

SAPIENZA - UNIVERSITÀ DI ROMA

ANNALI DEL DIPARTIMENTO DI METODI
E MODELLI PER L'ECONOMIA,
IL TERRITORIO E LA FINANZA

2016

Perspectives
on Behavioural Sciences

ISBN: 978-88-555-3361-4

ISSN: 2385-0825

PÀTRON EDITORE
Bologna 2016

Direttore Responsabile - Director

Alessandra De Rose

Direttore Scientifico - Editor in Chief

Roberta Gemmiti

Curatore del numero - Managing Editor

Maria Giuseppina Bruno

Comitato Scientifico - Editorial Board

Maria Giuseppina Bruno, Francesca Gargiulo, Roberta Gemmiti, Cristina Giudici, Ersilia Incelli, Antonella Leoncini Bartoli, Isabella Santini, Rosa Vaccaro.

Consulenti Scientifici - Advisory Board

Internal Advisors

Elena Ambrosetti, Maria Caterina Bramati, Filippo Celata, Augusto Frascatani, Maria Rita Scarpitti, Maria Rita Sebastiani, Marco Teodori, Judith Turnbull.

External Advisors

Alison Brown (Cardiff University), Raimondo Cagiano de Azevedo (Sapienza - Università di Roma), Maria Antonietta Clerici (Politecnico di Milano), Alessandra Faggian (The Ohio State University), Giulio Fenicia (Università degli Studi di Bari), Marina Fuschi (Università di Chieti-Pescara), Pablo Koch-Medina (Centro di Finanza e Assicurazioni, Università di Zurigo), Angelo Moioli (Università Cattolica del Sacro Cuore), Gennaro Olivieri (Luiss Guido Carli), Luciano Pieraccini (Università degli Studi Roma Tre), Filomena Racioppi (Sapienza - Università di Roma); Silvia Terzi (Università degli Studi Roma Tre), Catherine Wihtol de Wenden (CERI-Sciences Po-CNRS Paris).

Copyright © 2016 by Pàtron editore - Quarto Inferiore - Bologna

I diritti di traduzione e di adattamento, totale o parziale, con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi. È vietata la riproduzione parziale, compresa la fotocopia, anche ad uso interno o didattico, non autorizzata.

Le fotocopie per uso personale possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere realizzate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org

PÀTRON Editore - Via Badini, 12
Quarto Inferiore, 40057 Granarolo dell'Emilia (BO)
Tel. 051.767003
Fax 051.768252

E-mail: info@patroneditore.com

<http://www.patroneditore.com>

Il catalogo generale è visibile nel sito web. Sono possibili ricerche per autore, titolo, materia e collana. Per ogni volume è presente il sommario, per le novità la copertina dell'opera e una breve descrizione del contenuto.

Stampa: Rabbi s.r.l., Bologna per conto di Pàtron editore, dicembre 2016.

IL SISTEMA OSPEDALIERO DELLA REGIONE ABRUZZO: UN'ANALISI PRELIMINARE DELLA STRUTTURA DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA**

Riassunto: Il peso della sanità negli equilibri economico-finanziari delle Regioni ha aperto la strada ad un rinnovato interesse geografico e, più ampiamente, gestionale, per l'analisi dei sistemi di erogazione delle cure. Il sistema ospedaliero della Regione Abruzzo è caratterizzato dalla compresenza di presidi pubblici e privati articolati in maniera disomogenea sia da un punto di vista strettamente territoriale sia dal punto di vista della domanda di salute. Il presente contributo, che si colloca concettualmente nell'alveo della geografia sanitaria, analizza brevemente i principali indicatori socio-demografici caratterizzanti la domanda di salute e, specularmente, i più diffusi indicatori di attività, performance ed efficienza dell'offerta di cure erogata dai presidi regionali. Alla luce di tale analisi è possibile osservare un sistema ospedaliero privo di un'organizzazione territoriale efficace e, per questo, ottimizzabile grazie all'apporto teorico della geografia sanitaria.

Parole chiave: Geografia sanitaria, Sistema ospedaliero, Abruzzo.

1. Introduzione

Il presente lavoro si inserisce nell'area di ricerca della geografia sanitaria e tenta di offrire un'analisi-quadro della domanda e

* Università degli Studi "G. D'Annunzio", Chieti - Pescara, Italia.

