

Assistenza ospedaliera

In continuità con le Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute, questo Capitolo presenta i principali indicatori sull'attività ospedaliera in Italia, evidenziando trend e variabilità territoriale ed offrendo elementi di riflessione per analisi utili alla programmazione sanitaria, che si muove nell'ottica della riduzione delle disegualanze tra le regioni nell'erogazione dei LEA, attraverso la promozione di una più stretta integrazione tra Ospedale e territorio, anche con la realizzazione degli interventi previsti dal PNRR, al fine di garantire una maggiore soddisfazione dei bisogni sanitari, implementando gli strumenti individuati per la riduzione delle liste di attesa e incentivando l'utilizzo delle soluzioni di intelligenza artificiale nel rispetto dei principi di non discriminazione e di adeguata informazione dei pazienti.

I dati sull'attività ospedaliera presentati nel Capitolo sono tratti dal “Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2023”, a cura del Ministero della Salute, ex Direzione generale della programmazione sanitaria (oggi Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria), presentato a marzo 2025.

La fonte dei dati è rappresentata dal flusso informativo “SDO”, la cui qualità e completezza informativa lo rendono unico nel panorama dei flussi del NSIS del Ministero della Salute.

Il flusso SDO viene utilizzato, tra l'altro, come fonte dati per il calcolo degli indicatori di monitoraggio dell'erogazione dei LEA del Nuovo Sistema di Garanzia, introdotto dal 1° gennaio 2020 con il DM 12 marzo 2019 (24 indicatori relativi all'assistenza ospedaliera).

Il presente Capitolo, con l'analisi di indicatori quali, ad esempio, la dotazione dei posti letto (elaborati dall'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute), il tasso di ospedalizzazione, i tempi di attesa per particolari procedure e interventi chirurgici, la degenza media e la mobilità ospedaliera e alcuni indicatori di appropriatezza, consente di descrivere i mutamenti in atto nei sistemi ospedalieri regionali offrendo elementi utili per la lettura, in chiave sia epidemiologica sia gestionale del ricorso al ricovero ospedaliero.

Un elemento normativo di novità intervenuto di recente è rappresentato dal DL n. 73/2024, convertito nella Legge n. 107/2024, che disciplina misure urgenti di garanzia per l'erogazione e il monitoraggio delle prestazioni sanitarie, anche ai fini della riduzione delle liste di attesa e al rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai LEA i cui effetti, nelle dinamiche sui tempi di erogazione delle prestazioni, potranno essere evidenziati nel prossimo futuro dalla misurazione degli specifici indicatori.

Posti letto per tipo di attività, regime di ricovero e aree

I dati anagrafici e le caratteristiche organizzative delle strutture di ricovero e cura, nonché i dati relativi ai fattori produttivi (posti letto e apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura) e all'attività degli istituti di ricovero, sono rilevati attraverso i flussi informativi attivati con il DPCM 17/05/1984 e poi ampliati con successivi DM, l'ultimo dei quali è il DM 22 dicembre 2023, recante "Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie".

I dati rilevati con i suddetti flussi informativi sono utilizzati dall'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute per predisporre l'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale, pubblicazione che presenta i dati statistici delle strutture della rete di offerta sanitaria. In questa Sezione ci si sofferma sulla dotazione di posti letto degli Istituti di ricovero, distinti per degenza ordinaria, comprensivi di quelli a pagamento e con pernottamento, e posti letto di DH o Day Surgery, per i quali è prevista la sola presenza diurna. Sono stati presi in considerazione sia i posti letto dei reparti attivi a inizio anno, sia quelli dei reparti aperti in corso d'anno (modelli di rilevazione HSP12 "Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate" e HSP13 "Posti letto per disciplina delle case di cura private" - quadro E relativo all'attività accreditata).

Per posti letto per acuti si intendono tutti i posti letto ad esclusione di quelli di lungodegenza e di riabilitazione; per posti letto per post-acuti si intendono i posti letto di riabilitazione (afferenti alle discipline 28 "Unità spinale", 56 "Recupero e riabilitazione funzionale" e 75 "Neuro-riabilitazione") e quelli di lungodegenza (afferenti alla disciplina 60 "Lungodegenti"). Sono qui esclusi i posti letto afferenti alla disciplina 31 "Nido" e quelli afferenti alla disciplina 04 "Osservazione Breve Intensiva-OBI": dal punto di vista organizzativo l'OBI è una unità funzionale del Pronto Soccorso.

Tabella 1 - Posti letto (valori assoluti) per tipologia di attività e regime di ricovero per regione - Anno 2023

Regioni	Posti letto per acuti			Posti letto per Post-acuti			Totale posti letto		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	12.307	1.665	13.972	4.092	83	4.175	16.399	1.748	18.147
Valle d'Aosta	361	45	406	64	0	64	425	45	470
Lombardia	29.033	2.210	31.243	6.944	93	7.037	35.977	2.303	38.280
Bolzano-Bozen	1.557	153	1.710	376	16	392	1.933	169	2.102
Trento	1.415	193	1.608	580	36	616	1.995	229	2.224
Veneto	12.765	1.116	13.881	2.326	137	2.463	15.091	1.253	16.344
Friuli-Venezia Giulia	3.417	437	3.854	315	2	317	3.732	439	4.171
Liguria	4.222	595	4.817	841	39	880	5.063	634	5.697
Emilia-Romagna	13.450	824	14.274	3.185	98	3.283	16.635	922	17.557
Toscana	9.301	1.481	10.782	1.117	63	1.180	10.418	1.544	11.962
Umbria	2.383	331	2.714	398	17	415	2.781	348	3.129
Marche	4.435	580	5.015	818	6	824	5.253	586	5.839
Lazio	15.180	1.973	17.153	3.791	241	4.032	18.971	2.214	21.185
Abruzzo	3.334	444	3.778	636	21	657	3.970	465	4.435
Molise	883	121	1.004	180	2	182	1.063	123	1.186
Campania	13.251	2.291	15.542	2.253	183	2.436	15.504	2.474	17.978
Puglia	12.219	764	12.983	1.759	20	1.779	13.978	784	14.762
Basilicata	1.322	212	1.534	385	17	402	1.707	229	1.936
Calabria	4.267	683	4.950	976	92	1.068	5.243	775	6.018
Sicilia	12.503	1.757	14.260	2.113	115	2.228	14.616	1.872	16.488
Sardegna	4.514	686	5.200	477	32	509	4.991	718	5.709
Italia	162.119	18.561	180.680	33.626	1.313	34.939	195.745	19.874	215.619

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Elaborazione a cura dell'Ufficio di Statistica. Anno 2025.

La dotazione complessiva di posti letto a livello nazionale è pari a 215.619, di cui l'83,8% per acuti ed il restante 16,2% per post-acuti.

Significato. Il numero assoluto dei posti letto non consente un reale raffronto tra le regioni sulla dotazione di posti letto. Si ricorre, pertanto, all'indicatore che esprime la dotazione di posti letto rispetto alla popolazione. Si considera la popolazione residente, che

costituisce un'informazione certa delle Anagrafi comunali e per maggiore precisione si considera la popolazione residente media dell'anno in esame, ossia la media aritmetica della popolazione residente al tempo (t) e ($t+1$).

Posti letto

Numeratore	Σ posti letto	$\times 1.000$
Denominatore	$(\Sigma \text{ popolazione residente}_{(t)} + \Sigma \text{ popolazione residente}_{(t+1)}) / 2$	

Validità e limiti. L'indicatore consente il raffronto tra regioni sulla disponibilità dei posti letto, rispetto alla popolazione residente. Nelle regioni, oltre ai residenti, vi è una quota di popolazione presente, che in caso di necessità ricorre all'assistenza ospedaliera. Questa quota di popolazione non è di facile computo e spesso sfugge alle statistiche anagrafiche ufficiali. Pertanto, per il calcolo dell'indicatore, è preferibile considerare la popolazione residente.

Valore di riferimento/Benchmark. Il DM n. 70 del 2 aprile 2015, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", fissa lo standard a 3,7 i posti letto per 1.000 residenti, comprensivi di 0,7 posti letto per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, con piccole variazioni che tengono conto della mobilità ospedaliera tra regioni. Dal computo della dotazione standard sono da escludere i posti letto a pagamento.

Per un approfondimento circa l'utilizzo dei posti letto ospedalieri indicati nella Tabella 1, si propone un'aggregazione per aree funzionali omogenee (Tabella 3), così come di seguito indicate.

- *Area Medica*, comprensiva delle seguenti discipline: Allergologia; DH; Angiologia; Cardiologia; Medicina Sportiva; Ematologia; Malattie Endocrine, Ricambio e Nutrizione; Immunologia; Geriatria; Malattie Infettive e Tropicali; Medicina del Lavoro; Medicina Generale; Nefrologia; Neurologia; Psichiatria; Tossicologia; Astanteria; Dermatologia; Emodialisi; Gastroenterologia; Medicina Nucleare; Oncologia; Oncoematologia; Pneumologia; Radiologia; Radioterapia; Reumatologia; Radioterapia Oncologica; Terapia del Dolore; Cure Palliative.

- *Area Chirurgica*, comprensiva delle seguenti discipline: Cardiochirurgia; Chirurgia Generale; Chirurgia Maxillo-Facciale; Chirurgia Plastica; Chirurgia Toracica; Chirurgia Vascolare; Neurochirurgia; Oculistica; Odontoiatria e Stomatologia; Ortopedia e Traumatologia; Otorinolaringoiatria; Urologia; Nefrologia (Abilitazione al Trapianto Rene); Day Surgery.

- *Area Critica*, comprensiva delle seguenti discipline: Grandi Ustioni; Terapia Intensiva; Unità Coronarica; Terapia Semi-Intensiva.

- *Area Materno Infantile Pediatrica*, comprensiva delle seguenti discipline:

Cardiochirurgia Pediatrica; Chirurgia Pediatrica; Neuropsichiatria Infantile; Ostetricia e Ginecologia; Pedriatria; Grandi Ustioni Pediatriche; Fisiopatologia della Riproduzione Umana; Neonatologia; Oncoematologia Pediatrica; Terapia Intensiva Neonatale; Neurochirurgia Pediatrica; Nefrologia Pediatrica; Urologia Pediatrica.

- *Area Post-Acuzie*, comprensiva delle seguenti discipline:

Unità Spinale; Recupero e Riabilitazione Funzionale; Lungodegenti; Neuro-Riabilitazione.

- *Area Residuale*, comprensiva dei posti letto afferenti alle discipline:

Detenuti, Pensionanti e Farmacologia Clinica.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale la dotazione di posti letto è complessivamente di 3,66 per 1.000 residenti, di cui 3,06 per acuti e 0,59 per post-acuti (Tabella 2).

A livello regionale si evidenzia il valore minimo in Campania con 3,21 posti letto per 1.000 residenti, di cui 2,77 per 1.000 per acuti e 0,43 per 1.000 per post-acuti. Il valore più elevato è in Piemonte con 4,27 posti letto per 1.000 residenti, di cui 3,29 per 1.000 per acuti e 0,98 per post-acuti.

L'Area Medica è l'area funzionale che presenta la quota prevalente di dotazione di posti letto (39,1%) e a seguire l'Area Chirurgica (28,3%), l'Area Post-Acuzie (16,2%), l'Area Materno Infantile Pediatrica (10,8%), l'Area Critica (5,2%), ed infine l'Area Residuale (0,4%) (Tabella 4).

Complessivamente, prescindendo dal regime di ricovero, la dotazione di posti letto per l'Area Medica a livello nazionale, è di 1,43 posti letto per 1.000 residenti. Nel confronto regionale, la dotazione minima è in Campania (1,11 posti letto per 1.000 residenti) e la massima in Liguria (1,77 posti letto per 1.000 residenti).

Per l'Area Chirurgica la disponibilità di posti letto a livello nazionale è 1,04 posti letto per 1.000 residenti. Il valore minimo in Liguria (0,86 posti letto per 1.000 residenti) ed il valore massimo in Molise (1,29 posti letto per 1.000 residenti).

La dotazione di posti letto per l'Area Post-Acuzie a livello nazionale è 0,59 posti letto per 1.000 residenti. I valori estremi della distribuzione regionale sono in Friuli-Venezia Giulia (0,27 posti letto per 1.000 resi-

denti) e nella PA di Trento (1,13 posti letto per 1.000 residenti). La differenza considerevole tra i valori estremi della distribuzione regionale fanno ritenere che le regioni abbiano diversamente organizzato le attività inerenti a questa area funzionale, avvalendosi in modo differenziato dell'assistenza territoriale.

Per l'Area Materno Infantile Pediatrica la dotazione di posti letto a livello nazionale è 0,40 posti letto per 1.000 residenti. La distribuzione regionale presenta il valore minimo in Molise (0,30 posti letto per 1.000 residenti) ed il valore massimo in Sardegna (0,51 posti letto per 1.000 residenti).

La dotazione di posti letto per l'Area Critica è di 0,19 posti letto per 1.000 residenti a livello nazionale. Il valore minimo assunto dalla distribuzione regionale è

in Valle d'Aosta (0,12 posti letto per 1.000 residenti) ed il valore massimo è nelle Marche (0,26 posti letto per 1.000 residenti).

Infine, l'Area Residuale presenta una dotazione di posti letto estremamente ridotta: a livello nazionale la dotazione è di 1 posto letto per 100.000 residenti. Il valore minimo della distribuzione è 0 in corrispondenza delle regioni che non hanno posti letto afferenti a questa area funzionale: le PA di Bolzano e Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Puglia. I valori massimi si rilevano in Lombardia e Piemonte (rispettivamente 4,11 e 3,81 posti letto per 100.000 residenti). Per i raffronti regionali anche in questo caso si ricorre all'indicatore che esprime la dotazione di posti letto per area funzionale omogenea rispetto alla popolazione.

