

# 15 La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi<sup>1</sup>

*di Mario Del Vecchio, Anna Prenestini e Valeria Rappini*

## 15.1 Introduzione

Molti presidi ospedalieri stanno cambiando la loro configurazione di fondo in termini di specialità presenti, livelli di assistenza e cura forniti, servizi offerti e scale operative. Questi cambiamenti sono necessari per rispondere alle diverse pressioni che incidono sul settore ospedaliero, sia dal punto di vista della domanda (modificazioni demografiche, epidemiologiche, maggiori e più elevate aspettative dei pazienti, ecc.), sia dell'offerta (trend economico-finanziari e spinta verso la razionalizzazione, maggiore consapevolezza dei rischi e degli svantaggi della mancata concentrazione delle prestazioni di media-alta complessità e delle alte tecnologie, ecc.).

Le politiche del SSN puntano ormai da molti anni alla riconfigurazione del sistema ospedaliero e, in particolare, alla chiusura o riconversione in strutture territoriali degli ospedali con un numero ridotto di posti letto. In questo senso possono, per esempio, essere letti i tentativi di definire obiettivi di esito o di concentrazione delle prestazioni e discipline, tentativi che, indipendentemente dal loro grado di attuazione, contribuiscono alla diffusione di una cultura orientata al rispetto di standard di efficacia e di sicurezza all'interno degli ospedali<sup>2</sup>. Tali strategie di riconfigurazione,

<sup>1</sup> Sebbene il lavoro di ricerca sia frutto di riflessioni congiunte degli autori, a Mario Del Vecchio sono attribuiti i paragrafi 15.1 e 15.6, ad Anna Prenestini i paragrafi 15.2 e 15.5.2, a Valeria Rappini i restanti. Gli autori ringraziano per le interviste e per il prezioso contributo nel reperimento delle informazioni necessarie per la ricostruzione dei casi: il direttore generale dell'AUSL di Lanciano Vasto Chieti, prof. Francesco Zavattaro, il direttore sanitario dell'AUSL di Forlì, dott. ssa Maria Grazia Stagni, e il sindaco della città di Forlimpopoli, dott. Paolo Zoffoli (in carica all'epoca della riconfigurazione degli ospedali).

<sup>2</sup> Si pensi, ad esempio, alla Bozza di Decreto del Ministero della Salute, circolante dal 2012, che riportava il Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art. 1 comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'art. 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

in particolare quelle di carattere strutturale, sono riprese e confermate nella maggior parte dei piani sanitari regionali, seppur con specifici adattamenti. Prevedibilmente, nel prossimo futuro la riconfigurazione delle reti ospedaliere sarà l'obiettivo di un numero sempre maggiore di Aziende Sanitarie nei diversi SSR.

Ogni processo di trasformazione che coinvolga un ospedale risulta di particolare complessità. Gli ospedali, oltre ad assolvere alle specifiche funzioni sanitarie, svolgono, infatti, un ruolo più ampio nei confronti delle comunità locali, non solo economico (quale volano occupazionale o di sviluppo economico locale), ma anche di tipo simbolico. Le modifiche che comportano la “chiusura” degli ospedali o, semplicemente, la dismissione di alcuni servizi, sono notoriamente controverse per le forti opposizioni delle comunità locali e, anche, di molti operatori delle aziende. I dibattiti e i contrasti che accompagnano tali scelte facilmente si spostano dal piano degli effetti reali sul sistema di offerta dei servizi ai cittadini a quello ideologico o politico. Ciascuna trasformazione deliberata può, così, essere facilmente revocata, rinviata o indebolita, con un notevole *gap* fra la retorica della riconfigurazione a livello di sistema e gli accadimenti collegati ai processi di riconversione a livello locale. Rimane compito di ogni realtà aziendale dover superare a livello locale gli ostacoli nei processi di realizzazione del cambiamento ospedaliero: una volta assunta la decisione di riconfigurare la rete ospedaliera, il progetto deve essere sviluppato in modo coerente con i bisogni del territorio di riferimento e l'azienda deve essere capace di gestire quei *driver* che più di altri – in quello specifico contesto – possono favorirne la realizzazione.

Appare quindi utile un approfondimento che, a partire dall'analisi di esperienze reali, aiuti i soggetti impegnati a diverso titolo nei processi di riconfigurazione a comprendere meglio come tali processi possano svolgersi e a identificare possibili elementi e fattori di criticità.

Il capitolo ha la seguente struttura: il paragrafo 15.2 ripercorre i processi di riorganizzazione degli ospedali a livello internazionale, mentre il paragrafo 15.3 approfondisce i cambiamenti e le principali forme che ha assunto tale riconfigurazione nel nostro SSN, il paragrafo 15.4 introduce l'oggetto dell'analisi e la metodologia della ricerca, mentre in quello successivo (§15.5) sono ricostruiti i due casi studio e compiute alcune considerazioni sui risultati dell'analisi. L'ultimo paragrafo (§15.6) è dedicato alle conclusioni.

## 15.2 I processi di riconfigurazione dell'ospedale

Nonostante le molte trasformazioni che hanno attraversato i sistemi sanitari, l'ospedale rimane un perno fondamentale. I motivi sono molti e tra questi è opportuno ricordare (McKee e Healy, 2002; Lega et al., 2010) che gli ospedali: i) assorbono una larga parte della spesa della sanità (dal 40% al 70%); ii) costituiscono il primo datore di lavoro per medici e infermieri, oltre ad essere caratte-

rizzati da una forte concentrazione di capitali e risorse infrastrutturali e tecnologiche; iii) in alcuni casi sono luoghi non dedicati esclusivamente alla cura dei pazienti, ma anche alla formazione dei professionisti medici e sanitari e alla ricerca; iv) rappresentano il volano economico di molte realtà sociali e hanno un significato simbolico importante in quanto “segno visibile e tangibile” della presenza del sistema sanitario in un territorio.

Avendo un ruolo così rilevante rispetto alle scelte d'investimento e alla concentrazione di risorse, non è affatto sorprendente che nell'ultimo quarto di secolo il focus della riduzione dei costi sia stato posto sugli ospedali per acuti e sulla loro organizzazione. Uno degli aspetti cruciali della *governance* dei sistemi sanitari è stato la pianificazione della capacità produttiva degli ospedali; in particolare, la definizione (e la riduzione) del numero di posti letto per 1000 abitanti è stata, tradizionalmente, l'oggetto principale delle politiche sanitarie.

Tale riduzione dei posti letto è stata accompagnata, nei vari Paesi, da diverse politiche di riconversione (McKee, 2004). In Finlandia e in Svezia sono state realizzate strutture di lungodegenza. Altri Paesi, come la Danimarca e l'Inghilterra, hanno investito sull'ospedalizzazione domiciliare e sulle cosiddette “*nursing homes*”, strutture a gestione infermieristica per pazienti non autosufficienti che necessitano di cure continuative. Non vi è, tuttavia, chiara evidenza di una diminuzione dei costi dell'assistenza sanitaria correlata alla riduzione dei posti letto, poiché l'implementazione di sistemi alternativi di risposta ai bisogni sanitari comporta dei costi sorgenti. Ad esempio, la riduzione dei posti letto effettuata durante gli anni '80 nel Regno Unito ha fatto conseguire solo il 20% dei risparmi previsti (McKee e Healy, 2002).

La riduzione dei posti letto ha avuto, sicuramente, un maggiore successo nell'implementazione rispetto alla chiusura di interi ospedali: in molti Paesi, quale ad esempio la Germania, il numero di ospedali chiusi è stato minimo. La riconfigurazione degli ospedali è stata condotta con meno difficoltà quando più ospedali erano raggruppati in un'unica azienda (ad esempio, in Irlanda e nel Regno Unito) o quando è stato implementato un programma di investimenti per la costruzione di nuovi ospedali (ad esempio, in Francia).

In diversi Paesi occidentali è stata promossa la chiusura o riconversione in centri di assistenza primaria di piccoli ospedali in aree rurali. Quando sono stati adottati degli approcci innovativi per l'erogazione di cure di base e servizi di emergenza, la riconversione non ha influenzato negativamente la salute dei cittadini. In altri casi, la distanza (fisica e in termini di tempo) dall'ospedale di riferimento e l'assenza di mezzi di trasporto adeguati hanno avuto un impatto negativo sulla popolazione vulnerabile come anziani, disabili e poveri. Tuttavia, tali svantaggi sono presenti anche in contesti nei quali gli ospedali rimangono aperti ma non sono disponibili adeguati mezzi di trasporto e comunicazione. Le problematiche rispetto ai sistemi di trasporto possono, inoltre, coinvolgere anche il personale dell'ospedale dismesso, soprattutto nel caso in cui gli operatori siano trasferiti in altre strutture aziendali.

