

CHI SIAMO PERCHÉ ISTRUZIONI PER L'USO NEWSLETTER



CONTATTI



SALUTE GLOBALE SISTEMI SANITARI INNOVAZIONE MIGRAZIONI

Il deserto sanitario

0 54 7 Min | 20 Dicembre 2023

Gabriele Cerini, Erika Del Prete e Carla Lunetta



I deserti sanitari sono aree in cui i bisogni sanitari della popolazione non sono soddisfatti, parzialmente o totalmente, a causa della mancanza di un accesso adeguato o di una qualità inadeguata dei servizi sanitari dovuta a (i) insufficienti risorse umane, o (ii) insufficienti strutture, (iii) lunghi tempi di attesa, (iv) costi eccessivi dei servizi o (v) altre barriere socioculturali.

Iscriviti alla
newsletter

Iscriviti alla newsletter e ricevi i post pubblicati ogni settimana su Saluteinternazionale.

Inserisci la tua email

☐ Accetto la [Privacy Policy](#)

INVIA

Il tuo indirizzo email sarà usato esclusivamente per mandarti la newsletter e informazioni sulle attività di Salute Internazionale. Puoi cancellare la tua iscrizione in

A livello nazionale e internazionale, si è assistito negli ultimi anni a un aumento significativo dei bisogni di salute non soddisfatti, con un impatto particolarmente marcato sulle fasce di popolazione più vulnerabili dal punto di vista economico e sociale. Esistono aree in cui l'accesso alle cure rimane costantemente insoddisfatto e tali zone sono identificate come **"deserti medici."** L'utilizzo di questo termine ha preso piede nel corso dell'ultimo decennio, in particolare in Francia, uno dei primi paesi europei a concentrarsi sulla problematica. Un recente studio pubblicato sull'*European Journal of Public Health* fornisce una definizione condivisa di "deserto medico". [1] Poiché la definizione copre vari domini tra cui l'accesso ai servizi di salute pubblica e di prevenzione, il gruppo di lavoro ha preferito utilizzare il termine deserto sanitario per descrivere il fenomeno.

I deserti sanitari sono aree in cui i bisogni sanitari della popolazione non sono soddisfatti, parzialmente o totalmente, a causa della mancanza di un accesso adeguato o di una qualità inadeguata dei servizi sanitari dovuta a (i) insufficienti risorse umane, o (ii) insufficienti strutture, (iii) lunghi tempi di attesa, (iv) costi eccessivi dei servizi o (v) altre barriere socioculturali.

Il concetto di deserto sanitario colpisce la popolazione in relazione alle condizioni socio-economiche. Le persone con svantaggi educativi e difficoltà economiche tendono a riportare una percezione inferiore dello stato di salute e ad adottare stili di vita meno salutari. Queste fasce di popolazione fanno ricorso principalmente a visite generiche o direttamente all'ospedale, con una minore adesione ai programmi di prevenzione e di screening.

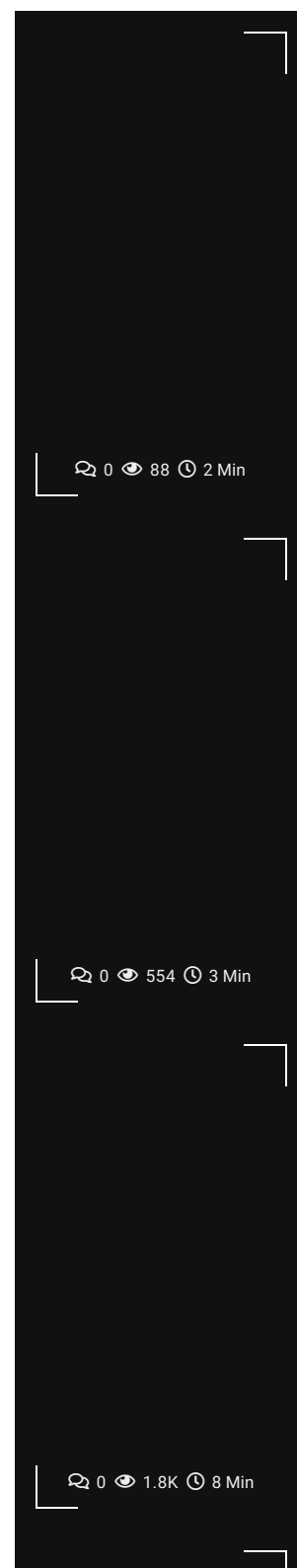
I deserti sanitari sono un problema di forte interesse europeo.