Tabella 2 - Posti letto (valori per 1.000) per tipologia di attività e regime di ricovero per regione - Anno 2023

Regioni	Posti letto per acuti			Posti letto per post-acute			Totale posti letto		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	2,89	0,39	3,29	0,96	0,02	0,98	3,86	0,41	4,27
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,93	0,37	3,30	0,52	0,00	0,52	3,46	0,37	3,82
Lombardia	2,90	0,22	3,13	0,69	0,01	0,70	3,60	0,23	3,83
Bolzano-Bozen	2,91	0,29	3,19	0,70	0,03	0,73	3,61	0,32	3,92
Trento	2,60	0,35	2,96	1,07	0,07	1,13	3,67	0,42	4,09
Veneto	2,63	0,23	2,86	0,48	0,03	0,51	3,11	0,26	3,37
Friuli-Venezia Giulia	2,86	0,37	3,23	0,26	0,00	0,27	3,12	0,37	3,49
Liguria	2,80	0,39	3,19	0,56	0,03	0,58	3,36	0,42	3,78
Emilia-Romagna	3,03	0,19	3,21	0,72	0,02	0,74	3,74	0,21	3,95
Toscana	2,54	0,40	2,94	0,31	0,02	0,32	2,85	0,42	3,27
Umbria	2,79	0,39	3,18	0,47	0,02	0,49	3,25	0,41	3,66
Marche	2,99	0,39	3,38	0,55	0,00	0,56	3,54	0,40	3,94
Lazio	2,65	0,35	3,00	0,66	0,04	0,71	3,32	0,39	3,71
Abruzzo	2,62	0,35	2,97	0,50	0,02	0,52	3,12	0,37	3,49
Molise	3,05	0,42	3,46	0,62	0,01	0,63	3,67	0,42	4,09
Campania	2,37	0,41	2,77	0,40	0,03	0,43	2,77	0,44	3,21
Puglia	3,13	0,20	3,33	0,45	0,01	0,46	3,58	0,20	3,79
Basilicata	2,47	0,40	2,87	0,72	0,03	0,75	3,19	0,43	3,62
Calabria	2,32	0,37	2,69	0,53	0,05	0,58	2,85	0,42	3,27
Sicilia	2,60	0,37	2,97	0,44	0,02	0,46	3,04	0,39	3,43
Sardegna	2,87	0,44	3,30	0,30	0,02	0,32	3,17	0,46	3,63
Italia	2,75	0,31	3,06	0,57	0,02	0,59	3,32	0,34	3,66

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Elaborazione a cura dell'Ufficio di Statistica. Anno 2025.

Tabella 3 - Posti letto (valori assoluti) per Area Funzionale Omogenea e regime di ricovero per regione - Anno 2023

Regioni	Posti letto Area Medica				Posti letto Area Chirurgica				Posti letto Area Critica				Posti letto Area Pediatrica				Posti letto Area Post-Acuzie				Posti letto Area Residuale				Posti letto Totale			
	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	
Piemonte	6.600	775	7.375	3.340	647	3.987	914	14	928	1.346	174	1.520	4.092	83	4.175	107	55	162	16.399	1.748	18.147	-	-	-	-	-	-	
Valle d'Aosta	182	29	211	121	10	131	15	0	15	42	6	48	64	0	64	1	0	1	425	45	470	-	-	-	-	-	-	
Lombardia	13.313	589	13.902	9.929	1.235	11.164	1.525	6	1.531	3.858	377	4.235	6.944	93	7.037	408	3	411	35.977	2.303	38.280	-	-	-	-	-	-	
Bolzano-Bozen	681	58	739	542	60	602	109	0	109	225	35	260	376	16	392	-	-	-	1.933	169	2.102	-	-	-	-	-	-	
Trento	748	65	813	439	98	537	69	2	71	159	28	187	580	36	616	-	-	-	1.995	229	2.224	-	-	-	-	-	-	
Veneto	6.463	273	6.736	4.039	699	4.738	731	2	733	1.532	142	1.674	2.326	137	2.463	-	-	-	15.091	1.253	16.344	-	-	-	-	-	-	
Friuli-Venezia Giulia	1.645	186	1.831	1.185	190	1.375	205	0	205	382	61	443	315	2	317	-	-	-	3.732	439	4.171	-	-	-	-	-	-	
Liguria	2.384	287	2.671	1.074	222	1.296	307	2	309	438	82	520	841	39	880	19	-	-	21	5.063	634	5.697	-	-	-	-	-	-
Emilia-Romagna	6.795	234	7.029	4.328	456	4.784	931	0	931	1.361	131	1.492	3.185	98	3.283	35	-	-	38	16.635	922	17.557	-	-	-	-	-	-
Toscana	4.301	677	4.978	3.090	564	3.654	614	3	617	1.266	237	1.503	1.117	63	1.180	30	0	30	10.418	1.544	11.962	-	-	-	-	-	-	
Umbria	1.120	125	1.245	823	166	989	170	0	170	270	40	310	398	17	415	-	-	-	2.781	348	3.129	-	-	-	-	-	-	
Marche	2.321	296	2.617	1.218	223	1.441	390	3	393	505	56	561	818	6	824	1	-	-	3	5.253	586	5.839	-	-	-	-	-	-
Lazio	7.334	973	8.307	4.821	795	5.616	1.220	0	1.220	1.781	205	1.986	3.791	241	4.032	24	-	-	18.971	2.214	21.185	-	-	-	-	-	-	
Abruzzo	1.503	204	1.707	1.188	188	1.376	224	0	224	415	52	467	636	21	657	4	-	-	3.970	465	4.435	-	-	-	-	-	-	
Molise	418	63	481	325	50	375	56	0	56	80	8	88	180	2	182	4	-	-	1.063	123	1.186	-	-	-	-	-	-	
Campania	5.176	1.044	6.220	4.722	846	5.568	1.046	17	1.063	2.284	383	2.667	2.253	183	2.436	23	1	24	15.504	2.474	17.978	-	-	-	-	-	-	
Puglia	5.749	381	6.130	3.872	255	4.127	951	3	954	1.647	125	1.772	1.759	20	1.779	-	-	-	13.978	784	14.762	-	-	-	-	-	-	
Basilicata	589	115	704	421	66	487	129	0	129	182	31	213	385	17	402	1	-	-	1.707	229	1.936	-	-	-	-	-	-	
Calabria	1.863	319	2.182	1.527	260	1.787	287	5	292	584	99	683	976	92	1.068	6	0	6	5.243	775	6.018	-	-	-	-	-	-	
Sicilia	5.259	782	6.041	4.490	792	5.282	940	7	947	1.784	175	1.959	2.113	115	2.228	30	1	31	14.616	1.872	16.488	-	-	-	-	-	-	
Sardegna	1.967	351	2.318	1.578	222	1.800	278	5	283	691	106	797	477	32	509	0	2	2	4.991	718	5.709	-	-	-	-	-	-	
Italia	76.411	7.826	84.237	53.072	8.044	61.116	69	11.180	20.832	2.553	23.385	33.626	1.313	34.939	693	69	762	195.745	19.874	215.619	-	-	-	-	-	-		

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Elaborazione a cura dell'Ufficio di Statistica. Anno 2025.

Tabella 4 - Posti letto (valori per 1.000) per Area Funzionale Omogenea e regime di ricovero per regione - Anno 2023

Regioni	Posti letto Area Medica				Posti letto Area Chirurgica				Posti letto Area Critica				Posti letto Area Post-Acuzie				Posti letto Area residuale				Posti letto Totale			
	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total	RO	DH	Total
Piemonte	1,55	0,18	1,73	0,79	0,15	0,94	0,21	0,00	0,22	0,32	0,04	0,36	0,96	0,02	0,98	0,03	0,01	0,04	3,86	0,41	4,27			
Valle d'Aosta	1,48	0,24	1,72	0,98	0,08	1,07	0,12	0,00	0,12	0,34	0,05	0,39	0,52	0,00	0,52	0,01	0,00	0,01	3,46	0,37	3,82			
Lombardia	1,33	0,06	1,39	0,99	0,12	1,12	0,15	0,00	0,15	0,39	0,04	0,42	0,69	0,01	0,70	0,04	0,00	0,04	3,60	0,23	3,83			
Bolzano-Bozen	1,27	0,11	1,38	1,01	0,11	1,12	0,20	0,00	0,20	0,42	0,07	0,49	0,70	0,03	0,73	0,00	0,00	0,00	3,61	0,32	3,92			
Trento	1,37	0,12	1,49	0,81	0,18	0,99	0,13	0,00	0,13	0,29	0,05	0,34	1,07	0,07	1,13	0,00	0,00	0,00	3,67	0,42	4,09			
Veneto	1,33	0,06	1,39	0,83	0,14	0,98	0,15	0,00	0,15	0,32	0,03	0,35	0,48	0,03	0,51	0,00	0,00	0,00	3,11	0,26	3,37			
Friuli-Venezia Giulia	1,38	0,16	1,53	0,99	0,16	1,15	0,17	0,00	0,17	0,32	0,05	0,37	0,26	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	3,12	0,37	3,49			
Liguria	1,58	0,19	1,77	0,71	0,15	0,86	0,20	0,00	0,20	0,29	0,05	0,34	0,56	0,03	0,58	0,01	0,00	0,01	3,36	0,42	3,78			
Emilia-Romagna	1,53	0,05	1,58	0,97	0,10	1,08	0,21	0,00	0,21	0,31	0,03	0,34	0,72	0,02	0,74	0,01	0,00	0,01	3,74	0,21	3,95			
Toscana	1,17	0,18	1,36	0,84	0,15	1,00	0,17	0,00	0,17	0,35	0,06	0,41	0,31	0,02	0,32	0,01	0,00	0,01	2,85	0,42	3,27			
Umbria	1,31	0,15	1,46	0,96	0,19	1,16	0,20	0,00	0,20	0,32	0,05	0,36	0,47	0,02	0,49	0,00	0,00	0,00	3,25	0,41	3,66			
Marche	1,56	0,20	1,76	0,82	0,15	0,97	0,26	0,00	0,26	0,34	0,04	0,38	0,55	0,00	0,56	0,00	0,00	0,00	3,54	0,40	3,94			
Lazio	1,28	0,17	1,45	0,84	0,14	0,98	0,21	0,00	0,21	0,31	0,04	0,35	0,66	0,04	0,71	0,00	0,00	0,00	3,32	0,39	3,71			
Abruzzo	1,18	0,16	1,34	0,93	0,15	1,08	0,18	0,00	0,18	0,33	0,04	0,37	0,50	0,02	0,52	0,00	0,00	0,00	3,12	0,37	3,49			
Molise	1,44	0,22	1,66	1,12	0,17	1,29	0,19	0,00	0,19	0,28	0,03	0,30	0,62	0,01	0,63	0,01	0,00	0,01	3,67	0,42	4,09			
Campania	0,92	0,19	1,11	0,84	0,15	0,99	0,19	0,00	0,19	0,41	0,07	0,48	0,40	0,03	0,43	0,00	0,00	0,00	2,77	0,44	3,21			
Puglia	1,47	0,10	1,57	0,99	0,07	1,06	0,24	0,00	0,24	0,42	0,03	0,45	0,45	0,01	0,46	0,00	0,00	0,00	3,58	0,20	3,79			
Basilicata	1,10	0,21	1,31	0,79	0,12	0,91	0,24	0,00	0,24	0,34	0,06	0,40	0,72	0,03	0,75	0,00	0,00	0,00	3,19	0,43	3,62			
Calabria	1,01	0,17	1,18	0,83	0,14	0,97	0,16	0,00	0,16	0,32	0,05	0,37	0,53	0,05	0,58	0,00	0,00	0,00	2,85	0,42	3,27			
Sicilia	1,09	0,16	1,26	0,93	0,16	1,10	0,20	0,00	0,20	0,37	0,04	0,41	0,44	0,02	0,46	0,01	0,00	0,01	3,04	0,39	3,43			
Sardegna	1,25	0,22	1,47	1,00	0,14	1,14	0,18	0,00	0,18	0,44	0,07	0,51	0,30	0,02	0,32	0,00	0,00	0,00	3,17	0,46	3,63			
Italia	1,30	0,13	1,43	0,90	0,14	1,04	0,19	0,00	0,19	0,35	0,04	0,40	0,57	0,02	0,59	0,01	0,00	0,01	3,32	0,34	3,66			

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Elaborazione a cura dell'Ufficio di Statistica. Anno 2025.

Ospedalizzazione per età, genere, regime di ricovero e tipo di attività

Significato. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato è un indicatore utilizzato per misurare la frequenza di ricoveri ospedalieri in una popolazione, tenendo

conto delle differenze di età e genere tra diverse popolazioni; è utile per confrontare i tassi di ospedalizzazione tra diverse regioni.

Tasso standardizzato di ospedalizzazione

$$\text{Numeratore} = \frac{\sum (\text{Tasso specifico per età} \times \text{Popolazione standard per età})}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

Popolazione standard totale

Validità e limiti. È utile per confrontare i tassi di ospedalizzazione in diverse aree e viene utilizzato altresì per la valutazione dell'accesso alle cure ospedaliere in diverse regioni e per pianificare le risorse sanitarie e ottimizzare l'offerta dei servizi ospedalieri.

Valore di riferimento/Benchmark. In mancanza di normative specifiche e di indicazioni di letteratura rispetto alle quali attuare confronti, si considera come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e genere nel 2023, è risultato pari a 117,45 per 1.000, in aumento rispetto al 2022 (112,8 per 1.000 abitanti) registrando un incremento in tutte le sue componenti (acuti, riabilitazione e lungodegenza) rispetto agli anni precedenti. Nella Tabella 1 sono riportati i tassi

di ospedalizzazione standardizzati per regione, per tipo di attività e regime di ricovero per l'anno 2023. In generale, si registra una forte variabilità geografica tra le regioni, con un minimo di 106,11 dimissioni per 1.000 abitanti in Puglia ed un massimo di 137,19 per 1.000 abitanti nella PA di Bolzano.

Nello specifico dell'attività per acuti (Grafico 1), si riporta la variabilità regionale; rispetto ad una media nazionale di 84,78 e 27,41, rispettivamente, per i ricoveri in regime ordinario e in regime diurno, si va da un minimo per la Puglia (91,20 per 1.000 in regime ordinario e 10,99 per 1.000 in regime diurno) a un massimo per la Valle d'Aosta (96,43 in regime ordinario e 42,14 in DH).