I fattori critici di successo perché strategie di riconversione o chiusura degli ospedali abbiano successo, sembrano essere (McKee e Healy, 2002): a) la presenza di forte *leadership* nella comunità di riferimento; b) lo sviluppo di adeguati servizi alternativi; c) il supporto dell'amministrazione locale alla creazione di soluzioni innovative (ad es. centri ambulatoriali polispecialistici), sostenute da una buona campagna di comunicazione nei confronti dei cittadini; d) la creazione di adeguate soluzioni infrastrutturali, soprattutto in relazione alla viabilità, che permettano di raggiungere agevolmente gli ospedali per acuti.

Due interessanti report dell'*Institute for Public Policy Research* (Farrington-Douglas e Brooks 2007a e 2007b) confermano questa linea indicando che, per sostenere le politiche pubbliche di riconfigurazione, sono necessari:

- ▶ la presenza di una strategia nazionale, con la definizione di un *set* minimo di standard, che includa buone pratiche e soluzioni innovative;
- ▶ processi di comunicazione estesi («*the black box of hospital safety needs to be opened*») con un maggior coinvolgimento dei politici e nuove regole per la consultazione pubblica.

Nella maggior parte dei Paesi la pianificazione ospedaliera avviene tuttora sulla base di standard strutturali, facendo riferimento alla capacità in termini di numero di posti letto. Ciò nonostante, si riscontrano alcuni approcci più innovativi che programmano l'attività ospedaliera in termini di volumi e di tipologia di servizi erogati. Quanto più la pianificazione si riferisce alla tipologia di servizi ospedalieri erogati, tanto più è necessario avere una visione non strettamente locale ma, in alcuni casi, anche regionale o sovra-regionale.

Il Rapporto dell'*European Observatory on Health Systems and Policies* (Rechel et al. 2009) riporta una serie di casi di studio e propone di abbandonare il criterio dei posti letto (per il dimensionamento degli investimenti ospedalieri) e di valorizzare il rapporto dell'ospedale con i servizi territoriali. La sfida principale per gli ospedali del futuro – afferma lo stesso Rapporto – sarà piuttosto quella di incorporare il massimo grado di flessibilità, per adattarsi ai cambiamenti nei bisogni e nelle aspettative della popolazione.

### 15.3 I cambiamenti in atto in Italia<sup>3</sup>

Guardando nello specifico del contesto italiano, l'analisi degli ultimi anni (1997-2013) evidenzia un calo significativo del numero dei posti letto ordinari nelle strut-

<sup>3</sup> In questo paragrafo sono riportati alcuni dati relativi alla struttura del sistema ospedaliero italiano utili al ragionamento complessivo e per comodità del lettore; per approfondire tali dati (in particolare quelli relativi ai posti letto, ai tassi di ospedalizzazione e al numero di presidi ospedalieri), il lettore può fare riferimento al capitolo 3 del presente Rapporto, "La struttura e le attività del SSN".

ture pubbliche ed equiparate (-41,6%) e, molto più contenuta, dei posti letto in DH (-2%), accompagnato da una diminuzione del tasso di ospedalizzazione dal 180,4 a 149,6 per mille abitanti (di cui 41,6 in regime di DH). Nello stesso periodo (1997-2013) si manifesta anche una consistente riduzione degli istituti di carattere pubblico ed equiparato (-44%), rispetto a quelli privati accreditati (-6%), i quali tendono a rimanere in numero sostanzialmente stabile nel periodo considerato. Il dato in diminuzione delle strutture ospedaliere non deve, tuttavia, trarre in inganno. Si tratta perlopiù di un processo di cambiamento fin qui avvenuto «dentro i muri», con la messa in rete delle unità organizzative e l'accorpamento organizzativo (e non fisico) di alcune sedi in presidi e solo raramente attraverso modifiche nella destinazione d'uso degli ospedali o la loro vera e propria chiusura.

In controtendenza è il numero di personale medico a disposizione delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, che è leggermente aumentato passando da 98.234 unità nel 1997 a 104.833 unità nel 2011<sup>4</sup>.

Di conseguenza si è modificato notevolmente il rapporto medico/posto letto, passando da un valore di circa 36 medici ogni 100 posti letto nel 1997 a circa 62 medici ogni 100 posti letto nel 2011.

Il tentativo in atto sembra essere, quindi, quello di razionalizzare l'utilizzo delle risorse attraverso un progressivo orientamento dell'ospedale verso il trattamento di patologie acute e di casistiche più complesse. Nell'attuale contesto delle politiche sanitarie sempre maggiore enfasi è posta sui processi di "riconfigurazione", termine comunemente utilizzato per indicare dei cambiamenti da apportare alla rete dei servizi ospedalieri. Ne rappresenta un esempio il Piano Sanitario Nazionale (PSN) per il 2011-13, che descrive la riconfigurazione come un cambiamento che dovrebbe condurre a un miglioramento nella risposta ai bisogni della popolazione e, contemporaneamente, a più efficaci scelte di investimento e di allocazione delle risorse pubbliche. Uno degli snodi principali del piano è, appunto, costituito dalla riconfigurazione delle reti ospedaliere che devono essere riqualificate, anche con la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni e la loro trasformazione nei nuovi modelli di offerta territoriale, che garantiscano cure mediche di bassa intensità, in regime residenziale e non, e ambulatoriali. L'ipotesi di fondo è che i piccoli ospedali non siano in grado di curare patologie complesse e siano poco sicuri per gli stessi pazienti. Da qui l'esigenza di trasformarli – non di chiuderli – in modo da salvaguardare «il patrimonio culturale e imprenditoriale che essi rappresentano per le rispettive comunità locali».

<sup>4</sup> I dati si riferiscono al personale delle strutture di ricovero pubbliche (comprese quelle equiparate) e sono riportati nei seguenti documenti: "Personale delle USL e degli Istituti di Ricovero Pubblici – Anno 1997" del Sistema informativo sanitario – Ministero della Sanità, Dipartimento della programmazione – ufficio di statistica, pubblicato nel dicembre 1998; "Personale delle ASL e degli Istituti di Ricovero Pubblici – Anno 2011" del Ministero della Salute, Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario – ufficio di direzione statistica, pubblicato nel maggio 2014.

Il concetto di riconfigurazione rimane, tuttavia, ambiguo e controverso. In passato i cambiamenti apportati ai servizi ospedalieri erano stati qualificati come «razionalizzazione», termine a cui spesso il pubblico e i media hanno attribuito un significato particolarmente negativo, identificandoli come eufemismi atti a mascherare processi di chiusura degli ospedali guidati quasi esclusivamente da ragioni economico-finanziarie. Più recentemente, l'immagine della riconfigurazione è stata associata al *restyling* di grandi strutture ospedaliere, all'insieme di cambiamenti funzionali – di assetto operativo, logistico e/o organizzativo – che possono condurre verso modelli più evoluti di ospedale oppure alla messa in rete di unità organizzative per creare sinergie con conseguenti implicazioni in termini di accorpamenti, chiusure o riconversioni di uno o più presidi di una rete aziendale.

Può quindi essere utile distinguere almeno due forme “base” di riconfigurazione dell'ospedale.

Una prima forma, è relativa a quegli ospedali che, pur mantenendo la loro natura di «ospedali per acuti» (a elevata intensità e complessità clinica), vengono trasferiti in una struttura di nuova costruzione (e in diversa localizzazione rispetto alla struttura “storica”) e/o riorganizzati secondo più moderni requisiti riconducibili all'idea dell'ospedale per intensità di cura. La Regione Toscana, per esempio, si è caratterizzata a livello nazionale per un processo di riconfigurazione della rete ospedaliera che ha introdotto modifiche profonde alle caratteristiche strutturali e culturali alla base dell'idea di ospedale. Con il progetto dei quattro Nuovi Ospedali (Prato, Pistoia, Lucca e Massa Carrara), nato nel 2003, ogni struttura è stata progettata con una particolare attenzione agli aspetti dell'accoglienza, del *comfort* e del soggiorno con luoghi aperti e integrati con gli spazi verdi e i servizi esterni della città. Simili per caratteristiche di tipo architettonico, i quattro nuovi ospedali sono stati ripensati con l'idea di aree di degenza non più divise rigidamente per specialità e quindi l'organizzazione interna del personale è stata ridefinita di conseguenza. È il caso, inoltre, di alcuni grandi ospedali lombardi e veneti che sono stati ricollocati in più moderne strutture e profondamente trasformati rispetto alla tradizionale architettura a padiglioni degli storici ospedali dei centri cittadini.

