie, per età e ripartizione geografica. Anno 2019



In definitiva, si registra una tendenza alla riduzione dei ricoveri e ad un corrispondente aumento della degenza media, ma con significative differenze regionali.

A livello regionale, la riduzione del numero di ricoveri è eterogenea: si passa infatti da una riduzione

del - 45,3% della Puglia a - 3,8% della Valle d'Aosta. Per il tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, il rapporto tra il valore massimo e minimo è passato da 1,5 (47,6 ogni 1.000 abitanti) nel 2010 a 1,3 (23,3 ogni 1.000 abitanti) nel 2019; lo stesso si verifica per la degenza media: nel 2010 il rapporto tra il valore

massimo e minimo era pari a 1,4 (1,9 giorni), e nel 2019 a 1,2 (1,2 giorni).

Analizzando la composizione dei ricoveri per tipologia di attività, si evidenzia come ci sia un maggior ricorso alla riabilitazione nelle Regioni del Nord rispetto a quelle del Sud (5,3% Nord vs 3,0% Sud); lo stesso si verifica per i ricoveri in lungodegenza (1,6% Nord vs 0,7% Sud). Nel Mezzogiorno, di fatto, il 96,3% dei ricoveri sono in acuzie.

6a.3. I tassi di occupazione dei letti

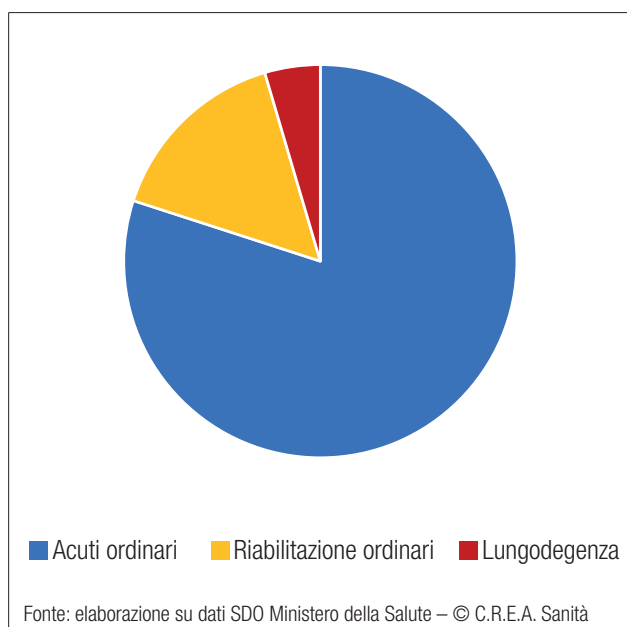
Nel 2019, in Italia si contano 155.388 posti letto ordinari in acuzie (inclusi quelli pubblici a pagamento), con una riduzione del - 13,5% rispetto al 2010.

I posti letto per accessi diurni in acuzie, sono 19.255, con una riduzione del - 29,6% rispetto al 2010.

In riabilitazione si contano 25.005 posti letto ordinari (con un aumento del +2,7% rispetto al 2010) e 1.302 diurni (in riduzione del -36,6% rispetto al 2010).

Infine, i posti letto in lungodegenza sono 8.207, con una riduzione del - 24,6% rispetto al 2010.

Figura 6a.19. Composizione posti letto ordinari per tipo. Valori %. Anno 2019

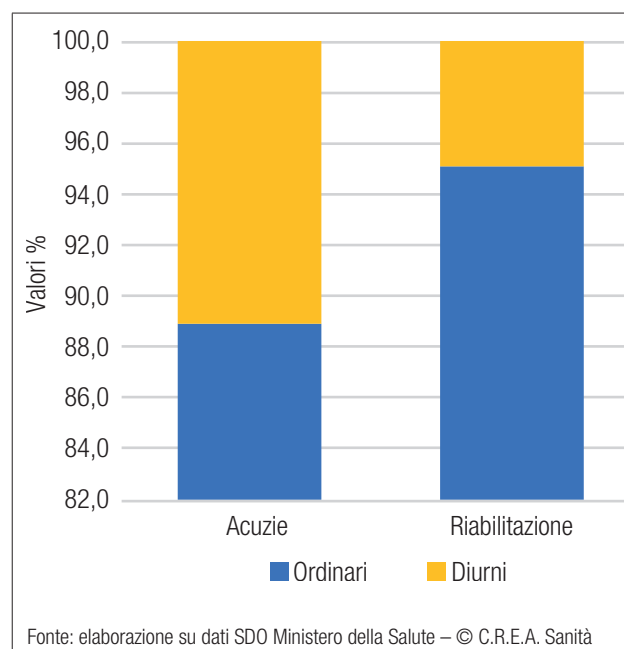


Complessivamente, nel 2019, i posti letto ordinari in acuzie rappresentano l'82,4% di quelli ordinari, seguiti da quelli in riabilitazione (13,3%) e da quelli per lungodegenza (4,4%) (Figura 6a.19).

I posti per accessi diurni sono per il 93,7% in acuzie e per il restante 6,3% in riabilitazione.