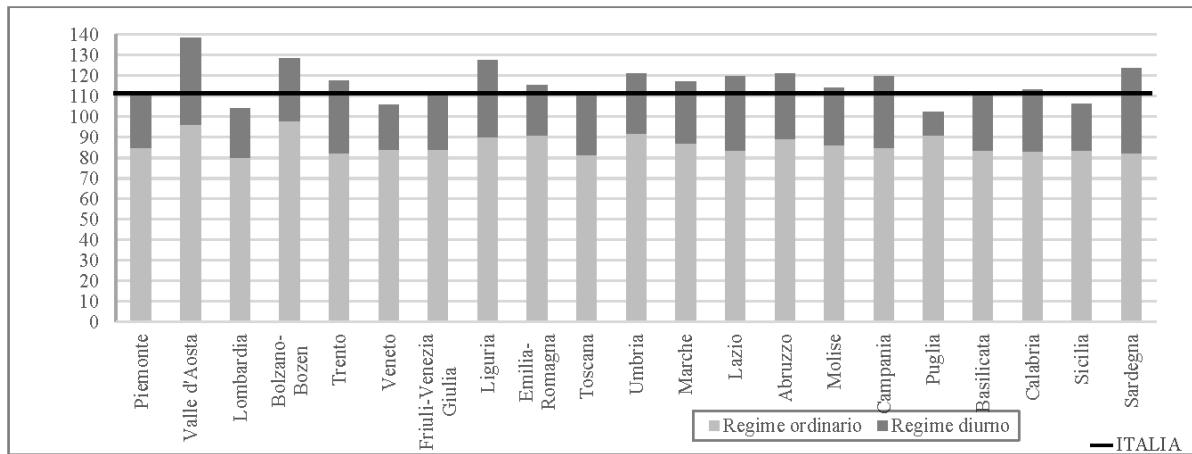
Il Grafico 2 riporta la distribuzione delle dimissioni per età e genere; si può osservare come l'attività per acuti in regime ordinario sia nettamente prevalente in ogni fascia di età, seguita dalla attività per acuti in regime diurno.

Tabella 2 - Ospedalizzazione (tasso standardizzato e specifico per 1.000) per tipo di attività e regime di ricovero per regione - Anno 2023

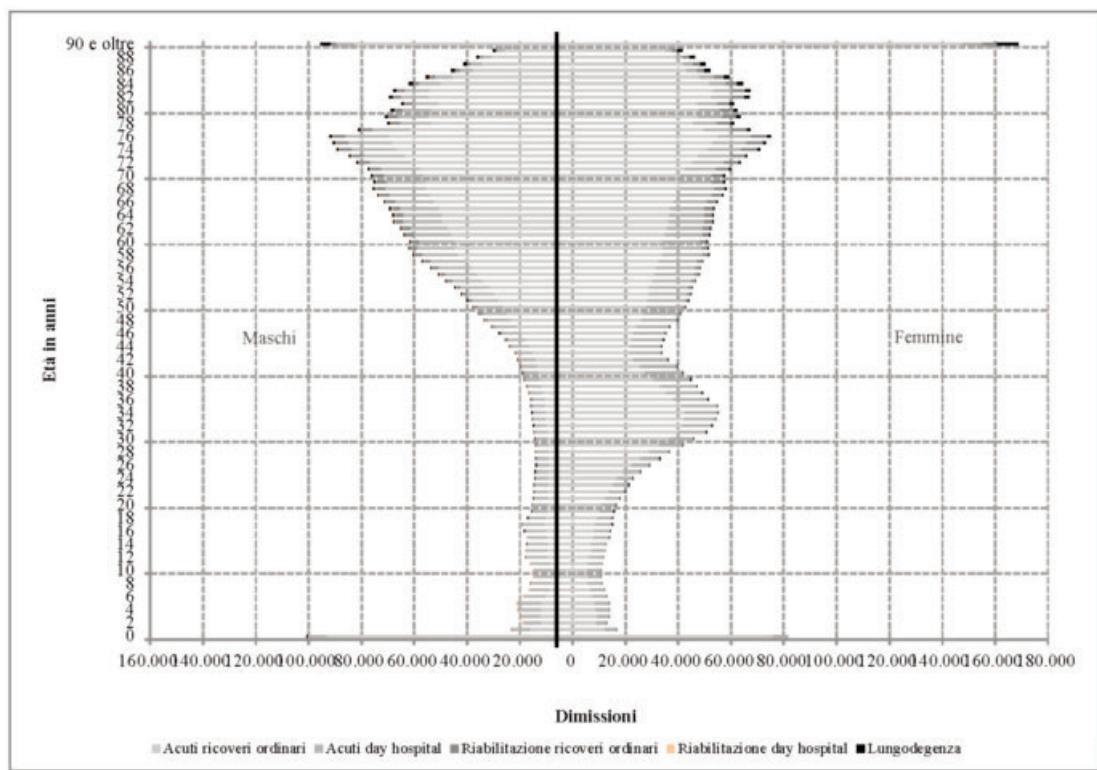
Regioni	Acuti			Riabilitazione			Lungodegenza			Lungodegenza		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	85,07	26,94	112,01	6,22	0,45	6,67	1,01	92,30	27,39	119,69		
Valle d'Aosta	96,43	42,14	138,57	6,47	0,06	6,53	0,84	103,73	42,20	145,93		
Lombardia	79,93	24,17	104,11	5,95	0,15	6,10	0,43	86,31	24,33	110,63		
Bolzano-Bozen	97,97	30,32	128,29	5,55	0,48	6,02	2,88	106,40	30,80	137,19		
Trento	82,34	35,20	117,55	6,01	0,94	6,96	1,36	89,72	36,15	125,87		
Veneto	84,03	21,74	105,77	3,96	0,55	4,50	0,31	88,30	22,29	110,59		
Friuli-Venezia Giulia	83,84	27,67	111,51	2,12	0,18	2,31	0,47	86,43	27,86	114,29		
Liguria	89,95	37,80	127,75	5,50	0,56	6,06	0,99	96,44	38,36	134,81		
Emilia-Romagna	90,89	24,50	115,39	2,39	0,32	2,72	3,40	96,68	24,82	121,50		
Toscana	81,37	29,17	110,54	1,75	0,18	1,93	0,24	83,36	29,35	112,71		
Umbria	91,77	29,10	120,87	3,44	0,46	3,90	0,65	95,86	29,56	125,42		
Marche	86,97	30,12	117,09	2,71	0,13	2,84	1,29	90,97	30,25	121,22		
Lazio	83,69	36,19	119,88	4,02	0,84	4,86	0,93	88,64	37,03	125,67		
Abruzzo	89,36	31,85	121,21	4,10	0,12	4,23	0,68	94,14	31,97	126,12		
Molise	86,12	27,76	113,87	3,82	0,20	4,03	0,07	90,01	27,96	117,97		
Campania	84,79	34,80	119,59	2,93	0,62	3,55	0,68	88,39	35,42	123,82		
Puglia	91,20	10,99	102,19	3,28	0,21	3,49	0,43	94,91	11,20	106,11		
Basilicata	83,39	28,92	112,31	3,62	0,22	3,83	1,29	88,29	29,13	117,43		
Calabria	83,01	30,17	113,18	4,60	0,62	5,22	0,63	88,23	30,80	119,03		
Sicilia	83,46	22,64	106,10	3,56	0,60	4,16	0,50	87,52	23,24	110,76		
Sardegna	82,15	41,50	123,65	2,26	0,32	2,58	0,35	84,76	41,82	126,59		
Italia	84,78	27,41	112,19	4,00	0,41	4,41	0,85	89,63	27,82	117,45		

Nota: il tasso di ospedalizzazione è calcolato sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 1 - Ospedalizzazione (tasso standardizzato e specifico per 1.000) per acuti per regione - Anno 2023

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 2 - Distribuzione delle dimissioni per età e genere. Composizione per tipo di attività e regime di ricovero - Anno 2023

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Composizione ospedalizzazione per DRG medici e DRG chirurgici

Significato. I DRG esprimono il sistema di classificazione utilizzato per determinare le tariffe delle prestazioni ospedaliere; nello specifico, i DRG medici riguardano le diagnosi e le terapie mediche legati alla

struttura dell'offerta e alle politiche organizzative, mentre i DRG chirurgici sono relativi agli interventi chirurgici influenzati da fattori legati alle *performance* dei medici e alla scelta dei pazienti.

Dimissioni con Diagnosis Related Group chirurgici

Numeratore	N dimissioni <i>Diagnosis Related Group</i> medici	x 100
Denominatore	Totale dimissioni	

Dimissioni con Diagnosis Related Group chirurgici

Numeratore	N dimissioni <i>Diagnosis Related Group</i> chirurgici	x 100
Denominatore	Totale dimissioni	

Validità e limiti. Accuratezza nella classificazione e rilevanza clinica; i DRG chirurgici sono progettati per classificare i pazienti in base alle procedure chirurgiche eseguite, garantendo una certa accuratezza nella classificazione. Inoltre, tengono conto delle diverse procedure chirurgiche e delle risorse utilizzate, consentendo una classificazione rilevante dal punto di vista clinico.

Per quanto riguarda i DRG medici, questi coprono tutta la casistica ospedaliera medica, garantendo che ogni paziente sia attribuito a una categoria specifica. Inoltre, le tipologie di pazienti sono simili dal punto di vista clinico, consentendo una classificazione coerente e logica.

La limitazione principale proviene dal fatto che la validità, sia dei DRG chirurgici che medici, dipende dalla codifica, che può essere influenzata da errori o incoerenze.

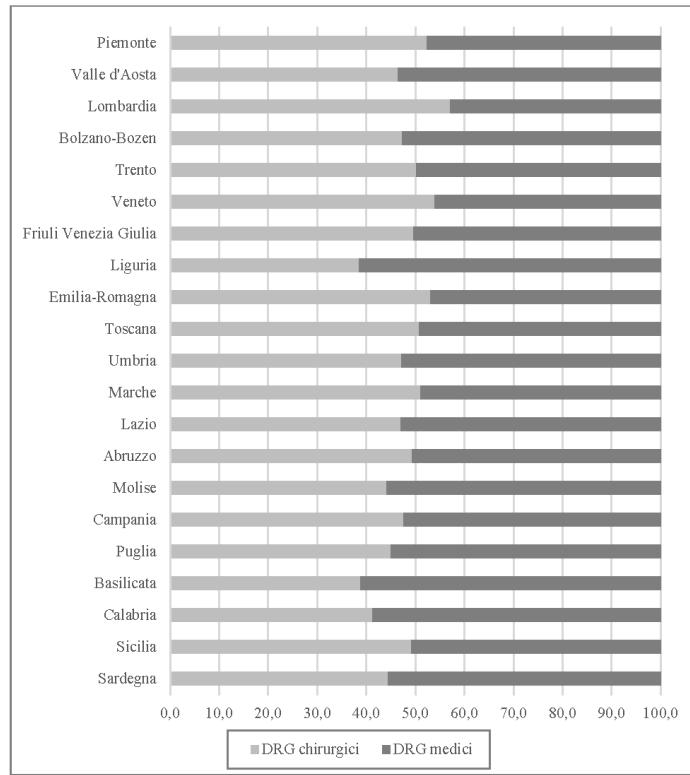
Valore di riferimento/Benchmark. I valori vengono confrontati con il 50% di DRG di ciascuna tipologia.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, il 50,2% dei ricoveri nel 2023 è relativo a DRG chirurgici, con una variabilità minima tra le regioni, fatta eccezione per la Liguria e la Basilicata dove la quota di interventi con DRG chirurgici è, rispettivamente, pari al 38,5% e 38,8%. Nel Grafico 1 è riportata la composizione della percentuale di dimissioni per DRG medici e DRG chirurgici o non classificati nelle regioni, espressa attraverso le percentuali.

La distribuzione delle dimissioni per regione, tipo di DRG e regime di ricovero sono illustrate nella Tabella 2. Sia per le dimissioni con DRG chirurgici, che per le dimissioni con DRG medici o non specificati, vengono riportati il numero di dimissioni e le percentuali di ricoveri in regime ordinario e in regime diurno. Per quanto riguarda le dimissioni con DRG chirurgici, la quota di ricoveri in regime diurno risulta pari al 26,45%, con oscillazioni da un minimo del 7,21% in Puglia ad un massimo del 40,75% nella PA di Trento; per le dimissioni con DRG medici o non classificabili, tale quota è inferiore (pari al 19,94%), con una quota minima in Puglia dell'8,08% ad un massimo nel Lazio con un livello del 33,54%.

Grafico 1 - Composizione (valori per 100) delle dimissioni con Diagnosis Related Group medico e chirurgico per regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Tabella 1 - Distribuzione delle dimissioni (valori assoluti e valori per 100) per tipo di DRG (versione 24) e regime di ricovero per acuti per regione - Anno 2023

Regioni	DRG Chirurgici				DRG Medici o Non classificabili				Totale
	RO Dimissioni	%	DH Dimissioni	%	RO Dimissioni	%	DH Dimissioni	%	
Piemonte	217.411	78,64	59.059	21,36	276.470	76,97	58.058	23,03	252.051
Valle d'Aosta	5.716	66,88	2.831	33,12	8.547	7,044	2.824	28,62	9.868
Lombardia	477.306	69,05	213.894	30,95	691.200	465.623	89,69	53.543	10,31
Bolzano-Bozen	24.494	68,39	11.323	31,61	35.817	34.625	86,63	5.342	13,37
Trento	20.172	59,25	13.871	40,75	34.043	28.407	83,81	5.487	16,19
Veneto	235.084	74,28	81.406	25,72	316.490	239.965	88,98	29.731	11,02
Friuli-Venezia Giulia	55.576	72,38	21.211	27,62	76.787	62.570	80,17	15.480	19,83
Liguria	61.899	73,73	22.053	26,27	83.952	91.694	68,31	42.537	31,69
Emilia-Romagna	255.536	73,84	90.552	26,16	346.088	271.851	88,94	33.822	11,06
Toscana	175.335	71,99	68.235	28,01	243.570	187.588	79,35	48.819	20,65
Umbria	37.107	69,47	16.306	30,53	53.413	51.593	86,25	8.223	13,75
Marche	69.070	72,68	25.968	27,32	95.038	70.812	77,76	20.257	22,24
Lazio	277.386	73,72	98.897	26,28	376.283	281.155	66,46	141.918	33,54
Abruzzo	55.834	72,03	21.683	27,97	77.517	63.616	79,77	16.136	20,23
Molise	12.291	76,98	3.675	23,02	15.966	15.759	78,04	4.435	21,96
Campania	230.253	74,46	78.963	25,54	309.216	228.398	67,18	111.594	32,82
Puglia	166.753	92,79	12.957	7,21	179.710	202.114	91,92	17.776	8,08
Basilicata	14.988	68,43	6.916	31,57	21.904	27.085	78,35	7.485	21,65
Calabria	55.435	75,63	17.861	24,37	73.296	77.294	73,82	27.406	26,18
Sicilia	184.087	73,50	66.355	26,50	250.442	222.214	85,70	37.077	14,30
Sardegna	58.951	63,82	33.422	36,18	92.373	80.395	69,63	35.070	30,37
Italia	2.690.684	73,55	967.438	26,45	3.658.122	2.903.795	80,06	723.020	19,94
									3.626.815

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Ospedalizzazione per particolari patologie a elevato impatto sociale

Significato. La difficoltà da parte del paziente di scegliere fra le varie opzioni di trattamento, nonché la mancanza di un elevato consenso professionale circa le scelte terapeutiche, possono determinare l'elevata variabilità del tasso di intervento per specifiche procedure chirurgiche.