Una seconda forma riguarda, invece, la trasformazione di «piccoli ospedali» che assumono una diversa destinazione d'uso. Ne sono un esempio tipico le riconversioni di piccoli ospedali in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), in Ospedali di comunità o in strutture “ponte” tra l'ospedale per acuti e i medici di medicina generale (MMG) come, ad esempio, le Case della Salute previste nei modelli regionali toscano ed emiliano-romagnolo. A livello locale le declinazioni dei processi di riconversione – già attuati e in corso d'opera – sono variegiate, per impostazione e modalità di realizzazione, con alcune accelerazioni determinate dai provvedimenti assunti da alcune regioni sottoposte a piano di rientro. In Regione Puglia, ad esempio, il processo di riconversione avviato nel 2010 ha riguardato molti degli ospedali dismessi. Nei tre ospedali della provincia di Foggia, che

servivano poco meno del 12% dei cittadini residenti in quei comuni, oggi sono localizzati una RSA, alcuni moduli dedicati all'*Alzheimer* e moduli di *hospice*. A Ceglie Messapica è stato creato un ospedale di comunità con 8 posti letto a cui hanno aderito tutti i medici di base del comune con ambulatori specialistici e il *day service* chirurgico. L'ex struttura ospedaliera di Cisternino ospita oggi l'associazione di tutti i MMG del comune organizzati in «Super Rete» e l'ospedale di comunità. Recentemente nel Lazio, una delle regioni con uno dei più elevati tassi di ospedalizzazione, è stato deliberato un piano esteso di riconversioni e riqualificazioni che, a livello di area vasta, identifica gli ospedali da dismettere e da riconfigurare in ospedali distrettuali o poliambulatori. Altre ipotesi si trovano in piani regionali che contengono una prospettiva di riconversione della rete dei servizi sanitari e quindi di sviluppo di *setting* assistenziali alternativi al ricovero ordinario, pur non partendo da situazioni di disavanzo economico-finanziario. Nel caso della Regione Emilia Romagna, ad esempio, la riorganizzazione della rete ospedaliera varata nel 2013 prevede – per garantire un sistema sanitario di qualità e sostenibile – un «sostanziale ridisegno della rete ospedaliera, che porterà in prospettiva alla trasformazione degli ospedali poco complessi in ospedali di comunità (circa 25 stabilimenti, per circa 1700 letti)». In questa stessa regione sono già stati avviati e, in alcuni casi, conclusi processi di riconversione di piccoli ospedali in Case della salute. In linea con le scelte progettuali delle regioni italiane più avanzate, nel Patto per la Salute 2014-2016, di recente approvazione, si fa specifico riferimento a piccoli ospedali da chiudere, assorbire o riconvertire in nuove strutture di assistenza territoriale – Unità complesse di cure primarie (UCCP) e Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) – e a forme differenti di accoglienza, quali gli ospedali di comunità. L'invito del Patto è quello di estendere questo tipo di esperienze, in una prospettiva in cui il numero di ospedali pubblici di piccole dimensioni, da chiudere o trasformare, rimane comunque significativo, al di là della discussione sui parametri che saranno utilizzati.

Ai fini della ricerca, scegliamo dunque di approfondire le riconfigurazioni del secondo tipo e, in particolare, riconversioni di «piccoli ospedali» deliberatamente indotte a livello locale.

#### 15.4 Oggetto dell'analisi e metodologia

Per le finalità della presente ricerca, sono stati presi in considerazione due casi aziendali di riconfigurazione della rete ospedaliera che hanno condotto alla riconversione e, quindi, a una diversa destinazione d'uso, di quattro piccoli ospedali. Si tratta:

- dei casi degli ospedali di Gissi, Casoli e Guardiagrele dell'ASL di Lanciano Vasto Chieti che, in una Regione in piano di rientro, hanno vissuto un trava-

gliato processo di riconversione, avvenuto in concomitanza con un percorso di razionalizzazione e riorganizzazione di tutta la rete ospedaliera regionale e di competenza territoriale della ASL;

- ▶ del caso dell'ospedale di Forlimpopoli dell'AUSL di Forlì che ha costituito il primo caso di riconversione di un piccolo ospedale in struttura intermedia territoriale nella Regione Emilia Romagna.

Sono stati selezionati nello specifico questi casi, in quanto facenti parte di processi deliberati – e sostanzialmente conclusi – di riconversione di piccoli ospedali appartenenti alla rete ospedaliera di una azienda sanitaria.

Per ognuno dei casi di studio è stato analizzato l'intero processo di riconfigurazione, dalle prime decisioni del livello regionale e/o locale fino alla sua realizzazione finale, attraverso le tappe più significative dell'evoluzione della proposizione iniziale. Il risultato è un'analisi che ricostruisce le caratteristiche peculiari dei processi di riconfigurazione e che mostra:

- ▶ i principali *driver* del cambiamento (fattori abilitanti, occasioni contingenti e ostacoli);
- ▶ i ruoli dei principali *stakeholder* (opinione pubblica, azienda, politica, dipendenti, ecc.);
- ▶ eventuali adattamenti in itinere rispetto al disegno originario;
- ▶ i progressi realizzati (reali e percepiti) e prospettive di *performance*.

La metodologia si ispira ai lavori dell'IPPR (Farrington-Douglas e Brooks 2007b) e di Fulop et al. (2012) di analisi di casi di riconfigurazione ospedaliera e si basa su:

- ▶ interviste semi-strutturate agli attori principali della riconfigurazione (per il caso della rete ospedaliera di Lanciano Vasto Chieti, il direttore generale; per il caso dell'ospedale di Forlimpopoli, il direttore sanitario dell'AUSL di Forlì e il sindaco della città di Forlimpopoli);
- ▶ raccolta e analisi di materiale documentale, rappresentato da Piani Attuativi Locali, delibere del Direttore Generale, progetti, cronoprogramma e ulteriori documenti istituzionali utili per la ricostruzione dei casi.

## 15.5 I casi studio

### 15.5.1 Il caso della ASL di Lanciano Vasto Chieti e degli ospedali di Gissi, Casoli e Guardiagrele

La rete ospedaliera della ASL n. 2 di Lanciano Vasto Chieti si sviluppa su una vasta area territoriale organizzata in 8 distretti e comprende al suo interno situa-

zioni molto diverse dal punto di vista delle caratteristiche geomorfologiche e demografiche del bacino di afferenza alle sue strutture. È composta da un grande ospedale universitario (Chieti), da quattro ospedali di medie dimensioni (Atessa, Ortona, Lanciano e Vasto) e da tre piccoli presidi che sono stati oggetto di riconversione (Casoli, Gissi e Guardiagrele). Gli stabilimenti ospedalieri, così come le diverse strutture sanitarie territoriali, appartenevano a tre preesistenti aziende sanitarie che si erano fuse prima dell'inizio del processo di riconfigurazione della rete ospedaliera e di riconversione dei tre piccoli ospedali.

La genesi del processo risale al 2010 ed è collegata ai primi provvedimenti di attuazione del Programma Operativo della Regione Abruzzo, in Piano di Rientro, volti a razionalizzare l'intera rete regionale dei servizi sanitari (ospedaliera, dell'emergenza-urgenza e territoriale), al tempo caratterizzata dalla presenza di molti ospedali e carente per quanto concerne i servizi territoriali. Il Presidente della Regione Abruzzo (incaricato dal Consiglio dei Ministri quale Commissario *ad acta* pro tempore a partire dall'11 dicembre 2009), affiancato dal *sub* Commissario (nominato dallo stesso Consiglio dei Ministri appena un mese dopo), aveva predisposto le azioni per dare prosecuzione al Piano di Rientro 2007-2009 e istruire il Programma Operativo 2010 (ex L. n. 191/2009). Per quanto di specifico interesse per lo studio, le deliberazioni del 3 e del 5 agosto 2010 – di approvazione e attuazione del programma-contenevano precise indicazioni per una consistente riduzione delle unità organizzative semplici e complesse, l'eliminazione di «alcune ridondanze» e la riconfigurazione della rete dei servizi ospedalieri secondo modalità e criteri dettagliati di definizione del fabbisogno di prestazioni e conseguenti necessità di posti letto ospedalieri. Tra le diverse azioni, era specificamente contemplata la disattivazione e contestuale riconversione dei presidi non rispondenti ai parametri stabiliti dalla Regione in base a un «algoritmo» che considerava, congiuntamente, «il bacino di utenza, il numero di ricoveri appropriati, i tassi di operatività delle unità chirurgiche nonché il modulo minimo di degenza per disciplina di alta, media e bassa complessità».

Nella fase iniziale, l'azione di riconversione era stata rapida. Il proposito dei vertici regionali non era stato pienamente esplicitato fino al momento della sua definizione formale. «La notizia mantenuta segreta negli ultimi giorni sta per diventare ufficiale – si legge in uno dei principali quotidiani locali del 28 luglio 2010 – entro il 31 agosto dovrà partire la riconversione di Pescina, Casoli, Gissi e Tagliacozzo. Entro il 31 dicembre sarà riconvertito anche Guardiagrele». Le deliberazioni dell'organo commissariale determinavano un obbligo sostanziale per le neo nominate direzioni generali delle aziende sanitarie della regione che, già dai primi mesi del loro insediamento – avvenuto per la ASL n. 2 in concomitanza con la nomina commissariale a gennaio 2010 –, erano state chiamate a realizzare gli obiettivi di razionalizzazione contenuti nel Programma. L'emanazione dei provvedimenti aveva dato avvio immediato all'implementazione, di concerto e in stretto collegamento tra tutte le direzioni delle istituzioni aziendali coinvolte.