A livello nazionale, i posti letto in acuzie diurni rappresentano l'11,0% dei posti letto totali in acuzie, e si è registrata una riduzione di - 2,2 punti percentuali rispetto al 2010; in riabilitazione questi rappresentano il 4,9% dei posti letto totali (di riabilitazione) e si è registrata una riduzione di - 2,8 punti percentuali rispetto al 2010 (Figura 6a.20.).

Figura 6a.20. Composizione dei posti letto per tipo e regime. Anno 2019



In termini di composizione dei posti letto ordinari, si osserva (Figura 6a.21.) una riduzione del peso dei posti in acuzie (- 1,2 punti percentuali), ed in lungodegenza (- 0,7 punti percentuali); la riabilitazione registra un aumento di + 1,9 punti percentuali.

La quota di posti letto ordinari in acuzie, sul totale dei ricoveri in acuzie, varia dal 71,3% della P.A. di Trento al 93,2% della Sardegna; quella dei posti letto per accessi diurni in acuzie varia dal 73,5% della P.A. di Trento al 100% della Valle d'Aosta; per la

riabilitazione, per i posti letto ordinari, si passa dal 3,5% della Sardegna, al 22,0% del Piemonte e per quelli diurni dal 22,5% della P.A. di Trento a nessuno della Valle d'Aosta; infine, per la lungodegenza, si va dallo 0,3% del Molise all'11,3% dell'Emilia Romagna (Figura 6a.22.).

Nel 2019, il tasso medio italiano di occupazione dei letti (Figura 6a.23.) è pari al 74,8% per i posti letto ordinari in acuzie, con una riduzione di - 1,0 pun-

ti percentuali rispetto al 2010; per l'attività diurna in acuzie il tasso di occupazione 2019 è pari al 62,9%, con una riduzione di - 21,7 punti percentuali rispetto al 2010.

In riabilitazione il tasso di occupazione dei posti letto ordinari, nel 2019, è pari all'89,7%, (con una riduzione di - 2,9 punti percentuali rispetto al 2010) e per i diurni del 95,0% (con una riduzione di - 15,3 punti percentuali rispetto al 2010).

Figura 6a.21. Posti letto ordinari per tipo. Anno 2019

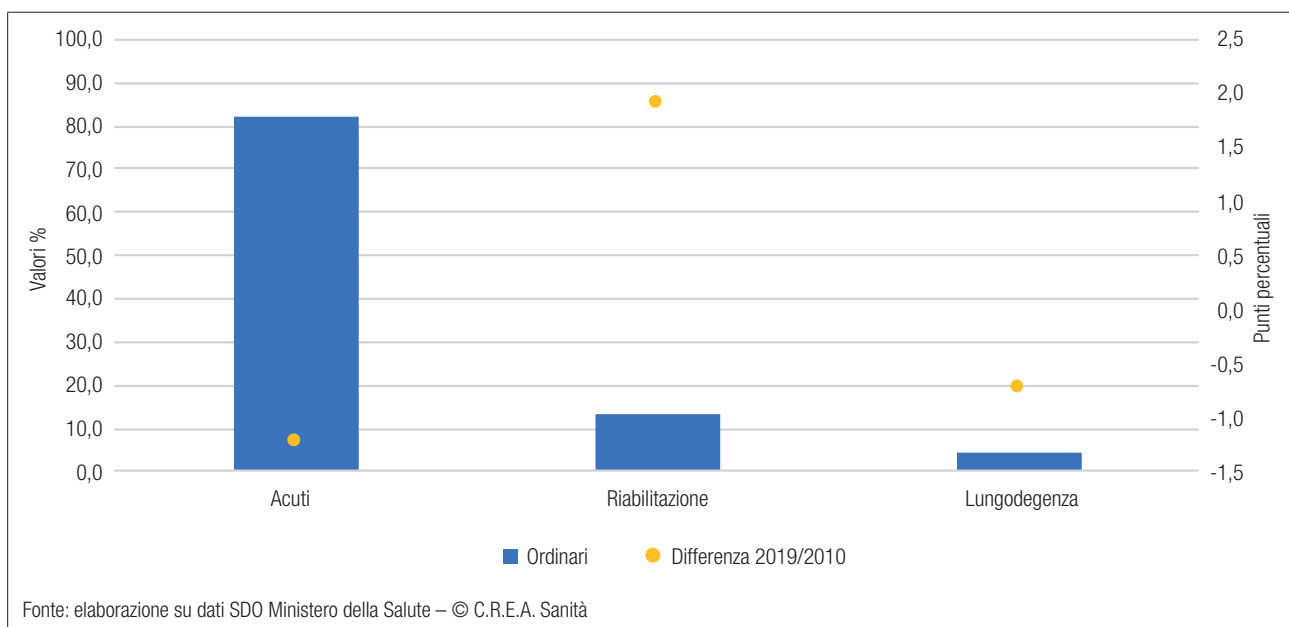


Figura 6a.22. Composizione regionale dei posti letto per tipo e regime. Anno 2019