Di seguito vengono analizzati e descritti i tassi di ospedalizzazione nella popolazione di età ≥ 65 anni riguardanti procedure terapeutiche relative a patologie ad elevato impatto sociale e ad alta prevalenza: inter-

venti di cataratta, interventi per sostituzione di protesi di anca e bypass coronarico e angioplastica coronarica. Per ognuna delle procedure prese in esame, la letteratura evidenzia tassi di ospedalizzazione molto variabili, sia in contesti internazionali che nazionali. Viene qui illustrata variabilità geografica tra le regioni, che può fornire indicazioni sulla dimensione dell'offerta, su eventuali limitazioni nell'accesso ai servizi e, indirettamente, su fenomeni di inappropriatezza organizzativa.

Tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana per intervento di cataratta

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (età ≥ 65 anni) per intervento di cataratta ¹	x 100.000
Denominatore	Popolazione residente ≥ 65 anni	

Tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana per intervento di sostituzione dell'anca

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (età ≥ 65 anni) per interventi di sostituzione dell'anca ²	x 100.000
Denominatore	Popolazione residente ≥ 65 anni	

Tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana per intervento di bypass coronarico

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (età ≥ 65 anni) per interventi di bypass coronarico ³	x 100.000
Denominatore	Popolazione residente ≥ 65 anni	

Tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana per intervento di angioplastica coronarica

Numeratore	Dimissioni ospedaliere (età ≥ 65 anni) per interventi di angioplastica coronarica ⁴	x 100.000
Denominatore	Popolazione residente ≥ 65 anni	

¹Dimissioni in regime ordinario e diurno con intervento principale relativo a "cataratta" (codici ICD-9-CM 13.**).

²Dimissioni in regime ordinario con intervento principale di "sostituzione di anca" (codici ICD-9-CM 81.51, 81.52, 81.53).

³Dimissioni in regime ordinario con intervento principale o secondario di "bypass coronarico" (codici ICD-9-CM 36.1*).

⁴Dimissioni in regime ordinario e diurno con intervento principale o secondario di "angioplastica coronarica" (codici ICD-9-CM 36.0*).

Validità e limiti. L'interpretazione dei dati deve tenere conto che alcune regioni potrebbero aver rivisitato le modalità di codifica delle procedure chirurgiche in esame, nell'intento di migliorare la qualità delle relative rendicontazioni sulla base delle indicazioni normative fornite.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di altre indicazioni in letteratura, si utilizza come valore di riferimento il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

Il tasso di ospedalizzazione nella popolazione di età ≥ 65 per cataratta (Tabella 1, Grafico 1) è pari a 155,00

per 100.000 abitanti. Spicca il dato della Campania (695,58 per 100.000), molto elevato rispetto alle altre regioni, e valori molto bassi per Calabria (43,19 per 100.000) e Valle d'Aosta (39,06 per 100.000).

Il tasso di ospedalizzazione della popolazione di età ≥ 65 per intervento di sostituzione dell'anca (Tabella 1, Grafico 2) è pari a 631,37 per 100.000. Pur essendo minore rispetto all'indicatore precedentemente descritto, anche in questo caso si registra una variabilità tra regioni, con un range che va da un massimo di 972,24 per 100.000 per la PA di Bolzano, a un minimo di 428,86 per 100.000 per la Sardegna. Da rilevare la variabilità tra le regioni che mostra un gradiente geografico, con le regioni del Nord che presentano tutte

valori al di sopra del livello nazionale, mentre le regioni del Sud (ad eccezione dell’Abruzzo) e le Isole presentano tutti valori inferiori.

Il terzo indicatore preso in esame è il tasso di ospedalizzazione della popolazione di età ≥ 65 per intervento di bypass coronarico (Tabella 1, Grafico 3), con un livello nazionale di 83,02 per 100.000 abitanti. Come per gli altri indicatori precedentemente descritti, è presente una considerevole variabilità regionale nei tassi, ma non un evidente gradiente tra le diverse aree

geografiche del Paese; il range varia da 36,01 per 100.000 per la PA di Bolzano a 130,07 per 100.000 per il Molise.

Il tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana per intervento di angioplastica coronarica (Tabella 1, Grafico 4) è pari a 571,81 per 100.000 abitanti. Il tasso per la Valle d’Aosta corrisponde al doppio del valore nazionale (1.142,39), mentre i livelli più bassi si registrano per la Sardegna (341,20 per 100.000) e la PA di Bolzano (333,31 per 100.000).

Tabella 1 - Ospedalizzazione (tasso per 100.000) per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati nella popolazione di età ≥ 65 anni per particolari interventi e/o procedure per regione - Anno 2023

Regioni	Tasso di ospedalizzazione per intervento di cataratta ¹	Tasso di ospedalizzazione per intervento di sostituzione dell’anca ²	Tasso di ospedalizzazione per intervento di bypass coronarico ³	Tasso di ospedalizzazione per intervento di angioplastica coronarica ⁴
Piemonte	131,83	654,53	69,26	750,71
Valle d’Aosta-Vallée d’Aoste	39,06	810,41	48,82	1.142,39
Lombardia	105,52	687,07	74,83	688,32
Bolzano-Bozen	261,29	972,24	36,01	333,31
Trento	282,17	807,67	98,28	439,10
Veneto	69,57	711,81	72,48	488,63
Friuli-Venezia Giulia	115,13	846,69	126,33	342,91
Liguria	45,26	714,67	59,96	565,12
Emilia-Romagna	88,90	699,77	84,48	484,89
Toscana	99,86	705,57	82,03	441,86
Umbria	114,37	678,81	57,19	505,94
Marche	93,07	602,91	76,44	491,89
Lazio	123,32	620,99	100,15	604,11
Abruzzo	202,04	666,74	126,20	491,74
Molise	322,58	567,12	130,07	641,27
Campania	695,58	535,24	103,71	656,00
Puglia	114,89	520,40	82,65	538,24
Basilicata	175,00	462,19	101,71	562,41
Calabria	43,19	472,60	105,00	587,93
Sicilia	59,71	478,16	72,80	566,22
Sardegna	193,66	428,86	60,13	341,20
Italia	155,00	631,37	83,02	571,81

¹Dimissioni in regime ordinario e diurno con intervento principale relativo a “cataratta” (codici ICD-9-CM 13.**).

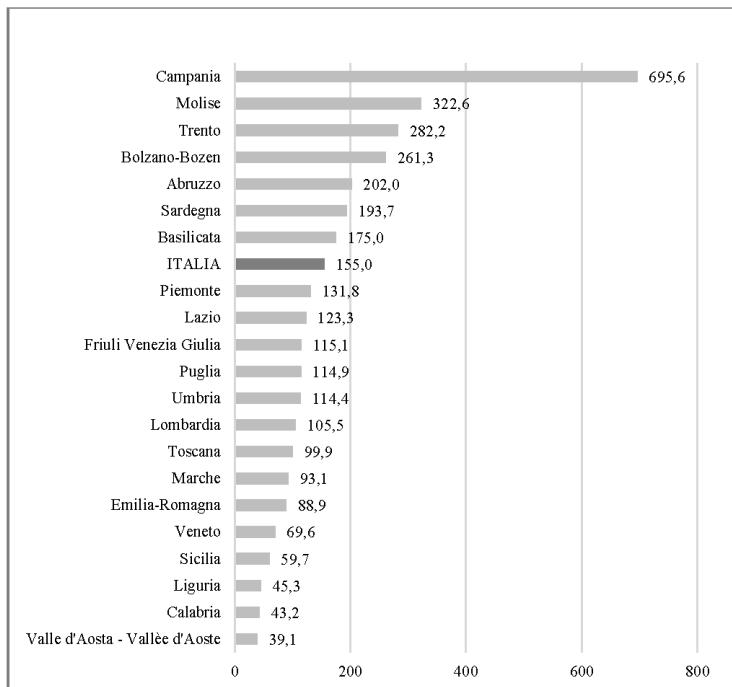
²Dimissioni in regime ordinario con intervento principale di “sostituzione di anca” (codici ICD-9-CM 81.51, 81.52, 81.53).

³Dimissioni in regime ordinario con intervento principale o secondario di “bypass coronarico” (codici ICD-9-CM 36.1*).

⁴Dimissioni in regime ordinario e diurno con intervento principale o secondario di “angioplastica coronarica” (codici ICD-9-CM 36.0*).

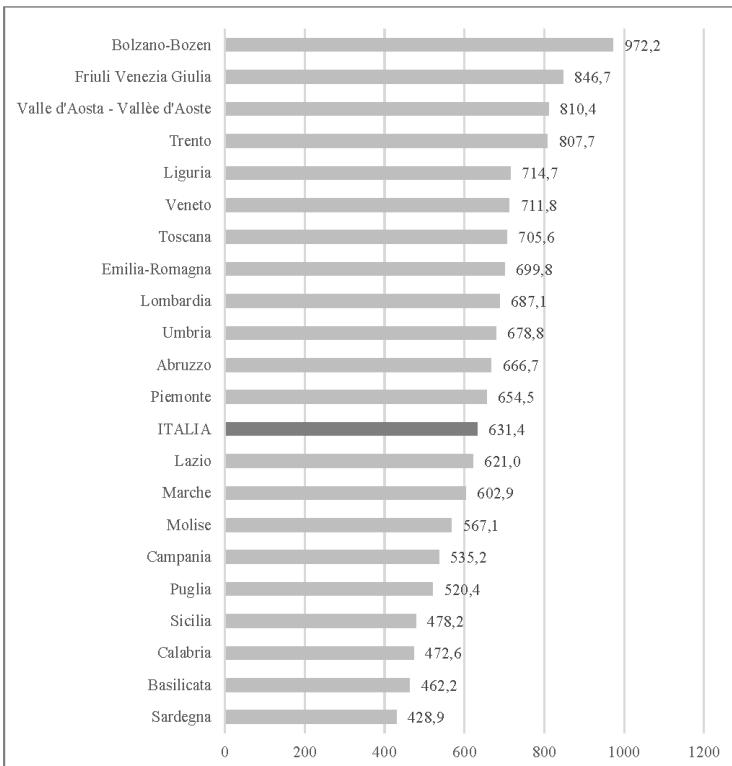
Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell’edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 1 - Ospedalizzazione (tasso per 100.000) per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati nella popolazione anziana (età ≥ 65 anni) per particolari interventi e/o procedure per regione - Anno 2023



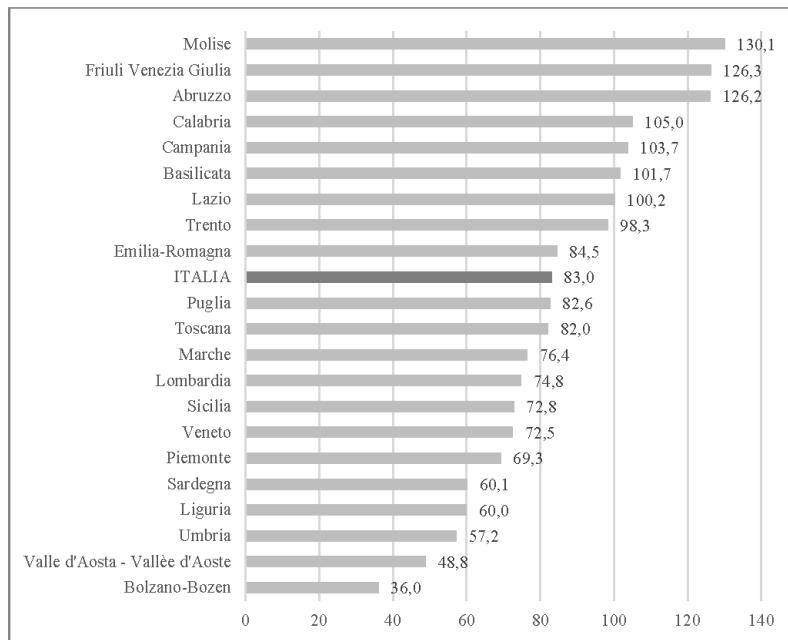
Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 2 - Ospedalizzazione (tasso per 100.000) per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati nella popolazione anziana (età ≥ 65 anni) per intervento di sostituzione dell'anca per regione - Anno 2023



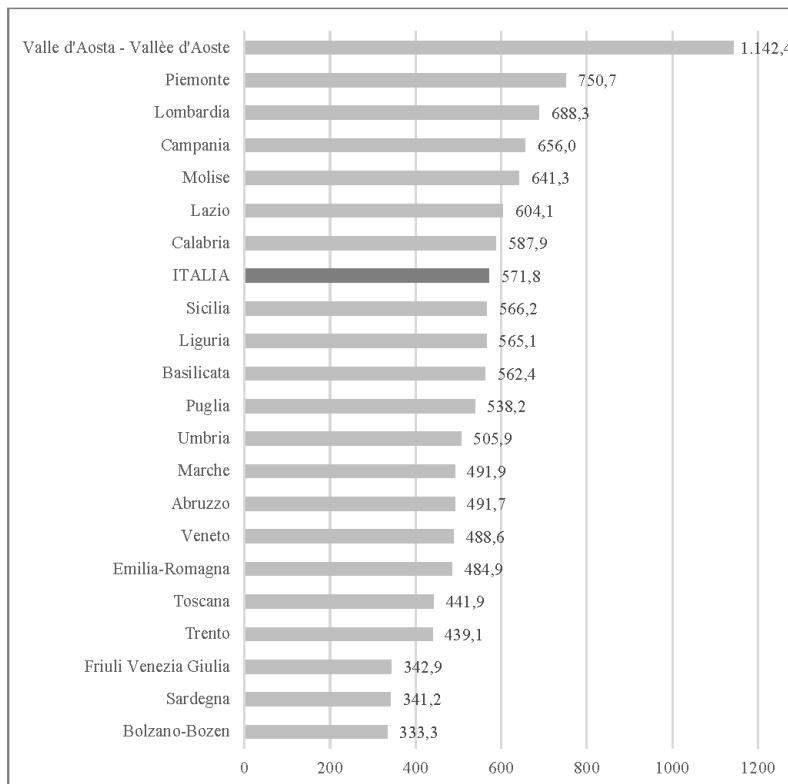
Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 3 - Ospedalizzazione (tasso per 100.000) per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati nella popolazione anziana (età ≥ 65 anni) per intervento di bypass coronarico per regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 4 - Ospedalizzazione (tasso per 100.000) per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati nella popolazione anziana (età ≥ 65 anni) per intervento di angioplastica coronarica per regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Tempi di attesa per particolari interventi chirurgici

Un particolare obiettivo del SSN è quello di aumentare l'efficienza nell'ambito del governo delle liste di attesa per avere prestazioni sanitarie.

