



### **Un nuovo modello organizzativo per la sanità abruzzese**

di Duilio Divisi, Luigi Franciotti, Milena Monaco,  
Daniela Renzetti, Antonio Di Sciascio\*

10 Aprile 2025

**Abstract:** Il Servizio Sanitario della Regione Abruzzo, a differenza di altre realtà regionali, non ha mai affrontato una riorganizzazione strutturale autonoma, intervenendo solo in risposta a riforme nazionali o condizioni emergenziali. Il presente contributo esamina le ragioni – economiche, demografiche e organizzative – che rendono ormai indifferibile una revisione dell'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) abruzzese, valuta i modelli alternativi di riordino possibili e propone un nuovo modello basato sull'istituzione di due Aziende Sanitarie Territoriali interprovinciali e di due Aziende Ospedaliero-Universitarie. Vengono inoltre discussi gli aspetti programmatici, finanziari e di governance del nuovo assetto, con particolare riguardo al ruolo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nel potenziamento dell'assistenza territoriale, e si evidenzia come un processo di centralizzazione di funzioni a livello regionale possa costituire un corollario strategico per garantire uniformità ed efficienza al sistema. Infine, si formulano alcune considerazioni conclusive sul contributo che tale riassetto potrebbe offrire al dibattito sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale e regionale

The Health Service of the Abruzzo Region, unlike other regional realities, has never faced an autonomous structural reorganization, intervening only in response to national reforms or emergency conditions. This paper examines the reasons - economic, demographic and organizational - that make a review of the institutional structure of the Regional Health Service (SSR) of Abruzzo no longer postponable, evaluates the possible alternative reorganization models and proposes a new model based on the establishment of two inter-provincial Territorial Health Authorities and two University Hospital Authorities. The planning, financial and governance aspects of the new structure are also discussed, with particular regard to the role of the National Recovery and Resilience Plan (PNRR) in strengthening territorial assistance, and it is highlighted how a process of centralization of functions at regional level can constitute a strategic corollary to ensure uniformity and efficiency to the system. Finally, some concluding considerations are formulated

---

\* Lo scritto che segue è una rielaborazione del lavoro finale predisposto o e discusso dal gruppo di lavoro lo scorso 5 Luglio a conclusione del Corso annuale di formazione manageriale in Sanità pubblica e Organizzazione e gestione sanitaria per direttori generali, sanitari e amministrativi e altre figure dirigenziali delle Aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri Enti del Servizio sanitario nazionale, organizzato dalla Regione Abruzzo in collaborazione con l'università "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara, edizione 2024, direttore scientifico prof. Tommaso Staniscia. Gli Autori hanno contribuito in egual misura alla ideazione, progettazione e scrittura del seguente lavoro. Quanto scritto dagli autori, nel presente contributo, non impegna in alcun modo le amministrazioni di appartenenza.



## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

on the contribution that this reorganization could offer to the debate on the future of the National and Regional Health Service.

Sommario: 1. Introduzione; - 2. Le ragioni di una revisione organizzativa del SSR abruzzese; 3. Ipotesi alternative di riassetto istituzionale: verso un modello di riduzione delle ASL; 3.1 Modello con ASL Unica Regionale; 3.2 Modello con Due ASL Interprovinciali; - 4. Il modello proposto: due aziende sanitarie territoriali e due aziende ospedaliero-universitari; - 4.1 Aspetti Programmatori; -4.2 Aspetti Finanziari 4.3 Razionalizzazione del Sistema e Riorganizzazione del Servizio nel Contesto del PNRR; 5. Centralizzazione delle funzioni a livello regionale; 6. Conclusioni.

### 1. Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano è istituito con la legge n. 833/1978, che ha introdotto un modello universalistico di tutela della salute, superando il precedente sistema mutualistico (1-5). Nel corso di oltre quattro decenni, il SSN è stato oggetto di importanti riforme di riassetto: dal riordino istituzionale dei primi anni '90 (c.d. "riforma bis" del 1992-93, attuata principalmente con i decreti legislativi nn. 502/1992 e 517/1993) al successivo assestamento di fine anni '90 (c.d. "riforma ter" del d.lgs. 229/1999), fino agli interventi legislativi degli anni 2000 (in particolare la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001). Tali riforme hanno ridisegnato l'assetto della sanità pubblica, attribuendo maggiori competenze alle Regioni nella gestione dei rispettivi Servizi Sanitari Regionali e introducendo principi di aziendalizzazione e di separazione tra funzioni di programmazione/acquisto e di erogazione delle prestazioni. In Italia si sono così delineati differenti modelli organizzativi regionali del servizio sanitario: dal *modello classico* (ancora prevalente in diverse regioni) al *modello lombardo* fondato sulla netta separazione tra acquirenti (agenzie di tutela della salute) ed erogatori, fino a modelli caratterizzati da una forte concentrazione organizzativa – emblematico il *modello Marche* con un'unica ASL regionale – e ad altre configurazioni ibride e multi-istituzionali. Ciascuna regione ha adattato tali paradigmi alla propria realtà, sperimentando assetti differenziati in termini di numero di Aziende Sanitarie Locali (ASL) e di Aziende Ospedaliere indipendenti. In Abruzzo, la struttura del Servizio Sanitario Regionale è rimasta sostanzialmente invariata sin dall'istituzione del SSN: attualmente operano quattro ASL (corrispondenti grosso modo alle quattro province) e non sono mai state create Aziende Ospedaliere autonome, né tantomeno Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU). Si tratta di un'anomalia nel panorama nazionale, considerando che la quasi totalità delle altre regioni – incluse molte di dimensioni comparabili – ha da tempo costituito Aziende Ospedaliere/AOU per la gestione dei principali hub ospedalieri e poli universitari di medicina. In Abruzzo, pure a fronte della presenza di due Facoltà di Medicina (Università "G. d'Annunzio" di Chieti e Università dell'Aquila), i grandi ospedali provinciali sono rimasti incardinati nelle ASL territoriali esistenti. Va ricordato che il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (L.R. Abruzzo 10 marzo 2008, n. 5) già prevedeva l'istituzione di due AOU (a Chieti e L'Aquila), ma tale disegno non è stato



## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

attuato. Pertanto, l'assetto istituzionale del SSR abruzzese non ha mai conosciuto una riorganizzazione endogena e organica; gli unici aggiustamenti intervenuti sono stati quelli imposti *dall'esterno*, ossia da riforme nazionali (ad esempio, l'obbligo di trasformare le Usl in Asl dopo il 1992) o da situazioni emergenziali (come il commissariamento regionale e il Piano di rientro dal disavanzo sanitario negli anni 2000). Questa situazione di sostanziale *inerzia riorganizzativa* in Abruzzo – in netto contrasto con quanto avvenuto altrove – costituisce il punto di partenza dell'analisi che segue. Nei paragrafi successivi si illustreranno sinteticamente (a) le ragioni principali per cui una revisione dell'assetto attuale è divenuta non più procrastinabile; (b) le ipotesi alternative di riassetto istituzionale del SSR abruzzese, con particolare riguardo alla necessità di ridurre il numero delle ASL; (c) il modello di riorganizzazione proposto, articolato in due Aziende Sanitarie Territoriali e due Aziende Ospedaliero-Universitarie, approfondendone gli aspetti programmatici e finanziari e il contributo del PNRR al processo di cambiamento; (d) le possibili misure di governance a livello regionale a corredo del nuovo assetto, in particolare attraverso la centralizzazione di funzioni strategiche; e (e) le conclusioni in merito all'impatto atteso di tale riassetto sull'efficienza del sistema sanitario regionale e sul dibattito pubblico e scientifico.

### **2. Le ragioni di una revisione organizzativa del SSR abruzzese**

Nel contesto attuale, diversi fattori concomitanti – sia specifici della realtà abruzzese, sia legati a tendenze nazionali – rendono improrogabile un ripensamento dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR Abruzzo (6-11). In primo luogo, ragioni di carattere economico-finanziario: negli ultimi anni le ASL abruzzesi hanno evidenziato disavanzi di gestione sempre più marcati, sfociati in una situazione particolarmente critica nel 2023 (e con proiezioni preoccupanti anche per il 2024). Questi disavanzi, che si configurano ormai come *strutturali*, sono in parte riconducibili all'assetto organizzativo vigente, frammentato in quattro aziende e pertanto suscettibile di inefficienze e duplicazioni. Una riorganizzazione complessiva in chiave di razionalizzazione ed efficientamento appare dunque come un'opzione necessaria affinché i decisori politici possano invertire una rotta economica destinata, in assenza di interventi incisivi, a compromettere la sostenibilità del sistema sanitario regionale nel medio-lungo periodo. Accanto alle criticità finanziarie locali, si collocano le tendenze demografiche e macroeconomiche nazionali, che esercitano un impatto diretto sul SSN e sulle prospettive di sostenibilità del sistema regionale. L'Italia è uno dei paesi più "vecchi" al mondo: secondo gli ultimi dati ISTAT, circa il 24% della popolazione italiana ha più di 65 anni. Tale invecchiamento, unito al basso tasso di natalità, comporta un crescente peso delle patologie croniche e della non autosufficienza nella domanda di servizi sanitari. Al contempo, la spesa pubblica per la sanità in Italia rimane contenuta (intorno al 6-7% del PIL, tra le percentuali più basse dell'Europa occidentale) e le prospettive finanziarie attuali non lasciano intravedere significativi incrementi delle risorse destinate al SSN nel



## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

prossimo futuro. È evidente che, in un simile contesto – costi in aumento, risorse stagnanti e domanda di prestazioni in crescita – mantenere immutato l'assetto organizzativo del SSR abruzzese equivarrebbe a esporre il sistema regionale a rischi crescenti di tenuta finanziaria e di capacità di garantire livelli adeguati di assistenza. Come è stato autorevolmente osservato, *“il vero fallimento del nostro SSN è la mancanza di coraggio politico nel prendere le necessarie scelte di riorganizzazione e riconfigurazione dei servizi”*, soprattutto alla luce dell'evoluzione socio-demografica in atto. In Abruzzo, dopo oltre trent'anni senza interventi di riordino pianificati e di ampio respiro, questo coraggio politico appare quanto mai necessario. Un ulteriore ordine di ragioni attiene ai benefici organizzativi attesi da un riassetto strutturale. Ridurre il numero di aziende sanitarie sul territorio regionale potrebbe generare significative economie di scala e migliorare l'efficienza complessiva. L'accorpamento di enti e funzioni, infatti, consente di condividere risorse (umane, tecniche, logistiche) e di ottenere risparmi attraverso la centralizzazione di servizi comuni. La dottrina manageriale evidenzia come volumi più elevati di attività concentrati in organizzazioni di maggiori dimensioni tendano ad accrescere la competenza tecnica e l'esperienza degli operatori, migliorando in ultima analisi la qualità delle prestazioni erogate, secondo i principi della c.d. *volume-based quality*. Tra i vantaggi collegati a processi di fusione/agggregazione di aziende sanitarie, sono spesso annoverati: la disponibilità di maggiori risorse e capacità operative, la condivisione dei rischi, il reciproco supporto tra unità precedentemente separate, nonché opportunità di sviluppo di nuove competenze manageriali e di migliori pratiche condivise. Nel caso specifico del SSR abruzzese, un riassetto organizzativo offrirebbe anche l'occasione per riorientare i servizi sanitari in linea con l'evoluzione dei bisogni dell'utenza (popolazione anziana, cronicità emergenti), potenziando l'assistenza territoriale e la continuità assistenziale. Ciò risulta particolarmente importante in vista delle opportunità offerte dal PNRR: gli investimenti previsti in Abruzzo per nuove strutture intermedie (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, etc.) e per il rafforzamento dei servizi territoriali<sup>2</sup> potranno essere efficacemente valorizzati solo se inseriti in un quadro di governance rinnovato e maggiormente integrato. Infine, la razionalizzazione del numero di enti consentirebbe di semplificare la “catena di comando” del sistema sanitario regionale, riducendo i costi di governance e favorendo un'applicazione più uniforme delle politiche sanitarie su tutto il territorio regionale (attraverso procedure e protocolli omogenei, diffusione delle best practices, etc.). In definitiva, tutte queste ragioni – finanziarie, demografiche, qualitative e di governance – convergono nel rendere *indifferibile* un intervento di riordino strutturale del SSR Abruzzo. Come si vedrà oltre, tale intervento dovrebbe accompagnarsi ad una revisione del modello istituzionale complessivo, prevedendo anche l'introduzione, per la prima volta in Abruzzo, di Aziende Ospedaliere autonome (nella forma di Aziende Ospedaliere-Universitarie) destinate a gestire i principali presidi ospedalieri.



## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

### 3. Ipotesi alternative di riassetto istituzionale: verso un modello di riduzione delle ASL

Chiarite le premesse che rendono necessaria una riorganizzazione, occorre definire *come* attuarla (12-16). L'elemento centrale di qualsiasi ipotesi di riassetto del SSR abruzzese risiede nella riduzione del numero delle ASL attualmente esistenti, contestualmente all'istituzione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AA.OO.UU.) per la gestione degli ospedali maggiori. In astratto, sono emerse due opzioni alternative: da un lato, un modello "a ASL unica" regionale; dall'altro, un modello "a due ASL interprovinciali". Entrambi gli schemi prevedono comunque la creazione delle due AOU di riferimento (una nell'area settentrionale e una in quella meridionale della regione). Di seguito se ne analizzano le caratteristiche essenziali, evidenziandone punti di forza e criticità.

#### 3.1 Modello con ASL Unica Regionale

La prima ipotesi prospettabile consiste nell'accorpamento delle quattro ASL abruzzesi in un'unica Azienda Sanitaria regionale. In questo scenario, tutto il territorio abruzzese verrebbe servito da un solo ente di governo sanitario territoriale, affiancato dalle due Aziende Ospedaliero-Universitarie (Chieti-Pescara e L'Aquila-Teramo) incaricate della gestione dei quattro ospedali provinciali principali. La nuova ASL unica regionale – talora denominata *Azienda Sanitaria Territoriale* (AST) unica – costituirebbe dunque l'unico comprensorio per l'erogazione dei servizi territoriali e per l'assistenza ospedaliera diffusa (tramite gli ospedali periferici e di base), mentre le AOU gestirebbero gli ospedali hub e l'alta specialità.

Questo modello presenta il vantaggio della massima semplificazione istituzionale: si avrebbe un solo ente territoriale al posto di quattro, con conseguente eliminazione di duplicazioni amministrative. Ciò potrebbe facilitare un governo unitario del sistema, con programmazione sanitaria davvero *regionale* e non frammentata per ASL. Inoltre, l'ASL unica disporrebbe di dimensioni tali da potenziare il proprio potere contrattuale e la capacità di allocare risorse secondo logiche di equità interterritoriale. Dal punto di vista operativo, un'unica ASL potrebbe implementare più agevolmente politiche sanitarie uniformi su tutto il territorio, garantendo parità di accesso ai servizi e standard assistenziali omogenei. Anche in termini di economie di scala, l'ASL unica massimizzerebbe le possibili efficienze (centralizzando acquisti, servizi informatici, gestione del personale, ecc. per l'intera regione).