Nello specifico della ASL di Lanciano Vasto Chieti, si trattava comunque di un progetto ampiamente condiviso dalla direzione generale. Già in fase istruttoria – specifica il direttore generale nel corso dell'intervista – era chiaramente emersa una situazione d'inappropriatezza dei ricoveri, con bassi volumi e casistica poco complessa. A Gissi solo l'11% degli abitanti del distretto utilizzava l'ospedale locale, a Guardiagrele il 23% e a Casoli solo il 6%, con una percentuale elevata di pazienti ricoverati di età maggiore ai 65 anni (tra il 70% e il 90%). I dati diffusi della Regione indicavano «una rete ospedaliera poco attrattiva per le popolazioni locali, ma anche la presenza di fabbisogni non completamente soddisfatti». Non solo le difficoltà di bilancio (50 milioni annuali di disavanzo stimato al momento dell'insediamento della nuova direzione), ma anche ragioni di opportunità aziendale ponevano con forza l'esigenza di una «nuova configurazione organizzativa» in grado di dare risposta alla richiesta di servizi sanitari espressa dal territorio di riferimento con la progettazione di «nuovi modelli di diagnosi e cura». Nelle diverse sedi pubbliche questa è stata anche la motivazione ufficiale e la scelta comunicativa della direzione generale, improntata a un'idea di trasparenza e veridicità.

In fase attuativa, il metodo seguito per le riallocazioni degli operatori sanitari e dei medici è stato quello di considerare il personale non di afferenza agli stabilimenti ospedalieri ma alle unità organizzative. La direzione generale intendeva in questo modo incardinare le negoziazioni con il personale nel più complessivo disegno di riconfigurazione dell'intera rete aziendale. Le attività di ricovero per acuti dei piccoli ospedali sarebbero state dismesse e le correlate unità organizzative dichiarate cessanti e, successivamente, ricollocate nei rimanenti stabilimenti ospedalieri della rete aziendale. Dopo una prima ricognizione e verificate le condizioni di fattibilità, già dal primo settembre 2010 la direzione dell'azienda formalizzava la cessazione delle attività dei reparti ospedalieri di Casoli e Gissi e avviava il processo di trasferimento (di attività e personale) negli altri stabilimenti ospedalieri della rete. In una nota del direttore generale del 25 agosto 2010 si legge: «In totale, le figure professionali da ricollocare sono 117 provenienti da Casoli (di cui 15 medici, 1 farmacista e 101 tra infermieri, tecnici e altre figure), e 141 da Gissi (27 medici e 114 del comparto). Non tutti saranno trasferiti, infatti una parte dovrà necessariamente seguire i servizi di appartenenza che saranno ubicati altrove, mentre altri resteranno nella stessa struttura cui appartengono per continuare a erogare le prestazioni previste nella riconversione. Com'è noto gli ospedali di Gissi e Casoli dal prossimo primo settembre saranno trasformati in Presidi Territoriali di Assistenza, strutture aperte 24 ore su 24, che assicurano assistenza ambulatoriale di cardiologia, medicina, geriatria, chirurgia, fisio-kinesiterapia, *day service* medico, oltre a dialisi, distribuzione diretta dei farmaci, laboratorio analisi, diagnostica radiologica (tradizionale e Tac). Per le urgenze saranno presenti un'ambulanza e un'équipe del 118, oltre a un medico e un infermiere presenti giorno e notte per prestare

un primo soccorso, e in caso di necessità trasferire il paziente che ha bisogno di ricovero in un'altra struttura».

Nel caso di Guardiagrele, diversamente, le difficoltà operative determinatesi per la presenza di un reparto di psichiatria (SPDC), di più difficile ricollocazione, avevano posto la necessità di una proroga rispetto al cronoprogramma concordato con la regione e, quindi, la riconversione era stata posticipata alla fine di dicembre 2010.

I tempi strettissimi imposti dai provvedimenti di attuazione del programma operativo regionale non avevano consentito l'avvio alcun tipo di confronto a livello locale prima della dichiarazione di cessazione delle attività ospedaliere di Casoli e Gissi e dell'avvio dei trasferimenti. «Prima di sederci a qualunque tavolo – aggiungeva, nella stessa nota del 25 agosto 2010, il direttore generale – avevamo necessità di avere un quadro chiaro della situazione che si sarebbe determinata con il nuovo assetto dato a Casoli e Gissi e per disegnare materia e spazio su cui confrontarci con i sindacati. Ora conosciamo il numero delle unità (di personale) liberate dal trasferimento delle attività di ricovero negli altri ospedali, e il relativo fabbisogno generato laddove verranno ospitate; si tratta quindi di stabilire insieme procedure, regole e criteri per distribuire il personale, cercando di conciliare le esigenze personali dei dipendenti con le necessità assistenziali dei diversi presidi».

Un contributo determinante, in termini propositivi e di sostegno all'azione, è stato dato dal Servizio aziendale delle professioni sanitarie (SAPS) e dalla dirigenza del comparto, favorevole fin dai primi momenti dell'insediamento della direzione alle nuove realizzazioni. In meno di 15 giorni era stato possibile siglare l'accordo con i sindacati. Le pressioni sul numero di personale in organico alle strutture erano state contenute dalla preventiva scelta di metodo e rese agevoli dal sostegno del SAPS, con alcune "code" successive ai provvedimenti di trasferimento. Le negoziazioni con i sindacati avevano perlopiù riguardato la richiesta del personale del comparto di definire criteri di priorità per la selezione del personale che avrebbe potuto rimanere a svolgere l'attività prevista nelle sedi riconvertite. Il criterio concordato era stato quello dell'anzianità «con il difetto – per le nuove soluzioni organizzative che la direzione stava implementando – di mantenere proprio nelle strutture riconvertite, quelle con maggiori esigenze di flessibilità, personale meno disponibile al cambiamento». La componente medica, non aveva avanzato particolari richieste ed è stata riassegnata agli organici dei reparti trasferiti presso le altre strutture, coerentemente alle esigenze di riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale. Era stata quindi prevista una copertura oraria e di prestazioni specialistiche per garantire le attività ambulatoriali presso le strutture riconvertite a carico degli organici medici riassegnati agli stabilimenti ospedalieri della rete aziendale.

In tutte le fasi del processo, l'azione della compagine aziendale è stata coesa ed efficiente. I servizi di staff, tecnici e amministrativi dell'azienda, organizzati in

*task force* e comitati permanenti di coordinamento, hanno predisposto le condizioni e realizzato le «piccole ristrutturazioni» previste nei nuovi assetti di offerta e che via via si rendevano necessarie dagli adattamenti in itinere alle peculiari situazioni locali.

Nei mesi immediatamente a seguire le operazioni di trasferimento – avviate per Casoli e Gissi il primo di settembre e concluse verso la fine del 2010 – è iniziata un’accesa opposizione per opera delle comunità locali. Ogni tipo di consultazione e fuga di notizie riguardo a nuove ipotesi e risoluzioni scatenavano in tutte le realtà proteste e manifestazioni per la strada e, più di una volta, sono terminate con i Sindaci incatenati ai cancelli dell’ospedale. Nella considerazione del direttore generale, tuttavia, le conseguenze sono state più sul fronte legale che mediatico e di impatto sulle popolazioni locali. Il discorso della stampa si è prevalentemente mantenuto su una diversa linea di contestazione, più legata a vecchi conflitti e questioni già presenti all’epoca dell’accorpamento delle tre preesistenti aziende, vertendo sulle reali o presunte diversità di trattamento da parte della regione o su quali dovessero essere gli ospedali centrali o periferici della nuova rete. Più incisiva è invece stata la battaglia legale promossa dai Sindaci e culminata in una serie di ricorsi con esiti diversi.

A Guardiagrele, anche a causa di una sentenza del TAR Abruzzo di maggio 2011 (annullamento del “taglio” dei cinque ospedali), ha determinato una situazione di sospensione, destinata a rimanere tale fino ai pronunciamenti del Consiglio di Stato (attesi nei prossimi mesi di fine 2014). In questo caso, lo slittamento nei tempi di cessazione e contemporaneo trasferimento delle attività ospedaliere – dovuto alla proroga per le difficoltà operative di ricollocazione del SPDC – ha reso vincolante l’interdizione legale all’attuazione e bloccato la trasformazione. Alcuni cambiamenti minimi, in una prospettiva di riconfigurazione, sono stati apportati, ma formalmente la riconversione in PTA dell’ospedale di Guardiagrele non è ancora avvenuta. «Si tratta di una situazione anomala – ha dichiarato nell’intervista il direttore generale – in cui nella stessa struttura ospedaliera convivono il distretto, le cui attività sono state trasferite prima dell’interdizione legale, e due moduli psichiatrici territoriali derivanti dal fallimento di una struttura privata accreditata (ex Villa Pini)».