A tal fine, è stato emanato il DL n. 73 del 7 giugno 2024, convertito nella Legge n. 107 del 29 luglio 2024, per tutelare il diritto alla salute, prevedendo un sistema di monitoraggio efficace e strumenti di controllo che consentano di poter intervenire presso le aziende in caso di inadempienza.

Il provvedimento prevede che ciascuna regione individui un responsabile unico dell'assistenza sanitaria regionale, con il compito di definire gli interventi utili a correggere le criticità emerse a seguito dei controlli.

Le prestazioni sanitarie devono essere garantite nei tempi previsti per la classe di priorità, individuata nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. In caso di impossibilità per il servizio pubblico a rispettare tali tempi, la prestazione dovrà essere garantita ricorrendo all'intramoenia o al privato accreditato, dietro corrispondenza del ticket, senza alcun ulteriore aggravio di spesa.

A vantaggio dei professionisti sanitari è prevista la detassazione delle prestazioni aggiuntive, eseguite per ridurre le liste di attesa. Infine, a partire dal 2025, è abolito il tetto di spesa per le assunzioni di personale.

Significato. Le informazioni sul ricovero ospedaliero, presenti nel flusso SDO, quali la data di ricovero e la data di prenotazione per un particolare intervento chirurgico, consentono di calcolare, per tipologia di intervento, l'attesa media espressa in giorni.
La data di prenotazione è quella in cui la richiesta di

ricovero programmato è pervenuta all'operatore ospedaliero, addetto alla prenotazione, con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge n. 724/1994.

Attesa media (in giorni) per particolare intervento chirurgicoⁱ

Numeratore	$\Sigma (\text{data di ricovero}_i - \text{data di prenotazione}_i)$
Denominatore	$\Sigma \text{ dimissioni ospedaliere}_i$

i = indica un generico intervento chirurgico, di cui si vogliono conoscere i tempi di attesa.

Validità e limiti. Il calcolo dell'indicatore sul tempo di attesa media per un particolare intervento chirurgico esclude i ricoveri in urgenza, ma considera i casi con data di prenotazione valida.
Questa regola di validità dell'indicatore evidenzia dei limiti nel calcolo, perché è considerata valida la data di prenotazione anche nel caso in cui, per lo stesso episodio di ricovero, non sia stata data indicazione sulla tipologia del ricovero (urgente o in elezione) o l'indicazione fornita risulta non coerente con un'altra informazione relativa all'episodio di ricovero, ossia l'indicazione del regime di ricovero (ordinario o diurno) in cui è stato effettuato l'intervento chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa attualmente vigente, siglato con Intesa Stato-Regioni, è del 2019-2021 e prevede che le prestazioni sanitarie siano garantite nei tempi previsti per la classe di priorità individuata.

In particolare, per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 riporta il tempo medio di attesa, ovvero l'attesa media espressa in giorni, per alcuni interventi chirurgici, eseguiti in elezione in regime di RO. L'attesa media è calcolata sui soli ricoveri non urgenti, con data di prenotazione valida. Le procedure chirurgiche considerate per tipologia di intervento sono quelle indicate nell'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 relativa al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012.

Gli interventi chirurgici qui considerati sono quelli per tumore alla mammella, per tumore alla prostata e per protesi d'anca, utilizzando la classificazione di codici ICD-9-CM del 2007. Per completezza di informazione sono anche riportate in tabella il numero complessivo delle dimissioni ospedaliere per ciascuno di questi interventi e la relativa percentuale di validità della data di prenotazione per l'inserimento nella lista di attesa.

Per tumore alla mammella sono considerate le procedure di mastectomia (codice 85.4x) associate alle diagnosi di tumori maligni della mammella della donna (codice 174.x). A livello nazionale l'attesa media per il ricovero è stata di poco inferiore a 27 giorni nel 2023, con consistente variabilità a livello regionale.

Particolarmente elevata l'attesa media in Sardegna (78,1 giorni), che quasi triplica il valore medio nazionale.

Per tumore alla prostata sono considerate le procedure di prostatectomia radicale (codice 60.5) associate alle diagnosi di tumori maligni della prostata (codice 185). A livello nazionale l'attesa media per il ricovero è stata di 55,0 giorni nel 2023, con elevata variabilità a livello regionale. Il valore regionale con il valore più elevato di attesa in giorni per il ricovero è quello dell'Abruzzo (118,6 giorni) che raddoppia l'attesa media rilevata a livello nazionale (55,0 giorni).

Per la protesi d'anca, che rappresenta la causa di ricovero più elevata rispetto alle altre qui considerate (oltre 130 mila dimissioni ospedaliere) sono considerate le procedure di revisione di protesi d'anca, sia acetabolare che dei componenti femorali (codici 00.70-00.73) e sostituzione totale o parziale dell'anca e revisione di sostituzione dell'anca (codici 81.51-81.53). A livello nazionale l'attesa media per il ricovero è stata di circa 56 giorni nel 2023, con elevata variabilità a livello regionale. I valori regionali oscillano da 13,1 giorni (Molise), circa ¼ dell'attesa media

nazionale, a 98,2 giorni (Friuli-Venezia Giulia) che, invece, quasi raddoppia il valore medio nazionale.

La Tabella 2 riporta il tempo medio di attesa espresso in giorni per interventi chirurgici, eseguiti in elezione in regime di ricovero diurno, per ernia inguinale. Nel 2023, le dimissioni per questa patologia di intervento sono state oltre 72.000. Le procedure chirurgiche qui considerate sono la riparazione monolaterale e bilaterale di ernia inguinale (codici 53.0x, 53.1x).

L'attesa media in lista di attesa per il ricovero è, a livello nazionale, di 128,8 giorni con valori regionali che vanno da 33,4 giorni (Calabria) a 198,5 giorni (Liguria).

Relativamente agli interventi chirurgici finora considerati, la Tabella 3 riporta il numero complessivo delle dimissioni e relativa attesa media (in giorni) per il ricovero nel periodo 2019-2023, comprensivo del periodo pandemico da COVID-19.

Rispetto all'anno 2022, si osservano significativi miglioramenti nel 2023 sui tempi d'attesa per gli interventi relativi al tumore alla mammella e per protesi d'anca, eseguiti in regime di RO e per quelli per ernia inguinale, eseguiti in regime diurno.

Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti) con data di prenotazione valida (valori per 100) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione in Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

Regioni	Interventi per tumore alla mammella			Interventi per tumore alla prostata			Interventi per protesi d'anca		
	Totale dimissioni	Data prenotazione valida	Attesa media	Totale dimissioni	Data prenotazione valida	Attesa media	Totale dimissioni	Data prenotazione valida	Attesa media
Piemonte	1.018	99,9	28,0	1.824	99,9	61,1	11.608	99,6	83,6
Valle d'Aosta	31	100,0	17,5	66	100,0	58,4	292	100,0	27,5
Lombardia	3.335	99,3	23,2	4.200	96,8	70,2	27.561	99,0	65,9
Bolzano-Bozen	100	75,0	12,0	154	68,8	18,8	1.658	88,7	47,8
Trento	142	100,0	25,6	183	100,0	37,5	1.899	100,0	62,9
Veneto	1.749	100,0	18,6	2.776	99,6	36,5	11.568	99,5	62,3
Friuli-Venezia Giulia	460	100,0	30,6	376	100,0	54,0	3.135	99,9	98,2
Liguria	392	99,2	32,2	459	99,8	74,0	2.287	99,6	44,0
Emilia-Romagna	1.184	99,9	22,6	1.598	98,8	49,0	15.744	99,7	70,8
Toscana	659	99,8	20,1	1.786	99,7	47,3	9.629	99,5	41,2
Umbria	202	98,0	45,0	263	98,5	78,2	1.545	99,0	48,1
Marche	292	100,0	39,8	571	100,0	53,8	2.941	99,8	62,3
Lazio	1.265	92,3	25,9	1.925	93,8	40,6	11.170	96,6	44,4
Abruzzo	143	100,0	32,9	388	100,0	118,6	2.920	98,7	29,0
Molise	36	100,0	9,3	37	100,0	41,7	426	100,0	13,1
Campania	851	100,0	25,0	808	100,0	48,9	7.807	100,0	24,9
Puglia	1.182	100,0	27,3	1.396	100,0	52,5	5.913	100,0	23,9
Basilicata	95	100,0	21,0	88	100,0	47,4	502	100,0	43,5
Calabria	242	100,0	45,3	298	100,0	41,8	2.451	100,0	19,1
Sicilia	932	97,6	29,5	850	98,5	70,4	7.120	99,3	33,3
Sardegna	364	99,2	78,1	175	99,4	43,7	2.231	98,5	35,4
Italia	14.674	98,8	26,7	20.221	98,2	55,0	130.407	99,1	55,5

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Tabella 2 - Dimissioni (valori assoluti) con data di prenotazione valida (valori per 100) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione in Day Hospital - Anno 2023

Regioni	Totale dimissioni	Data prenotazione valida	Attesa media
Piemonte	2.804	100,0	186,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	184	100,0	65,2
Lombardia	23.095	99,2	151,0
Bolzano-Bozen	1.084	92,6	83,2
Trento	1.249	100,0	64,3
Veneto	1.442	99,7	111,4
Friuli-Venezia Giulia	2.155	100,0	145,5
Liguria	728	99,9	198,5
Emilia-Romagna	5.474	99,1	176,9
Toscana	6.637	99,4	137,1
Umbria	1.481	99,4	189,8
Marche	1.426	99,9	122,0
Lazio	6.720	94,6	104,1
Abruzzo	1.967	98,0	70,8
Molise	321	100,0	60,5
Campania	3.584	100,0	82,6
Puglia	1.330	100,0	45,8
Basilicata	786	99,9	176,2
Calabria	515	100,0	33,4
Sicilia	5.683	97,1	78,5
Sardegna	3.621	99,3	96,0
Italia	72.286	98,7	128,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Tabella 3 - Dimissioni (valori assoluti) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione - Anni 2019-2023

Interventi chirurgici	2019		2020		2021		2022		2023	
	Totale dimissioni	Attesa media								
Tumore alla mammella	15.109	26,6	13.812	26,4	14.557	26,7	14.575	30,1	14.674	26,7
Tumore alla prostata	17.536	52,8	14.730	48,8	15.967	47,9	18.183	51,0	20.221	55,0
Protesi d'anca	115.683	80,5	96.503	82,2	114.719	81,0	124.702	83,7	130.407	55,5
Ernia inguinale	69.680	104,2	39.931	108,2	50.701	130,5	62.915	135,7	72.286	128,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Al fine di governare la tematica delle liste con tempi eccessivi di attesa per prestazioni del SSN, il DL n. 73 del 7 giugno 2024, convertito nella Legge n. 107 del 29 luglio 2024 ha istituito una Piattaforma nazionale, di cui si avvale il Ministero della Salute, finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme istituite da ciascuna Regione e PA. Tra gli obiettivi vi è la modu-

lazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità e la misurazione dell'appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con criteri di raggruppamenti di attesa omogenea e con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida e suggerite dalle buone pratiche clinico-assistenziali.

Indicatori di appropriatezza

Nell'ambito della razionalizzazione della rete ospedaliera il legislatore ha più volte richiamato l'attenzione sulla appropriatezza clinica ed organizzativa dell'assistenza ospedaliera. Si richama qui il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, che definisce appropriati i ricoveri ordinari per interventi o procedure che non possono essere eseguiti in DH o in Day Surgery, con identico o maggiore beneficio e identico o minor rischio per il paziente, e con minore impiego di risorse (art. 39, comma 1).

Già il Patto per la Salute 2010-2012, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 3 dicembre 2009, ha posto tra gli obiettivi l'incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri. A tal proposito, il provvedimento ha introdotto una lista di prestazioni da trasferire in regime ambulatoriale (Allegato A del Patto per la Salute), in quanto sarebbero ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa se venissero erogate in regime di ricovero, anche se di breve durata.

Nel suddetto provvedimento è stato anche definito un elenco di prestazioni ospedaliere, classificate secondo un criterio di raggruppamento omogeneo di diagnosi per consumo di risorse, noto in inglese come DRG, ad alto rischio di non appropriatezza se in regime di degenza ordinaria (Allegato B del Patto per la Salute). L'elenco è costituito complessivamente da 108 DRG, di cui se ne riportano di seguito alcuni a titolo informativo:

- 006 *Decompressione del tunnel carpale*;
- 008 Interventi su nervi periferici ed altri sul sistema nervoso centrale senza CC;
- 036 Interventi sulla retina;
- 038 Interventi primari sull'iride;
- 039 *Interventi sul cristallino*;
- 040, 041 Interventi sulle strutture extra oculari;
- 042 Interventi sulle strutture intraoculari;
- 051 Interventi sulle ghiandole salivari;
- 055 Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola;
- 059, 060 Tonsillectomia e/o adenoidectomia;
- 061, 062 Miringotomia con inserzione di tubo;
- 119 *Legatura e stripping di vene*;
- 158 Interventi su ano e stoma senza CC;
- 160, 162, 163 Interventi per ernia;
- 168, 169 Interventi sulla bocca;
- 227 Interventi sui tessuti molli;
- 228, 229 Interventi maggiori su pollice ed articolazioni con CC e interventi su mano o polso senza CC;
- 232 *Artroscopia*;
- 262 Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne;
- 266 Trapianti di pelle;
- 268, 270 Chirurgia plastica della pelle, tessuto sottocutaneo e della mammella;
- 339, 340 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne;
- 343, 343 Circoncisione;
- 345 Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne;
- 360 Interventi su vagina, cervice e vulva;
- 362 Occlusione endoscopica delle tube;
- 364 Dilatazione e raschiamento;
- 377 Diagnosi relative a post-parto e post-aborto con intervento chirurgico;
- 381 Aborto con dilatazione e raschiamento;
- 503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi di infezione;
- 538 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore.