** L'analisi proposta espone gli ultimi dati disponibili al momento della stesura (2014). Per ulteriori aggiornamenti si rimanda a Evangelista (2017).

dell'offerta di salute mediata attraverso l'assistenza ospedaliera. Si propone dapprima un'analisi dei più diffusi indicatori socio-demografici al fine di individuare i principali trend della domanda di salute nella Regione Abruzzo. Successivamente, attraverso una serie di indicatori di attività, di efficienza e complessità, osservati a livello di presidi, Asl e territorio, si analizzano le peculiarità del sistema ospedaliero abruzzese. Infine si delineano sinteticamente le possibili aree di intervento di un sistema ospedaliero da ridisegnare attraverso le lenti concettuali della geografia sanitaria.

2. La domanda di salute nella Regione Abruzzo: indicatori demografici, sociali ed epidemiologici

La domanda di salute di un dato territorio è analizzabile attraverso gli indicatori demografici e socio-sanitari ad esso riferibili: secondo Landini (1986, p. 28) di peculiare importanza “specie per le finalità programmatiche dei servizi sanitari, rimangono gli indicatori demografici. [...] In particolare, la composizione della popolazione per età [...] fornisce indicazioni fondamentali per l'organizzazione di servizi socio-sanitari «mirati», da proiettare opportunamente nel tempo, in termini di programmazione, sulla base delle tendenze emergenti dallo stesso movimento naturale [...] oltre che [...] dell'eventuale apporto di nuovi flussi migratori”.

Secondo dati del Censimento della popolazione e delle abitazioni nel 2013, in Abruzzo, risiedono 1.307.309 abitanti (+ 2,1% rispetto al 2004 con una leggera flessione rispetto al 2010). Nella provincia di Chieti, la più popolata, risiedono circa 390000 abitanti, mentre nelle altre tre province (L'Aquila, Teramo e Pescara) la popolazione è distribuita quasi omogeneamente attestandosi intorno ai 300000 abitanti.

Il trend demografico per fascia di età nel decennio 2004-2013 rivela un tendenziale aumento della popolazione oltre i 45 anni ed un sistematico calo della popolazione tra i 5 ed i 34 anni. Più altalenante risulta l'andamento dei residenti con meno di 4 anni: in crescita in termini assoluti nel decennio ma in lieve calo nell'ultimo triennio. Altrettanto può dirsi dei residenti di età compresa tra i 35 ed i 45 anni, in netta diminuzione rispetto alla crescita riscontrata fino al 2010.

Tab. 1 - Trend della popolazione abruzzese per fascia di età.

	< 4 anni	5-14 anni	15-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	>75 anni
2004	54.858	120.675	142.503	186.287	199.386	170.416	147.307	140.763	130.391
2007	56.033	117.840	140.182	179.722	207.445	179.672	155.106	139.008	141.885
2010	57.574	116.945	137.803	173.089	208.866	194.513	166.931	134.736	150.178
2013	56.034	115.067	130.963	159.506	197.361	201.579	169.651	137.917	155.148

Fonte: elaborazione propria dal database HFA.

Sul trend demografico per fasce di età incide, come si vedrà più in dettaglio di seguito, il tendenziale invecchiamento della popolazione dovuto, da un lato alla diminuzione della natalità (sebbene parzialmente compensata dai flussi migratori), e dall'altra, da fenomeni di emigrazione dovuti alla critica situazione occupazionale regionale.

Tra il 2004 ed il 2013 il tasso di occupazione regionale è passato dal 43,6% al 42%. Le province che hanno sofferto complessivamente il maggiore calo occupazionale sono Teramo (da poco meno del 46% a poco meno del 44%) e Chieti (dal 43% al 40,5% circa). Specularmente, il tasso di disoccupazione dal 2004 al 2013 è cresciuto complessivamente di circa 3 punti percentuali.

L'indice di invecchiamento ossia il rapporto tra percentuale di ultrasessantacinquenni e percentuale di soggetti di età inferiore ai 14 anni è notevolmente superiore rispetto alla media nazionale (171 vs 153) ed è particolarmente alto nelle province de L'Aquila e di Chieti. L'indice di natalità per il 2013 si attesta intorno all'8,2‰, al di sotto della media nazionale (8,5‰): la provincia che risente maggiormente del calo delle nascite è quella di Chieti, seguita dalla provincia di L'Aquila, in cui, evidentemente, il processo di invecchiamento della popolazione è più marcato.