L'organismo dell'Unione Europea HaDEA (*European Health and Digital Executive Agency*) ha finanziato progetti e iniziative volti ad affrontare le disuguaglianze sanitarie attraverso lo sviluppo di strategie e tecnologie innovative per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria. [2] Tra questi ne troviamo tre finanziati nel contesto del Third health programme.

- **"Action for Health and Equity: Addressing Medical Deserts (AHEAD)"** (aprile 2021 – maggio 2023) si è concentrato sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie affrontando la sfida dei deserti medici in Europa. Con la partecipazione di paesi tra cui l'Italia (rappresentata da Cittadinanzattiva), Moldavia, Paesi Bassi, Romania e Serbia, il progetto ha raggiunto tre obiettivi specifici: generare prove attraverso revisioni della letteratura, casi studio, interviste con esperti e focus group; creare consenso tramite workshop partecipativi con le parti interessate nei paesi del progetto AHEAD; discutere opzioni politiche attraverso il dialogo istituzionale e tavole rotonde, incluso un evento con i membri del Parlamento europeo a Bruxelles. Il progetto ha sviluppato strumenti per monitorare, identificare e mappare i deserti sanitari, culminando in un appello all'azione rivolto a tutti gli attori coinvolti nella lotta contro la desertificazione sanitaria. [3]
- **"Roadmap OUT of mEdical deserts into supportive Health WorkForce initiatives and policies (ROUTE-HWF)"** (marzo 2021 – febbraio 2024) mira ad assistere gli Stati dell'UE nella progettazione ed implementazione di politiche relative al personale sanitario in relazione ai deserti medici. Il progetto ha

qualsiasi momento cliccando sul link unsubscribe che trovi nella newsletter.

In evidenza



sviluppato linee guida su come i Paesi dell'UE possono monitorare e misurare i deserti medici, fornendo approfondimenti sui fattori che contribuiscono alla "desertificazione". [4]

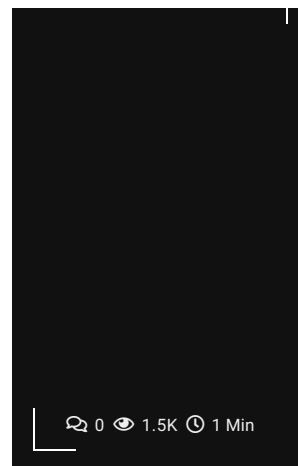
- **"Promoting evidence-based reforms (OASES)"** (marzo 2021 – febbraio 2024) si pone come fonte di conoscenza per i Paesi dell'UE riguardo ai deserti medici. Attraverso l'identificazione dei vari fattori che contribuiscono alla desertificazione e la tracciatura di possibili soluzioni, OASES fornisce raccomandazioni legali e politiche per superare gli ostacoli al reclutamento e al mantenimento del personale sanitario in aree scarsamente servite. [5]

Affrontiamo ora alcuni dei determinanti che contribuiscono a questo fenomeno nel contesto europeo e italiano.

Tra le cause del deserto sanitario, l'accessibilità alle strutture sanitarie gioca un ruolo significativo. L'accesso alle cure rappresenta l'opportunità di usufruire dei servizi sanitari ogni volta che si manifesta un bisogno di cura, anche solo percepito. Tale accesso è influenzato dalla combinazione del modello organizzativo dell'offerta e dalle caratteristiche individuali, comunitarie ed ambientali. La vicinanza ai servizi, intesa sia come prossimità geografica che conoscitiva, può costituire una porta di accesso o una barriera alle cure.

