

ANNA MARIA SALA

LE MIGRAZIONI OSPEDALIERE IN ITALIA (*)

Misurare la qualità della vita di una società economicamente evoluta richiede estrema attenzione e chiarezza; infatti, privilegiando indicatori economici si è in grado di quantificare la disponibilità di capitali, ma solo attraverso la valutazione di quelli sociali si può giungere all'individuazione del grado di benessere raggiunto attraverso il miglioramento della qualità della vita, intesa come soddisfacimento dei bisogni materiali e non. In questo senso appare utile valutare se una collettività è in grado di garantire ai suoi cittadini una qualità della vita non solo quando essi svolgono un ruolo produttivo, ma anche nei momenti di «fragilità» connessi con uno stato di malattia. È in tale circostanza che il singolo misura appieno non solo i risultati raggiunti in campo medico, ma, soprattutto, valuta in prima persona quanta attenzione lo Stato dedichi all'organizzazione e alla gestione delle strutture e dei servizi destinati a coloro che necessitano di cure mediche.

Non è in questo contesto che interessa verificare il ruolo che dovrebbe svolgere l'azione preventiva, aspetto meritevole comunque di attenzione in quanto l'assistenza sanitaria in un paese evoluto dovrebbe tendere, in prima istanza, ad evitare che talune patologie si aggravino al punto da poter essere curate solo mediante ricovero. Ciò che invece si vuole indagare è se il grado di soddisfacimento della domanda ospedaliera sia commisurato alla qualità e tipologia di una offerta equamente distribuita. Tale verifica dovrebbe prendere in considerazione struttura per struttura e, per ciascuna di esse, le caratteristiche medico-sanitarie, la ricettività e la presenza del personale da un lato, dall'altro il bacino di utenza espresso in quantità e tipologia della popolazione. In realtà, la struttura ospedaliera, pur configurandosi come un'«industria della salute», esula in larga misura dagli elementi localizzativi validi per altre attività e si distribuisce, o meglio si dovrebbe distribuire, in relazione alla necessità di una presenza sufficientemente omogenea e perciò in grado di offrire un valido servizio a tutti i cittadini. A queste condizioni teoriche si contrappongono realtà spesso non adeguate in termini distributivi e qualitativi i cui effetti possono essere verificati proprio dall'analisi delle «migrations de santé» (Ciaccio, 1986) e, più precisamente, di quelle connesse con l'ospedalizzazione.

La territorializzazione della sanità si presentò come un argomento privilegiato nell'ampia discussione sul decentramento dei poteri alle Regioni e alle auto-

(*) Questo lavoro è stato svolto nell'ambito della ricerca «Ospedali e territorio: offerta e domanda sanitaria» condotta da Anna Maria Sala e Carlo Hanau della Facoltà di Scienze Statistiche dell'Università di Bologna.

mie locali per le sue implicazioni organizzative e sociali che solo in parte sono state risolte con la riforma sanitaria (legge 833 del 1978), il cui obiettivo era quello di fornire ad ogni cittadino un'assistenza sanitaria adeguata nell'ambito territoriale di residenza (unità sanitaria locale). Il problema della definizione di tale ambito ebbe ampio rilievo all'interno del dibattito sulla riforma e sostanzialmente si basava sulla necessità di dare risposta organica a due ordini di servizi, quello estensivo e quello intensivo. Il primo avrebbe dovuto essere fornito all'interno della USL, il secondo sarebbe stato erogato da strutture al servizio di più USL. Con tale gerarchizzazione dei bisogni socio-sanitari si intendeva riorganizzare la distribuzione dei presidi secondo parametri che evitassero sia l'eccessiva frammentazione delle strutture, sia il disagio degli utenti provocato da una scarsa accessibilità.

Per quanto riguarda le strutture ospedaliere occorre fare riferimento alla legge n. 132 del 1968, secondo la quale gli ospedali pubblici si dividono in generali e specializzati, successivamente ripartiti in regionali, provinciali e zonali con bacini di utenza via via più ridotti, mentre gli istituti di cura privati erano classificati solo in generali e specializzati. Per quanto riguarda le competenze, gli ospedali generali provvedono al ricovero ed alla cura di infermi in divisioni di medicina generale, chirurgia generale e di specialità; quelli specializzati forniscono prestazioni solo a pazienti con patologie rientranti nelle discipline di alta specialità (centri tumori, ospedale oftalmico, traumatologico, ecc.).

La specializzazione e la complessità degli istituti di cura danno luogo ad una gerarchia di presidi i cui vari livelli dovrebbero rispondere ad esigenze di efficacia sanitaria ed efficienza economica. Efficacia, dal momento che è ampiamente provato che alcune tecniche esigono un'*équipe* di sanitari continuamente allenata a superare le difficoltà dell'intervento, pena l'aumentare della possibilità di risultati negativi. Poiché esistono patologie rare è giusto che il loro trattamento sia riservato a poche *équipes* che richiamino i pazienti nelle loro divisioni o nei loro ospedali — perciò specializzati — da un vasto territorio, raggiungendo una casistica sufficientemente ampia per garantire il miglior risultato nell'assistenza e nella ricerca.

