

Collana del Dipartimento di Economia
Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

Valentina Evangelista



Geografia sanitaria

Teorie, metodi, ricerca applicata

FrancoAngeli

Il Dipartimento di Economia nasce nel gennaio 2011 dalla fusione dei Dipartimenti di Economia e Storia del Territorio (DEST) e di Scienze Aziendali, Statistiche, Tecnologiche ed Ambientali (DASTA). Successivamente riceve afferenze dai Dipartimenti di Metodi Quantitativi e Teoria Economica (DMQTE) e di Scienze, portando il numero complessivo di professori e ricercatori a 54 unità. In questa composizione il Dipartimento viene ricostituito, nel luglio 2012, a norma dello Statuto dell’Università “G. d’Annunzio” riformato in base alla Legge 240/2010.

Dalla compresenza delle aree di ricerca economica, aziendale, merceologica, storico-geografica, matematico-statistica e informatica origina uno spettro interdisciplinare ampio ed esaustivo, in continuità con gli studi caratterizzanti – nella tradizione ed evoluzione dell’università italiana – la Facoltà di Economia e Commercio (poi Economia).

La Collana si pone in continuità ideale con la precedente, intitolata al Dipartimento di Economia e Storia del Territorio, e, nell’ottica di un’aggregazione di settori scientifico-disciplinari ancora più ampia, mira parimenti ad integrare, su una solida base epistemologica, i campi di ricerca più marcatamente teorici con quelli applicativi ed operativi.

Obiettivo della Collana è diffondere il lavoro scientifico del Dipartimento di Economia, al fine di intensificare lo scambio di esperienze e di conoscenze sia all’interno che all’esterno del mondo accademico, in particolare con gli attori dell’impresa, della politica e della governance territoriale, anche a scala internazionale.

Il numeroso quanto prestigioso Comitato scientifico – totalmente esterno al Dipartimento e alla stessa Università “G. d’Annunzio” – garantisce l’obiettiva valutazione dei prodotti, con la seguente procedura:

- il “manoscritto” di ogni singolo volume proposto viene inviato, anonimo, a tutti i Componenti il Comitato;
- ne assume la responsabilità il Componente dello specifico settore disciplinare o del settore maggiormente affine (d’ora in avanti, Referente);
- il Referente individua due Revisori, che resteranno anonimi, i quali rendono i loro pareri al Referente;
- il Referente trasmette al Direttore del DEC, nella sola qualità di Coordinatore della Collana, i suddetti pareri, unitamente – ove lo ritenga opportuno – a proprie ulteriori considerazioni;
- nel caso in cui i pareri dei Revisori siano entrambi pienamente favorevoli, si procede alla pubblicazione; in casi diversi, all’adeguamento del lavoro in base alle osservazioni formulate dai Revisori ed eventualmente dal Referente, cui il lavoro stesso viene nuovamente sottoposto per una verifica finale.

Coordinatore della Collana

Prof. Michele A. Rea, Direttore del Dipartimento

Comitato Scientifico della Collana

Area Economica

Prof. Domenico Scalera (Ordinario SECS-P/01 - Università del Sannio)

† Prof. Giovanni Anania (Ordinario SECS-P/02 - Università della Calabria)

Prof. Cesare Pozzi (Ordinario SECS-P/06 - Università di Foggia e LUISS)

Area Aziendale

Prof. Marco Tieghi (Ordinario SECS-P/07 - Università di Bologna)

Prof. Americo Cicchetti (Ordinario SECS-P/10 - Università Cattolica Roma)

Prof. Arturo Patarnello (Ordinario SECS-P/11 - Università Bicocca Milano)

Area Merceologica

Prof. Luigi Ciraolo (Ordinario SECS-P/13 – Università di Messina)

Area Storico-Economica

Prof. Franco Maria Amatori (Ordinario SECS-P/12 - Università Bocconi Milano)

Area Geografico-Economica

Prof. Cesare Emanuel (Ordinario M-GGR/02 - Università del Piemonte Orientale)

Area Statistica

Prof. Benito Vittorio Frosini (Ordinario SECS-S/01 - Università Cattolica Milano)

Area Matematica

Prof. Giandomenico Boffi (Ordinario MAT/02 - LUSPIO Roma)

Area Informatica

Prof. Maurizio Gabbrielli (Ordinario INF/01 - Università di Bologna)

Collana del Dipartimento di Economia
Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

Valentina Evangelista



Geografia sanitaria

Teorie, metodi, ricerca applicata

FrancoAngeli

Volume stampato con il contributo dell'Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara – Dipartimento di Economia.