Nell'elenco sopra riportato sono stati evidenziati alcuni interventi chirurgici che vengono eseguiti prevalentemente in regime di ricovero diurno e in modalità di One Day Surgery (ricovero ordinario con un solo pernottamento), come rappresentato nella Tabella 1.

Per gli interventi evidenziati, la tabella mostra il numero di interventi per modalità di ricovero in cui sono stati eseguiti: diurno ed ordinario. A livello nazionale, la percentuale degli interventi eseguiti in regime diurno passa da 76,9% per la decompressione del tunnel carpale (DRG 006), a 81,6% per gli interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (DRG 039), fino a 83,0% per la legatura e *stripping* di vene (DRG 119).

A livello regionale si evidenziano alcune differenze: valori percentuali minimi in Puglia per decompressione del tunnel carpale (22,8%) e per legatura e *stripping* di vene (30,9%); in Valle d'Aosta per interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (20,0%).

Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti) con data di prenotazione valida (valori per 100) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione in Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

Regioni	006 - Decompressione del tunnel carpale				039 - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia				119 - Legatura e stripping di vene			
	DH	One Day Surgery	Totale	% DH	DH	One Day Surgery	Totale	% DH	DH	One Day Surgery	Totale	% DH
Piemonte	351	164	168	67,6	1.448	1.468	1.502	49,1	2.054	799	807	71,8
Valle d'Aosta	2	0	0	100,0	3	12	12	20,0	129	3	3	97,7
Lombardia	607	144	158	79,3	2.632	421	577	82,0	619	476	536	53,6
Bolzano-Bozen	67	8	9	88,2	293	79	140	67,7	63	14	19	76,8
Trento	59	1	1	98,3	397	12	22	94,7	83	2	3	96,5
Veneto	141	69	70	66,8	1.035	191	206	83,4	154	78	96	61,6
Friuli-Venezia Giulia	50	15	17	74,6	398	163	201	66,4	807	162	163	83,2
Liguria	123	14	18	87,2	837	78	82	91,1	302	20	73	80,5
Emilia-Romagna	226	51	61	78,7	1.451	630	704	67,3	4.904	265	287	94,5
Toscana	130	40	40	76,5	1.149	99	112	91,1	2.024	137	146	93,3
Umbria	32	2	2	94,1	251	46	73	77,5	221	60	64	77,5
Marche	154	11	12	92,8	436	43	59	88,1	473	120	125	79,1
Lazio	233	137	141	62,3	2.098	232	287	88,0	2.258	322	417	84,4
Abruzzo	268	9	11	96,1	747	50	124	85,8	657	43	60	91,6
Molise	53	1	1	98,1	234	32	34	87,3	42	1	9	82,4
Campania	941	128	166	85,0	9.521	401	707	93,1	638	116	278	69,7
Puglia	68	211	230	22,8	887	247	758	53,9	72	83	161	30,9
Basilicata	50	4	5	90,9	199	18	30	86,9	99	25	31	76,2
Calabria	21	4	4	84,0	92	4	13	87,6	40	9	18	69,0
Sicilia	148	13	20	88,1	697	89	121	85,2	424	10	29	93,6
Sardegna	154	27	30	83,7	1.132	47	101	91,8	413	28	41	91,0
Italia	3.878	1.053	1.164	76,9	25.937	4.362	5.865	81,6	16.476	2.773	3.366	83,0

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Se si considerano congiuntamente gli interventi eseguiti in regime di ricovero diurno e in modalità di One Day Surgery rispetto alla totalità degli interventi effettuati, i valori percentuali aumentano sensibilmente. A livello nazionale si raggiungono i valori 95,3% per interventi sul cristallino con o senza vitrectomia, 97,0% per legatura e *stripping* di vene e 97,8% per decompressione del tunnel carpale (dati non presenti in tabella).

A livello regionale i valori percentuali aumentano fino a raggiungere il 100% per: decompressione del tunnel carpale (PA di Trento, Toscana, Umbria, Molise e Calabria), interventi sul cristallino con o senza vitrectomia e legatura e stripping di vene (Valle d'Aosta). Valori percentuali minimi si rilevano in Puglia: 66,5% legatura e *stripping* di vene, 68,9% interventi sul cristallino con o senza vitrectomia, 93,6% decompressione del tunnel carpale (dati non presenti in tabella).

Le strutture ospedaliere sono sempre più orientate verso scelte organizzative e cliniche in grado di erogare prestazioni sanitarie efficaci e congruenti, per quantità di risorse impiegate, con le loro caratteristiche di complessità e con quelle cliniche del paziente. L'utilizzo delle tecniche laparoscopiche costituisce una scelta ormai consolidata nella pratica chirurgica. Avvalendosi di una tecnica minimamente invasiva, la chirurgia laparoscopica oltre a ridurre il dolore e le complicanze post-operatorie, rende più breve il ricovero rispetto alla chirurgia tradizionale a cielo aperto. Un esempio di utilizzo di questa tecnica chirurgica è l'intervento di colecistectomia.

Significato. L'indicatore evidenzia il grado di diffusione della tecnica chirurgica mini invasiva, con i vantaggi insiti nell'utilizzo di questa pratica chirurgica.

L'indicatore esprime la quota parte di interventi di colecistectomia praticati con tecnica laparoscopica (valore percentuale).

Interventi di colecistectomia praticati con tecnica laparoscopica

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\Sigma \text{ interventi per colecistectomia laparoscopica}}{\Sigma \text{ colecistectomie}} \times 100$$

Validità e limiti. Il calcolo dell'indicatore considera gli interventi di colecistectomia (come intervento principale dell'episodio di ricovero) effettuati in regime di RO o diurno. Pertanto, a denominatore sono considerati i codici ICD-9-CM 51.22 (colecistectomia) e 51.23 (colecistectomia laparoscopica) e a numeratore è considerato il solo codice 51.23. È esclusa dal calcolo dell'indicatore la colecistectomia parziale laparoscopica (codici ICD-9-CM 51.24); sono anche escluse le dimissioni afferenti agli *Major Diagnostic Categories* 14 e 15 che indicano, rispettivamente, le categorie diagnostiche relative a Gravidanza, parto e puerperio e Malattie e disturbi del periodo neonatale.

Tabella 2 - Interventi (valori per 100 e valori assoluti) di colecistectomia laparoscopica per regione - Anno 2023

Regioni	Interventi di colecistectomie laparoscopiche	N interventi di colecistectomie laparoscopiche (numeratore)	N interventi di colecistectomie colecistectomie (denominatore)
Piemonte	95,2	7.187	7.550
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	77,8	84	108
Lombardia	96,7	16.336	16.886
Bolzano-Bozen	94,9	704	742
Trento	98,9	913	923
Veneto	96,4	7.190	7.459
Friuli-Venezia Giulia	96,7	1.639	1.695
Liguria	95,4	1.920	2.013
Emilia-Romagna	95,7	6.662	6.960
Toscana	96,5	7.278	7.539
Umbria	93,5	1.640	1.754
Marche	96,6	2.233	2.312
Lazio	96,5	9.212	9.550
Abruzzo	96,8	2.902	2.997
Molise	97,3	392	403
Campania	96,3	9.266	9.618
Puglia	94,9	6.223	6.554
Basilicata	97,8	634	648
Calabria	93,2	2.585	2.773
Sicilia	96,2	7.968	8.281
Sardegna	97,2	2.366	2.434
Italia	96,1	95.334	99.199

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Gli indicatori di appropriatezza descrivono l'orientamento delle strutture di ricovero verso scelte organizzative e cliniche volte all'erogazione di interventi sanitari efficaci e congruenti, per quantità di risorse impiegate, con le loro caratteristiche di complessità e con quelle cliniche del paziente.

Valore di riferimento/Benchmark. In mancanza di normative specifiche e di indicazioni di letteratura rispetto alle quali attuare confronti, si considera come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

I dati mostrano che la chirurgia laparoscopica è impiegata in modo prevalente per questo tipo di intervento. A livello nazionale l'indicatore raggiunge il 96,1% e i valori regionali confermano il consolidamento di questa pratica chirurgica in tutte le regioni, con proporzioni molto alte rispetto al totale degli interventi di colecistectomia.

Si richiama il DPCM 12 gennaio 2017, in particolare il comma 1 dell'art. 39 “Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario”, il comma 1 dell'art. 41 “Criteri di appropriatezza del day surgery”, il comma 1 dell'art. 43 “Criteri di appropriatezza del ricovero di Day Hospital”.

Degenza media, degenza media standardizzata per case mix e degenza media preoperatoria

Significato. La degenza media rappresenta il più semplice ed immediato indicatore di analisi di efficienza dell’attività di ricovero ospedaliero, ma risente dell’effetto confondente di una diversa composizione e complessità della casistica osservata per ciascun erogatore di prestazioni ospedaliere in regime di ricovero. Per ovviare a tale problema, la degenza viene standardizzata per *case-mix* ed il risultato della standar-

dizzazione è la degenza media che si osserverebbe se la casistica trattata, ad esempio in una struttura di ricovero, o nelle strutture di ricovero di una regione, fosse analoga, per composizione e complessità, ad un dato standard di riferimento, che può ad esempio coincidere con la casistica complessivamente osservata a livello nazionale.

Degenza media

Numeratore	Σ giornate di degenza
Denominatore	Σ numero di dimissioni

Degenza media standardizzata per case-mix

$$dm_std_R = \frac{\sum_{i \in DRG} \left(\frac{gg_deg_{i,R}}{dim_{i,R}} \cdot dim_{i,N} \right)}{\sum_{i \in DRG} (dim_{i,N})}$$

Dove $gg_deg_{i,R}$ e $dim_{i,R}$ indicano, rispettivamente, il numero di giornate di degenza ed il numero di dimissioni da reparti per acuti in regime di RO per l’*i-esimo* DRG nella generica regione R e $dim_{i,N}$ rappresenta il numero di dimissioni per l’*i-esimo* DRG della casistica standard, ossia quella osservata a livello nazionale.

Validità e limiti. La degenza media standardizzata per *case mix* consente di confrontare la durata della degenza tra diversi erogatori: tenendo conto della complessità dei casi trattati, può aiutare a valutare l’efficienza dei servizi ospedalieri, identificando aree di miglioramento e ottimizzando la gestione dei pazienti. Può essere, inoltre, utilizzata per pianificare le risorse sanitarie e ottimizzare l’offerta di servizi ospedalieri. Le limitazioni possono derivare dalla complessità dei casi; la standardizzazione per *case mix* può non catturare completamente la complessità dei casi trattati, portando a confronti non del tutto accurati tra diversi erogatori. Inoltre, può non essere direttamente confrontabile tra diversi contesti sanitari, a causa di differenze nella organizzazione e nella gestione dei servizi ospedalieri.

Valore di riferimento/Benchmark. Per la degenza media, in assenza di altre specifiche, può essere utilizzato come riferimento il valore della degenza media nazionale. Il *benchmarking* della degenza media standardizzata per *case mix* può essere effettuato utilizzando l’Indice Comparativo di *Performance*, che rapporta la degenza media standardizzata per *case mix* di un dato erogatore alla degenza media dello standard di riferimento.

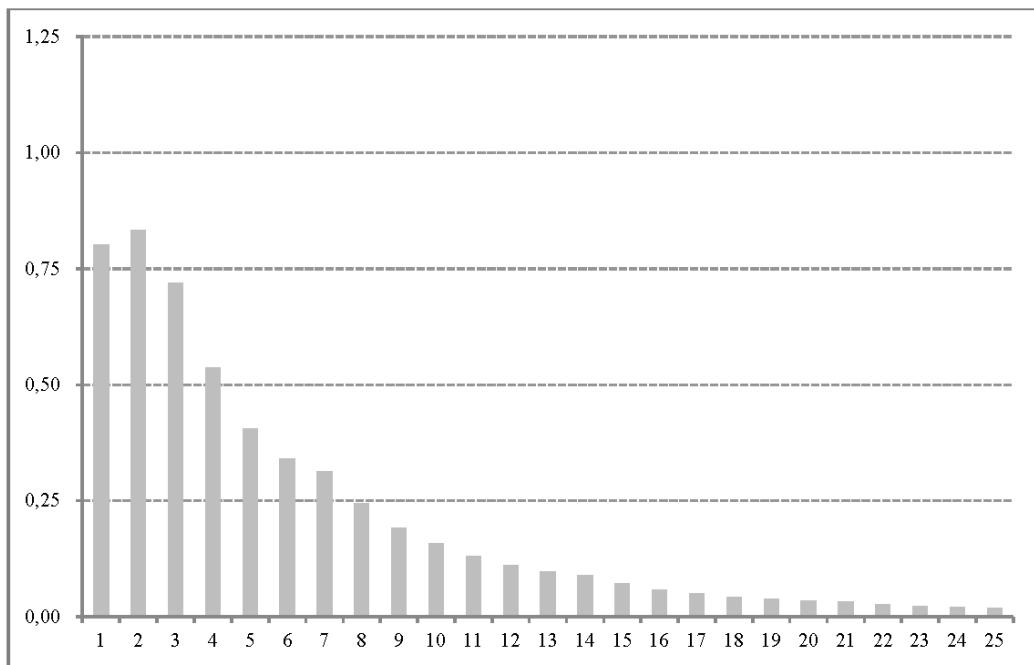
Descrizione dei risultati

La degenza media a livello nazionale nell’anno 2023 è stata pari a 7,1 giorni, in diminuzione rispetto all’anno 2022 (7,2 giorni) e agli anni 2020 e 2021 (7,5 giorni nel 2020 e 7,4 giorni nel 2021), e in avvicinamento rispetto agli anni antecedenti alla pandemia.