A Casoli e Gissi l’opposizione delle rappresentanze locali ha determinato rallentamenti e limitato nuovi progressi verso una compiuta realizzazione del disegno di riconversione, ma comunque la trasformazione in PTA è stata realizzata e i reparti ospedalieri per acuti dimessi e poi trasferiti, come previsto. Nei propositi iniziali della direzione i piccoli ospedali riconvertiti in PTA avrebbero dovuto seguire l’ispirazione delle esperienze toscana ed emiliano-romagnola delle Case della Salute e concretizzare il principio di continuità assistenziale e presa in carico dell’utente, con nuclei di medici di base e figure di *case manager* operanti al loro interno. Alcune valutazioni di opportunità e successivi adattamenti alle specificità locali hanno tuttavia cambiato il corso della riconfigurazione.

Nel caso di Gissi le peculiari caratteristiche del bacino di riferimento, con una popolazione dispersa in un territorio dalla scarsa viabilità, hanno impedito l'accentramento delle attività dei medici di medicina generale, come si era ipotizzato inizialmente. Il Sindaco è stato disponibile favorire la ricerca di soluzioni alternative e si è giunti a una formula condivisa. È stato negoziato il mantenimento di un presidio di primo soccorso operante sulle 24 ore (con una parte di personale medico e infermieristico dedicato in forma esclusiva a queste attività, anche se legato in termini di afferenza alle altre strutture ospedaliere dell'azienda) e implementati due moduli territoriali di lungodegenza, di cui uno a gestione infermieristica, nel quale sono trattate patologie croniche e casi con un profilo di assistenza più sociale che sanitaria, e un altro modulo per assistere pazienti anziani, perlopiù provenienti dalle ex strutture psichiatriche dismesse e destinato, in prospettiva, a trattare casi di demenza senile. La degenza media oscilla attualmente tra 12 e 18 giorni, con una casistica in linea con quanto previsto dal protocollo preventivamente definito.

Per Casoli non è stato possibile procedere alla realizzazione del modulo a gestione infermieristica e alla creazione di un nucleo di medici di medicina generale, nonostante le premesse iniziali fossero favorevoli e le condizioni operative di questa situazione lo permettessero. Dopo un'iniziale fase di apertura, infatti, all'atto formale della firma degli accordi, le rappresentanze locali dei medici di medicina generale si sono rifiutate, forse a causa delle vertenze legali nel frattempo intervenute o, più probabilmente, per le emergenti contrarietà delle opposizioni politiche locali. Come per Gissi, anche in questo caso è stato mantenuto accanto ad attività di assistenza territoriale un presidio di primo soccorso sulle 24 ore.

Coerentemente con le indicazioni regionali, l'atto aziendale redatto alla fine del 2011 formalizzava il piano di riconfigurazione della rete ospedaliera della ASL n.2 di Lanciano Vasto Chieti e prevedeva, per quanto di specifico interesse, la riduzione del numero di unità organizzative semplici e complesse, la messa in rete degli stabilimenti ospedalieri secondo il modello *hub&spoke*, l'attuazione dell'organizzazione dipartimentale – secondo un'idea di dipartimenti interpresidio includenti unità organizzative appartenenti a più stabilimenti – e, quindi, la nuova formulazione organizzativa dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) messa a punto per i piccoli ospedali riconvertiti. Va qui precisato che, soprattutto a Gissi, la formula che al tempo si era delineata per il PTA attraverso i successivi aggiustamenti risultava molto vicina all'idea di un ospedale di comunità. La regione non ha, tuttavia, consentito alla direzione aziendale di adottare tale denominazione – che manteneva la qualificazione di ospedale – per evitare possibili fraintendimenti sulla natura territoriale della struttura e incorrere nel rischio di una involuzione rispetto all'assetto ormai raggiunto.

Alle fasi di formalizzazione e d'intensa attività amministrativa, legata ai procedimenti di attuazione e legali, è seguito un lungo periodo di stabilizzazio-

ne e di sospensione dell'attività propulsiva dell'azienda, in attesa di una risoluzione delle vertenze locali e di un clima più favorevole. Solo negli ultimi mesi la direzione generale, forte della conferma del mandato, ha deciso di riavviare il processo di sviluppo delle nuove formule di offerta territoriale verso una più compiuta implementazione in tutte e tre le realtà e, nel caso di Guardiagrele, realizzare la riconfigurazione con la ricollocazione dei tre reparti per acuti ancora operanti in questa struttura. Questa decisione è anche dovuta agli imminenti pronunciamenti del Consiglio di Stato e alle previsioni nel merito (considerati gli esiti positivi nell'analogo caso dell'ASL n. 1 di Avezzano L'Aquila Sulmona). La direzione aziendale sta concordando con il nuovo Assessore regionale i contenuti del progetto per Guardiagrele. Nelle brochure appositamente predisposte dall'azienda per informare i cittadini è fornita una precisa descrizione delle prossime evoluzioni delle attività dei PTA, con formulazioni differenziate per le diverse comunità coinvolte. È inoltre previsto un convegno a fine 2014 per presentare il modello sperimentale di PTA messo a punto in questi anni dall'azienda che, in assenza di una progettualità regionale su cosa avrebbero concretamente dovuto essere e rappresentare le nuove strutture territoriali, intende proporsi quale modello possibile ed esempio realizzativo per contesti dalle analoghe caratteristiche.

Quello che è in generale osservabile dall'analisi di questi tre casi di riconversione sono i diversi tentativi, guidati dalla direzione generale, di accordarsi rispetto a una soluzione sostenibile di riconfigurazione, compatibile con i fabbisogni e l'evoluzione delle circostanze locali, piuttosto che un processo di trasformazione netto e risolutivo nei contenuti oltre che nella forma. La spinta propulsiva iniziale dell'organo commissariale ha sicuramente giocato un ruolo determinante e l'azione proattiva e pervasiva del SAPS ha fornito un valido supporto alle realizzazioni operative del disegno strategico. Il programma delle riconversioni ha subito successivi aggiustamenti e contestazioni, ma il processo è stato reso irreversibile e la necessità di rispettare gli obiettivi del piano di rientro ha rappresentato una condizione favorevole per attuare la trasformazione dei piccoli ospedali di Casoli e Gissi in strutture territoriali. Le scelte preventive di metodo della direzione generale (in particolare quella di collegare il trasferimento del personale al destino delle unità operative) sono risultate efficaci nel gestire le possibili resistenze interne. Il disegno originario di riconversione delle strutture ha, quindi, incontrato difficoltà operative nell'attuazione, con problemi che si sono amplificati nel caso di Guardiagrele. Compromessi sono stati necessari nelle formule di funzionamento e nelle linee di attività territoriali sviluppate rispetto a quelle inizialmente previste. In particolare si è reso necessario mantenere un presidio di primo soccorso sulle 24 ore per garantire la sicurezza della popolazione in una situazione di inadeguatezza della rete di emergenza-urgenza della regio-

ne. Il repentino passaggio dei due piccoli ospedali di Casoli e Gissi a una diversa formula territoriale (resa funzionante in poco tempo) e la scelta comunicativa dell'azienda (incentrata sul ridisegno complessivo della rete e il potenziamento dei servizi territoriali) hanno in qualche modo vinto la capacità delle opposizioni locali di veicolare messaggi efficaci nell'influenzare l'opinione pubblica contro la riconversione. Il processo sembra piuttosto aver risentito di un vuoto di rappresentanza della politica regionale che non ha saputo garantire un sostegno continuativo alle linee di sviluppo strategico contenute nel programma operativo. Esaurita l'attività dell'organo commissariale, cui era stata demandata la parte «del cattivo del governo» e a cui erano state attribuite le scelte più impopolari, la pur assidua presenza della direzione aziendale in tutte le sedi locali non è stata sufficiente ad evitare le azioni legali e, quindi, a costruire più favorevoli condizioni di condivisione con le comunità locali, incentivare la partecipazione dei diversi *stakeholder* all'elaborazione di nuove proposte, coinvolgere i medici di base nell'organizzazione dei PTA e, quindi legittimare le soluzioni di adattamento via via ricercate. Ciò in una situazione regionale storicamente carente sotto il profilo dell'assistenza territoriale, povera di esperienze più avanzate capaci di ispirare il disegno progettuale dell'azienda e in cui la riorganizzazione della rete di emergenza-urgenza non era, e non è tuttora, pienamente realizzata. I risultati dei tre diversi processi di riconversione sono prevalentemente riferibili ai maggiori livelli di appropriatezza raggiunti e difficilmente scindibili da quelli di riconfigurazione della più complessiva rete ospedaliera aziendale. Nella stessa realtà di Guardiagrele, nonostante gli impedimenti legali alla trasformazione, le performance sono comunque migliorate a seguito della razionalizzazione e riqualificazione dell'intera rete aziendale. Se inoltre all'inizio della riconversione potevano sussistere legittime preoccupazioni circa eventuali motivazioni esclusivamente economiche dell'operazione avviata dalla regione, nelle strutture riconvertite di Casoli e Gissi non sono in realtà rilevabili riduzioni quantitative o qualitative nei livelli di assistenza per la popolazione. La diversità di attività nei PTA rispetto ai due ex ospedali (in termini di tagli o eliminazioni) è piuttosto ascrivibile all'introduzione di diversi e più opportuni *setting* assistenziali e meccanismi di accesso. Nel sito dell'azienda si legge: «nelle strutture di Gissi e Casoli medici, tecnici e infermieri continuano a erogare le prestazioni di sempre, a eccezione dei ricoveri, che invece sono concentrati negli ospedali più grandi, gli unici in grado di fornire una assistenza di qualità e adeguata ai tempi». Alle strutture riconvertite o parzialmente trasformate tende, infatti, a rivolgersi una tipologia di pazienti sostanzialmente immutata. Solo in questi ultimi anni – dichiara il direttore generale – gli esiti della riconversione stanno iniziando a manifestare un più evidente impatto in termini di riduzione dei costi per l'azienda.