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

*Are we health geographers, medical geographers,
post-medical geographers, or something else entirely?*
(Brown *et al.*, 2009, p. 1)

Indice

Prefazione , di <i>Piergiorgio Landini</i>	pag. 11
Introduzione	» 13
Parte prima Aspetti teorico-metodologici	
1. La geografia sanitaria: un quadro concettuale	» 17
1. Salute e geografie per la salute	» 17
2. La geografia medica	» 19
3. La geografia sanitaria	» 21
4. Un tentativo di sintesi	» 31
2. Le determinanti di scelta del paziente: un tema di geografia sanitaria?	» 35
1. Il paziente e la scelta dell' <i>healthcare provider</i>	» 35
2. Sul perché i pazienti “scelgono con i piedi”	» 36
3. La scelta delle strutture ospedaliere	» 38
4. Ulteriori riflessioni sul tema dell’accessibilità	» 40
3. La mobilità sanitaria	» 45
1. La mobilità sanitaria: concetto multiforme e transcalare	» 45
2. Mobilità internazionale, <i>health & medical tourism</i>	» 46
3. La mobilità inter-regionale	» 50
4. Dentro la <i>black box</i> della mobilità intra-regionale	» 55

4. Bacini di utenza e aree di gravitazione nei sistemi territoriali della salute	pag. 59
1. Bacini di utenza e aree di gravitazione in ambito sanitario	» 59
2. Bacini di utenza, competizione e competitività	» 63
3. Organizzazione dei servizi sanitari e regionalizzazione	» 66
5. I trasferimenti di pazienti: dagli studi organizzativi alla lettura geografica	» 69
1. Qualche considerazione concettuale	» 69
2. Le determinanti dei trasferimenti inter-ospedalieri	» 71
3. L'analisi dei trasferimenti negli studi organizzativi	» 73
4. La lettura geografica attraverso le lenti della prossimità	» 77
5. Implicazioni e limiti del paradigma di prossimità	» 83
6. Questioni di pianificazione sanitaria territoriale	» 86
1. Pianificazione sanitaria, territorialità e bisogni pertinenti	» 86
2. La pianificazione sanitaria in Italia: dal quadro normativo agli strumenti operativi	» 90
3. Questioni aperte	» 96

Parte seconda

Un caso di ricerca: la Regione Abruzzo

7. La domanda di salute	» 109
1. Premessa	» 109
2. Struttura demografica e vulnerabilità socio-economiche	» 110
3. Natalità, mortalità e aspettative di vita	» 117
4. Ulteriori indicatori sulle condizioni di salute	» 121
5. Le sfide demografiche per il futuro sistema di offerta	» 123
8. Il quadro strutturale dell'offerta	» 127
1. Il Sistema Sanitario abruzzese: storia recente	» 127
2. Profili organizzativi e territoriali attuali	» 129
3. Uno sguardo al futuro	» 141

9. La mobilità inter-regionale	pag. 145
1. La mobilità passiva	» 145
2. La mobilità attiva	» 150
3. L'attrattività regionale e le sue determinanti	» 151
4. Una questione di equità	» 155
10. Accessibilità, mobilità intra-regionale e prossimità	» 158
1. L'accessibilità alle strutture ospedaliere: un confronto pre- e post-riforma	» 158
2. Accessibilità, prossimità e mobilità intra-regionale: un'analisi empirica sui dati comunali	» 160
3. La mobilità intra-regionale e il nuovo PRSSA	» 164
11. Bacini di utenza delle strutture ospedaliere e competizione inter-organizzativa	» 166
1. I bacini di utenza e la gerarchia funzionale dei presidi ospedalieri abruzzesi	» 166
2. Profili territoriali e percezione della competizione tra i quattro principali presidi pubblici abruzzesi	» 173
3. La competizione inter-ospedaliera: un'occasione mancata?	» 179
12. I trasferimenti intra-regionali fra ospedali	» 181
1. Gli studi organizzativi sui trasferimenti di pazienti nel caso Abruzzo	» 181
2. I trasferimenti di pazienti sotto le lenti della prossimità: un'analisi empirica	» 184
3. I risultati dell'analisi empirica, per orientare la <i>policy</i>	» 188
Qualche proposta, per concludere	» 193
Bibliografia	» 199
Indice delle figure	» 217
Indice delle tabelle	» 221