Efficienza, poiché in molti casi le *équipes* specializzate necessitano di strumentazione sofisticata e costosa, la cui diffusione in ogni presidio comporterebbe un sottoutilizzo della stessa con un evidente spreco di risorse; efficienza, ancora, dal momento che si ritiene che le dimensioni degli ospedali non debbano scendere al di sotto di una soglia minima, ipotizzata intorno ai 300 posti letto (implicanti un bacino d'utenza di alcune decine di migliaia di abitanti), per godere delle economie di scala realizzabili in parecchi settori, e principalmente nei servizi comuni (pronto soccorso, laboratori, servizi economici).

Fin qui la teoria, in realtà le cose vanno diversamente: da un lato, i sanitari, per fini di carriera e di prestigio, sollecitano spesso la creazione di nuove specialità e di nuove divisioni (così come il mantenimento in funzione di quelle ormai superate). Dall'altro lato, la libertà di scelta dell'ospedale, che il paziente può esercitare in modo arbitrario e senza alcun controllo su tutto il territorio nazionale, induce ulteriori distorsioni nel funzionamento di quello che dovrebbe essere un «sistema ospedaliero» razionale basato su più livelli, come già visto. La causa principale consiste nel mancato funzionamento dei filtri, per cui è abbastanza frequente il caso di pazienti affetti da patologie comuni (che potrebbero essere

trattate in ospedali di base con costo contenuto) che si recano in ospedali regionali distanti centinaia o migliaia di chilometri dalla loro residenza, nella speranza non sempre fondata di ricevere un trattamento più efficace, differenza comunque mai commisurata all'aggravio dei costi che tale scelta comporta per la collettività (1).

Le condizioni socio-culturali sono fattori che spiegano una parte della distribuzione dei pazienti fra gli ospedali e fra le divisioni indipendentemente dalla patologia specifica, ed è facile dedurre che tale fenomeno implica sprechi e/o aggrava le disuguaglianze sociali. L'equità nell'accesso alle cure viene compromessa e si instaura un processo di rivalità fra gli operatori delle grandi strutture di ricovero e quelli delle piccole, che mal sopportano le differenze di «clientele» e di risorse assegnate e reagiscono rifiutando il ruolo limitato che viene loro attribuito.

Si aggiunga infine che gli ospedali regionali sono generalmente i soli dove si attua l'insegnamento universitario e i docenti — normalmente sin troppo attenti ai casi clinici rari ed eccezionali — esigono di curare anche pazienti con patologie più comuni, dovendo i loro studenti apprendere la pratica dei casi frequenti nella vita professionale (ovviamente non viene presa in considerazione la possibilità di periodi di pratica presso ospedali minori).

Fra tutte le forme di assistenza sanitaria quella che si discosta di più dalla ipotesi di una USL autonoma e autarchica è l'assistenza ospedaliera. È pur vero che l'acquisto di farmaci può essere effettuato in USL diverse da quelle di residenza; che l'assistenza medico-generica può essere ricevuta in altre USL (es. studenti fuori sede, ecc.); che un certo tipo di assistenza specialistica ambulatoriale può essere reperibile solo in pochissime USL; che esistono altri casi di assistenza possibile solo al di fuori dell'USL di appartenenza.

Ma il problema di gran lunga più importante di mobilità sanitaria legato al fenomeno dell'ospedalizzazione deriva sia dal numero di pazienti che migrano (fenomeno geografico), sia dal costo delle risorse impiegate in questa forma di assistenza (fenomeno economico). Queste migrazioni causano problemi di natura istituzionale (a chi debba essere affidata la gestione politica di un presidio che, insistendo sul territorio di una USL, serve tuttavia un territorio più vasto) e, ancor più, economica, per ciò che riguarda la ripartizione dei finanziamenti. Questi non possono essere correlati alla popolazione della USL ove il presidio è ubicato, in quanto si penalizzerebbero i residenti, mentre, se collegati all'attività svolta, rischiano di perpetuare la distribuzione diseguale dei presidi sul territorio nazionale, e quindi le migrazioni sanitarie stesse.

A fronte della previsione della riforma sanitaria, per la quale — in via ottimale — ogni USL dovrebbe garantire sul proprio territorio l'assistenza ospedaliera di primo livello (zonale o di base), esistono alcuni casi nei quali una USL non dispone di un proprio presidio ospedaliero, oppure dispone — in gestione diretta o convenzionata — di un numero di letti decisamente insufficiente. Al contrario, esistono città piccole o grandi che la storia, la posizione geografica, la volontà di qualche benemerito hanno dotato di abbondanza di posti letto (p.l.), e che pertan-

(1) L'art. 18 della legge n. 833, istitutiva del SSN, recepisce il problema dei vari livelli dei presidi ospedalieri e della loro complementarietà e stabilisce l'individuazione, nell'ambito della programmazione sanitaria, dei presidi e dei servizi sanitari ospedalieri ed extraospedalieri che, per finalità specialistiche, svolgono attività prevalentemente rivolte a territori la cui estensione includa più di una unità sanitaria locale, e ne disciplina l'organizzazione.

to accolgono pazienti di provenienza esterna che vanno ben oltre quelli di competenza del secondo o terzo livello (provinciali o regionali) previsti da una razionale programmazione, accogliendo anche casi di patologie comuni provenienti da altre USL.

Anche considerando le regioni italiane nella loro interezza, per le quali — in linea di principio — dovrebbe valere l'ipotesi di una autarchia sanitaria quasi completa (2), risulta una enorme disparità nelle dotazioni di p.l. per 1000 ab. (meno di 6 in Valle d'Aosta e Molise, più di 10 in Veneto e Friuli), oltre che negli aspetti qualitativi del servizio, più difficilmente quantificabili.