### 15.5.2 Il caso dell'ospedale di Forlimpopoli dell'AUSL di Forlì

Nel 2009, epoca in cui ha avuto inizio la riconversione dell'ospedale oggetto del nostro studio, la rete ospedaliera dell'AUSL di Forlì si articolava in un unico Presidio Ospedaliero comprendente l'Ospedale di Forlì (Pierantoni-Morgagni), l'Ospedale di Forlimpopoli e l'Ospedale di Santa Sofia<sup>5</sup>.

Il nuovo Pierantoni-Morgagni, collocato nella città di Forlì e sede di Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA), era stato inaugurato nel 2004 con circa 650 posti letto; in esso erano state concentrate le alte tecnologie e le specialità mediche e chirurgiche che gestiscono dalla bassa all'alta complessità di cura. Gli ospedali di Forlimpopoli e di Santa Sofia avevano, invece, meno di 60 posti letto ciascuno. Nel territorio aziendale era, peraltro, già presente un *Country Hospital*, gestito dai MMG, a Modigliana.

L'ospedale di Forlimpopoli, su cui si sofferma questa analisi, serve prioritariamente una popolazione di circa 23.000 abitanti, tenendo anche in considerazione il comune limitrofo di Bertinoro.

Le prime discussioni riguardanti la necessità di riconvertire l'ospedale di Forlimpopoli risalgono all'autunno del 2009 e sono sorte in relazione al problema del deficit di bilancio che aveva investito l'AUSL, con grande risonanza mediatica, nel corso dello stesso anno. La Regione Emilia Romagna aveva, in particolare, richiesto alla direzione strategica di dotarsi di un piano di rientro per l'anno 2010, allo scopo di affrontare un disavanzo cumulato di circa 60 milioni di euro (su un bilancio annuale di circa 415 mln di euro). All'interno di tale piano, l'azienda proponeva già talune iniziali riflessioni di natura strategica rispetto alle nuove modalità organizzative di gestione dell'ospedale di Forlimpopoli. Il piano di rientro è stato – come indicato dal direttore sanitario durante l'intervista – l'occasione esplicita per far partire un processo di riconversione dell'ospedale, sebbene le ragioni razionali alla base della riconfigurazione della struttura di Forlimpopoli fossero individuabili già da tempo (tra le altre, il basso numero di posti letto per acuti, la mancanza di una terapia intensiva, di reparti chirurgici e di dotazioni tecnologiche adeguate per il mantenimento di un punto di primo intervento, la presenza di una riabilitazione intensiva per acuti in mancanza di altre discipline, la necessità di adeguare le prestazioni erogate nel presidio alle esigenze e ai bisogni socio-sanitari della cittadinanza di Forlimpopoli e dei paesi limitrofi, ecc.).

Per affrontare le sfide della riconversione dell'ospedale di Forlimpopoli, la direzione strategica ha istituito, ad aprile 2010 un gruppo di lavoro composto da professionisti dell'AUSL (denominato Pal-LEA "Assistenza Ospedaliera") con il compito di elaborare una proposta dettagliata da presentare alla conferenza

<sup>5</sup> L'AUSL di Forlì è dal gennaio 2014 confluita nella nuova Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna insieme alle AUSL di Cesena, Ravenna e Rimini.

territoriale socio-sanitaria di riferimento. Il mandato della direzione al gruppo di lavoro, come si evince dagli allegati al PAL 2012-2014 (che riportano il progetto elaborato), era preciso: riconvertire l'ospedale di Forlimpopoli in Casa della Salute Grande<sup>6</sup> con posti letto residenziali ad alta valenza sanitaria.

L'attenzione del gruppo di lavoro si è inizialmente concentrata su due aree: l'attività di degenza al fine di descrivere e valutare i diversi percorsi di cura dei pazienti; la verifica della coerenza delle attività socio-sanitarie già presenti nello stabilimento di Forlimpopoli con quanto previsto per una Casa della Salute Grande dalla DGR dell'Emilia Romagna n. 291/2010.

Dall'analisi era emersa la necessità di garantire una maggiore appropriatezza e sicurezza nella presa in carico dei pazienti. La proposta di riconversione, quindi, prevedeva che tutte le patologie per acuti fossero gestite dall'ospedale di Forlì e nella struttura di Forlimpopoli fosse implementata un'area di degenza residenziale ad alta intensità assistenziale, dedicata esclusivamente a pazienti in fase post-acuzie e clinicamente stabilizzati. In particolare, era previsto il trasferimento dell'attività di medicina interna e di riabilitazione intensiva nell'ospedale di Forlì, la dismissione dei posti letto (PL) di Riabilitazione estensiva e di Post-acuti, e la contestuale trasformazione di una parte di essi (28 unità) in PL socio-sanitari ad alta valenza sanitaria. Ulteriore focus della riconversione era il punto di primo intervento di Forlimpopoli (che effettuava circa 9000 accessi ogni anno, prevalentemente di pazienti con problematiche di bassa gravità) e la sua progressiva dismissione: la casistica risolvibile con l'accesso ambulatoriale avrebbe dovuto essere trattata da un ambulatorio osservazione-terapie a gestione infermieristica e con la partecipazione dei MMG e dei Medici di Continuità Assistenziale, mentre i codici di maggiore gravità (gialli e rossi) avrebbero dovuto essere inviati direttamente al pronto soccorso dell'ospedale Forlì attraverso l'eventuale utilizzo di mezzi sanitari. A tal fine, lo stabilimento avrebbe mantenuto una postazione di ambulanza dedicata all'accoglimento e al trasporto delle emergenze del territorio di riferimento verso l'ospedale di Forlì.

La proposta del gruppo di lavoro e della direzione strategica per la riconversione dell'ospedale di Forlimpopoli prevedeva, sulla base di un puntuale cronoprogramma, una nuova configurazione della struttura, che avrebbe ospitato:

<sup>6</sup> Come indicato dalla DGR dell'Emilia Romagna n. 291/2010, la dimensione della Casa della Salute può variare tra Grande, Media e Piccola in rapporto alla ricchezza e alla complessità dei servizi presenti. A titolo di esempio, la tipologia di base della Casa della Salute prevede la sede del Nucleo di Cure Primarie ed è finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria, mentre nella tipologia più complessa sono presenti i diversi servizi di cure primarie e specialistici e i servizi territoriali di salute mentale e sanità pubblica. Il dimensionamento è stabilito generalmente in relazione alle caratteristiche del contesto di riferimento. In questo lavoro ci si concentrerà sulla tipologia di Casa della Salute Grande, poiché prevista per lo stabilimento di Forlimpopoli. Per approfondimenti sulle Case della Salute, si rimanda al documento allegato alla DGR (<http://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettino-ufficiale-18-marzo-2010-1/casa-della-salute-indicazioni-regionali-per-la-realizzazione-e-lorganizzazione-funzionale/casa-della-salute-indicazioni-regionali>)