Di contro, non mancano le criticità. Un'ASL di dimensioni regionali rischia di diventare un organismo molto complesso e burocraticamente elefantiaco, con possibili difficoltà nel presidiare adeguatamente le specificità delle varie aree locali. La gestione accentrata di un territorio così variegato (zone costiere densamente popolate, aree montane interne a bassa densità e con problemi di accessibilità) richiederebbe strutture organizzative interne ben articolate (distretti, dipartimenti) per evitare il rischio di centralismo eccessivo. Inoltre, concentrare in un unico ente tutte le responsabilità di assistenza





## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

territoriale potrebbe comportare una certa rigidità gestionale e rallentare i processi decisionali, specie in una fase iniziale di transizione. In sintesi, il modello a ASL unica privilegia unità e uniformità, ma potrebbe difettare in flessibilità e capacità di adattamento alle diversità locali. Esso richiederebbe comunque un forte investimento nella costruzione di un'organizzazione interna capillare (ad esempio attraverso dipartimenti di area vasta) per mantenere il contatto con le comunità locali.

### **3.2 Modello con Due ASL Interprovinciali**

La seconda opzione prevede la riduzione delle attuali quattro ASL a due Aziende Sanitarie Territoriali, ciascuna risultante dall'accorpamento di due province contigue: un'AST *Abruzzo Nord-Ovest* (che unirebbe gli ambiti di L'Aquila e Teramo) e un'AST *Abruzzo Sud-Est* (derivante dall'unione di Chieti e Pescara). Contestualmente, come già indicato, verrebbero istituite le due AOU di L'Aquila-Teramo e di Chieti-Pescara, alle quali afferirebbero i rispettivi ospedali provinciali principali. In tal modo, nell'architettura del SSR abruzzese coesisterebbero quattro enti: 2 AST territoriali finanziate a quota capitaria e competenti sull'assistenza di base e diffusa, e 2 AOU finanziate a tariffa in base alle prestazioni erogate. La Regione svolgerebbe un ruolo di regia forte sul sistema, mantenendo il controllo dell'allocazione delle risorse e definendo il perimetro operativo di ciascun attore.

Rispetto all'ASL unica, la soluzione *a due ASL* ha il pregio di assicurare una maggiore aderenza alle peculiarità territoriali: ciascuna AST coprirebbe infatti un'area vasta ma comunque omogenea per caratteristiche socio-geografiche (zone montane interne al Nord-Ovest; area costiera e collinare al Sud-Est). Ciò consentirebbe di calibrare meglio la programmazione sanitaria sulle esigenze specifiche di ciascun macro-territorio. Le dimensioni aziendali, pur sensibilmente accresciute rispetto allo status quo, resterebbero gestibili, evitando l'eccessiva concentrazione di potere in un solo ente regionale. In altri termini, si raggiungerebbe un equilibrio tra accentramento e decentramento: due poli amministrativi invece di quattro, con un significativo snellimento rispetto al presente, ma senza scivolare nel monolitismo organizzativo dell'ASL unica. Anche la fisiologica competizione/benchmarking tra le due AST potrebbe rappresentare uno stimolo al miglioramento delle performance, in un contesto di confronto virtuoso sotto la regia regionale.

Quanto ai punti deboli, il modello a due ASL presenta comunque elementi di complessità: occorre garantire un forte coordinamento tra le due nuove aziende e le AOU, per evitare frammentazioni nelle linee di cura e nei percorsi assistenziali. Inoltre, rimane la necessità di armonizzare politiche e procedure tra le due AST, affinché non si creino disparità territoriali marcate. Dal punto di vista economico, l'efficienza ottenibile, pur notevole, potrebbe essere leggermente inferiore a quella teoricamente raggiungibile con l'ASL unica, per via della presenza di due strutture amministrative distinte (anche se molto più grandi delle attuali). Infine, la creazione di due mega-ASL potrebbe incontrare resistenze



## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

organizzative e politiche simili a quelle dell'ASL unica, sebbene attenuate. In definitiva, la scelta tra i due modelli alternativi richiede di bilanciare l'esigenza di *semplificazione* con quella di *aderenza al territorio*: l'opzione delle due AST interprovinciali sembra offrire un compromesso più sostenibile, fondendo le attuali aziende in entità di dimensione ottimizzata ma comunque vicine alle comunità locali.

#### **4. Il modello proposto: due aziende sanitarie territoriali e due aziende ospedaliero-universitari**

Alla luce delle considerazioni sopra enunciate ed in riferimento alla letteratura (17-24), il modello ritenuto più funzionale e confacente alla realtà abruzzese attuale è quello basato sull'istituzione di due Aziende Sanitarie Territoriali (AST) al posto delle quattro ASL esistenti, e di due Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) corrispondenti ai due poli ospedalieri regionali. In concreto, si propone di dar vita a:

- AST 1 – Abruzzo Nord-Ovest, competente sull'area vasta L'Aquila-Teramo, che accorpa le attuali ASL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila e ASL 04 Teramo (eccetto gli ospedali principali di L'Aquila e Teramo);
- AST 2 – Abruzzo Sud-Est, per l'area vasta Chieti-Pescara, risultante dall'unione delle attuali ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti e ASL 03 Pescara (eccetto gli ospedali di Chieti e Pescara).