Rilevante è la crescita della popolazione straniera residente che, in circa un decennio, è pressoché raddoppiata a livello regionale e che risulta omogeneamente distribuita nelle quattro province.

Quanto alle principali cause di mortalità della popolazione abruzzese nel 2012 (ultimo dato disponibile) si osserva un ruolo preponderante delle malattie del sistema circolatorio, delle pa-

tologie tumorali e delle malattie ischemiche. Di minor impatto i disturbi circolatori dell'encefalo, le malattie dell'apparato circolatorio e le malattie del sistema nervoso. La distribuzione della mortalità per causa tra le diverse province è piuttosto omogenea salvo che per le malattie ischemiche e del sistema circolatorio, concentrate prevalentemente nelle province di Chieti e L'Aquila.

3. L'offerta di salute nella Regione Abruzzo: focus sul sistema ospedaliero

Nel 2013 in esecuzione della Legge Regionale n. 5/2008 e della delibera di Giunta Regionale n. 796 del 28/12/2009, l'offerta di servizi sanitari nella Regione Abruzzo risolta articolata in quattro ASL (Avezzano-Sulmona-L'Aquila/Asl 1, Chieti-Vasto-Lanciano/Asl 2, Pescara/Asl 3, Teramo/Asl 4) che corrispondono alle partizioni provinciali.

Il sistema ospedaliero abruzzese presenta complessivamente 29 presidi (18 pubblici e 11 privati). Come osservato da Ferré *et al.* (2011, p. 245) "Il settore privato accreditato assorbe il 15% del fondo sanitario regionale (ben sotto la media nazionale del 21%), concentrandosi nell'erogazione di prestazioni per pazienti post-acuti (riabilitazione ospedaliera ed extra-ospedaliera). I ricoveri regionali in strutture private accreditate assorbono solo il 5% della spesa regionale contro l'8% a livello nazionale. Si tratta di strutture di dimensioni medio-piccole (posti letto inferiori a 120) che si collocano quasi interamente in aree coperte entro 30 minuti da strutture pubbliche".

La Asl 1, la più ampia (5047,55 km² di competenza) e complessa sotto il profilo territoriale per via della frammentazione urbana e delle caratteristiche orografiche, presenta 5 ospedali pubblici (a L'Aquila, Sulmona, Avezzano, Castel di Sangro e Tagliacozzo), 1 Presidio Territoriale di Assistenza - PTA dotato di posti letto (a Pescina) e 6 case di cura private accreditate (nei comuni de L'Aquila, Avezzano, Celano, Sulmona, Canistro e Trasacco). La Asl 2 gestisce il sistema di cure su un territorio pari 2599,58 km² suddiviso in 104 comuni. Il sistema ospedaliero intra Asl è costituito da 6 presidi pubblici (situati a Chieti, Lanciano, Vasto, Atesa, Guardagrele, Ortona), 2 PTA (a Gissi e Casoli) e 3 istituti privati accreditati (due nel comune di Chieti ed uno a Vasto). La Asl 3 esercita

la sua competenza su un territorio di circa 1230 km² ed eroga i suoi servizi ospedalieri attraverso 3 ospedali pubblici (presenti nei comuni di Pescara, Penne e Popoli) e 2 case di cura private accreditate presenti nei comuni di Pescara e Città Sant'Angelo. Infine la Asl 4 eroga le sue prestazioni ad un territorio di circa 1954 Km² attraverso 4 strutture ospedaliere pubbliche dislocate nei comuni di Teramo, Giulianova, Atri e Sant'Omero alla Vibrata.

Analizzando la diffusione territoriale delle strutture ospedaliere si osserva che la fascia longitudinale immediatamente parallela alla costa adriatica presenta un'articolata e ben distribuita offerta. Piuttosto rarefatta è invece l'offerta ospedaliera nella Conca Aquilana, nella Valle Peligna (nell'area sud ovest della Regione, in provincia di L'Aquila), nell'Alto Sangro, (sud-est della provincia di L'Aquila) e nella bassa Valle del Sangro (area sud-ovest della provincia di Chieti). La rarefazione dell'offerta in queste aree rende particolarmente complessa l'accessibilità alle cure, frustrata non solo dalla mancanza di presidi ma anche dalla loro distanza. Il quadro organizzativo dell'offerta ospedaliera nella provincia di L'Aquila è inoltre caratterizzato dalla massiccia presenza di istituti di cura privati che hanno sopperito nel tempo alle mancanze strutturali del settore pubblico.