Le lunghe liste d'attesa rappresentano una delle principali barriere di accesso alle cure. Secondo un'indagine ISTAT del 2022, le lunghe liste d'attesa sono state il motivo più frequente di rinuncia a prestazioni sanitarie ritenute necessarie (il 3,8% della popolazione). [6] I Piani di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA e PRGLA a livello nazionale e regionale rispettivamente) costituiscono uno strumento di monitoraggio per garantire l'equità nell'accesso alle cure. Nel "Report numero di pubblica utilità 1500 – Liste di attesa", fornito dal Ministero della Salute (2019) grazie alla metodica del "sentiment analysis" (analisi linguistica computazionale delle esperienze personali che i cittadini hanno riferito durante le conversazioni telefoniche sul tema delle liste di attesa in sanità) è emerso che la maggior parte dei cittadini (59% delle telefonate) si è lamentata per i tempi di erogazione delle prestazioni e le segnalazioni sull'eccedenza dei tempi di erogazione hanno costituito il 12% degli argomenti affrontati dai cittadini. [7] Il problema delle liste d'attesa è distribuito in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale e non sembra essere influenzato dalle performance qualitative delle strutture mediche.

L'accesso alle cure mediche richiede inoltre un numero adeguato di medici distribuiti in modo equo su tutto il territorio nazionale. Questa è una problematica persistente in molti paesi dell'OCSE, Italia compresa, soprattutto nelle zone remote e scarsamente popolate. Nel decennio passato, i posti di lavoro nel settore della salute e dell'assistenza sociale sono aumentati significativamente rispetto ad altri settori. In media, il numero di medici per 1.000 abitanti è salito da 3,2 nel 2011 a 3,7 nel 2021 in tutti i paesi dell'OCSE (Figura 1). [8] In Italia, dal 2012 al 2016, il settore sanitario ha invece registrato una costante diminuzione del personale, con una perdita di quasi 25.000 addetti, riflesso delle misure di contenimento della spesa adottate a partire dal triennio 2005-2007 (L. 30/12/2004, n. 311). Secondo i dati OCSE del 2023, il rapporto tra dottori ed abitanti in Italia si assesta a 4,1/1.000, ma i benchmark internazionali forniscono un confronto sul numero totale di professionisti e non tengono conto che solamente il personale con contratto legato al SSN rappresenta la quota di forza lavoro impegnata nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Nel 2021, il



In agenda

Buone Feste e Buona Vaccinazione

GAZA, RESTIAMO UMANI. Webinar Martedì 19

Corteo per fermare il massacro in Palestina – Firenze,

Le attuali sfide della Sanità Pubblica – Reggio Emilia

Vai all'archivio eventi >

In archivio

[+] 2023 (136)

[+] 2022 (133)

[+] 2021 (99)

[+] 2020 (138)

rapporto tra medici del SSN e abitanti era di 2,1/1.000 (Figura 2), mentre per gli infermieri era di 5,1/1.000 (Figura 3), con notevoli disparità regionali in entrambe le categorie. [9]

Figura 1. Dottori praticanti per 1000 abitanti, 2011 e 2021 (o anno più vicino)

[+] 2019 (102)

[+] 2018 (110)

[+] 2017 (115)

[+] 2016 (112)

[+] 2015 (122)

[+] 2014 (133)

[+] 2013 (154)

[+] 2012 (136)

[+] 2011 (133)

[+] 2010 (122)

[+] 2009 (219)

Figura 2. Medici dipendenti per 1.000 abitanti per Regione (dati Ministero della Salute, anno 2021)

Figura 3. Infermieri dipendenti per 1.000 abitanti per Regione (dati Ministero della Salute, anno 2021)

L'aumento dell'età media dei medici in servizio è un'ulteriore fonte di preoccupazione; attualmente un terzo dei medici in Europa ha più di 55 anni e andrà in pensione nel prossimo decennio. In Italia, nel 2021, un medico su 4 aveva più di 65 anni. Pianificare adeguatamente le risorse professionali del settore è essenziale per garantire una sostituzione sufficiente, considerando il tempo di formazione necessario per i nuovi medici.