Parallelamente:

- L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Chieti-Pescara gestirà i presidi ospedalieri "SS. Annunziata" di Chieti e "Santo Spirito" di Pescara, costituendo il polo ospedaliero della metà sud-orientale della regione;
- L'Azienda Ospedaliero-Universitaria L'Aquila-Teramo gestirà i presidi "San Salvatore" dell'Aquila e "Mazzini" di Teramo, costituendo il polo ospedaliero per l'area nord-occidentale. Nel nuovo assetto istituzionale così ridisegnato, le due AST fungono da articolazioni territoriali del SSR abruzzese, assicurando l'erogazione dei servizi sanitari di base e di quelli ospedalieri "diffusi" (ospedali di zona) nelle rispettive aree, e garantendo l'omogeneità dell'assistenza sul territorio di loro competenza. Esse sono concepite come aziende *di governo e di produzione* integrata: pianificano ed organizzano le attività sanitarie secondo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) fissati a livello nazionale e regionale, gestiscono direttamente i servizi di prevenzione collettiva, l'assistenza distrettuale (cure primarie, specialistica ambulatoriale, domiciliare, etc.) e l'assistenza ospedaliera nei presidi non universitari. Le AOU, dal canto loro, sono enti *erogatori specializzati* focalizzati sull'assistenza ospedaliera di alta complessità e sulle attività didattiche e di ricerca in campo biomedico, in sinergia con le Università. AST e AOU, pur con mission differenti, collaborano strettamente nella costruzione dell'offerta



## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

sanitaria regionale: il modello proposto mira infatti a massimizzare la sinergia tra le componenti territoriale e ospedaliera, attraverso meccanismi integrati di programmazione e coordinamento. Di seguito si approfondiscono alcuni profili specifici del nuovo modello organizzativo proposto: in particolare gli aspetti di *programmazione unitaria* (4.1), di *finanziamento* (4.2) e di *razionalizzazione della rete* in relazione anche agli investimenti del PNRR (4.3).

### **4.1 Aspetti Programmatori**

Una caratteristica qualificante del modello delineato è l'adozione di strumenti di programmazione integrata di area vasta. Ciascuna delle due macro-aree (Nord-Ovest e Sud-Est) viene infatti concepita come un *ambito programmatico unitario*, entro il quale le attività della AST territoriale e quelle della corrispondente AOU vengano pianificate in modo coordinato. In altri termini, per ogni area vasta si prevede un Piano di Area Vasta che armonizza gli obiettivi di salute e i percorsi assistenziali tra l'azienda territoriale e l'azienda ospedaliera universitaria di riferimento, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale. Questo strumento dovrebbe assicurare che l'offerta complessiva dei servizi – territoriali e ospedalieri – risponda in modo appropriato ai bisogni della popolazione locale, evitando sovrapposizioni o lacune. Particolare attenzione andrà riservata alle esigenze delle zone geograficamente disagiate (aree montane interne, piccoli centri distanti dai capoluoghi), prevedendo soluzioni organizzative ad hoc nell'ambito della programmazione di area vasta (ad esempio potenziamento dei servizi domiciliari e telemedicina per le comunità isolate).

La pianificazione integrata AST-AOU riveste un ruolo strategico, in quanto uno degli obiettivi espliciti del riassetto istituzionale proposto è proprio garantire massima sinergia tra assistenza territoriale e assistenza ospedaliera. La creazione di due poli integrati per area vasta è funzionale a tale scopo: si ritiene infatti che questo livello programmatico sovra-aziendale sia il più idoneo per attivare efficacemente le capacità di coordinamento tra aziende con missioni differenti ma complementari. In quest'ottica, potrebbe risultare utile istituire dipartimenti interaziendali di area vasta: si tratterebbe di organismi tecnico-funzionali che riuniscono, a fini di programmazione, i responsabili delle unità operative affini delle AST e delle AOU (ad es. un dipartimento interaziendale di area medica per l'area vasta Nord-Ovest, comprendente i primari di medicina interna degli ospedali AST e i clinici universitari dell'AOU). Tali dipartimenti interaziendali – già sperimentati con successo in altre regioni – favorirebbero l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici integrati sull'intera area e l'adozione di protocolli comuni, contribuendo a un'offerta sanitaria davvero *unificata* per il cittadino, indipendentemente dal luogo di residenza. L'ottimizzazione organizzativa tramite dipartimenti interaziendali consentirebbe inoltre di gestire in modo condiviso risorse critiche (es. dotazioni di posti letto, tecnologie, personale specialistico) e di orientare le attività di ciascuna azienda in modo complementare a quelle dell'altra, evitandone la duplicazione non necessaria.





## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

In sintesi, sotto il profilo della programmazione, il nuovo modello punta a superare la frammentazione attuale attraverso strumenti di governo congiunto AST–AOU nell'ambito di ciascuna area vasta. Ciò garantirebbe che le due tipologie di aziende (territoriali e ospedaliere universitarie) operino in stretta concertazione, concorrendo entrambe alla definizione e all'erogazione dei livelli di assistenza sul territorio, piuttosto che procedere in parallelo senza raccordo.