Ed è proprio nella gestione della relazione pubblico-privato che si ravvisa una delle principali peculiarità del sistema ospedaliero abruzzese: “per lungo periodo il settore [privato] ha goduto di una copertura giuridico-amministrativa discutibile, in cui il governo della committenza da parte della regione era inesistente. I controlli imposti dal Ministero con l'approvazione del PdR [Piano di Rientro] hanno messo in crisi l'assetto imprenditoriale e la gestione commissariale ha provveduto alla revisione dei rapporti con gli erogatori privati accreditati. Un importante tassello della riforma della sanità è infatti rappresentato dall'introduzione di sistemi e strumenti della committenza. La contrattazione con gli erogatori privati accreditati, per acuti e non, avviene a livello centrale, dove la regione, supportata dall'Agenzia Sanitaria Regionale, definisce i tetti di spesa e firma e garantisce il rispetto dei contratti. Complessivamente, si è assistito [...] a un riaccentramento e rafforzamento della tecnostruttura regionale, sebbene una vera collaborazione pubblico-privato non sia presente” (Ferrè *et al.*, 2011, p. 246).

La Asl che nel 2013 ha effettuato il maggior numero di ricoveri ospedalieri è la Asl 2 (Lanciano-Vasto-Chieti), con un tasso di

occupazione dei posti letto (percentuale di occupazione dei posti letto in relazione a quelli disponibili, in un arco temporale) pari al 78%.

La degenza media (ossia il rapporto tra le giornate di ricovero ed il numero dei ricoveri) è tradizionalmente utilizzata come indicatore di efficienza: minore è il livello dell'indicatore, maggiore è il livello di efficienza del presidio. Nel sistema ospedaliero analizzato la Asl 1 presenta il più alto livello di degenza media, pertanto parrebbe la meno efficiente mentre la Asl 3 con un livello di degenza media pari a 7,3 sembrerebbe la più efficiente. L'indicatore presenta tuttavia una complessa interpretabilità poiché non pondera la complessità della casistica trattata. In altri termini, una degenza media elevata può non essere sintomo di inefficienza *tout court*: le strutture dotate di unità specialistiche di secondo livello trattano, mediamente, patologie più complesse che potrebbero far lievitare la media delle giornate di degenza.

La percentuale di ricoveri ripetuti, indice di inappropriatazza delle cure, è piuttosto elevata nelle Asl 3 e 4 mentre particolarmente virtuosa è la Asl 1. Come precedentemente affermato per la degenza media, nell'interpretazione di tale indicatore occorre tener conto della complessità dei casi trattati: la migliore qualità delle cure erogate dalla Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila potrebbe pertanto derivare anche dalla maggiore semplicità della casistica media affrontata.

A parere di chi scrive, bisogna prestare particolare attenzione ai trend di alcuni indicatori quali-quantitativi "di sistema" quali il livello dei posti letto, il tasso di ospedalizzazione e le relazioni inter-ospedaliere intra ed extra Asl.

Il trend dei posti letto è negativo. Nel decennio 2004-2013 a livello regionale, si sono persi circa 250 posti letto. Più in dettaglio, tra il 2004 ed il 2007 il numero dei posti letto era cresciuto di circa 100 unità. A seguito del piano di rientro e del successivo commissariamento (tra il 2007 ed il 2010), si è avuto un drastico taglio dei posti letto. La Asl che ha subito i tagli maggiori è la Asl 4 (Teramo) che ha perso complessivamente circa 200 posti letto.

Il tasso di ospedalizzazione, ossia il numero di ricoveri osservati ogni 1.000 residenti, si attesta nel 2013 intorno al 178,1‰, superiore alla media nazionale (168‰) ma in netto calo rispetto al 2004. L'Asl di Teramo (Asl 4) presenta i livelli di ospedalizzazione inferiori, seguita dalla Asl 3 (Pescara). Nettamente superiori

Tab. 2 - Principali indicatori relativi ai singoli presidi ospedalieri, anno 2013.