I flussi migratori dei pazienti fra diverse USL all'interno di una regione e fra regioni diverse sono in parte soltanto la conseguenza di squilibri nella dotazione di strutture, ma obbediscono anche a tradizioni culturali basate sulla fiducia singola e sull'opinione di gruppo.

Il fenomeno migratorio per cause di spedalizzazione è dovuto a diversi fattori, che possono raggrupparsi in due tipi, qualitativo e quantitativo. Il primo, correlato all'attrazione che viene esercitata da alcuni poli ospedalieri su un bacino di utenza superiore a quello «naturale» della USL, sia per la loro specializzazione, sia per la fiducia del paziente che può scegliere, in base alla legislazione vigente, il presidio in cui farsi curare; il secondo, che obbliga il paziente a spostarsi da un territorio (sprovvisto in tutto o in parte dei p.l. necessari) verso un altro territorio ove i servizi ospedalieri sono relativamente abbondanti.

L'attrazione di tipo qualitativo specialistico dovrebbe essere codificata da protocolli tecnico-sanitari sulla base dei quali solo un certo tipo di pazienti deve essere concentrato presso alcune divisioni di ospedali (per motivi di efficacia sanitaria e di efficienza economica). Quella basata sulla fiducia è un fenomeno che ha radici storiche nelle grandi scuole mediche che ancor oggi richiamano pazienti da tutte le regioni.

Da un primo esame dei movimenti interregionali (tab. 1) appare evidente come tutte le regioni meridionali registrano forti saldi negativi (Calabria, Sicilia e Campania in particolare), mentre le restanti regioni esercitano una certa attrazione (l'Emilia-Romagna soprattutto), non solo in relazione all'elevata dotazione di strutture di ricovero, ma anche per la loro qualificazione. Interessante è infatti il comportamento della Lombardia che, pur presentando il più elevato numero di istituti di cura (218) e di ricoveri (oltre 1200 milioni nel 1986), non presenta un saldo attivo elevato in quanto entrate ed uscite si compensano per la presenza di buone strutture anche nelle regioni limitrofe (3).

Indubbiamente la consistenza del bacino demografico di queste regioni ha portato, nel tempo, alla creazione di presidi ospedalieri che, per quantità e qualità, garantiscono un'assistenza in grado di soddisfare anche le richieste di una domanda extra-regionale.

Dai dati relativi a tutte le discipline (tab. 2) emerge che vi sono regioni di forte immigrazione e regioni di emigrazione: in particolare, al Nord l'Emilia-Roma-

(2) Fanno eccezione gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui all'art. 42 della legge n. 833 del 23-12-1978, per i quali si prevede un bacino di utenza nazionale.

(3) I dati relativi alla mobilità dei pazienti nelle regioni italiane nel periodo gennaio-dicembre 1986 provengono dal Sistema Sanitario del Ministero della Sanità.

SALDO DEI RICOVERI PER TUTTI I TIPI DI DISCIPLINE

Regioni	Ricoveri					
	nella regione	in altre regioni		da altre regioni		Saldo
		n.	%	n.	%	
Piemonte	610.245	36.043	5,9	31.309	5,1	— 4.734
Valle d'Aosta	17.572	4.037	22,9	826	5,6	— 3.211
Lombardia	1.248.883	58.027	4,6	64.099	5,1	6.072
Trentino-A. A.	162.073	17.413	10,7	12.371	7,6	— 5.042
Veneto	760.940	31.414	4,1	53.511	6,8	22.097
Friuli-V.G.	243.283	10.534	4,2	22.690	8,6	12.156
Liguria	338.286	23.116	6,8	46.278	12,7	23.162
Emilia-R.	695.871	25.353	3,6	67.588	9,1	42.235
Toscana	490.707	24.256	4,9	36.197	7,1	11.941
Umbria	129.381	10.391	8,0	13.150	9,9	2.759
Marche	241.016	17.100	7,0	17.849	7,3	749
Lazio	603.491	29.936	4,9	57.547	9,0	27.611
Abruzzo	207.640	19.818	9,5	24.779	11,8	4.961
Molise	55.491	17.387	31,3	6.598	14,7	— 10.739
Campania	653.243	42.660	6,5	10.112	1,6	— 32.548
Puglia	651.361	32.411	4,9	30.471	4,6	— 1.940
Basilicata	71.798	21.744	30,2	4.315	7,9	— 17.429
Calabria	217.638	40.432	18,5	4.340	2,3	— 36.092
Sicilia	522.395	41.579	7,9	5.889	1,2	— 35.690
Sardegna	259.550	9.029	3,4	2.761	1,0	— 6.268
ITALIA	8.213.121	512.680	6,2	512.680	6,2	

gna presenta un saldo positivo di 42.235 ricoveri, seguita da Lazio, Liguria, Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Toscana; al Sud, la situazione è caratterizzata da una forte emigrazione che vede al primo posto la Calabria con un saldo negativo di 36.092 ricoveri seguita a breve distanza da Basilicata e Molise. Le rimanenti regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Umbria, Marche, Abruzzo, Puglia e Sardegna) presentano, invece, saldi, positivi o negativi, di entità abbastanza ridotta e comunque contenuta al di sotto dei 7000 ricoveri.

Al Nord e al Centro le migrazioni si indirizzano per la maggior parte verso le regioni immediatamente confinanti, mentre per alcune zone del Sud si osserva un'emigrazione verso più regioni del Centro-Nord.