- ▶ un'area per il pubblico e gli staff, con punto Unico di accoglienza, CUP e uffici amministrativi di supporto, sale di attesa e sala riunioni;
- ▶ l'attività di assistenza primaria: Nucleo di Cure Primarie di Forlimpopoli-Bertinoro con la presenza dei MMG h12, medici di continuità assistenziale per l'assistenza notturna, festiva e prefestiva, ambulatorio pediatrico di libera scelta, ambulatorio infermieristico a supporto degli ambulatori per patologia e della presa in carico delle patologie croniche, ambulatorio per l'osservazione e l'esecuzione di terapie e medicazioni;
- ▶ i servizi sanitari specialistici: poliambulatorio specialistico per l'esecuzione di visite e prestazioni strumentali (quali la diagnostica radiologica tradizionale, le ecografie internistiche e il potenziamento dell'attività cardiologica), punto prelievi, medicina riabilitativa con la presenza di palestre polivalenti, Centro di salute mentale per gli adulti, neuropsichiatria infantile e riabilitazione connessa, Consultorio familiare (punto del Percorso nascita) e pediatria di comunità per le vaccinazioni infantili;
- ▶ i servizi sanitari generalmente non presenti in Case della Salute, quali la distribuzione diretta di farmaci e presidi per le patologie croniche che richiedono controlli ricorrenti, la Medicina dello Sport e la diagnostica MOC (prima non esistente nello stabilimento);
- ▶ le attività di Prevenzione, comprese le vaccinazioni e gli screening per gli adulti e le certificazioni monocratiche;
- ▶ il coordinamento dell'Assistenza domiciliare (ADI), in previsione del suo potenziamento per il territorio di Forlimpopoli, Bertinoro e Meldola, e la presenza delle Unità di Valutazione Multidimensionale;
- ▶ i servizi sociali, con la presenza dello Sportello sociale e degli uffici degli Assistenti Sociali del Comune;
- ▶ i servizi di degenza, con l'*Hospice* di 11 posti letto e un'area di 28 posti letto socio-sanitari a gestione integrata, rivolti a pazienti in fase post-acuta, sufficientemente stabilizzati, con presenza programmata di medici ospedalieri e graduale coinvolgimento su specifici percorsi e funzioni dei MMG;
- ▶ i servizi per l'emergenza, con la postazione del 118 e la presa in carico del paziente con codici di gravità bassi da parte del MMG e di continuità assistenziale nell'ambulatorio di osservazione-terapie, supportato da personale infermieristico, nonché dagli specialisti presenti nella sede, valorizzando la piena integrazione tra le professionalità presenti nella struttura.

Il primo incontro con la Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria (CTSS) per presentare la proposta tecnica si era tenuto intorno alla prima metà del 2010; il sindaco di Forlimpopoli era, all'epoca, anche il presidente in carica della CTSS. Inizialmente – come emerso nelle interviste alla direzione strategica e al sindaco di Forlimpopoli – la reazione della politica locale, compresa quella del sindaco, era stata di totale chiusura rispetto alle proposte tecniche di riconversione por-

tate avanti dalla direzione dell'AUSL di Forlì. A una prima lettura, infatti, il progetto di riconversione veniva interpretato dal sindaco e dalla politica locale come la «chiusura» dell'ospedale di Forlimpopoli, non come la costituzione di una Casa della Salute Grande destinata a rispondere in modo più appropriato ai bisogni della popolazione della città e dell'area limitrofa. L'ospedale, infatti, era considerato un «gioiellino», giacché era presente un reparto di riabilitazione che funzionava per l'intera AUSL ed era sede dell'*hospice*; inoltre, molti reparti erano stati appena ristrutturati e la riconversione era percepita come ennesimo caso di spreco di risorse pubbliche. Tuttavia – come indicato dal sindaco – «la politica ha l'obbligo di ragionare» anche sul futuro degli ospedali di periferia e tale convinzione lo aveva portato a una serie di colloqui con il direttore generale e il direttore sanitario dell'AUSL di Forlì per approfondire il progetto di riconversione e la portata del cambiamento. Da tali incontri si evincevano più chiaramente le problematiche di un ospedale piccolo e i bisogni emergenti della popolazione locale, in parte già conosciuti seppur non interamente “metabolizzati”, come la presenza di un punto di primo intervento non adatto a gestire casi gravi o la necessità di rispondere con servizi più adeguati all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche. Il percorso di chiarimento tra sindaco e direzione strategica è durato quasi un anno (sino alla fine del 2010) ed è stato indispensabile per far emergere la razionalità e le potenzialità del progetto. Il sindaco di Forlimpopoli ha, fin dall'inizio, espresso chiaramente la volontà di conoscere e comprendere la proposta di riconversione in ogni dettaglio per decidere se appoggiarla e, una volta convinto, ha valutato come comunicarla in modo efficace alla politica e alla cittadinanza.

Il processo di comunicazione lungo e interattivo ha condotto alla costruzione di una relazione di fiducia tra gli attori principali del cambiamento, indispensabile per superare in modo condiviso gli ostacoli che si frapponivano lungo il percorso di riconversione. Uno dei “patti” più importanti stretti tra i due attori prevedeva che il processo di avanzamento fosse gestito per fasi, con una specifica attività di verifica e monitoraggio di ciascuna di esse, finalizzata a garantire che i singoli passaggi arrivassero a realizzazione e consolidamento prima di passare all'implementazione delle fasi successive. Il modello di gestione del cambiamento implicava, altresì, che i risultati di ciascuna fase venissero dapprima discussi con il sindaco, poi presentati alla CTSS e ai professionisti per una loro approvazione. Inoltre, il sindaco stesso avrebbe presentato tali risultati alle assemblee dei cittadini per la condivisione e l'approvazione della collettività coinvolta.

Il 2011 diviene, quindi, l'anno in cui il sindaco si fa portavoce delle istanze di cambiamento dell'ospedale di Forlimpopoli nei confronti della politica locale (il proprio partito, la CTSS e le opposizioni), dei MMG e dei professionisti dell'ospedale e della collettività di riferimento. Il progetto di riconversione e di apertura della Casa della Salute doveva essere considerato – era questa la visio-

ne di cui si faceva portatore – come l'«assicurazione sulla vita» dell'ospedale appartenente alla comunità di Forlimpopoli, da appoggiare con convinzione da parte di ciascuno, in quanto l'evoluzione futura avrebbe certamente condotto alla chiusura degli ospedali piccoli; inoltre, le condizioni demografiche e epidemiologiche della popolazione, sempre più anziana, comportavano la necessità di riunire attività socio-sanitarie appropriate all'interno della stessa struttura.

Le reazioni delle diverse parti coinvolte nelle trattative sono state diverse. Per quanto riguarda la politica locale, il sindaco era forte dell'appoggio, che era riuscito a conquistarsi, del proprio partito politico (quest'ultimo aveva ottenuto il 67% dei voti alle elezioni locali), mentre l'opposizione aveva provato a cavalcare l'onda della “chiusura dell'ospedale e del punto di primo intervento” chiedendo le dimissioni del sindaco attraverso una campagna con manifesti pubblicitari.

I professionisti (MMG, infermieri, medici) avevano esercitato solo un minimo ostruzionismo nella fase iniziale. L'opposizione dei professionisti è stata poi superata con un confronto costruttivo sulle potenzialità relative allo sviluppo professionale e alla maggiore sicurezza nel trattare i pazienti, sia per gli infermieri e i medici (prevalentemente internisti e fisiatri) che avrebbero dovuto prestare il proprio lavoro in altre strutture dell'AUSL (in particolare, l'ospedale di Forlì), sia per i MMG e gli infermieri che avrebbero gestito le attività della Casa della Salute di Forlimpopoli in modo multidisciplinare e in stretto contatto con gli specialisti ambulatoriali, oltre che con gli assistenti sociali del comune (trasferiti nella struttura). Anche i sindacati hanno collaborato al cambiamento. Dopo alcune prime resistenze, la clausola che prevedeva la possibilità di scegliere la destinazione del trasferimento da parte dei professionisti si è rivelata la chiave di volta dell'accordo. Alla fine del 2011, un incontro svoltosi nella biblioteca dell'ospedale con tutti i professionisti, gestito dal sindaco e con la presenza della direzione strategica, ha sancito l'inizio delle fasi di implementazione del progetto.

I giornali, in particolare quelli locali, hanno inizialmente dato all'argomento grande rilevanza, non presentandolo esclusivamente in modo negativo. Gli articoli pubblicati dai giornali ricevevano una risposta di carattere prevalentemente politico da parte del sindaco di Forlimpopoli, sotto forma di lettera al giornale o di articolo di fondo. Le risposte erano condivise e concertate con la direzione strategica dell'AUSL di Forlì e l'ufficio stampa della stessa, oltre che con il partito e il consiglio comunale. Dalle parole del sindaco emerge come «ci si è accorti di aver vinto la battaglia di comunicazione, quando i giornali non hanno riportato quasi più notizie relative alla riconversione dell'ospedale».

Per i cittadini di Forlimpopoli e Bertinoro erano stati previsti dei momenti di assemblea con i consigli comunali congiunti, oltre a incontri nei vari consigli di zona ai quali partecipava sempre anche il sindaco. Se inizialmente la cittadinanza aveva reagito con perplessità e, talvolta, ostilità, il lavoro di comunica-

zione del sindaco – supportato dal punto di vista tecnico dalla direzione strategica e dai membri del gruppo di lavoro (in particolare, direttore di distretto, di dipartimento delle cure primarie, direttrice delle professioni sanitarie) – aveva condotto a un progressivo avvicinamento alle ragioni alla base del cambiamento e, quindi, a un allineamento rispetto alle proposte di riconversione. In tale sforzo il sindaco aveva coinvolto persone e ruoli molto influenti nel territorio di riferimento, tra cui i MMG (professionisti verso i quali gli assistiti – che li scelgono – ripongono particolare fiducia), il primario in pensione del reparto di riabilitazione intensiva, nonché uno dei politici storici di riferimento della città (tra l'altro genitore di un'internista dell'ospedale di Forlimpopoli che, consapevole della necessità del cambiamento dell'ospedale, sarebbe stata trasferita all'ospedale di Forlì). Il mantenimento della postazione 118 nei pressi dell'ospedale è stato valutato positivamente e, verosimilmente, è stato un'altra delle chiavi del successo nella condivisione del progetto di riconversione da parte della popolazione.