### **4.2 Aspetti Finanziari**

Dal punto di vista del finanziamento, lo scenario delineato impone la coesistenza di due differenti modalità, in linea con la natura diversa delle aziende coinvolte. Le Aziende Sanitarie Territoriali (AST) continuerebbero ad essere finanziate tramite il criterio della *quota capitaria pesata*: la Regione Abruzzo assegnerebbe cioè a ciascuna AST una quota del Fondo Sanitario Regionale in proporzione alla popolazione residente, corretta per tenere conto di indicatori come l'età media (pesi maggiori per popolazioni più anziane) e la dispersione sul territorio (pesi maggiori per aree montane o periferiche). Questo metodo, già in uso, verrebbe affinato per rispecchiare le specificità delle due nuove macro-aree e assicurare loro risorse adeguate alle esigenze assistenziali.

Le Aziende Ospedaliere-Universitarie, invece, verrebbero finanziate principalmente *a tariffa*, in base al volume di prestazioni erogate. In pratica, la Regione riconoscerebbe alle AOU un corrispettivo per ciascun ricovero, intervento o prestazione specialistica effettuata, secondo tariffe predefinite (Drg, tariffe regionali per alta specialità, etc.). In parte, tale finanziamento a prestazione potrebbe avvenire indirettamente tramite le AST: queste ultime, responsabili della copertura assistenziale dei propri residenti, stipulerebbero con le AOU convenzioni per l'acquisto di determinate prestazioni (ad esempio ricoveri di terzo livello, servizi diagnostici avanzati, attività didattico-formative), concordando volumi e corrispettivi. In ogni caso, il fulcro è che le AOU non sarebbero finanziate con budget fissi pro-capite, ma remunerate in base all'attività svolta, sulla falsariga di quanto avviene per le attuali Aziende Ospedaliere nelle regioni dove esistono. Questo meccanismo "a produzione" incentiva l'efficienza delle AOU, premiando la loro capacità di attrarre pazienti e di erogare prestazioni di qualità.

Per evitare squilibri economici eccessivi tra le aziende (ad esempio un'AOU che, avendo volumi elevati, realizza surplus a fronte di AST in passivo, o viceversa), si prefigura l'istituzione di un fondo di riequilibrio interno al Fondo Sanitario Regionale. Tale fondo – pari a una percentuale limitata (indicativamente fino al 10%) del totale delle risorse regionali – potrebbe essere utilizzato dalla Regione per compensare parzialmente i disavanzi eventuali di una o più aziende, assicurando il mantenimento dell'equilibrio complessivo del sistema. In altri termini, *a valle* della gestione caratteristica, la Regione interverrebbe con trasferimenti aggiuntivi mirati a garantire che né le AST né le AOU si trovino in condizioni di deficit insostenibili o, per contro, di eccesso di risorse non reinvestite. Questo strumento, già adottato in varie regioni per equilibrare aziende



## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

territoriali e ospedaliere, contribuirebbe a mantenere la coesione finanziaria del SSR abruzzese. Da notare che, in virtù del nuovo assetto, la Regione stessa rafforzerebbe il proprio controllo sui flussi finanziari: passando da un modello "a centralità ASL" (in cui le ASL pagano anche le prestazioni extra-regioni dei propri assistiti) a un modello "a centralità regionale", la Regione diventerebbe regista quasi unica dei finanziamenti, definendo tanto i budget capitarî delle AST quanto le tariffe e i volumi per le AOU. Ciò le permetterebbe di orientare le scelte allocative delle aziende in linea con gli obiettivi di sistema, utilizzando la *leva tariffaria* e di budget come strumento di governo (ad esempio incentivando tramite tariffe più favorevoli le prestazioni ritenute strategiche e, simmetricamente, scoraggiando duplicazioni o attività inappropriate).

### **4.3 Razionalizzazione del Sistema e Riorganizzazione del Servizio nel Contesto del PNRR**

L'implementazione del modello proposto dovrebbe accompagnarsi ad una razionalizzazione della rete dei servizi sul territorio regionale. La creazione delle due AOU e gli accorpamenti nelle due AST forniscono infatti l'occasione per rivedere criticamente l'attuale configurazione dell'offerta sanitaria, eliminando le eventuali ridondanze e inefficienze. In particolare, con il nuovo assetto sarà possibile procedere a una *riqualificazione/riconversione* di alcuni presidi ospedalieri minori, la cui funzionalità – già ridimensionata in passato, ad esempio durante la fase commissariale del Piano di rientro (D.C.A. n. 45/2010) – risulta oggi limitata e poco sostenibile. È noto che l'attuale rete ospedaliera abruzzese, concepita in epoche precedenti, non è pienamente sostenibile con le risorse disponibili e andrebbe adeguata alle mutate esigenze assistenziali. In quest'ottica, un valido impulso al riordino può provenire dagli investimenti del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)* destinati al potenziamento della sanità territoriale. Il PNRR finanzia, tra l'altro, l'istituzione di nuove strutture intermedie – *Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali, Unità di Continuità Assistenziale (UCA)* – volte a gestire i bisogni sanitari non acuti e a decongestionare gli ospedali tradizionali. L'attivazione di tali strutture sul territorio abruzzese, già programmata secondo il DM Salute 23 maggio 2022, n. 77 (recante la definizione di modelli e standard per l'assistenza territoriale), consentirà di rilocalizzare parte dell'offerta assistenziale: ad esempio, alcuni piccoli ospedali potranno essere riconvertiti in Ospedali di Comunità per cure intermedie e post-acuzie, mantenendo così un presidio sanitario locale senza l'onere di reparti per acuti a basso volume (che risultano spesso antieconomici e poco sicuri). Allo stesso modo, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e di prossimità ridurrà la pressione sulle degenze ospedaliere, rendendo più agevole concentrare i ricoveri acuti nelle strutture maggiori (AOU e ospedali principali delle AST).