Esaminando, ad esempio, la Sicilia, vediamo che i ricoveri si distribuiscono principalmente in quattro regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Lazio),

TAB. 2

MOBILITÀ DEI PAZIENTI NEL COMPLESSO DEGLI ISTITUTI DI CURA (1986)

Regione di ricovero	REGIONE DI PROVENIENZA																				
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	P. A. Bolzano	P. A. Trento	Veneto	Friuli-V. G.	Liguria	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
Piemonte	574.202	2.931	8.753	40	71	514	126	6.185	593	684	54	180	607	167	94	1.161	2.197	656	2.877	2.869	600
Valle d'Aosta	260	13.535	159	1	4	28	71	66	46	23	7	3	40	7	1	19	12	10	91	19	19
Lombardia	13.259	256	1.190.861	387	1.182	3.495	771	7.768	9.280	1.929	391	775	1.633	631	241	3.536	4.429	918	4.265	7.761	1.192
P. A. Bolzano	72	1	370	69.129	1.064	922	193	53	148	141	19	25	178	12	1	45	43	5	30	50	12
P. A. Trento	359	15	2.838	2.206	75.531	1.760	134	124	483	173	44	76	283	30	9	94	108	15	67	122	47
Veneto	1.344	320	13.110	4.390	6.223	729.526	6.612	578	4.869	1.119	202	671	1.380	408	87	1.642	2.471	276	1.541	5.759	523
Friuli-V. G.	341	7	1.392	99	107	15.924	237.749	171	1.085	761	70	115	566	105	26	370	450	55	286	675	85
Liguria	13.564	283	7.691	34	117	495	155	315.170	1.869	5.801	147	243	858	294	66	2.423	1.842	322	3.777	4.474	1.823
Emilia-R.	1.576	61	12.782	330	454	5.803	1.574	1.899	670.518	6.286	666	8.287	2.003	3.052	475	3.913	5.670	1.064	4.844	6.083	766
Toscana	1.055	50	2.367	82	114	645	205	4.783	2.139	466.451	2.950	984	4.548	437	272	3.506	2.507	661	3.505	4.592	745
Umbria	91	3	266	9	26	104	20	49	201	3.101	118.990	2.089	5.685	307	59	258	220	55	380	163	64
Marche	252	15	1.142	19	41	231	84	160	2.585	730	998	223.916	2.197	5.449	285	652	2.102	187	231	349	140
Lazio	559	27	1.067	46	121	443	209	364	536	2.181	3.377	1.706	573.555	6.640	2.271	16.559	4.451	1.504	7.982	5.672	1.852
Abruzzo	270	10	635	14	17	203	48	90	364	174	1.232	1.549	5.033	187.822	12.002	868	1.418	78	251	391	132
Molise	72	0	123	1	5	28	7	10	42	23	22	30	458	1.718	38.104	1.852	2.083	85	14	24	1
Campania	458	9	847	9	33	159	94	150	240	305	56	64	1.715	131	381	610.593	772	2.927	1.227	459	76
Puglia	1.171	9	2.269	23	60	400	179	185	469	337	81	203	1.339	366	605	3.058	618.950	12.441	6.429	753	94
Basilicata	69	0	84	0	6	6	4	3	16	24	3	5	73	11	500	2.028	1.231	50.054	223	28	1
Calabria	436	32	693	2	25	63	22	109	93	122	14	26	393	16	2	353	232	458	177.206	1.237	12
Sicilia	489	2	781	3	19	105	40	161	120	126	16	25	382	16	5	203	100	20	2.431	480.816	845
Sardegna	346	6	658	5	24	86	46	208	125	216	42	38	565	21	5	140	73	7	31	119	250.521
TOTALE	610.245	17.572	1.248.883	76.829	85.244	760.940	243.383	338.286	695.871	490.707	129.381	241.016	603.491	207.640	55.491	653.943	651.361	71.798	217.638	522.395	259.550

mentre in Calabria si assiste ad una migrazione verso Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Puglia.

Una spiegazione di questo fenomeno può essere data dal fatto che Sicilia e Calabria non hanno nelle immediate vicinanze regioni molto dotate dal punto di vista sanitario e quindi i pazienti, trovandosi comunque di fronte alla prospettiva di un trasferimento in luoghi molto distanti dalla propria residenza, si spostano in quelle regioni che, per essere tradizionalmente molto dotate di impianti sanitari, danno loro più fiducia e nelle quali si trovano eventualmente parenti emigrati per ragioni di lavoro che costituiscono un supporto logistico di fondamentale importanza per chi è ricoverato e per chi lo deve assistere.

I dati esaminati a questo proposito sono divisi in più tabelle e riguardano le discipline di base, quelle di alta specialità e le altre. Nel primo caso (tab. 3), comprendente chirurgia generale, medicina generale, pediatria e ostetricia-ginecologia, è concentrata la maggior parte dei pazienti e anche qui risultano subito evidenti le regioni di immigrazione: Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Liguria e Friuli-Venezia Giulia. La Puglia, che nel totale risulta avere un saldo negativo, nelle discipline di base presenta invece un saldo positivo. Al Sud ritroviamo Calabria, Basilicata e Molise fra le regioni a più forte emigrazione.