Il Grafico 1 rappresenta la distribuzione delle giornate di degenza delle dimissioni nell’anno 2023 (ricoveri per acuti in regime ordinario). Il valore mediano della degenza è di 2,5 giorni.

La degenza media preoperatoria, indicatore di efficienza organizzativa nelle strutture sanitarie, rimane stabile nel 2023 (1,60 giorni), con rilevanti differenze a livello regionale, in diminuzione costante rispetto all’anno 2020 quando è stata pari a 1,76 giorni. In Tabella 1 vengono riportati i dati al livello regionale. Nel Grafico 2 si illustrano i valori della degenza media standardizzata per *case mix* per regione; si osserva una notevole variabilità regionale, con valori minimi in Toscana (6,4 giorni), PA di Bolzano (6,5 giorni) e in Puglia (6,8 giorni) e valori massimi in Lombardia e Sardegna (7,7 giorni) e Friuli-Venezia Giulia (7,8 giorni), fino a un picco in Valle d’Aosta (9,0 giorni).

Grafico 1 - Dimissioni per classe di durata della degenza (valori in giorni) per acuti in regime di Ricovero Ordinario - Anno 2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

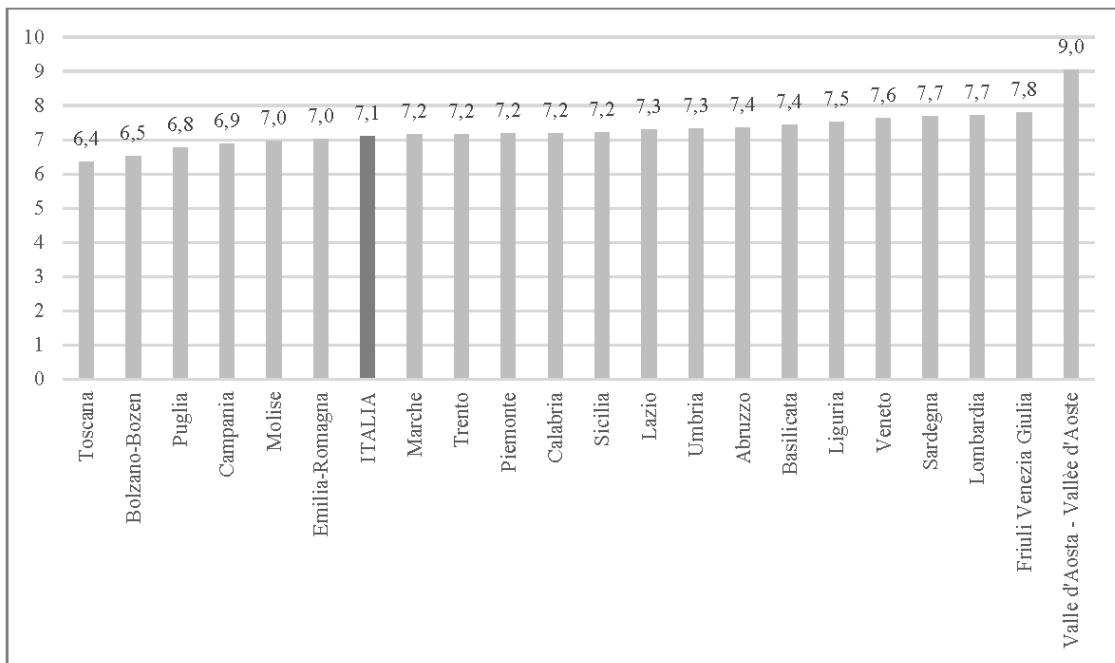
Tabella 1 - Degenza media, standardizzata per case-mix e programmatica (valori in giorni) per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

Regioni	Degenza media	Degenza media std per case-mix	Degenza media preparatoria
Piemonte	6,94	7,18	1,15
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,81	9,05	2,07
Lombardia	7,25	7,72	1,47
Bolzano-Bozen	6,13	6,52	1,23
Trento	7,20	7,17	1,39
Veneto	7,53	7,62	1,45
Friuli-Venezia Giulia	7,51	7,80	1,52
Liguria	8,04	7,53	2,00
Emilia-Romagna	6,95	7,01	1,40
Toscana	6,56	6,35	1,20
Umbria	7,40	7,31	1,94
Marche	7,22	7,16	1,38
Lazio	7,11	7,30	1,76
Abruzzo	7,55	7,35	1,33
Molise	6,95	6,95	2,13
Campania	6,46	6,88	1,90
Puglia	6,71	6,78	1,86
Basilicata	7,61	7,44	2,14
Calabria	7,13	7,19	2,04
Sicilia	7,30	7,20	2,02
Sardegna	7,68	7,70	2,17
Italia	7,10	7,10	1,60

Note: sono incluse le dimissioni da Istituti pubblici, privati accreditati e non accreditati; la degenza preoperatoria in giorni risulta superiore a quella in ore poiché il conteggio in giorni determina inevitabilmente una approssimazione per eccesso.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 2 - Degenza media standardizzata per case-mix (valori in giorni) per acuti in regime di Ricovero Ordinario - Anno 2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Mobilità ospedaliera

La mobilità ospedaliera considera gli spostamenti dei pazienti dalla propria regione di residenza a quella di ricovero, per sottoporsi a cure e/o interventi chirurgici. Le ragioni che determinano questi spostamenti possono essere di varia natura e non sempre immediatamente comprensibili. In molti casi la motivazione può essere ricondotta alla ricerca di strutture ospedaliere di alta specialità o notoriamente ritenute più specializzate di altre nel trattare determinate patologie. In altri casi può trattarsi di una mobilità di "confine", ossia verso strutture extra-regionali, situate in zone limitrofe ai confini regionali e, quindi, la mobilità è determinata dalla vicinanza geografica e facilitazione nell'accesso alle cure. Inoltre, la mobilità ospedaliera può essere ricondotta ai casi di pazienti che necessitano di assistenza ospedaliera e sono domiciliati in una regione diversa da quella propria di residenza. Infine, esiste una migrazione ospedaliera "evitabile" dovuta ad una inadeguata allocazione dei presidi diagnostico-terapeutici, a disinformazione o ad inefficienze delle strutture locali.

Il fenomeno della mobilità ospedaliera di una regione esprime la capacità di attrarre pazienti che risiedono in altre regioni ed in tal caso si parla di mobilità attiva, o al contrario la tendenza dei pazienti ad emigrare fuori regione ed in questo caso si parla di mobilità passiva.

La matrice di mobilità ospedaliera, determinata dalla regione di ricovero per riga e regione di residenza o provenienza per colonna, consente di calcolare gli indicatori atti a misurare l'intensità del fenomeno. Gli indicatori in questione sono l'indice di attrazione e l'indice di fuga.

Significato. Il fenomeno della mobilità ospedaliera si estende anche ad una mobilità di tipo internazionale. Ci si limita in questo contesto all'assistenza ospedaliera erogata in Italia a cittadini residenti all'estero. Questo fenomeno assume particolare rilievo, tenendo conto delle indicazioni europee stilate nella Direttiva 2011/24/UE che mirano ad agevolare l'accesso ad un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità nell'UE e a garantire la mobilità dei pazienti.

Le amministrazioni regionali sono particolarmente

interessate al fenomeno della mobilità ospedaliera per gli effetti finanziari che ne scaturiscono. Con DM del 18 ottobre 2012 il Ministero della Salute ha fissato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Trattasi di tariffe omnicomprensive degli episodi di ricovero cui le regioni devono tener conto nell'adozione del proprio sistema tariffario.

Indice di attrazione per regione di ricovero

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\sum \text{dimissioni in mobilità attiva (pazienti non residenti nella regione di ricovero)}}{\sum \text{dimissioni effettuate in regione (pazienti ovunque residenti)}} \times 100$$

Indice di fuga per regione

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\sum \text{dimissioni in mobilità passiva (residenti ricoverati in altra regione)}}{\sum \text{dimissioni di residenti in regione ovunque ricoverati}} \times 100$$

Validità e limiti. La validità ed i limiti dell'analisi sulla mobilità ospedaliera si riferiscono alla qualità dell'informazione relativa alla regione di residenza del paziente, che è migliorata nel tempo e può essere considerata di elevata affidabilità. Possibili difficoltà sembrano, invece, emergere sulla codifica dello stato estero per i dimessi non residenti in Italia e con cittadinanza estera: si veda a tal proposito, nelle tabelle che seguono, l'esiguità del numero dei dimessi residenti all'estero in corrispondenza di alcune regioni di ricovero.

Inoltre, per definire più puntualmente le motivazioni che sottendono la mobilità sanitaria, occorrerebbe approfondire il fenomeno analizzando i settori noso-

logici che più incidono sulla migrazione. Le tabelle che qui si presentano sulla mobilità ospedaliera considerano le dimissioni da strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate.

Valore di riferimento/Benchmark. L'Accordo Stato-Regioni per il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, all'art. 19 dedicato alla mobilità interregionale, stabilisce che le regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria. Detti accordi dovrebbero prevenire fenomeni distorsivi indotti dalle differenze tariffarie adottate dalle regioni e da differenti gradi di applica-

zione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale. Le regioni dovrebbero anche definire collaborazioni interregionali tali da conseguire un miglioramento dei risultati organizzativi rispetto a quelli che si avrebbero se ci si limitasse ad una scala organizzativa ristretta al proprio ambito territoriale. Infine, dovrebbero essere individuati meccanismi di controllo su eventuali comportamenti opportunistici di alcuni soggetti del sistema definendo tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda.

La Legge n. 178 del 30 dicembre 2020, interviene con azione di governo sulla mobilità sanitaria interregionale. Al comma 492 dell'art.1 stabilisce che la sottoscrizione di accordi bilaterali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN.

Descrizione dei risultati

Con riferimento alla mobilità per acuti in regime ordinario, dopo una riduzione del fenomeno registrata nel 2020, si rileva un ritorno alla situazione pre-pandemica già nel 2022, confermato nel 2023, con 8,5% dei ricoveri per acuti in regime ordinario effettuati in regione diversa da quella di residenza del paziente; la quota è tornata ai livelli del 2019 (8,3%), dopo essere scesa a 7,2% nel 2020, con un segnale di ripresa nel 2021 (7,8%) e nel 2022 (8,3%).

Le tavelle che seguono presentano l'entità della mobilità per regione in termini di numerosità delle dimissioni e relativi indici di attrazione e fuga. L'analisi

viene presentata relativamente all'attività per acuti, distintamente per regime di RO e Day Hospital, ambito in cui il fenomeno della mobilità presenta volumi maggiori rispetto alle attività post acuzie.

Le tavelle riportano per regione di ricovero anche le dimissioni dei residenti all'estero, senza alcuna ulteriore specificazione circa la provenienza geografica, se UE o extra europea.

Dalla Tabella 1 si evince che l'indice di attrazione più elevato è in Molise, con 31,2% dei dimessi non residente in regione. Nel raffronto regionale la mobilità attiva in assoluto più contenuta è in Sicilia e Sardegna, rispettivamente, 1,8% e 2,0% dei dimessi non risiede in regione.

Con riferimento alla mobilità passiva, valori dell'indice di fuga più elevati si rilevano in Molise e a seguire in Basilicata con, rispettivamente, 32,6% e 29,7% dei propri residenti che si ricovera fuori regione.

La mobilità nelle dimissioni ospedaliere per acuti in regime diurno è rappresentata a livello nazionale da una quota del 9,6% dei ricoveri per acuti in regime diurno. La Tabella 2 mostra un indice di attrazione più elevato, anche in questo caso in Molise, con 33,8% dei dimessi non residente in regione. È ancora nelle Isole che la mobilità attiva in assoluto è più contenuta: Sicilia e Sardegna, rispettivamente, 1,7% e 0,7% dei dimessi che non risiede in regione.

La mobilità passiva presenta valori più elevati dell'indice di fuga in Molise e a seguire in Basilicata con, rispettivamente, 36,6% e 26,6% dei propri residenti che si ricovera fuori regione.

Grafico 1 - Mobilità (valori assoluti) ospedaliera interregionale per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