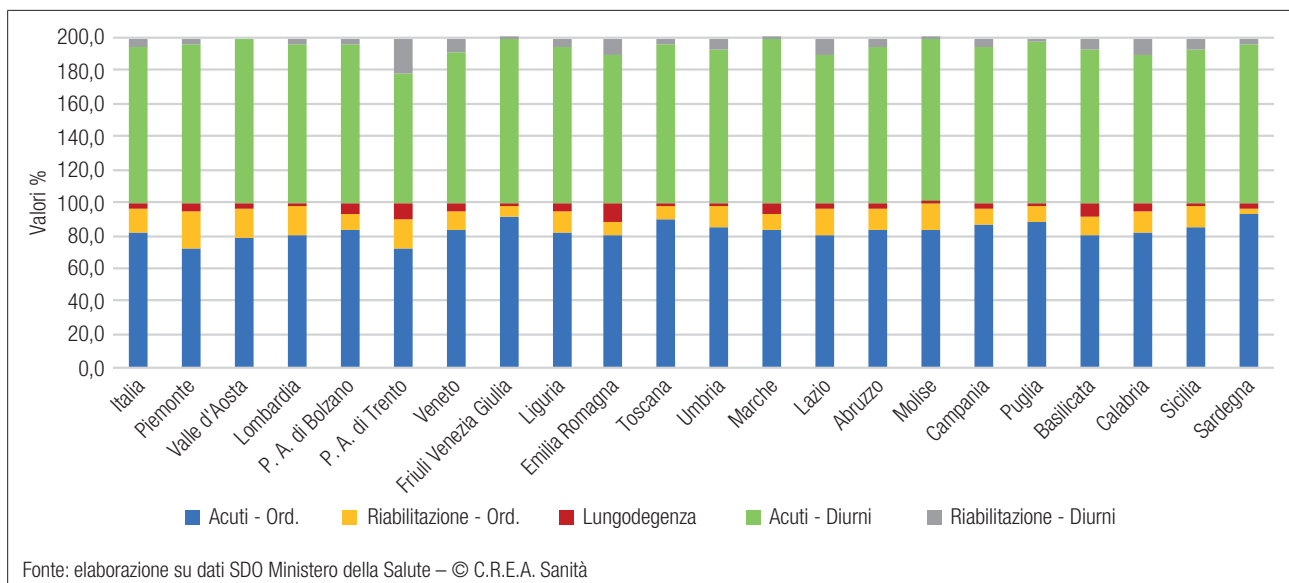


Figura 6a.23. Tassi di occupazione dei letti per tipo

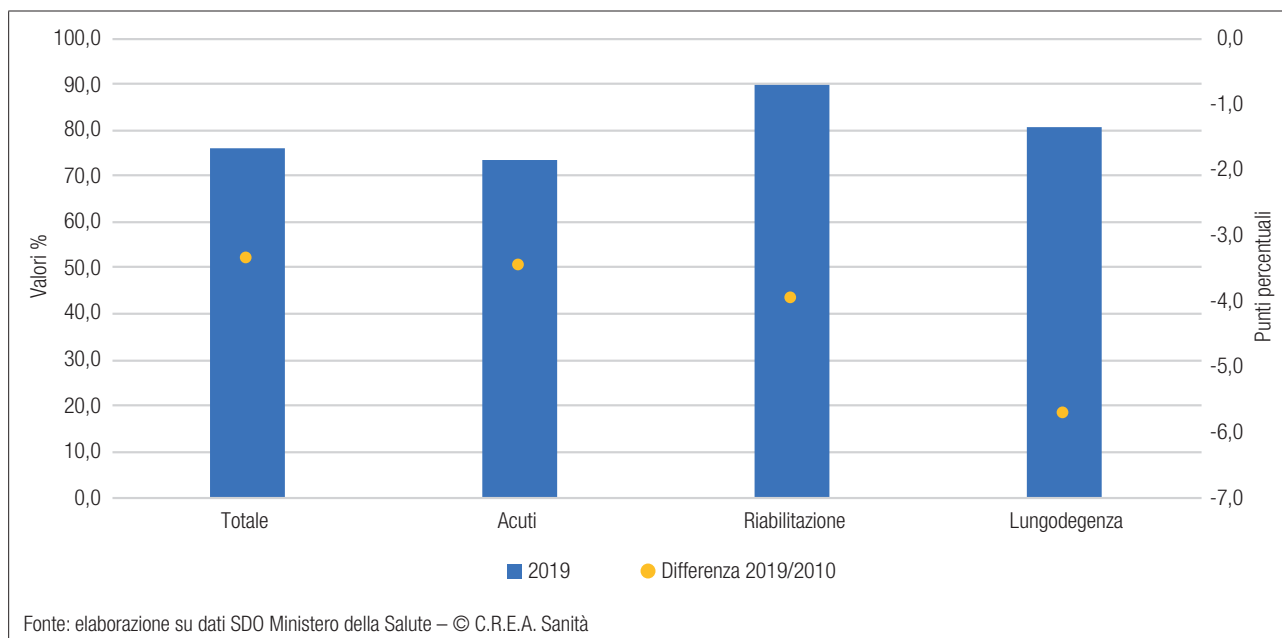
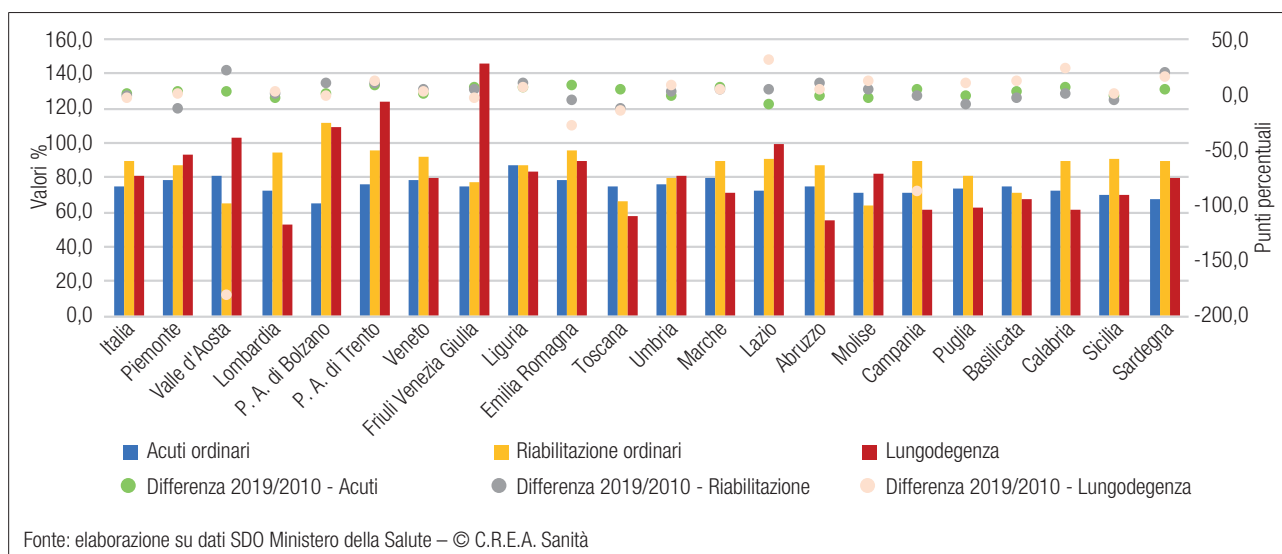