Per quanto riguarda le discipline di alta specialità (tab. 4), il numero dei ricoveri è naturalmente molto esiguo e le regioni che presentano le più alte percentuali di emigrazione sono Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Umbria, Marche, Molise, Basilicata, Calabria e Sicilia, mentre quelle di immigrazione risultano essere Liguria, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Lazio. Per le altre discipline (tab. 5), il discorso è simile, anche se fatto su un numero di ricoveri molto più elevato, data la presenza in questo gruppo di «grosse» specialità, come ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica, ecc.

La ragione per cui si è mantenuta la distinzione fra discipline di base, di alta specialità ed altre è che la legge n. 887 del 22-12-1984, prevede che il Fondo Sanitario Nazionale venga distribuito tenendo conto del movimento migratorio, attribuendo un valore differenziato ad ogni caso di ospedalizzazione a seconda che avvenga in divisioni di base (L. 1.697.000), di specialità (L. 3.241.000) e di alta specialità (L. 3.496.000). I ricoveri in alta specialità e in altra specialità acquistano così un peso economico molto maggiore rispetto a quelli in discipline di base.

Tenendo presente questo aspetto si potrebbe ipotizzare il fabbisogno aggiuntivo di p.l. nelle regioni con saldo ricoveri positivo. La legge n. 595 del 1985, infatti, nell'imporre lo standard teorico di 6,5 p.l. per 1000 ab., stabilisce che le regioni con saldo attivo di ricoveri da altre regioni possono chiedere un aumento dello standard tendenziale proporzionalmente all'ammontare del saldo stesso.

La determinazione del fabbisogno teorico aggiuntivo di p.l. per ricoveri di non residenti resta comunque un mero esercizio di calcolo poiché la pianificazione nazionale non prevede di cristallizzare la situazione attuale.

Infatti, il fenomeno delle migrazioni per causa di spedalizzazione fra una regione e l'altra viene considerato dalla pianificazione sanitaria un evento da limitare a pochi istituti di ricovero e cura riconosciuti per legge a carattere scientifico nazionale. Per ridurre tutte le altre occasioni sono previsti degli strumenti di perequazione a favore delle regioni meno dotate: la costruzione di nuovi p.l. e aumento dei tassi di utilizzazione al 75%.

La scelta politica di ridurre le «migrazioni del dolore» per contenere i disagi

MOBILITÀ DEI PAZIENTI NELLE DISCIPLINE DI BASE (1986)

REGIONE DI PROVENIENZA

	Lombardia	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Veneto	Friuli - V.G.	Liguria	Emilia - Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata
250	3.280	13	31	195	52	2.396	164	222	25	63	251	54	29	521	920	27
054	70	0	1	12	6	26	25	12	2	2	16	2	1	10	7	
77	712.102	172	780	1.521	297	3.261	5.431	605	144	259	719	237	110	1.459	1.856	43
1	153	42.193	199	773	105	32	90	60	13	4	114	9	0	20	23	
3	1.004	947	44.134	818	63	80	325	102	15	47	179	18	3	46	48	
125	5.481	1.165	2.091	438.044	3.177	260	1.633	393	68	235	606	144	36	536	973	13
3	705	38	53	8.319	128.705	86	186	136	37	58	291	45	11	189	200	3
106	3.038	9	64	235	57	151.456	699	2.395	57	78	437	136	30	854	852	15
27	7.439	100	203	2.879	952	659	403.312	3.301	172	3.767	824	853	199	1.318	2.101	48
27	1.291	46	48	341	91	2.499	944	280.478	1.458	515	2.519	162	114	1.339	754	25
3	159	8	13	70	9	34	104	1.719	71.108	966	3.326	160	25	159	123	3
5	663	10	22	143	49	112	935	430	470	135.026	1.326	2.466	87	260	762	57
13	532	19	64	217	98	171	251	792	1.048	649	225.166	2.378	830	8.746	1.590	142
8	402	7	12	137	26	48	199	78	129	384	2.823	108.453	10.517	357	391	7
0	87	0	5	18	5	10	23	16	9	19	260	1.098	25.748	1.170	1.186	142
6	512	5	13	86	63	32	142	150	31	29	948	74	132	319.708	370	714
7	1.375	10	32	237	110	108	261	204	44	104	765	175	327	859	345.464	27.715
0	0	0	3	6	1	2	7	16	3	3	33	8	472	315	573	30
27	418	2	12	40	14	81	51	72	10	19	239	9	0	218	82	30
0	529	3	13	67	27	108	95	86	8	14	241	10	2	136	56	
5	424	4	16	60	31	120	92	142	29	16	373	16	2	96	43	
752	739.723	44.751	47.809	454.223	133.938	162.131	415.478	291.413	74.879	142.257	341.456	116.507	38.675	339.319	358.374	39.222

MOBILITÀ DEI PAZIENTI NELLE DISCIPLINE DI ALTA SPECIALITÀ (1986)