Prefazione

di Piergiorgio Landini

La malattia – e dunque, specularmente, la salute – è da sempre oggetto della ricerca geografica: dal determinismo naturale delle grandi patologie endemiche, in cui si imbattevano gli esploratori e i colonizzatori, alle applicazioni modellistiche della teoria funzionalista e sistemica, che, particolarmente nelle scuole anglosassoni, si sono rivolte, dagli anni Sessanta del secolo scorso, all'analisi delle malattie epidemiche come modello di diffusione spaziale.

L'evoluzione di una branca vera e propria di geografia medica (inizialmente assimilabile piuttosto all'epidemiologia) verso approcci interdisciplinari legati non solo alla morbilità ma anche all'organizzazione dei servizi di cura è stata lenta e non priva di equivoci e contraddizioni, sia sul piano teorico e metodologico, sia su quello operativo. Tema, questo, particolarmente avvertito in Italia, dove il filone medico-sanitario è nato nell'ambito della Scuola geografica romana de "La Sapienza", sotto la guida di Cosimo Palagiano, il cui primo volume in materia titolava significativamente *Geografia e medicina* (Roma, Il Bagatto, 1981).

E tema particolarmente avvertito anche per l'impostazione territoriale della prima riforma sanitaria italiana (legge n. 833 del 1978), basata su criteri di omogeneità tesi a garantire un'equidistribuzione dei servizi che, sottovalutando i divari demografici e funzionali esistenti nella rete insediativa del Paese, ha finito per causare quella discrasia fra obiettivi egualitari ed esiti non realmente equitativi alla base del sostanziale fallimento del sistema sanitario, ancor più dopo la devoluzione alle Regioni.

Un ulteriore aspetto tematico, non meno stimolante, si ravvisa nella collocazione della geografia medica e sanitaria all'interno dei più ampi concetti di benessere e qualità della vita, implicando valutazioni in ordine ai generi di vita urbani e rurali, al rapporto fra produzione del reddito e squilibri ambientali, alla mobilità e, complessivamente, alla libertà di scelta degli individui e dei gruppi sociali.

In tutto ciò, il libro di Valentina Evangelista offre caratteri di sicura novità, innanzitutto nella scelta – non banalmente lessicale – di usare, nel titolo, *geografia sanitaria* per indicare l’approccio olistico alla numerosità degli elementi che entrano nella trattazione della materia. Termine che non indica affatto uno sbilanciamento verso gli aspetti aziendalistici del sistema sanitario, pur se l’autrice proviene inizialmente – ed è questo, ancora, motivo di originalità – da un Dottorato di ricerca nel campo dell’organizzazione aziendale, ma che anzi prende corpo attraverso una continua interazione fra le componenti della geografia della salute, lette a partire dal quadro teorico ricavato da un’ampia disamina della letteratura internazionale e nazionale, senza mai allentare la tensione applicativa che conduce, nella seconda parte, all’analisi critica del caso abruzzese.

Per essere più espliciti, obiettivo del libro è non tanto delimitare il perimetro della geografia sanitaria rispetto a una geografia medica o della salute quanto definire le modalità *territoriali* – non astrattamente spaziali, si badi bene – dei comportamenti assunti dall’offerta e dalla domanda dei servizi specifici, che concorrono a determinarne la distribuzione dei nodi e la struttura delle reti.

Coronamento di una serie di ricerche nel settore, con particolare attenzione per il concetto di prossimità (di cui l’autrice ha attentamente discusso la valenza geografica) e per la mobilità attiva e passiva dei pazienti in ambiti territoriali transcalari, il lavoro della Evangelista vede la luce in un momento estremamente delicato per la sanità nazionale e regionale.