Presidi per ASL	Sede	Tipo	Posti letto complessivi	Ricoveri	Tasso di occupazione	% Ricoveri in mob. attiva	Degenza media	% Ricoveri ripetuti
130001	L'Aquila	Pubblico	328	21697	87,3	14,2	8,36	6,4
130002	Sulmona	Pubblico	141	6335	61,9	7,1	6,75	5,3
130003	Avezzano	Pubblico	219	15506	84,5	16,0	6,32	5,6
130005	Castel di Sangro	Pubblico	37	2309	87,0	31,9	7,31	6,5
130006	Tagliacozzo	Pubblico	40	485	76,1	20,7	22,90	3,9
130010	Avezzano	Privato	76	3926	62,3	27,8	8,39	2,0
130012	Celano	Privato	78	2642	55,2	9,0	8,86	1,2
130013	Sulmona	Privato	55	436	97,0	26,2	44,50	5,3
130039	Canistro	Privato	37	2776	72,8	59,4	5,82	5,1
130040	L'Aquila	Privato	64	2329	47,5	73,8	6,64	1,7
130041	Trasacco	Privato	30	312	90,2	23,3	31,70	2,6
Totali Asl 1			1105	58753	74,7	28,1	14,3	4,1
130026	Chieti	Pubblico	382	24091	89,8	6,3	7,74	6,2
130028	Lanciano	Pubblico	181	10302	77,0	3,3	6,65	4,0
130029	Vasto	Pubblico	170	11078	82,1	15,9	6,09	4,6
130030	Atessa	Pubblico	74	2706	71,6	3,0	9,29	4,8
130031	Guardiagrele	Pubblico	57	1531	83,0	2,4	11,40	9,6
130032	Ortona	Pubblico	76	7755	67,6	4,8	4,82	5,8
130034	Chieti	Privato	164	3256	69,2	12,1	14,80	3,8
130035	Chieti	Privato	101	5189	69,2	19,5	7,11	1,8
130042	Vasto	Privato	20	261	92,1	0,0	25,70	3,5
Totali Asl 2			1225	66169	78,0	7,5	10,4	4,9
130018	Pescara	Pubblico	538	34814	89,4	6,1	7,01	7,8
130019	Penne	Pubblico	77	5658	83,2	2,0	6,13	6,3
130020	Popoli	Pubblico	56	3774	85,9	3,4	6,85	7,0
130022	Pescara	Privato	86	6341	78,3	18,0	4,52	3,4
130024	Città Sant'Angelo	Privato	301	7570	82,1	14,6	13,50	0,9
Totali Asl 3			1058	58157	83,8	8,8	7,6	5,1
130014	Teramo	Pubblico	418	17148	81,7	4,9	8,85	5,1
130015	Giulianova	Pubblico	131	4873	92,6	7,4	11,10	6,2
130016	Atri	Pubblico	139	6832	73,8	5,2	7,62	4,5
130017	Sant'Omero	Pubblico	119	6748	86,0	9,0	7,29	5,8
Totali Asl 4			807	35601	83,5	6,6	8,7	5,4
Regione Abruzzo			4195	218680	80,0	12,8	10,3	4,9

Fonte: adattamento dal Report SDO 2012-2013.

Tab. 3 - Trend della disponibilità di posti letto ordinari per Asl.

	2004	2007	2010	2013
Asl 1	945	1296	1058	982
Asl 2	1661	1703	1419	1298
Asl 3	832	1470	1180	1108
Asl 4	1061	975	883	859
Abruzzo	4499	5444	4540	4247

Fonte: elaborazione propria dal database HFA (Health For All).

rispetto alla media regionale sono invece i tassi di ospedalizzazione delle Asl 1 e 2.

Il tasso di ospedalizzazione è un indicatore cruciale, che esprime, da un lato, l'attività ospedaliera in relazione alla popolazione residente e, dall'altro, lo stato di salute della popolazione. Ciò determina una serie di ambiguità nella esatta chiave interpretativa da utilizzare nell'osservazione dei dati: "A parità di contesto un calo del tasso standardizzato di ospedalizzazione [...] suggerisce un miglioramento nel livello di salute della popolazione. Questa equivalenza, tuttavia, deve essere interpretata con cautela quando un sistema sanitario subisce profonde trasformazioni da un punto di vista amministrativo, organizzativo e logistico. È infatti possibile, ad esempio, che il tasso di ricovero scenda non (o non solo) a causa di un minore bisogno di ricovero da parte della popolazione, ma in seguito alla riduzione di ricoveri inappropriati, ottenuta sia con la cessazione tout court dei ricoveri inutili, sia con il trasferimento in un *setting* ambulatoriale piuttosto che di ricovero, di alcune prestazioni di assistenza a malati in fase non acuta. All'altro estremo, è possibile che il tasso di ricovero scenda anche quando il bisogno assistenziale sale, semplicemente in seguito a radicali tagli di bilancio, che non permettono (o non rendono profittevole) l'effettuazione delle prestazioni necessarie a garantire un ottimale livello di salute della popolazione" (Agenzia Sanitaria Regionale, 2013).