Figura 6a.24. Tassi di occupazione regionale dei posti letto ordinari per tipo e regime, per tipo di attività. Anno 2019



Infine, per i posti letto in lungodegenza il tasso di occupazione è pari all'80,7%, con una riduzione di - 5,7 punti percentuali rispetto al 2010.

Il tasso di occupazione dei posti letto ordinari in acuzie varia dal 67,6% della Sardegna all'87,4% della Liguria; quello dei posti letto diurni in acuzie dal 15,5% della Puglia, al 59,7% della Liguria; per i posti letto ordinari in riabilitazione, si passa dal 64,6% del Molise al 111,3% della P.A. di Bolzano e per quelli

diurni dall'1,4% dell'Abruzzo al 79,5% del Lazio; infine, per la lungodegenza, la variazione va dal 53,1% della Lombardia, al 146,0% del Friuli Venezia Giulia (Figura 6a.24.).

In definitiva, l'analisi dei tassi di occupazione in acuzie ordinari sembra suggerire che la riduzione dei ricoveri e dei posti letto è proceduta in modo equilibrato.

Ovviamente può registrarsi una distribuzione

non equilibrata fra le varie discipline; ad esempio, per i posti di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive, discipline particolarmente coinvolte nel periodo della pandemia di COVID si registravano

tassi di occupazione (regime ordinario) modesti pari al 42,4% per le prime, mentre erano molto alti per pneumologie e malattie infettive, rispettivamente al 93,4% e al 90,8%³ (Figura 6a.25.).

Figura 6a.25. Tassi di occupazione dei posti letto in acuzie ordinarie, per disciplina (stime). Anno 2019