Regione di ricovero	REGIONE DI PROVENIENZA																				Sardagna
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	P. A. Bolzano	P. A. Trento	Veneto	Emili- V. G.	Liguria	Emilia- Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	
Piemonte	19.473	152	249	2	2	49	3	199	41	18	3	5	30	12	23	70	132	70	133	146	64
Valle d'Aosta	13	529	11	1	0	2	1	3	6	1	0	0	3	1	0	1	0	0	1	0	1
Lombardia	768	12	31.800	16	60	147	36	189	352	144	18	32	61	27	11	150	203	24	140	364	126
P. A. Bolzano	0	0	4	1.299	56	4	3	2	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
P. A. Trento	2	0	17	19	899	14	0	2	3	3	1	1	3	0	0	0	0	0	1	0	0
Veneto	181	23	773	210	609	15.717	236	54	301	166	20	77	130	52	9	220	240	19	116	473	77
Friuli-V. G.	17	0	47	4	1	663	5.137	7	19	34	2	2	27	5	0	10	19	0	17	31	3
Liguria	810	6	310	7	7	22	8	10.012	123	355	19	30	22	20	0	86	83	22	197	226	314
Emilia-R.	65	1	531	20	17	292	62	77	18.614	420	66	490	206	447	23	232	580	68	289	276	46
Toscana	39	0	97	2	2	27	9	284	88	13.329	179	24	117	17	11	164	202	29	118	218	29
Umbria	1	0	9	0	1	0	1	0	2	141	1.725	24	80	0	0	0	4	0	1	6	0
Marche	5	0	64	0	6	9	1	7	125	31	53	3.728	59	136	16	52	94	4	21	47	47
Lazio	30	3	51	0	7	25	6	18	35	186	182	84	15.477	432	142	873	333	91	501	513	181
Abruzzo	9	0	22	1	0	6	1	6	20	18	17	207	146	4.891	191	21	150	4	21	25	2
Molise	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	4	596	36	6	1	0	0	0
Campania	11	1	27	1	1	8	4	11	6	29	3	6	105	19	74	35.568	80	124	143	87	2
Puglia	29	0	45	0	0	13	3	4	18	11	5	5	36	10	23	96	16.132	511	328	10	0
Basilicata	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1	1	135	116	1.711	70	2	0
Calabria	29	0	91	0	9	10	0	4	6	2	1	2	18	0	0	18	12	6	8.814	287	0
Sicilia	17	0	19	0	0	4	1	2	4	3	0	1	6	0	0	6	6	1	64	15.678	0
Sardagna	11	0	13	0	0	1	1	5	4	6	0	0	12	0	0	6	3	0	0	2	5.511
TOTALE	21.511	727	34.134	1.582	1.677	170.13	5.513	10.336	19.769	14.397	2.294	4.713	16.565	6.074	1.120	37.744	18.397	2.635	10.975	18.391	6.403

MOBILITÀ DEI PAZIENTI NELLE ALTRE DISCIPLINE (1986)

REGIONE DI PROVENIENZA

Valle d'Aosta	Lombardia	P. A. Bolzano	P. A. Trento	Veneto	Friuli - V. G.	Liguria	Emilia - Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata
1.529	5.224	25	38	270	71	3.090	388	444	26	112	326	101	42	570	1.145	26
5.952	78	0	3	14	4	37	15	10	5	1	21	4	0	8	5	26
167	446.959	199	342	1.827	438	4.318	3.497	1.180	229	484	853	367	120	1927	2.370	26
0	213	25.637	809	145	85	19	57	81	6	21	60	3	1	25	13	26
7	1.817	1.240	30.498	928	71	42	155	68	28	28	101	12	6	48	60	26
172	6.856	3.015	3.523	275.765	3.199	264	2.935	560	114	365	644	212	42	886	1.258	26
4	640	57	53	6.942	103.907	78	880	591	31	55	248	55	15	171	231	26
171	4.343	18	46	238	90	153.702	1.047	3.051	71	135	399	133	36	1.483	907	26
33	4.812	210	234	2.632	560	1.163	248.092	2.565	428	4.030	973	1.752	253	2.363	2.989	26
23	979	34	64	277	105	2.000	1.157	172.644	1.313	445	1.912	258	147	2.003	1.551	26
0	98	1	12	34	10	15	95	1.241	46.157	1.099	2.279	147	34	99	93	26
10	415	9	13	74	34	41	1.525	269	475	85.162	812	2.847	182	340	1.246	26
11	484	27	50	201	105	175	250	1.203	2.147	973	732.912	3.830	1.299	6.920	2.528	26
2	211	6	5	60	21	36	145	80	1.086	958	2.064	74.478	1.294	490	877	26
0	35	1	0	10	2	0	14	7	14	11	187	616	11.760	638	891	26
2	308	3	19	65	27	57	88	126	22	29	662	38	175	255.312	322	26
2	849	13	28	150	66	73	190	122	32	94	538	181	255	2.103	257.354	26
0	17	0	3	0	3	1	8	8	0	2	28	2	27	1578	542	26
5	184	0	4	13	8	24	36	42	3	5	136	7	2	117	133	26
2	233	0	6	34	12	51	21	37	8	10	135	6	3	61	38	26
1	221	1	8	25	14	83	29	68	13	22	180	5	3	38	27	26
8.093	474.976	30.496	35.735	289.704	108.832	165.269	260.624	134.397	52.208	94.041	245.470	85.059	15.096	277.180	274.590	26

dei malati costretti a percorrere lunghi tragitti, prende in considerazione anche l'aumento della «capacità produttiva» e cioè delle giornate prodotte e/o dell'aumento dei casi trattati per posto letto. Si può prevedere che tali strumenti avranno effetto nel contenere almeno le migrazioni di tipo definitivo quantitativo, derivanti cioè da mancanza di strutture.

Al fine di verificare non tanto l'efficienza ospedaliera (in quanto molti altri sarebbero gli indicatori da prendere in considerazione), quanto piuttosto il tipo di utilizzazione reale, si possono esaminare i parametri più significativi e cioè: i p.l. per 1000 ab., la durata media della degenza e il tasso di utilizzazione — giornate di degenza erogate per giornate di degenza massime possibili espresse dai p.l. per 365 (tab. 6).