In tale scenario potrebbe avere un ruolo esplicativo il tasso di ospedalizzazione in mobilità passiva che risulta essere in crescita.

Tab. 4 - Trend dei tassi di ospedalizzazione per Asl.

	2004	2007	2010	2013
Asl 1	299,9	237,6	192,2	188,3
Asl 2	266,7	222,5	184,8	185,3
Asl 3	283,5	249,9	207,7	171,7
Asl 4	264,3	229,4	191,5	168,6
Abruzzo	278,3	234,1	193,5	178,1

Fonte: adattamento dal Report SDO 2012-2013.

Nel 2013, circa 39.000 residenti in Abruzzo hanno ricevuto cure presso ospedali fuori regione: la quota più rilevante di mobilità passiva è addebitabile, in termini assoluti, alla Asl di Teramo (Asl 4) seguita dalla Asl 2 (Lanciano-Vasto-Chieti). Nel medesimo anno la Asl 1 (Avezzano-Sulmona-L'Aquila) risulta la più attrattiva in termini di mobilità attiva nonché l'unica a presentare un saldo di mobilità (attiva/passiva) di segno positivo.

Le relazioni inter-ospedaliere della Regione Abruzzo sono state oggetto di una intricata serie di studi di matrice prevalentemente organizzativa (Mascia, Di Vincenzo, 2008, 2012; Mascia *et al.*, 2012; Evangelista, Di Vincenzo, 2014). È stato osservato (Mascia, Di Vincenzo, 2012, p. 275) che “Unlike some other regions that have fostered interhospital collaboration through well-defined and formalization mechanisms (e.g. «hub & spoke» models or clinical pathways for patient referrals), coordination in Abruzzo mainly emerges through patient-sharing between providers. Especially in regions where systemic planning and organizing of health provision is lacking, collaborative initiatives among hospitals arise and evolve endogenously”. Da un punto di vista puramente organizzativo le relazioni inter-ospedaliere intra Asl ed extra Asl si auto-articolano, seguendo una logica *bottom-up* al fine di ottimizzare la carenza di risorse e di programmazione: “la frammentazione di attività, funzioni e competenze è spesso ricomposta dal basso mediante una spontanea auto-organizzazione in forme e reti di collaborazione non formalizzate” (Evangelista, Di Vincenzo, 2014, p. 15).

4. Il supporto della geografia sanitaria nell'ottimizzazione del sistema: considerazioni conclusive

Il sistema sanitario regionale è caratterizzato da una carente pianificazione: la programmazione risponde infatti, di volta in volta, ad esigenze estemporanee e di emergenza producendo un'offerta disarmonica, statica e parzialmente distaccata dalle richieste del territorio (Evangelista e Di Vincenzo, 2014). Già Landini (1990) aveva osservato la scarsa attenzione delle *policy* all'organizzazione di un'offerta ospedaliera che valorizzasse le specificità territoriali d'intervento e inglobasse, nelle modalità di intervento, la loro ontologica continuità spazio-temporale.

La disarmonica articolazione organizzativa e territoriale delle cure ospedaliere ha prodotto pesantissimi disavanzi di spesa che hanno determinato la necessità di sottoscrivere dapprima un piano di rientro (2007) e successivamente il commissariamento (2008). La fase di commissariamento e l'eterogeneità dei soggetti politici e tecnici coinvolti in questa complessa fase di transizione hanno finito per esacerbare le criticità del sistema, determinando un ulteriore disallineamento tra agenda di priorità ed azioni di intervento concretamente promosse (Ferrè *et al.*, 2011).

Inoltre “vi sono aree di risultato ad elevato rischio di inappropriatazza, il modello di offerta è strutturato in modo inefficace [...], il livello dei costi sostenuti [...] è decisamente superiore alle possibilità di copertura degli stessi e, per contro, esiste una diffusa sofferenza operativa delle strutture di erogazione a causa di modelli organizzativi eccessivamente frammentati e incoerenti con principi di funzionalità ed economicità” (Casati *et al.*, 2008, p. 25).