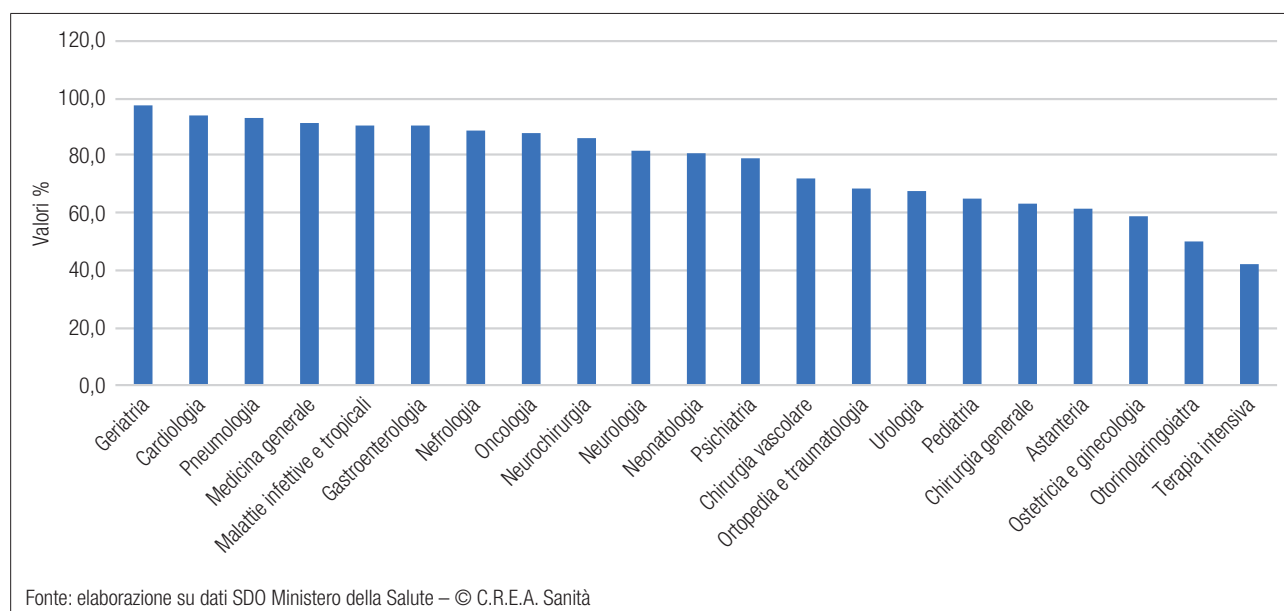
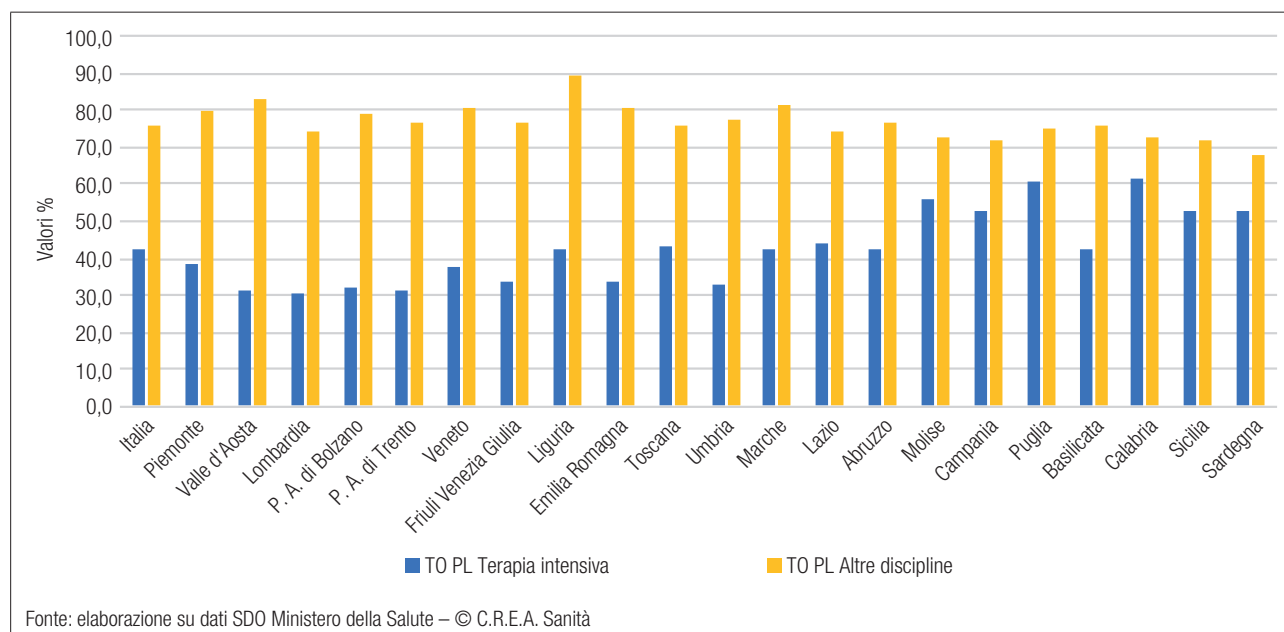
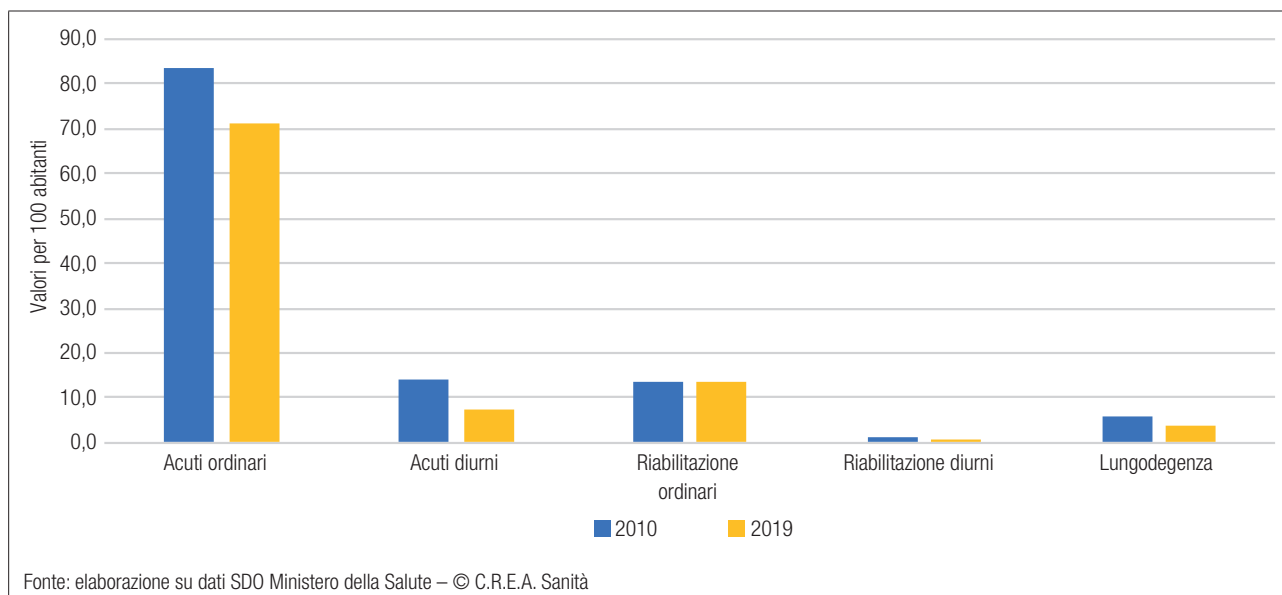