Per quanto riguarda i dati relativi ai p.l. per 1000 ab., si può osservare che si passa dai 5,3 p.l. della Valle d'Aosta agli 11,4 del Friuli, con una media nazionale di 8,2. Il Nord presenta anche in questo caso le percentuali più alte, mentre il Sud ha una dotazione più ridotta; bisogna dire però che tutte le regioni, tranne la Basilicata, hanno un numero di p.l. superiore a quello stabilito dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) del 1986-1988, che è di 6,5 p.l., e che perciò ci si trova di fronte ad un generalizzato eccesso di posti letto.

Anche la degenza media (giornate di degenza per il totale di ricoverati), ammesso che le Regioni trattino una patologia simile, presenta variazioni, passando dai 10,1 giorni del Molise ai 14,5 del Lazio e della Liguria. In questo caso la differenza può essere spiegata dalla presenza, nelle regioni con più alta durata media di degenza, di numerose case di cura private, ancora finanziate con retta giornaliera fissa e quindi incentivate ad allungare i tempi di degenza.

I tassi di utilizzazione si collocano fra il 56,3% della Basilicata e il 77,4% della Valle d'Aosta, con una media nazionale del 68,9%, di molto inferiore allo standard teorico del 75% stabilito dal PSN del 1986-1988.

Al fine di ottenere ulteriori informazioni si è quindi proceduto a correlare fra loro i suddetti parametri.

Il dato più interessante è che, all'aumento della disponibilità dei p.l. corrisponde un aumento della degenza media non giustificato se si ipotizza una patologia equivalente per tutte le regioni; l'unica spiegazione può derivare dal desiderio dei sanitari di tenere occupati letti che altrimenti risulterebbero inutilizzati e dovrebbero quindi essere soppressi.

Alcune regioni (Lazio e Basilicata) si discostano dal gruppo esaminato e presentano un'alta durata della degenza associata ad un numero di p.l. per 1000 ab. che non è dei più alti; si può tentare di spiegare il loro anomalo comportamento ricordando che queste regioni, in particolare il Lazio, sono caratterizzate da un alto numero di p.l. privati (32%). Poiché la durata media di degenza nelle case di cura private è normalmente più alta di quella negli ospedali pubblici, è plausibile che la degenza media privata abbia pesantemente influenzato quella totale. Nel caso dell'Umbria, altra regione che si scosta dall'andamento riscontrato nel gruppo principale, si può riproporre, rovesciato, lo stesso ragionamento: questa regione, infatti, ha la più bassa percentuale di p.l. privati (4%) e la cosa si riflette sulla degenza media che è una delle più basse d'Italia (10,3 gg).

Non esiste correlazione fra tasso di utilizzazione e p.l. per 1000 ab., e infatti, le regioni si possono dividere in tre gruppi. Il primo comprende Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Friuli-Venezia Giulia, ed è caratterizzato da un

TAB. 6

ISTITUTI DI CURA PER TIPOLOGIA E RICETTIVITÀ (1985)

Regioni	Istituti di cura		Posti letto		durata media degenza	Tasso di utilizz.
	Pubblici	Privati	Totali	% Ist. privati	% 1000 ab.	
Piemonte	91	48	139	15	7,9	68
Valle d'Aosta	1	—	1	—	5,3	77,4
Lombardia	149	69	218	15	8,0	73,3
Trentino-A.A.	25	16	41	15	8,9	74,8
Veneto	84	29	113	8	10,2	65,6
Friuli-V.G.	28	7	35	6	11,4	68,5
Liguria	41	21	62	7	9,9	72,7
Emilia-R.	99	51	154	16	9,1	74,6
Toscana	72	37	109	10	8,9	67,7
Umbria	18	4	22	4	7,6	67,5
Marche	54	13	67	10	8,8	65,3
Lazio	91	129	220	32	8,7	77,2
Abruzzo	25	13	38	19	9,5	69,5
Molise	6	3	9	10	5,9	69,4
Campania	74	85	159	20	6,3	65,9
Puglia	82	33	115	18	8,6	65,2
Basilicata	13	2	15	32	8,0	56,3
Calabria	43	32	75	20	6,9	66,6
Sicilia	100	54	154	13	6,7	64,9
Sardegna	38	12	50	13	7,5	66,2
ITALIA	1.134	662	1.797	16	8,2	68,9

ISTAT - Annuario di Statistiche Sanitarie.

tasso di utilizzazione superiore alla media in presenza di una dotazione di p.l. abbastanza rilevante (dagli 8 in Lombardia agli 11,4 in Friuli). Il secondo gruppo è composto da quelle regioni che presentano un alto tasso di utilizzazione in presenza di pochi p.l. e viceversa: Valle d'Aosta, Basilicata, Puglia, Piemonte, Toscana, Veneto e Marche. L'ultimo gruppo è composto dalle regioni con il comportamento più anomalo: Molise, Campania, Sardegna, Sicilia e Calabria, infatti, hanno un tasso di utilizzazione davvero molto basso in presenza di un altrettanto basso numero di p.l. (è significativo che queste regioni, a parte l'Umbria, siano caratterizzate da una forte emigrazione).