Regioni	Regioni di residenza																		Totale - Mobilità attiva							
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Elezioni	Trentino	Veneto	Venezia	Liguria	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Sicilia	Sardegna	Residenti estero						
Piemonte	376.310	1.632	8.565	31	56	354	116	8.894	811	535	93	215	592	258	79	1.050	977	207	1.466	655	404.515	28.195	7	2.644		
Valle d'Aosta	1.012	10.920	208	2	1	14	13	86	29	30	4	4	35	13	4	19	18	6	47	24	15	12.504	1.384	12,7	256	
Lombardia	15.843	509	854.312	402	1.094	7.772	1.057	7.475	12.080	4.432	1.226	2.132	3.754	1.964	616	8.437	8.205	1.591	7.104	9.669	2.521	98.203	10.6	13.927		
Bolzano-Bozen	60	0	596	52.138	1.064	818	108	49	209	126	24	45	232	30	6	76	100	4	37	35	55.682	3.544	6,4	3.437		
Trento	90	3	1.161	538	41.915	2.122	83	67	489	180	34	64	263	43	7	125	90	13	61	49	42	47.559	5.624	11,8	1.020	
Veneto	998	43	10.321	1.088	4.255	455.670	5.944	453	5.302	1.350	353	899	1.310	737	153	2.490	2.120	242	1.435	3.606	1.076	469.725	44.055	9,4	5.077	
Fvg-Veneto Giulia	76	3	304	17	45	5.989	108.117	56	175	97	37	71	204	38	17	208	187	17	122	445	65	116.310	8.193	7	1.836	
Laguna	3.471	85	2.461	25	96	270	83	134.654	733	1.614	72	156	442	107	34	695	562	89	504	1.386	635	148.194	13.540	9,1	2.066	
Emilia-Romagna	1.960	81	12.272	273	572	8.910	922	2.153	432.905	9.901	2.247	11.248	4.734	4.010	801	5.022	8.200	1.223	4.233	4.914	1.504	518.405	85.490	16,5	5.200	
Toscana	637	53	1.605	64	84	561	177	4.042	1.517	333.071	3.864	863	6.079	669	144	3.963	1.781	588	2.078	2.104	678	354.662	31.591	8,9	3.701	
Umbria	47	2	174	7	8	74	19	37	143	1.366	78.509	1.264	4.947	236	50	319	285	62	289	154	56	88.048	9.239	10,8	652	
Marche	143	4	509	14	26	170	32	42	1.388	273	1.425	125.927	1.446	5.111	286	622	1.293	1.27	158	203	87	139.286	13.359	9,6	596	
Lazio	431	24	1.213	68	73	563	188	291	731	2.056	3.162	1.213	479.774	5.512	1.851	11.973	5.118	1.934	7.275	3.319	1.321	528.090	48.316	9,1	3.520	
Abruzzo	100	4	360	12	16	77	26	270	106	167	73	6.293	105.630	3.132	738	882	56	130	112	29	115.899	13.269	11,2	551		
Molise	30	0	71	0	6	12	4	7	34	30	20	17	1.625	736	19.261	4.717	1.063	146	176	36	10	28.001	8.740	31,2	49	
Campania	363	12	1.045	36	41	292	125	124	591	494	116	159	3.944	502	993	440.057	1.831	1.898	798	130	455.544	15.487	3,4	3.107		
Puglia	386	12	1.202	43	40	300	113	92	663	226	79	196	832	410	1.095	3.767	347.503	6.476	3.061	422	64	366.802	19.499	5,3	2.065	
Basilicata	57	0	133	0	7	17	1	15	57	52	5	7	108	21	16	2.730	1.389	35.233	2.047	24	9	41.928	6.695	16	145	
Catania	249	8	663	11	11	70	22	64	191	105	29	22	434	22	5	410	305	145	128.538	725	12	132.141	3.503	2,7	588	
Sicilia	448	19	1.167	25	28	251	94	127	378	239	70	50	529	60	14	278	229	42	3.268	396.416	86	403.818	7.402	1,8	2.483	
Sardegna	263	4	716	17	26	158	23	117	180	181	28	29	535	34	7	105	56	10	31	192	135.691	1.38423	2.732	2	923	
Totale residenti	403.004	13.418	868.878	54.811	49.484	454.464	117.167	1.58.871	458.876	346.464	91.564	145.314	518.172	126.163	28.571	487.821	382.614	50.109	164.153	426.412	144.721	5.491.051	468.570	8,5		
Mobilità passiva	26.684	2.498	44.566	2.673	7.549	28.794	9.050	24.217	25.971	23.393	13.055	19.387	38.398	20.533	9.310	47.764	35.511	14.876	35.515	29.996	9.030	468.570				
%	6,6	18,6	5,1	4,9	15,3	6,3	7,7	15,2	5,7	6,8	14,3	13,3	7,4	16,3	32,6	9,8	9,2	29,7	21,6	7	6,2	8,5				
Saldo ricoveri (a)	-1.511	914	-55.637	-871	1.925	-15.261	887	10.677	-59.529	-8.198	3.516	6.028	-9.918	7.264	570	39.277	15.812	8.4381	35.012	22.594	6.298	0				

Nota: sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate.
 (a) = il saldo ricoveri è calcolato come differenza fra il numero di residenti nella regione ricoverati altrove (mobilità passiva) ed il numero di ricoveri erogati a pazienti residenti in altre regioni (mobilità attiva).

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 2 - Mobilità (valori assoluti) ospedaliera interregionale in Day Hospital per regione - Anno 2023

Regione	Regioni di residenza													Tutte le regioni				
	Piemonte	Vallée d'Aosta	Lombardia	Riduzione-Bruxelles	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Liguria	Puglia	Milano	Campania	Abruzzo	Molise	Sardegna	Sicilia	Basilicata	Cagliari		
Piemonte	111.246	470	1.469	8	18	61	26	1.442	97	89	22	42	100	39	16	221	144	
Vallée d'Aosta	707	4827	12	6	7	13	9	4	3	10	1	3	4	12	9	8	5.639	
Lombardia	6.121	163	229.862	124	309	3.635	300	2.971	5.066	11.122	295	714	1.078	780	1.58	1.630	2.413	362
Riduzione-Bruxelles	11	4	62	15.620	405	194	31	8	29	34	2	8	23	6	17	29	3	190
Trento	16	2	268	221	176.05	647	18	10	85	26	6	14	30	11	19	28	3	24
Veneto	237	8	3.682	300	1.301	97.739	1.495	115	1.912	259	125	171	340	153	59	512	426	61
Frak-Venezia Giulia	15	2	102	8	12	3.493	32.115	18	65	32	24	31	40	18	3	68	58	12
Liguria	2.470	74	1.253	14	57	168	52	53.784	531	1.293	59	98	240	74	12	449	461	62
Emilia-Romagna	300	16	2.844	63	127	3.275	204	465	102.819	2.895	630	3.539	921	845	166	797	1.617	218
Toscana	240	13	575	20	38	212	59	1.511	764	104.129	1.565	352	1.204	204	46	1.120	556	167
Umbria	12	1	43	5	2	18	7	4	67	641	20.773	482	84	40	120	483	24	103
Marche	14	1	86	1	25	7	5	394	100	382	41.667	391	2.454	92	74	265	35	44
Lazio	263	10	715	33	68	293	124	115	469	1.114	2.128	955	109.404	3.663	1.123	7.839	1.193	1.245
Abruzzo	23	1	67	2	2	20	3	12	47	34	34	311	2.954	35.539	874	140	258	32
Molise	5	1	13	1	5	1	2	7	1	2	2	658	215	5.564	1.450	301	32	
Campania	123	3	298	12	16	102	27	32	201	1.58	68	50	1.514	234	377	183.742	613	216
Puglia	16	1	62	4	14	3	6	36	12	19	47	31	96	180	29.271	634	206	
Basilicata	10	24	1	1	6	1	2	27	11	4	4	41	4	12	1.316	467	11.882	
Calabria	42	5	147	1	6	21	3	17	41	27	5	10	140	4	5	127	37	138
Sicilia	58	4	232	7	7	53	17	25	71	38	10	12	123	9	1	62	57	7
Sardegna	48	1	119	2	8	33	6	16	39	30	3	6	91	7	3	22	10	2
Totale residenti	121.957	5.607	241.874	16.447	19.997	110.273	34.705	60.073	112.707	112.049	26.138	48.490	210.463	42.200	8.485	109.009	41.787	16.151
Mobilità passiva	10.711	780	12.012	827	2.381	12.534	2.591	6.289	9.948	7.920	5.365	6.823	10.069	5.861	3.091	16.167	12.516	4.299
%	8.8	13.9	5	5	11.9	11.4	7.5	10.5	8.8	7.1	20.5	14.1	5.2	21	26.6	8.1	20	8.8
Salvo rientri (n)	5.580	-32	-20.546	-78	-756	-214	-1657	-5.004	-30.775	-2.655	1.675	-2.544	-21.746	-4.435	-357	10.081	11.126	1.770
																67.929	68.418	419
																	0.7	

Nota: sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate.
 (a) = il saldo ricoveri è calcolato come differenza fra il numero di residenti nella regione ricoverati altrove (mobilità passiva) ed il numero di ricoveri erogati a pazienti residenti in altre regioni (mobilità attiva).

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

La mobilità sanitaria rappresenta un fenomeno alquanto rilevante in termini quantitativi ed un aspetto di interesse nella programmazione sanitaria regionale e nazionale. Una valutazione della sua entità costituisce un indicatore dei livelli essenziali di assistenza che le regioni sono tenute ad assicurare e un possibile indicatore di ineguaglianze nell'accesso ai servizi.

La mobilità passiva, in particolare, può costituire un costo rilevante per le regioni. Pertanto, è importante che ciascuna regione valuti attentamente i motivi che spingono i pazienti a cercare prestazioni di assistenza ospedaliera al di fuori della regione di residenza. Un'analisi attenta può essere di stimolo ad avviare azioni migliorative sulla qualità delle prestazioni ospedaliere erogate nel proprio ambito territoriale.

Schede di Dimissione Ospedaliera-R

Dott.ssa Tiziana De Vito, Dott.ssa Alessandra Rossi, Dott.ssa Cristina Giordani, Dott.ssa Lucia Lispi

La SDO Riabilitativa ed il percorso per la sperimentazione dei nuovi criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera

Il DM del 5 agosto 2021, recante “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera”, oggetto dell’Intesa tra il Governo e le Regioni/PA del 4 agosto 2021, definisce i criteri di appropriatezza dell’accesso dei pazienti adulti ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera nelle discipline di Recupero e riabilitazione funzionale (codice 56), di Neuroriabilitazione (codice 75) e di Unità Spinale (codice 28) per le *Major Diagnostic Category* (MDC) 1 Sistema Nervoso, MDC 4 Apparato Respiratorio, MDC 5 Apparato Cardiocircolatorio e MDC 8 Apparato muscolo scheletrico.

La metodologia prevista nel Decreto individua due diverse tipologie di ricovero, per ciascuna delle quali sono previsti diversi criteri di appropriatezza:

- “ricoveri di riabilitazione conseguenti ad evento acuto”: ricoveri di riabilitazione ospedaliera effettuati in regime ordinario e diurno, che sono stati preceduti, nei 12 mesi precedenti al ricovero in riabilitazione, da un ricovero in acuzie;
- “ricoveri di riabilitazione non conseguenti ad evento acuto”: ricoveri di riabilitazione ospedaliera effettuati in regime ordinario e diurno, che non sono stati preceduti, nei 12 mesi precedenti al ricovero in riabilitazione, da un ricovero in acuzie.

Nell’ambito di queste due categorie, il Decreto individua specifici criteri di appropriatezza per le discipline di Unità Spinale (codice 28) e Neuroriabilitazione (codice 75) e per i tre livelli di complessità della disciplina di Recupero e riabilitazione funzionale (codice 56) previsti nel documento “Linee di indirizzo per la individuazione dei percorsi appropriati in riabilitazione” (Accordo Stato-Regioni 4 agosto 2021), “sulla base della diversa gravità delle patologie disabilitanti e delle problematiche concomitanti, caratterizzati da un diverso fabbisogno di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto riabilitativo”.

I livelli di complessità sono i seguenti:

- ricoveri di riabilitazione intensiva ad alta complessità (codice 56a);
- ricoveri di riabilitazione intensiva a minore complessità (codice 56b);
- ricoveri di riabilitazione estensiva (codice 56c).

La base dati informativa adottata per la rilevazione sistematica delle informazioni necessarie alla valutazione dei suddetti criteri di appropriatezza è il flusso informativo delle SDO, che è stato integrato con un nuovo tracciato record (tracciato C, cd. SDO-R) con il DM n.165 del 26 settembre 2023 “Regolamento recante norme concernenti l’aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati” in vigore dal 1° gennaio 2024. Tale tracciato contiene le informazioni relative alle scale funzionali di disabilità e complessità assistenziale individuate per descrivere il fabbisogno riabilitativo-assistenziale del paziente ricoverato in riabilitazione.

I campi di nuova introduzione sono i seguenti:

Campo	Descrizione
Scala di Rankin	La variabile indica il valore della scala di Rankin rilevato dagli operatori al momento dell’ammissione del paziente quale indicatore di funzionalità premorbosa (codice 28, 56, 75)
Scala di Barthel (BI)	La variabile indica il valore della scala di Barthel rilevato dagli operatori al momento dell’ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore di disabilità nelle attività di vita quotidiana (codice 28, 56, 75)
Scala di Barthel Dispnea (BI-D)	La variabile indica il valore della scala di Barthel-Dispnea rilevato dagli operatori al momento dell’ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore funzionale (solo codice 56)
Scala Six-Minute Walk Test (6MWT)	La variabile indica il valore del test funzionale <i>Six-Minute Walk Test</i> rilevato dagli operatori al momento dell’ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore funzionale (solo codice 56)
Scala Glasgow Coma Scale (GCS)	La variabile indica il valore della <i>Glasgow Coma Scale</i> rilevato dagli operatori al momento dell’ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore di disabilità (solo codice 75)

Campo	Descrizione
Scala <i>Glasgow Outcome Scale Extended</i> (GOSE)	La variabile indica il valore della <i>Glasgow Outcome Scale Extended</i> rilevato dagli operatori al momento dell'ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore di disabilità (solo codice 75)
Scala <i>Level Cognitive Functioning</i> (LCF)	La variabile indica il valore della <i>Level Cognitive Functioning</i> rilevato dagli operatori al momento dell'ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore dello stato di coscienza (solo codice 75)
ASIA <i>Impairment Scale</i> (ASIA)	La variabile indica il valore della ASIA <i>Impairment Scale</i> rilevato dagli operatori al momento dell'ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore del livello di lesione midollare e del grado di completezza (solo codice 28)
Scala <i>Spinal Cord Independence Measure</i> (SCIM)	La variabile indica il valore della scala <i>Spinal Cord Independence Measure</i> rilevato dagli operatori al momento dell'ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore di disabilità nelle attività di vita quotidiana (solo codice 28)
Scala <i>Rehabilitation Complexity Scale</i> (RCS)	La variabile indica il valore della scala <i>Rehabilitation Complexity Scale</i> rilevato dagli operatori al momento dell'ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore di complessità assistenziale (codice 28, 56, 75)

Con lo stesso Decreto sono state, inoltre, introdotte alcune integrazioni specifiche in campi SDO già esistenti, in modo da rilevare informazioni utili alla descrizione del ricovero di riabilitazione:

- valori aggiuntivi per il campo “Provenienza del paziente” al fine di migliorare la caratterizzazione del percorso antecedente il ricovero riabilitativo;
- valori aggiuntivi per il campo “Modalità di Dimissione”: al fine di migliorare la caratterizzazione dell’*outcome* del ricovero riabilitativo e dare evidenza e rilievo al *setting* di dimissione e alla continuità del percorso riabilitativo.

L’introduzione della SDO riabilitativa è stata preceduta e accompagnata da un percorso formativo, finalizzato alla condivisione con gli operatori dei contenuti del nuovo tracciato, delle regole per l’utilizzo corretto delle scale e per una corretta compilazione della SDO in caso di ricoveri di riabilitazione, applicabili in modo omogeneo nelle diverse realtà regionali e da un percorso di condivisione delle novità tecniche con i referenti regionali del flusso informativo SDO, che hanno supportato la necessaria implementazione dell’infrastruttura *Information and Communication Technology*.