Quanto all'organizzazione inter-ospedaliera di sistema va riconosciuto che con il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 sono state elaborate alcune linee guida per la gestione di specifici percorsi di cura al fine di superare la compartimentazione delle competenze e delle risorse tra le diverse strutture. Tuttavia all'emanazione delle linee guida non è seguita in concreto l'articolazione di una procedura ben definita: “La modellistica geografico-economica e, più ampiamente, la scienza regionale dovrebbero [invece] trovare un ruolo di concretezza e operatività” (Landini, 1990, pp. 128-129).

Ulteriore “sintomo” di un sistema ospedaliero con ampie aree

di criticità è la percentuale dei pazienti molto soddisfatti dall'assistenza medico-ospedaliera¹ passati dal 36,7 al 27,8% nel quadriennio 2009-2012.

In questo complesso scenario, la geografia sanitaria potrebbe fornire un utile supporto al fine di ottimizzare l'allocazione delle scarse risorse disponibili (ed in particolare dei posti letto) in funzione delle specificità demografiche e sociali territoriali e degli effettivi bacini di utenza dei singoli presidi. Come sottolineato da Landini (1990) ad ogni prestazione "pianificata" dovrebbe corrispondere l'analisi "economica" della sua dimensione spaziale ossia la valutazione del costo di produzione e della sua accessibilità (ossia della distanza necessaria per raggiungerla).

Dal punto di vista del disegno complessivo della rete inoltre la geografia sanitaria potrebbe permettere di superare quella "razionalità astratta" e quegli standard "ingegneristici" (Landini, 1987) che hanno forgiato un sistema ospedaliero distante dalle esigenze territoriali e lontane dagli obiettivi di contenimento della spesa pubblica.

Riferimenti bibliografici

- AGENZIA SANITARIA REGIONALE ABRUZZO (2013), Relazione sanitaria - Report SDO 2012-2013, available at: <http://www.asrabruzzo.it/relazioni-sanitarie.html>.
- CASATI G., DI GHIONNO E., DI VINCENZO F., RICCI M., DI STANISLAO F. (2008), L'evoluzione dei sistemi di valutazione della performance dei servizi sanitari, *Monitor* **20**, 1, pp. 15-57.
- EVANGELISTA V., DI VINCENZO F. (2014), Dinamiche di collaborazione interospedaliera: un'analisi longitudinale nella regione Abruzzo, *Mecosan* **92**, pp. 9-26.
- EVANGELISTA V. (2017), I bacini di influenza nel sistema ospedaliero della Regione Abruzzo: un quadro gerarchico-funzionale per le politiche di riassetto della rete di offerta, *Rivista di Studi Geografici*, in pubblicazione.

¹ I dati del più volte richiamato database HFA (Health for All) dell'Istat presentano il solo livello regionale: non è possibile pertanto offrire una valutazione per Asl.

- FERRÈ F., LECCI F., LONGO F. (2011), Analisi comparativa delle traiettorie evolutive dei sistemi sanitari regionali, in CANTÙ E., *Rapporto OASI 2011*, Milano, EGEA, pp. 225-258.
- LANDINI P. (1986), Aspetti metodologici e applicativi della regionalizzazione sanitaria, *Atti del Seminario e dei Corsi di aggiornamento dei quadri direttivi delle ULSS Regione Abruzzo*.
- LANDINI P. (1987), Geografia medica, territorialità e comportamenti spaziali, in CANEVARO A. et al., *Quale tipo di ricerca per l'integrazione e l'handicap?*, Edizioni dell'Istituto di ricerca sulla comunicazione, Penne, pp. 91-96.
- LANDINI P. (1990), Il problema della salute e le scienze regionali, *Memorie della Società Geografia Italiana*, Vol. XLV, pp. 123-130.
- MASCIA D., DI VINCENZO F. (2008), Misurare la competizione ospedaliera nel SSN, *Mecosan* **68**, pp. 45-63.
- MASCIA D., DI VINCENZO F. (2012), Dynamics of hospital competition: Social network analysis in the Italian National Health Service, *Health care management review* **38**, 3, pp. 234-247.
- MASCIA D., DI VINCENZO F., CICHETTI A. (2012), Dynamic analysis of inter-hospital collaboration and competition: Empirical evidence from an Italian regional health system, *Health Policy* **105**, 2-3, pp. 273-281.