La spesa sanitaria di uno Stato è un elemento chiave che influenza il fenomeno del deserto sanitario. Mentre un sistema universalistico basato sulla fiscalità generale dovrebbe garantire l'erogazione di livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio, la spesa sanitaria privata contrasta il principio di equità. **Nel contesto italiano, è interessante notare come il definanziamento della spesa sanitaria pubblica nel decennio 2010-2019,** misurato come rapporto della spesa sanitaria pubblica sul PIL, abbia coinciso con un progressivo aumento della spesa sanitaria privata, sia nella componente intermediata (fondi sanitari e assicurazioni private) che in quella "out of pocket." Quest'ultima è cresciuta in media del 1,6% annuo, raggiungendo oltre 5 miliardi di euro in 10 anni, contribuendo ulteriormente ad accrescere le disuguaglianze nell'accesso alle cure. [9]

Diverse leve politiche possono agire per arginare il fenomeno del deserto sanitario. Tra queste: gli incentivi finanziari per lavorare in aree sotto-servite, le strategie per aumentare l'iscrizione di studenti provenienti da zone svantaggiate nei programmi di formazione medica e le regolamentazioni sulla scelta della sede di pratica, oltre allo sviluppo della telemedicina, che può rappresentare una soluzione per superare le barriere geografiche. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano si trova di fronte a opportunità irripetibili, che vanno dalla trasformazione digitale all'approccio One Health e, soprattutto, alla Missione Salute del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**. Tuttavia, considerando le numerose criticità che ostacolano l'implementazione del PNRR, è necessario adottare contromisure efficaci per raggiungere i due obiettivi chiave: ottenere il massimo ritorno di salute dalle risorse investite e ridurre le disuguaglianze regionali. In questo contesto, la Componente 1 della Missione 6 del PNRR riveste un ruolo cruciale nel rafforzare il sistema sanitario e mitigare i rischi associati al deserto sanitario. L'obiettivo principale dovrebbe concentrarsi sul potenziamento del SSN, adattando i servizi alle esigenze specifiche delle comunità locali.

Gabriele Cerini, Erika Del Prete e Carla Lunetta, Scuola di

Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Firenze.

Riferimenti:

1. Brinzac, M.G., et al., Defining medical deserts-an international consensus-building exercise. Eur J Public Health, 2023. 33(5): p. 785-788.
2. European Health and Digital Executive Agency (HaDEA). Available at: https://hadea.ec.europa.eu/news/world-health-day-2023-hadeas-projects-and-initiatives-working-health-all-2023-04-07_en
3. AHEAD – Action for Health and Equity: Addressing medical Deserts. Available at: <https://ahead.health/>
4. A Roadmap OUT of mEdical deserts into supportive Health Workforce initiatives and policies (ROUTE-HWF). Available at: <https://route-hwf.eu/>
5. prOmoting evidence-bASed rEformS (OASES) – Making medical deserts bloom. Available at: <https://oasesproject.eu/>
6. Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute, Istat, 10a Commissione (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato della Repubblica Roma, 5 maggio 2023. Available at: <https://www.istat.it/it/files/2023/05/Istat-Testo-Commissione-Affari-Sociali-05-maggio-2023.pdf>
7. Report numero di pubblica utilità 1500 – Liste di attesa” – Ministero della Salute. Available at: <https://www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/dettaglioPubblicazioniListeAttesa.jsp?lingua=italiano&id=2820>
8. Health at a Glance 2023, OECD. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
9. 6° rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale, 2023. Available at: https://salviamo-ssn.it/var/contenuti/CS_%206_Rapporto_GIMBE_SSN_2023.pdf

 Scarica questo articolo in formato PDF

Sistemi sanitari internazionali

ACTION FOR HEALTH AND EQUITY: ADDRESSING MEDICAL DESERTS ,
 # BISOGNI SANITARI , # DESERTO SANITARIO , # EUROPEAN JOURNAL OF
 PUBLIC HEALTH , # INFERMIERI DIPENDENTI , # MEDICI DIPENDENTI ,
 # PERSONALE SANITARIO , # PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA
 (PNRR) , # PROMOTING EVIDENCE-BASED REFORMS , # RISORSE UMANE ,
 # ROADMAP OUT OF MEDICAL DESERTS INTO SUPPORTIVE HEALTH
 WORKFORCE INITIATIVES AND POLICIES , # TEMPI DI ATTESA