È da notare che le regioni del primo gruppo presentano tuttavia un valore piuttosto elevato della durata media di degenza (da 12,2 a 14 gg.) e un saldo di ricoveri positivo che giustifica l'intensa utilizzazione degli abbondanti posti letto. Le altre regioni hanno una durata media di degenza variabile con punte alte e basse e, a parte Toscana, Umbria, Veneto e Marche, presentano fenomeni di emigrazione. La disponibilità di p.l., quindi, non sempre induce l'occupazione; anzi, questo avviene solo per poche regioni, mentre per molte altre si riscontra una diminuzione del tasso di utilizzazione in corrispondenza di un consistente aumento dei p.l. per 1000 abitanti.

Fra tasso di utilizzazione e degenza media non sembra esservi correlazione, ma si nota che alcune regioni di emigrazione presentano un basso tasso di utilizzazione e una bassa durata media di degenza (Valle d'Aosta).

Concludendo l'esame delle variabili, si può prevedere che i mezzi proposti dal pianificatore per ridurre l'emigrazione potranno avere qualche risultato soltanto nei casi delle regioni che, presentando un alto tasso di utilizzazione ed una breve durata media di degenza, possono tipizzarsi come sedi di squilibrio «quantitativo»; il contrario in altre regioni — come Molise e Sicilia caratterizzate da un basso tasso di utilizzazione e da una breve durata media di degenza — ove le ragioni dell'emigrazione sembrano essere riconducibili al tipo definito qualitativo. Caso a sé è la Basilicata, il cui basso tasso di utilizzazione fa ritenere che vi sia una componente migratoria di tipo qualitativo non trascurabile che impedisce comunque un maggior ricorso agli ospedali della regione.

Da quanto esaminato, appare evidente che le emigrazioni ospedaliere rappresentano un aspetto di estremo interesse sia a livello gestionale — in ragione delle diseconomie causate da un sotto o sovrautilizzo delle strutture — sia per quanto concerne l'aspetto sociale connesso alle migrazioni degli utenti.

Occorre tuttavia tenere presente che la loro riduzione (è ovvio che l'eliminazione di tali spostamenti sia praticamente impossibile soprattutto per i presidi altamente specializzati sedi di centri di ricerca) richiede un intervento coordinato a livello centrale e locale che non si limiti ad una più equilibrata distribuzione dei p.l., per altro già soddisfacente, ma piuttosto miri ad una qualificazione tale da ridurre la dinamica in atto. Il raggiungimento di tale obiettivo, infatti, potrà avvenire solo in relazione ad un miglioramento della qualità dell'assistenza medica tale da demotivare il ricorso a strutture troppo distanti dalla propria residenza.

BIBLIOGRAFIA

- AGENZIA GIORNALISTICA MONTECITORIO, *La riforma sanitaria*, Rom TEAM, 1979.
- ARENA G. (a cura di), *Primo Seminario Internazionale di Geografia Medica (Roma, 1982)*, Perugia, RUX, 1983.
- BAILLY A.S., *Geografia del benessere*, Milano, UNICOPLI, 1982.
- BERNARDI R., *Sulla necessità di organizzare e potenziare gli studi di «geografia della salute»*, in ARENA G. (a cura di), *Primo Seminario Internazionale di Geografia Medica*, Perugia, RUX, 1983, pp. 471-476.
- CAMPIGLI L., *La spesa sanitaria tra pubblico e privato*, in «Riv. Internaz. di Scienze Soc.», Milano, 1984.
- CIACCIO C., *Qualità della vita e servizi sanitari in Sicilia*, in ARENA G. (a cura di), *II Seminario Internazionale di Geografia Medica (Cassino, 1985)*, Perugia, RUX, 1986.
- FABRIS F. e PANIGATTI L., *Ospedalizzazione a domicilio*, Torino, Rosenberg e Sellier, 1987.
- FONTANA G., GATTO M. e HANAU C., *Le giornate di degenza come indicatore della produzione di ospedali e case di cura*, in «H. Riv. Assoc. Reg. Ospedali dell'Emilia Romagna», append. al n. 19, 1978.
- GHETTI V., «*Deregulation versus regulation*» nei sistemi sanitari in cambiamento, Milano, Angeli, 1987.
- HANAU C. e MURARO G., *Governare la spesa sanitaria. Un confronto interessante*, Milano, Angeli, 1987.
- MORELLI P., *Sulle differenziazioni strutturali del servizio sanitario ospedaliero nelle regioni italiane*, in «Notiz. di Geogr. Econ.», Roma, 1978, n. 1-2, pp. 30-52.
- NOVEMBRE D., *Caratteri e limiti della geografia medica*, in «La Geogr. nelle Scuole», Novara, 1974, pp. 121-134.
- PALAGIANO C., *Geografia e medicina*, Roma, Il Bagatto, 1981.
- ZANONI M., *Appunti di programmazione ed economia sanitaria*, Milano, Angeli, 1986.

PATIENTS WANDERING THROUGH ITALY FOR MEDICAL REASONS. —

The quality of life, when measured by means of sanitary indicators, permits us to verify the effort made by our society for the protection of the health of its citizens. The study of the phenomenon of patients wandering from one city to another for medical reasons constitutes the most significant aspect, being the clear evidence of the existence of a faulty and not properly qualified distribution of the national health service.

In Italy this kind of migration is particularly important in the Southern regions, being generally unsufficiently equipped and unable to utilize their medical organization to its full capacity. The Northern regions, on the contrary, are forced to treat a number of patients who are definitely in excess compared with their demographic basin.

Università di Modena, Dipartimento di Economia Politica.