Figura 6a.26. Tassi di occupazione posti letto in acuzie ordinarie. Anno 2019



³ I tassi stimati a supporto del ragionamento vanno assunti con cautela, poiché, pur essendo sostanzialmente allineati con quelli pubblicati dal Ministero della Salute, non tengono conto dei trasferimenti fra reparti dei pazienti, essendo la disciplina registrata alla dimissione; in particolare questo può implicare una sottostima significativa del tasso per le terapie intensive

Figura 6a.27. Giornate di degenza per abitante



Con i *caveat* derivanti dalle approssimazioni di stima dei tassi, a livello regionale registriamo il valore massimo del tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva si registrava nel 2019 in Calabria (61,4%), quello minimo in Lombardia (30,5%). Da notare che le Regioni del Sud registravano un tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva maggiore rispetto a quelle del Nord (34,6% Nord vs 53,9% Sud).

Per le malattie infettive, il valore massimo del tasso di occupazione dei posti letto si registrava in Valle d'Aosta⁴ (152,2%), quello minimo in nella P.A. di Bolzano (68,9%).

Per la pneumologia, il valore massimo del tasso di occupazione dei posti letto si registrava nella P.A. di Bolzano (143,8%)⁵, quello minimo in Sardegna (80,0%).

Di contro, il tasso di occupazione per le altre discipline, a livello nazionale risultava pari al 76,0%, con il valore massimo in Liguria (89,4%), e quello minimo in Sardegna (68,0%) (Figura 6a.26.).

6a.4. Il personale nelle strutture di ricovero

La composizione delle variazioni sopra descritte, esitano in una riduzione delle giornate di degenza complessivamente erogate: a livello nazionale si passa da 70.607.472 nel 2010 a 57.873.715 nel 2019 (- 18,0%), ovvero da 1,2 a 1,0 per abitante.

Si osserva una riduzione delle giornate di degenza in acuzie ordinarie, che passano da 49.672.178 giornate nel 2010 a 42.395.699 giornate nel 2019 (- 14,6%), ovvero da 0,8 a 0,7 per abitante; gli accessi diurni in acuzie passano da 8.443.341 giornate nel 2010 a 4.418.602 giornate nel 2019 (- 47,7%), ovvero da 0,14 a 0,07 per abitante; per la riabilitazione la diminuzione delle giornate di degenza ordinarie è del - 0,5%, da 8.228.967 nel 2010 a 8.189.782 nel 2019, passando da 0,138 a 0,137 per abitante; e per gli accessi diurni da 826.389 nel 2010 a 451.312 nel 2019 (-45,4%), passando da 0,014 a 0,008 per abitante; infine le giornate di degenza in lungodegenza, pas-

⁴ Il tasso di occupazione maggiore del 100% è presumibilmente legato ai problemi di stima descritti nella nota precedente, particolarmente rilevanti nel caso di Regioni con pochi posti letto: ad esempio per il Molise risultano solo 2 posti letto per malattie infettive nel 2019 (a fronte dei 16 degli anni precedenti)

⁵ Si veda nota precedente

sano da 3.436.597 giornate nel 2010 a 2.418.320 nel 2019 (-29,6%), passando da 0,06 a 0,04 per abitante.

Si evince, quindi, una forte riduzione dell'attività di ricovero ospedaliero, sia ordinario che diurno; questa riduzione è certamente compensata da un incremento delle attività specialistiche erogate in regime ambulatoriale, la cui quantificazione, con i dati disponibili non è attualmente possibile.

