

Forum Aree interne  
Nuove strategie per la programmazione 2014-2020 della politica  
di coesione territoriale  
Rieti, 11 e 12 marzo 2013

***COME ASSICURARE SERVIZI ADEGUATI E COME INVESTIRE  
PER LA CREAZIONE DI RETI TERRITORIALI DELLA SALUTE?***

Gilberto TURATI



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

*Dip.to di Scienze Economico-Sociali e  
Matematico-Statistiche*

# I. Più efficienza per contenere la spesa

- E' la ricerca dell'efficienza (delle "*best practices*") a spingere la ri-organizzazione dei sistemi sanitari
- Esempio: la riorganizzazione della rete territoriale dei servizi ospedalieri
  - Mutamento del quadro epidemiologico (più cronicità) spinge verso una riduzione del ruolo dell'ospedale (che costa troppo) → riduzione della capacità produttiva (riduzione # complessivo posti letto) ...
  - Economie di scala e vantaggi clinici con ospedali di maggiori dimensioni → ... perseguita attraverso l'accentramento dell'attività in ospedali più grandi (e più sicuri)

## II. Un classico *trade-off* tra efficienza ed equità per le aree interne?

- Le conseguenze della ricerca dell'efficienza per le aree interne sono chiare a partire dalla definizione stessa di area interna: si allontanano i “luoghi della cura” (non solo gli ospedali) che diventano (dovrebbero diventare?)
  - più grandi e più sicuri ...
  - ... ma più lontani
- Questione cruciale per la politica economica: la ricerca dell'efficienza dei sistemi sanitari impone dei peggioramenti in termini di equità per le aree interne?

# Equità di che cosa?

## Equità *in termini di salute?*

- Esistono evidenze causali e, prima ancora, puramente descrittive?
- Chi vive nelle aree interne sta meglio o sta peggio di chi vive in un'area urbana?
- Che ne sappiamo dell'aspettativa di vita alla nascita? Le differenze ci sono e sono statisticamente significative?
- Che cosa sappiamo delle altre determinanti della salute, per esempio la qualità dell'ambiente?

# Equità di che cosa?

## Equità *nelle possibilità di accesso ai servizi?*

- Si sono registrati episodi di chiusura di piccoli ospedali nelle aree interne? Ci sono ancora piccoli ospedali nelle aree interne a rischio di chiusura?
- Che cosa ha comportato (o che cosa comporterebbe) la chiusura? Di quanto si allontanerebbero i “luoghi della cura”?
- E per gli altri servizi? Che cosa fa, per esempio, una giovane coppia quando decide di avere un figlio per la diagnostica prenatale?
- Come si gestiscono le emergenze?

# Equità di che cosa?

## Equità *nel consumo di servizi?*

- Esistono evidenze causali e, prima ancora, puramente descrittive che chi vive nelle aree interne consuma meno servizi *a parità di bisogno?*
- Le giovani coppie che decidono di avere un figlio e che vivono nelle aree interne effettuano meno controlli ginecologici rispetto alle coppie che vivono nelle aree urbane? Questo impatta sulla salute dei bambini e sulla salute della madre?
- E gli anziani ammalati per esempio di diabete? Ci sono differenze nelle visite cardiologiche?

# Evidenze: la Calabria dall'indagine UVAL

Tavola III.1 - La distribuzione territoriale delle strutture ospedaliere in Calabria (anno 2006)