In pratica, il nuovo modello favorirà un ridisegno della mappa delle strutture: le AOU accenteranno l'alta specialità e i casi a maggior complessità (come evidenziato, potranno



## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

divenire poli di attrazione anche per pazienti extraregione, invertendo l'attuale tendenza alla mobilità passiva, mentre le AST riorganizzeranno i propri ospedali periferici secondo criteri di appropriatezza e sostenibilità, potenziando contestualmente la rete territoriale dei servizi. Ci si attende, in tal modo, di ottenere una offerta assistenziale più efficiente e coerente con la domanda: da un lato riducendo duplicazioni di reparti specialistici superflui (soprattutto nell'alta specializzazione, concentrata nelle AOU), dall'altro garantendo la presenza capillare di servizi di base e intermedie cure vicino ai cittadini, grazie alle nuove strutture finanziate dal PNRR. Il risultato sarebbe un sistema "a piramide" ben calibrato: al vertice pochi hub ad alta intensità (le AOU), alla base una rete territoriale e di prossimità robusta (Case della Comunità, UCA, etc.), e nel mezzo ospedali di livello intermedio nelle AST riqualificati secondo bacini di utenza adeguati. Tutto ciò, integrato dal già menzionato forte coordinamento programmatico, dovrebbe condurre ad una maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse e ad un miglior equilibrio tra domanda e offerta di servizi sanitari.

### **5. Centralizzazione delle funzioni a livello regionale**

Un corollario essenziale del processo di riassetto delineato è l'opportunità di avviare una centralizzazione, a livello regionale, di alcune funzioni strategiche di supporto (25-30). Questa tendenza è chiaramente emersa in molte regioni italiane nell'ultimo decennio: diverse esperienze (Veneto, Toscana, Liguria, Sardegna, Piemonte, Umbria, Friuli-Venezia Giulia, e più di recente il Lazio) hanno visto la costituzione di enti "intermedi" denominati comunemente *Azienda Zero* o analoghi, con il compito di accentrare servizi amministrativi e tecnico-logistici e talvolta funzioni di coordinamento per l'intero SSR. Tali enti (ad es. l'*Azienda Zero* veneta, l'*ESTAR* toscana, l'*ARES* Sardegna, etc.) agiscono come *centrali di servizio* a supporto sia della Regione (nell'esercizio del suo ruolo di governo e controllo del sistema) sia delle aziende sanitarie (nel gestire compiti che traggono beneficio dall'essere unificati). L'istituzione di un organismo di questo tipo in Abruzzo appare auspicabile parallelamente o subito dopo la riforma delle aziende, al fine di consolidare i benefici della razionalizzazione.

In Abruzzo esiste già un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR), ente tecnico istituito in passato con funzioni di supporto alla programmazione. Si potrebbe scegliere di potenziare e riconvertire l'ASR esistente, ampliandone competenze e risorse, anziché creare ex novo un ente intermedio: questa soluzione avrebbe il vantaggio di minimizzare l'impatto economico e organizzativo, sfruttando strutture e personale già in essere. In ogni caso, il nuovo organismo (che qui per semplicità chiameremo *Azienda Zero Abruzzo*) opererebbe in stretto raccordo con l'Assessorato regionale alla Sanità, inserendosi tra quest'ultimo e le aziende (AST e AOU) nel modello di governance.

Le funzioni da centralizzare potrebbero comprendere:



## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

- le procedure di approvvigionamento di beni e servizi sanitari, assumendo il ruolo di centrale unica di acquisto per le aziende sanitarie (attualmente esercitato solo in parte da una struttura denominata AreaCom);
- la gestione del patrimonio immobiliare delle aziende (gare per manutenzioni, alienazioni, locazioni di immobili sanitari);
- la gestione unificata dei concorsi e delle selezioni di personale del SSR, così da garantire procedure più snelle e graduatorie valide regionalmente;
- la gestione degli stipendi e del trattamento economico del personale SSR, mediante un'unica piattaforma centralizzata;
- la gestione delle infrastrutture informatiche e dei flussi informativi (ICT sanitario), perseguendo un sistema digitale integrato a livello regionale;
- attività di Health Technology Assessment (HTA) e supporto tecnico per la valutazione di tecnologie sanitarie da acquisire;
- il coordinamento di progetti di logistica sanitaria (es. magazzini centralizzati, distribuzione farmaci e dispositivi, ecc. per tutte le aziende).