Con i caveat espressi, appare interessante mettere a confronto l'attività con il personale disponibile, al fine di capire il margine di operatività in caso di un nuovo aumento dei posti letto.

L'ultimo dato sul personale disponibile è relativo al 2019.

Rimandando quindi al Capitolo 3b del 15° Rapporto Sanità per i dettagli, evidenziamo come rispetto al 2013:

- il personale sanitario del SSN in media si è ridotto (-1,5%)
- peraltro, nel Nord il personale sanitario è aumentato (+0,7%), mentre nel Sud è diminuito (-3,9%) tranne che Puglia (+2,7%)
- il personale dipendente delle strutture di ricovero si è anch'esso ridotto del - 2,1%
- anche in questo caso si tratta di una media fra il Nord che vede aumentare il personale delle strutture di ricovero (+ 0,7%), e il Sud che lo diminuisce (- 4,7%), tranne che in Calabria (+ 2,0%)
- rapportando il personale delle strutture pubbliche di ricovero alle giornate di degenza erogate, otteniamo che nel 2013 i dipendenti per 1.000 giornate di degenza erano in media 7,6 ed aumentano a 8,1 nel 2019
- il dato si conferma considerando il ruolo sanitario, per il quale si passa da 4,9 unità per giornata di degenza nel 2013 a 5,3 unità per giornata di degenza nel 2019
- la dotazione organica delle strutture di ricovero è aumentata in tutte le Regioni, tranne che nelle Marche (- 2,1 unità ogni 1.000 giornate), Friuli Venezia Giulia (- 0,8), Molise (- 0,4), Basilicata (- 0,3), Liguria (- 0,2) e Valle d'Aosta (- 0,2), con un massimo di 16,2 unità per 1.000 giornate di degenza nella P.A. di Bolzano e un

minimo di 5,0 unità nel Lazio

- analogamente anche la dotazione organica di personale sanitario delle strutture di ricovero è aumentata in quasi tutte le Regioni, ad eccezione di Marche (- 3,2 unità ogni 1.000 giornate di degenza), Valle d'Aosta (- 0,3), Sardegna (- 0,3), Molise (- 0,2) e Basilicata (- 0,1); con un minimo di 3,5 unità per 1.000 giornate di degenza del Lazio ad un massimo di 10,4 della P.A. di Bolzano
- parallelamente, però, il personale dipendente delle strutture non di ricovero si è ridotto a livello nazionale, anche in rapporto agli abitanti; risultano in controtendenza Marche, Valle d'Aosta, Molise, Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Puglia, Piemonte, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Liguria e Umbria.

Pur con tutti limiti dei dati disponibili, sembra però emergere che a fronte di strategie regionali fortemente diversificate e condizionate dai Piani di Rientro, in media si è assistito ad un depauperamento (con rare eccezioni) degli organici nelle strutture non di ricovero, e una qualche salvaguardia di quello, specie sanitario, nelle strutture di ricovero.

Sulla "carta", per effetto della drastica deospedalizzazione, si potrebbe concludere che il personale sanitario ospedaliero (differentemente da quello del "territorio") non è più carente di quanto fosse qualche anno fa.

Come anticipato, l'analisi non tiene conto dei livelli di partenza, che potrebbero essere comunque insufficienti, e degli spostamenti dell'impegno verso l'attività ambulatoriale; e neppure delle carenze per alcune figure specialistiche, anestesisti e rianimatori in primis, note da tempo, e mai risolte.

Nel primo caso, una indiretta conferma potrebbe arrivare dalla pressione che già in passato l'influenza stagionale ha portato sugli ospedali.

Nel secondo, seppure non sembrano esserci dati a conforto di un forte aumento delle prestazioni ambulatoriali erogate in strutture di ricovero, accettando che sia la spiegazione, dovrebbe in ogni caso far riflettere sulla modifica del ruolo degli ospedali e dell'impossibilità di separare la loro attività da quella "territoriale" e viceversa.

6a.5. Riflessioni finali

Come già evidenziato nelle precedenti edizioni del Rapporto il sistema ospedaliero italiano presenta caratteristiche peculiari; in particolare una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione senza precedenti, che posiziona l'Italia come il Paese europeo con il più basso livello di ricorso al ricovero in acuzie.

Dopo anni di generalizzata condivisione dell'esigenza di ridurre il ricorso al ricovero, con la conseguente chiusura di strutture e posti letto, la pandemia di COVID ha messo in discussione tali posizioni.