	Italia	Calabria	Area Urbana	Area Rurale	<i>di cui:</i>		
					<i>Peri-urbana</i>	<i>Intermedia</i>	<i>Periferica</i>
Residenti > 65 anni	11.379.341	361.072	173.624	187.448	67.288	63.196	56.964
Residenti > 65 anni (%)	-	100	48,1	51,9	18,6	17,5	15,8
Numero di Ospedali, di cui:	1.503	77	60	17	6	8	3
- Pubblici	945	40	29	11	3	5	3
- Privati accreditati	558	37	31	6	3	3	0
Superficie/N. Ospedali	200,5	195,9	43,5	733,6	602,5	514,8	1.579,3
Posti Letto ordinati in Ospedali, di cui:	240.377	8.143	7.054	1.089	488	457	144
- Pubblici (N.)	191.483	4.847	4.228	619	183	292	144
- Privati accreditati (N.)	48.894	3.296	2.826	470	305	165	0
- Pubblici (%)	79,7	59,5	59,9	56,8	37,5	63,9	100,0
- Privati accreditati (%)	20,3	40,5	40,1	43,2	62,5	36,1	0,0
Posti Letto per 10.000 abitanti	40,7	40,8	66,3	11,7	13,1	14,9	5,7
Ospedali con almeno 250 posti letto	299	7	7	0	0	0	0
Ospedali con almeno 250 posti / Ospedali totali	19,9	9,1	11,7	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: Elaborazioni UVAL su dati del Ministero della Salute

# Evidenze: la Calabria dall'indagine UVAL

Tavola III.1 - La distribuzione territoriale delle strutture ospedaliere in Calabria (anno 2006)

	Italia	Calabria	Area Urbana	Area Rurale	di cui:		
					Peri-urbana	Intermedia	Periferica
Residenti > 65 anni	11.379.341	361.072	173.624	187.448	67.288	63.196	56.964
Residenti > 65 anni (%)	-	100	48,1	51,9	18,6	17,5	15,8
Numero di Ospedali, di cui:	1.503	77	60	17	6	8	3
- Pubblici	945	40	29	11	3	5	3
- Privati accreditati	558	37	31	6	3	3	0
Superficie/N. Ospedali	200,5	195	43,5	733,6	602,5	514,8	1.579,3
Posti Letto ordinati in Ospedali, di cui:	240.377		7.054	1.089	488	457	144
- Pubblici (N.)	191.483	47	4.228	619	183	292	144
- Privati accreditati (N.)	48.894	29	2.826	470	305	165	0
- Pubblici (%)		59,5	59,9	56,8	37,5	63,9	100,0
- Privati accreditati (%)		40,5	40,1	43,2	62,5	36,1	0,0
Posti Letto per 1000 abitanti	3,7	40,8	66,3	11,7	11,7	11,9	5,7
Ospedali per 1000 abitanti	299	7	7				0
Ospedali per 1000 abitanti	9	9,1	11,7				0,0

Over65 (%):  
area urbana  
48,1 vs area  
rurale 51,9

PL x 10000  
abitanti: area  
urbana 66,3 vs  
area rurale 11,7

Fonte: Ministero della Salute



# Evidenze: la Calabria dall'indagine UVAL

Tavola III.2 - La rete sanitaria territoriale della Calabria: Ambulatori e RSA (anno 2006)

	Italia	Calabria	Area Urbana	Area Rurale	di cui		
					Peri-urbana	Intermedia	Periferica
Ambulatori (N.)	10.572	472	342	130	36	53	41
Ambulatori (%)	100	100	72,5	27,5	7,6	11,2	8,7
Superficie/N. Ambulatori	28,5	32,0	7,6	95,9	100,4	77,7	115,6
Ambulatori per 10.000 abitanti	1,8	2,4	3,2	1,4	1,0	1,7	1,6
RSA residenziali per Anziani, di cui:	-	25	5	20	8	5	7
- Pubblici, del Sistema Sanitario Nazionale (N.)	-	2	1	1	0	1	0
- Privati accreditati (N.)	-	23	4	19	8	4	7
Posti Letto in RSA residenziali (N.)	-	921	287	634	236	205	193
Posti Letto residenziali RSA per 10.000 abitanti > 65 anni	-	0,69	0,29	1,07	1,19	0,79	1,23

Fonte: Elaborazioni UVAL su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

PL x 10000 abitanti  
over65: area urbana  
0,29 vs area rurale  
1,07

# III. Quali conseguenze per il disegno delle politiche?

- Se c'è davvero uno svantaggio le politiche *per le aree interne* devono essere ri-orientate in termini di equità  
→ **garantire uguaglianza delle opportunità di accesso**
- Necessario distinguere tipologie di servizi: un conto è la gestione dell'emergenza, un conto il servizio di diagnostica, un conto il bisogno quotidiano
  - importante la rapidità di accesso nel primo caso
  - ... la possibilità di avvicinare il paziente al servizio o viceversa nel secondo
  - ... la continuità del servizio nel terzo
- Non esistono soluzioni universali: determinanti il territorio (che identifica le distanze), i costi e l'efficacia