L’Abruzzo, in specie, ha attraversato vicende finanziarie e persino giudiziarie che hanno crudamente evidenziato l’indifferibilità, di una *policy*, e conseguente pianificazione, nettamente diversa dal passato. Le resistenze al cambiamento da parte delle comunità locali derivano certamente, in parte, dalla difficile configurazione socio-economica dei territori, ma non si può negare una tendenza inerziale non più sostenibile.

Fare ricerca su queste problematiche, divenute scottanti, impone obiettività unita a ragionevolezza: l’autrice dimostra di saper contemperare il rigore del metodo con la conoscenza diretta delle criticità riscontrabili sul campo, e per questo motivo il suo contributo merita apprezzamento, nel contesto attuale, e attenzione, nello scenario *in progress*.

Introduzione

Il volume si innesta nell'alveo della geografia della salute, un ambito di ricerca rimasto, nel contesto italiano, ai margini del dibattito geografico ma sempre più al centro delle esigenze di programmazione e pianificazione dell'amministratore pubblico. In uno scenario economico e politico in rapida evoluzione, che chiede sempre più il rispetto di obiettivi di efficienza per fronteggiare efficacemente i bisogni territoriali di salute, e più ampiamente di benessere, ci si è interrogati sulla natura dei temi rispetto ai quali la disciplina geografica potrebbe apportare un suo significativo contributo gnoseologico e applicativo.

Il problema della salute non è, evidentemente, di esclusivo interesse geografico ma, ontologicamente e sotto più punti di vista, multidisciplinare. La geografia tuttavia, per la sua capacità di leggere i fenomeni trasversalmente, interviene nel discorso sulla salute con strumenti descrittivi e, parzialmente, inferenziali e si dedica in particolare all'analisi della domanda, nelle interazioni tra uomo e ambiente, sempre più bidirezionali, rispetto alla configurazione dell'offerta. A quest'ultimo tema si dedica una peculiare anima della geografia della salute, ovvero la geografia sanitaria, quadro teorico entro cui si è ricostruito il percorso tematico ed empirico che segue.

Il volume si compone di due parti. Nella parte prima, attraverso una disamina della letteratura italiana e internazionale, ci si propone di ridefinire preliminarmente (capitolo 1), in maniera necessariamente permeabile, il perimetro di ricerca della geografia sanitaria, analizzandone i punti di contiguità e/o rottura rispetto alla geografia definita "medica" e fornendo possibili gerarchie di senso rispetto alla richiamata geografia della salute.

Nel capitolo 2, poi, ci si dedica alla lettura delle determinanti di scelta del paziente, un tema di confine della disciplina ma oggetto di crescente attenzione per via delle componenti spesso irrazionali ed emotive insite nelle

decisioni dei pazienti-utenti, che dunque possono non essere del tutto coerenti rispetto alla razionalità insita nella progettazione territoriale della rete di offerta.

Nel capitolo 3, ancora, si dibatte sulla mobilità sanitaria, fenomeno transcalare, che consiste nella necessità di spostarsi in un altrove più o meno lontano dal proprio spazio relazionale, affettivo e abitativo, per ottenere cure. I volumi, le direttrici e le cause della mobilità rilevano generalmente l'incapacità del sistema di offerta di soddisfare qualitativamente o quantitativamente il bisogno di cura.

Strettamente connesso ai due capitoli precedenti è il tema dei bacini di utenza (capitolo 4), in particolar modo ospedalieri: le determinanti di scelta dei pazienti e i flussi di mobilità disegnano il perimetro delle aree di attrattività dei pazienti stessi. Com'è intuitivo, è cruciale da un lato conoscere le esigenze mediche dell'utenza di riferimento e dall'altro comprendere l'esistenza di possibili aree di sovrapposizione e ottimizzazione.

Il capitolo 5 è dedicato ai trasferimenti di pazienti, una peculiare tipologia di collaborazione inter-ospedaliera interpretabile attraverso le lenti concettuali della prossimità.