Non di meno, dall'analisi quantitativa svolta sull'evoluzione del settore dell'assistenza ospedaliera, emerge che:

- si conferma che siamo il Paese EU che fa minore ricorso all'ospedalizzazione (in rapporto alla popolazione)
- il minor utilizzo è stato accompagnato da una progressiva chiusura di posti letto, sebbene con una significativa variabilità regionale
- complessivamente i tassi di occupazione sono comunque rimasti su livelli medi, che non sembrerebbero indicare un particolare rischio di *stress* sul lato dell'offerta
- non di meno si osserva una distribuzione non omogenea dei tassi: non tanto sul fronte delle terapie intensive, che prima della pandemia erano occupate largamente sotto il 50%; piuttosto con una elevatissima occupazione dei posti letto delle pneumologie e nei reparti di malattie infettive
- il personale sanitario del SSN in media si è ridotto, ma con differenze regionali: nel Nord il personale sanitario è aumentato, mentre nel Sud è diminuito. Anche il personale dipendente delle strutture di ricovero si è ridotto ed anche in questo caso si tratta di una media fra il Nord che vede aumentare il personale delle strutture di ricovero e il Sud che lo diminuisce. Rapportando il personale delle strutture pub-

bliche di ricovero alle giornate di degenza erogate, si è registrato un aumento tra il 2013 ed il 2019 dei dipendenti ogni 1.000 giornate di degenza; dato confermato anche per il ruolo sanitario; la dotazione organica delle strutture di ricovero è aumentata in quasi tutte le Regioni; analogamente anche la dotazione organica di personale sanitario delle strutture di ricovero è aumentata in quasi tutte le Regioni, ad eccezione di Marche, Valle d'Aosta, Sardegna, Molise e Basilicata; parallelamente, però, il personale dipendente delle strutture non di ricovero si è ridotto a livello nazionale, anche in rapporto agli abitanti.

Seppure con tutti caveat del caso, piuttosto che una vera carenza di offerta, se non per specifiche aree e specializzazioni (ad esempio citiamo la nota carenza di anestesisti e rianimatori), sembra potersi segnalare una scarsa flessibilità organizzativa e una carente programmazione, come sembra indicare il fatto che sono stati probabilmente sottovalutati i segnali provenienti dalla pressione sulle strutture che si è storicamente osservata per effetto delle influenze stagionali.

L'assenza di evidenti segnali di *stress* sul lato dell'offerta, sembra confermare che la soluzione ai problemi di saturazione registrati durante la pandemia sia da ricercarsi essenzialmente in nuove forme di flessibilità organizzativa e redistribuzione dei PL, piuttosto che in diffusi incrementi dell'offerta attuale.

Riferimenti bibliografici

- C.R.E.A. Sanità, Rapporto Sanità (anni vari)
 Ministero della Salute (anni vari), *Schede di Dimissione Ospedaliera*
 Ministero della salute, open data sui posti letto (anni vari)
 Ministero della Salute, Annuario statistico (anni vari)
 OECD (2019), OECD.Stat

ENGLISH SUMMARY

Hospital care: evolution and COVID impact

The year 2020 was characterised by the COVID emergency, which had a very significant impact on hospital facilities: during the first wave, intensive care units were severely strained in the Regions with the highest incidence of infections. During the second wave, even the “ordinary” units were put under great pressure, with entire wards converted into “COVID units”: a situation that obviously affected the possibility for the facilities to meet the needs of patients with other diseases.

Since the data needed to analyse the performance of the hospital sector during the pandemic is not yet available, the chapter has attempted to highlight the “conditions” under which hospitals had to face the emergency - in terms of bed occupancy rate and staffing, in particular.

As already highlighted in the previous Reports, the trends and dynamics of the Italian hospital system have specific characteristics: in particular, an unprecedented decrease in hospitalisation rates, thus now making Italy the European country recording the lowest level of recourse to hospitalisation in acute cases.

After years of generalised agreement on the need to reduce hospitalisation, with the consequent closure of facilities and elimination of beds, the COVID pandemic has called these stances into question.

The quantitative analysis developed has confirmed:

- that Italy is the EU Member State with the lowest recourse to hospitalisation (in relation to the population)
- that the lower recourse to hospitalisation has been matched by a gradual elimination of beds, although with significant regional differences
- that, on average, bed occupancy rates have remained at levels that would not seem to indicate a particular risk of stress on the supply side

- that there is, however, an uneven distribution of bed occupancy rates so that, before the pandemic, the intensive care bed occupancy rate was below 50%, while the bed occupancy rate in pulmonology and infectious disease wards was very high
- that the average number of health staff in the National Health Service (NHS) has decreased, albeit with regional differences: in the North health staff has increased, while in the South it has decreased. The number of employees in inpatient facilities has decreased and, also in this case, it is an average between the North, where the staff in inpatient facilities has increased, and the South, where the staff has decreased
- that correlating the staff of public inpatient facilities to the days of hospitalization provided, between 2013 and 2019 there was an increase of employees for every 1,000 hospitalization days, which was also confirmed for the health staff; the staffing in inpatient facilities increased in almost all Regions; similarly, the health staff in inpatient facilities increased in almost all Regions, with the exception of Marche, Valle d’Aosta, Sardegna, Molise and Basilicata.

Notwithstanding all these caveats, rather than a general lack of supply, except in specific areas and specialisations (e.g. the well-known shortage of anaesthetists and resuscitators), there seems to be a lack of planning, as shown by the fact that the signs coming from the pressure on structures that has traditionally been recorded during seasonal influenza have probably been underestimated.

The absence of clear signs of stress on the supply side seems to confirm that the solution to the saturation problems experienced during the pandemic is essentially to be found in new forms of organisational flexibility and bed redistribution, rather than in widespread increases in the current supply.