# III. Quali conseguenze per il disegno delle politiche?

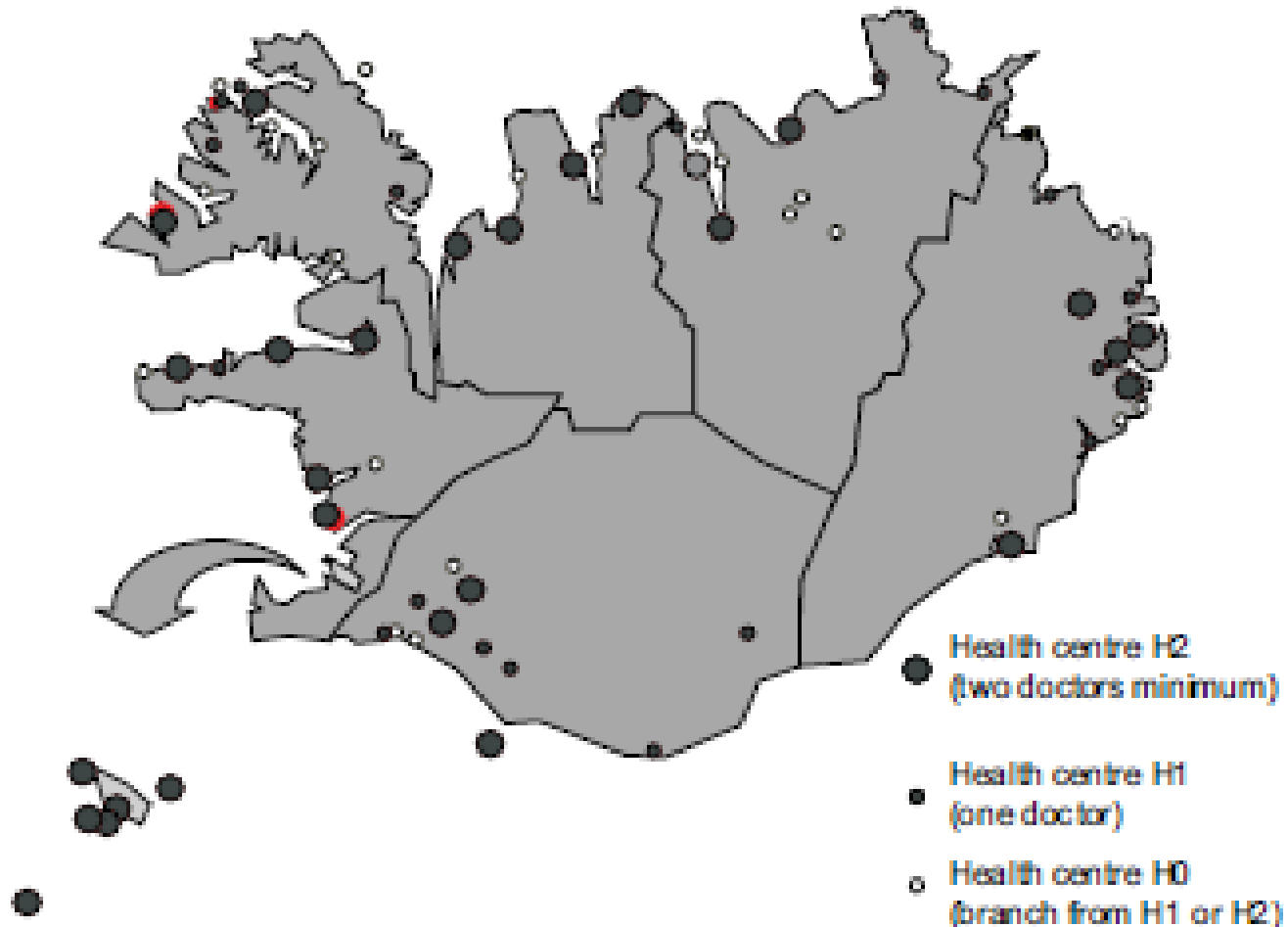
- Esempi di possibili soluzioni organizzative
  - l'emergenza per l'infarto miocardico acuto può essere affrontata con un defibrillatore in attesa di un'ambulanza (ma qualcuno lo deve saper usare); oppure con l'impiego di un elicottero
  - per gli esami di laboratorio si può pensare ad una infermiera che va dai pazienti in un ambulatorio appositamente predisposto in uno dei centri dell'area interna; e anche gli ecografi (almeno alcuni) si possono spostare
  - per la TAC o la PET si spostano i pazienti in ospedale, dove le attrezzature si fanno lavorare a pieno regime