Nell'ultimo capitolo della parte prima si individuano i principali strumenti di pianificazione sanitaria nel contesto normativo italiano e si dibattono alcune delle maggiori questioni aperte: il coinvolgimento dei cittadini, il potere informativo degli indicatori generalmente utilizzati per valutare le *performance* quali-quantitative dell'offerta nonché il ruolo della geografia sanitaria nella pianificazione.

Nella parte seconda ci si dedica alla disamina del caso di ricerca diretta, ovvero il sistema sanitario della Regione Abruzzo. Seguendo il percorso tematico delineato nella parte prima, si implementano strumenti di analisi empirica che conducono a un quadro di proposte e prospettive, nell'ottica di una geografia attiva.

Parte prima
Aspetti teorico-metodologici

1. La geografia sanitaria: un quadro concettuale*

1. Salute e geografie per la salute

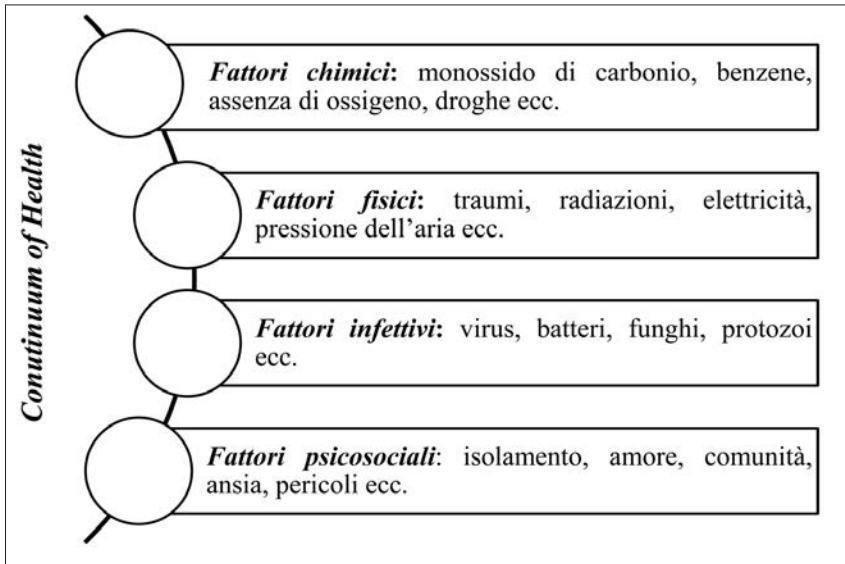
Il concetto di salute ha subito una decisa evoluzione semantica. Fino agli anni Cinquanta del secolo scorso il termine veniva definito, nel dibattito scientifico, per negazione o contrari, quale assenza di malattie e manifestazioni patologiche; oggi esso assume, nel linguaggio comune così come nel dizionario della ricerca, un'accezione olistica che si sovrappone ai concetti di qualità della vita e, più ampiamente, di benessere. L'Organizzazione Mondiale per la Salute (OMS) già nel 1946 definiva la salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di malattie»; tuttavia, solo di recente la richiamata prospettiva olistica ha ottenuto la dovuta attenzione.

Ancora agli inizi degli anni Sessanta, lo stato di salute continuava a essere percepito e analizzato in termini di assenza di malattie: oggetto degli studi di May (1958; 1961) erano, per esempio, l'osservazione della diffusione delle patologie e l'individuazione delle possibili correlazioni con l'ambiente di riferimento; in Dubos (1965) il *focus* d'indagine era l'analisi ecologica degli stati di salute o malattia, intesi come «espressioni del successo o del fallimento sperimentato dall'organismo nel tentativo di rispondere adattivamente alle sfide ambientali» (ivi, p. xvii).

Il cruciale passaggio verso la moderna concettualizzazione della salute si deve ad Audy (1971), che la definiva come una *continuing property*, misurabile in termini di abilità di fronteggiare un'ampia serie di *stimuli* di natura chimica, fisica, infettiva e psico-sociale.

* Il capitolo riprende e amplia le considerazioni presentate in Evangelista (2016a), "La geografia sanitaria: un'area di ricerca in declino?", *Rivista geografica italiana*, 123, pp. 55-68.