A queste funzioni tecnico-amministrative, standardizzabili e comuni, si potrebbero affiancare altre competenze di tipo *clinico-strategico*. L'Azienda Zero potrebbe ad esempio svolgere un ruolo nel coordinamento dei programmi di formazione continua del personale sanitario regionale, oppure gestire direttamente alcune attività sanitarie specialistiche che traggono vantaggio dalla dimensione unica (sono stati citati gli screening di popolazione, che potrebbero essere organizzati a livello regionale; analogamente, si potrebbe ipotizzare un coordinamento regionale dei Comitati Etici per la sperimentazione clinica, o dei centri di riferimento per patologie rare, ecc.). In prospettiva, qualora il modello dimostrasse efficacia, si potrebbe valutare di attribuire all'ente centrale anche la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) del bilancio sanitario regionale: vale a dire le funzioni relative alla predisposizione del bilancio consolidato del SSR e alla ripartizione interna delle risorse finanziarie, che attualmente competono agli uffici regionali. Ciò trasformerebbe l'Azienda Zero in una sorta di braccio operativo tecnico-finanziario dell'Assessorato regionale, sul modello di quanto accade in Veneto o Piemonte, dove tali enti fungono da *holding* del sistema sanitario regionale.

Complessivamente, la centralizzazione proposta mira a conseguire maggiore efficienza e uniformità gestionale: evitando la duplicazione di strutture amministrative nelle singole aziende, liberando queste ultime da incombenze gestionali collaterali (così che possano concentrare energie sul core business clinico-assistenziale) e assicurando che certe funzioni critiche – approvvigionamenti, personale, tecnologie – siano svolte con criteri omogenei in tutta la regione. Inoltre, rafforzando il ruolo di regia della Regione, si facilita l'attuazione coerente delle politiche sanitarie e si dota il SSR di un *centro di competenze* tecnico-manageriali in grado di supportare l'innovazione organizzativa. Si sottolinea che questa centralizzazione andrebbe realizzata tenendo conto del contesto locale: la via



## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

preferibile, come detto, potrebbe essere quella di potenziare un organismo esistente (ASR) con personale già formato e conoscitore del sistema, per attivarne rapidamente le funzionalità senza oneri eccessivi di start-up.

### 6. Conclusioni

Il quadro delineato evidenzia come il SSR abruzzese sia chiamato ad affrontare sfide straordinarie in un frangente cruciale per la sanità italiana. L'aumento generalizzato dei costi sanitari registrato negli ultimi anni (anche a seguito della pandemia) e la contemporanea difficoltà nel reperire risorse aggiuntive hanno posto il SSN di fronte a una delle crisi più profonde della sua storia. In un simile contesto, la tenuta del sistema sanitario pubblico non può più essere data per scontata: occorre ripensarne l'organizzazione, l'efficienza e le strategie di risposta ai bisogni. L'Abruzzo, in particolare, paga il ritardo stratificatosi negli anni a prescindere dalla parte politica chiamata a governare di non aver mai intrapreso per tempo un riassetto strutturale e condiviso tra le parti politiche del proprio SSR, ritrovandosi oggi con un modello gestionale che mostra tutti i suoi limiti di fronte alle dinamiche attuali. Diciassette anni consecutivi di commissariamento o di piani di rientro sono il sintomo di un equilibrio finanziario precario che richiede un cambiamento di paradigma. Il modello di riordino qui proposto – basato su due AST interprovinciali, due AOU e un ente di coordinamento regionale – rappresenta un tentativo organico di risposta a tali criticità. Esso mira, da un lato, a conseguire un miglior efficientamento economico (riducendo enti, razionalizzando servizi, sfruttando economie di scala) e, dall'altro, a innovare i modelli di assistenza, integrando ospedale e territorio e focalizzando l'attenzione non solo sull'offerta ma anche sul *governo della domanda* di servizi sanitari. Quest'ultimo aspetto è fondamentale: data la strutturale divergenza tra domanda crescente e risorse scarse, il sistema dovrà progressivamente spostare l'attenzione verso politiche di educazione sanitaria, prevenzione e appropriatezza nell'utilizzo dei servizi e beni, coinvolgendo attivamente i cittadini e le comunità locali. Solo con utenti consapevoli e politiche orientate a qualificare/ridurre la domanda impropria sarà infatti possibile mantenere la sostenibilità del sistema pubblico nel lungo termine. L'auspicio degli autori è che la riflessione strategica sul riassetto del SSR abruzzese – lungi dall'essere un esercizio teorico – possa contribuire ad alimentare il dibattito, a livello regionale e nazionale, sul futuro del SSN. Dopo 45 anni dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, è forse giunto il momento di sperimentare con coraggio nuove soluzioni organizzative e di governance, adattandole ai mutati contesti socioeconomici.

Il caso Abruzzo, con le sue peculiarità e urgenze, può diventare un *laboratorio* di riforma: coinvolgendo tutti gli *stakeholder* (istituzioni, professionisti, accademici, cittadini) in un processo di cambiamento condiviso, sarà possibile valutare con maggiore oggettività la necessità e la fattibilità delle misure prospettate.





## FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

In definitiva, mettere mano al modello organizzativo della sanità regionale non è solo un'operazione tecnica, ma un atto di responsabilità verso le generazioni future, affinché il diritto alla salute – uno dei pilastri del nostro Stato sociale – possa essere garantito e reso sostenibile in un contesto in continua evoluzione.

Il presente contributo, nei limiti dell'analisi condotta, intende offrire uno spunto in questa direzione, con la consapevolezza che le sfide aperte richiederanno ulteriori approfondimenti e, soprattutto, volontà politica e capacità amministrativa di tradurre le idee in riforme concrete.