# III. Quali conseguenze per il disegno delle politiche?

- Nel disegno dei servizi, cruciale il coinvolgimento dei Comuni, che devono dialogare con la Regione (che ha in mano la funzione di organizzare e gestire la sanità)
- Non a caso, forse, questo è il livello di governo chiave nei paesi nordici: ci possono insegnare qualcosa?

# Evidenze: l'Islanda

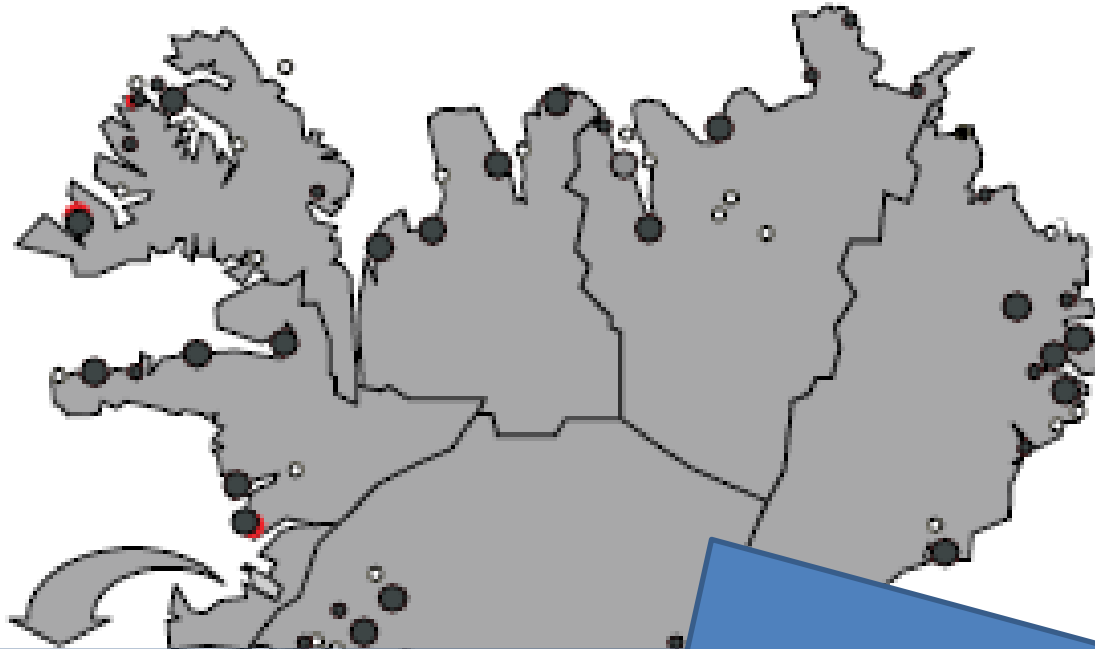
Fig. 7. Location of hospitals and health care centres



Source: Ministry of Health and Social Security of Iceland.

# Evidenze: l'Islanda

Fig. 7. Location of hospitals and health care centres



A 1998 study by the University of Iceland (19) showed that people in general have good access to primary care in acute and subacute cases. A total of 95% of the population lived less than 20 km from the nearest health care centre, and 94% reported that they were able to reach it within 20 minutes. As could be expected, there were considerable differences