Fig. 1 – Il continuum of health di Audy



Fonte: elaborazione propria da Meade e Emch (2010)

Più recentemente, si osserva, un significativo e simbolico *shift* verso una concettualizzazione critica ed esperienziale della salute: «La sfida è trascendere dalla concettualizzazione della salute quale “stato di assenza” e teorizzarla e articolare in termini di potenziale [benessere ossia di possibilità] da parte degli individui e dei gruppi umani di percepire il proprio posto nel mondo e di contribuire al bene comune» (Kearns e Collins, 2009, p. 19).

Un tale approccio apre a nuove riflessioni sulle modalità di rilevazione e quantificazione della salute degli individui e delle comunità oltre che sulle relazioni tra salute percepita e salute effettiva.

Infatti, nonostante il passaggio dalla concettualizzazione negativa a quella positiva della salute possa dirsi concluso, il c.d. *well-being shift* è ancora *in itinere* (Kearns e Collins, 2009) e la salute continua a essere misurata in termini ambigui: recentemente Palagiano e Pesaresi (2011, pp. 9, 16), introducendo *La salute del mondo. Geografia medica e qualità della vita*, sostengono che «quando parliamo di salute, spesso ci riferiamo a uno stato di equilibrio psichico e fisico di un organismo umano [...] risultato del compromesso che l'uomo ha stabilito sulla base delle leggi naturali tra se stesso e la natura modificata e degradata».

La necessità empirica di misurare in maniera puntuale la quantità di salute spinge dunque a reiterare l'uso di indicatori immediati e affidabili quali il

tasso di mortalità, le aspettative di vita, la diffusione di particolari patologie (solo per citarne alcuni) piuttosto che ad adottare indicatori che incorporino la percezione dello stato di salute o il livello di benessere soggettivo, più vicini al filone di studi della geografia del benessere (Evangelista, 2014).

Kearns e Collins (2009) osservano che i tentativi di misurare anche empiricamente la salute in termini di benessere – o quantomeno di qualità della vita – potrebbero utilmente far leva sugli studi di pianificazione urbana e geografia economica. In tal senso è la geografia a farsi strada nel discorso sulla salute, conquistando il suo spazio attraverso approcci e metodi propri.

Nelle parole di Hunter (1974), uno dei padri fondatori della c.d. geografia medica, si legge che l'applicazione dei concetti e delle tecniche di indagine proprie della geografia all'analisi dei problemi legati alla salute, colloca la geografia medica nel cuore della disciplina geografica in quanto tale e si arriva a sostenere che non esiste un geografo che non si sia dovuto interfacciare con il problema della salute mettendo alla prova le proprie competenze e analizzandone le implicazioni territoriali. In tal senso il *geographical turn* del dibattito scientifico sulla salute permette di averne una prospettiva multidimensionale e territorialmente radicata. Come osservano Anthamatten e Hazen (2011), il metodo geografico può fornire precise risposte alle *health questions* di natura non solo endemica-epidemicapandemica ma anche di natura pianificatoria-programmatoria: secondo il pensiero di Mayer (2009), identificando le implicazioni spaziali del problema della salute si possono osservare una serie di fattori ambientali e demografici che variano parallelamente alla medesima scala. E dunque ciò può risultare utile per esplorare i livelli di rischio cui sono sottoposti gruppi sociali e aree geografiche.

In sintesi, la geografia osserva la salute attraverso una lente olistica che coglie aspetti sociali, spaziali e territoriali, concettualizzando il ruolo dello spazio e dei luoghi nel determinare la salute, il benessere e la diffusione delle malattie (Dummer, 2008). Nonostante la piena accettazione di una tale prospettiva, risultano particolarmente eterogenei gli approcci, i metodi e le finalità con cui la geografia studia la salute. Per tali ragioni si individuano, storicamente, diverse geografie sulla salute, riconducibili, a parere di chi scrive, a due principali filoni: la geografia medica e la geografia sanitaria.

2. La geografia medica

Le origini concettuali della disciplina risalgono idealmente al V secolo a.C. allorquando Ippocrate postulava circa il ruolo dei fattori sociali, cul-