Nel 2012, nonostante non fosse stata ancora emanata una delibera formale, le prime fasi del cambiamento erano già avviate. In particolare, era stata posta molta attenzione a programmare dapprima l'introduzione dei nuovi servizi previsti all'interno dello stabilimento e, solo nelle fasi successive, la dismissione dei reparti, del punto di primo intervento e del *point of care*.

Per ciò che concerne il personale, gli internisti e i fisioterapisti sono stati trasferiti all'ospedale di Forlì, pur garantendo delle consulenze al Nucleo di Cure Primarie e al reparto di riabilitazione estensiva. Sono stati mantenuti, invece, tutti i riabilitatori. Inoltre, la riconversione ha consentito di “recuperare” 15 figure infermieristiche, che sono state impiegate in altri servizi dell'azienda.

Il percorso di riconversione dell'ospedale di Forlimpopoli si è concluso nel 2013: sebbene dal punto di vista sostanziale i cambiamenti più rilevanti si fossero prodotti già nei primi mesi dell'anno, le delibere formali del direttore generale dell'AUSL di Forlì sono state emanate il 20 settembre 2013 (n. 249, avente per oggetto: Riconversione dello stabilimento ospedaliero di Forlimpopoli in struttura sanitaria territoriale – ospedale di comunità) e il 26 novembre 2013 (n. 337, avente per oggetto: Attivazione dell'ospedale di comunità di Forlimpopoli in attuazione della delibera direttore generale n. 249 del 20 settembre 2013). Tale ritardo formale è dovuto alla mancanza dell'emanazione, da parte della Regione Emilia Romagna, del codice di riferimento per i flussi di dati per le strutture intermedie.

Rispetto ad alcuni primi risultati ottenuti dalla riconversione, si può constatare che la chiusura del punto di primo soccorso di Forlimpopoli (che effettuava 9000 accessi l'anno) non ha influito negativamente sulle condizioni di accesso ai servizi sanitari in urgenza da parte della cittadinanza. Il pronto soccorso dell'ospedale di Forlì, in effetti, non ha registrato un aumento di accessi (che continuano ad attestarsi intorno ai 50.000 all'anno), confermando che la

maggior parte dei pazienti sono trattati dai MMG o dai medici di continuità assistenziale negli ambulatori dell'ospedale di Forlimpopoli, mentre i codici più gravi sono trasportati direttamente al DEA dell'ospedale di Forlì, senza peraltro subire ritardi connessi all'eventuale trasferimento da una struttura ospedaliera all'altra.

Dal punto di vista dei costi, la riconversione dell'ospedale di Forlimpopoli ha consentito all'AUSL un risparmio di circa 1,5 milioni di euro rispetto alle risorse impiegate nella stessa struttura prima del cambiamento (di cui circa il 70% personale ricollocato in altri servizi aziendali).

Il caso della riconversione dell'ospedale di Forlimpopoli appare particolarmente rilevante da ricostruire e analizzare poiché il processo di attivazione della Casa della Salute Grande e di dismissione di servizi ospedalieri non più adeguati a rispondere ai bisogni della comunità di riferimento si è concluso con successo in un arco di tempo relativamente breve ed è stato il primo esempio di riconversione in Emilia Romagna.

In relazione ai *driver* del cambiamento, è emerso che – come espresso dal direttore sanitario intervistato – la spinta propulsiva per attivare il progetto è individuabile nel piano di rientro richiesto dalla Regione Emilia Romagna all'AUSL: la crisi economico-finanziaria ha costituito l'occasione utile per riflettere sul futuro dell'ospedale di Forlimpopoli. Se non fosse intervenuta tale crisi, l'implementazione del progetto di riconversione – seppur note le ragioni razionali alla base – sarebbe probabilmente avvenuta molto più a rilento.

I fattori abilitanti e i punti di forza sono stati molteplici e possono essere riassunti nell'idea che il piano di riconfigurazione dell'ospedale di Forlimpopoli sia diventato, nel tempo, una costruzione collettiva che ha visto la partecipazione di diversi attori. In particolare, il successo è stato costruito attraverso un lavoro articolato su tre diversi piani: i) tecnico, attraverso l'attività del gruppo di lavoro per la definizione di un progetto compatibile con le esigenze sanitarie e socio-sanitarie del territorio locale e attraverso l'attivazione continua del direttore di distretto, di dipartimento di cure primarie, delle professioni sanitarie e di altri professionisti dell'azienda, per rispondere di volta in volta alle problematiche sorte durante l'implementazione del piano; ii) strategico, da parte del vertice aziendale, attraverso l'attenzione dedicata alla definizione del mandato e alla supervisione delle risultanze del gruppo di lavoro, nonché all'allineamento delle aspettative dell'ambiente esterno con le esigenze aziendali, prevedendo la propria partecipazione attiva alle consultazioni politiche e con la collettività di riferimento; iii) politico, grazie al coinvolgimento del sindaco di Forlimpopoli e la sua attività di influenza e di comunicazione rivolta a trovare possibili alleati o a superare atteggiamenti ostruzionistici.

Il coinvolgimento degli attori chiave nel processo di riconversione ha garantito la buona riuscita del progetto. Il sindaco ha dato un impulso importante alla

corretta ed efficace comunicazione del progetto nei confronti della politica locale, dei professionisti, della comunità di riferimento e dei mass media. Inoltre, la stessa individuazione di *influential player* tra i membri della cittadinanza e i professionisti da parte del sindaco, ha permesso la diffusione amplificata di un messaggio positivo e costruttivo rispetto al futuro dell'ospedale, in modo da far superare, nella percezione della politica locale, dei professionisti coinvolti e della collettività, la relazione immediata della riconversione con le esigenze dell'AUSL di recuperare il deficit di bilancio.

Il disegno iniziale non ha subito modificazioni rilevanti durante il corso né delle consultazioni né dell'implementazione, dimostrando anche la validità delle proposte di riconfigurazione rispetto alle necessità socio-sanitarie del territorio di riferimento. D'altro canto, per evitare possibili stalli, la direzione strategica, di concerto con il gruppo di lavoro e il sindaco, ha cercato comunque di accelerare i tempi di riconversione, da un lato, alla luce dell'imminente fusione dell'AUSL di Forlì all'interno della nuova AUSL della Romagna, che avrebbe potuto assumere priorità strategiche diverse, dall'altro, in vista della scadenza del mandato del sindaco come presidente della CTSS, che avrebbe potuto implicare il venir meno dell'autorevolezza politica necessaria per concludere un percorso in itinere.

Occorreranno sicuramente alcuni anni dalla conclusione della riconversione per poter elaborare un set completo di misure di performance indicative della bontà del progetto e degli effetti ottenuti in termini di salute della popolazione e di efficacia della risposta ai pazienti, nonché di recuperi di efficienza. In ogni caso, la soddisfazione della comunità di riferimento – secondo gli intervistati – è alta, tranne per rare eccezioni; a dimostrazione di ciò si consideri che già da tempo i mass media non trattano l'argomento in termini negativi, né la comunicazione dell'opposizione politica durante l'ultima campagna elettorale per l'elezione del nuovo sindaco ne ha fatto un cavallo di battaglia indicando disservizi o errori di fondo nel progetto strategico di riconversione.

## 15.6 Conclusioni

Il tema degli ospedali, del loro ruolo nel contesto dei sistemi sanitari e, soprattutto, di come e a quali condizioni sia possibile guidarne “razionalmente” l'evoluzione (la nascita, le trasformazioni, la chiusura, la rinascita in forme diverse) è qualcosa di “antico”, nel senso che alcuni elementi fondamentali sono rimasti immutati nell'arco di decenni e, al tempo stesso, è qualcosa che ha subito profondi cambiamenti con il mutare del concetto stesso di ospedale e delle relazioni che legano tra di loro le diverse parti di sistemi sanitari sempre più interconnessi. La componente che, probabilmente, ha subito minori cambiamenti è il ruolo simbolico che l'ospedale continua ad assumere nel rappresentare, agli occhi del-

le comunità di riferimento, non solo la possibile risposta ai propri bisogni di salute, ma anche il segno tangibile dell'intero sistema di *welfare* e dei progressi raggiunti dalla comunità stessa (McKee e Healy, 2002). Di qui le difficoltà che accompagnano tutti gli interventi deliberati sugli assetti fisici e funzionali degli ospedali, anche nei casi in cui le trasformazioni rappresentino un chiaro miglioramento sul piano dell'efficacia dei servizi offerti. All'opposto, e quasi paradossalmente rispetto alla persistenza del suo valore simbolico, è il concetto di ospedale, che ha subito cambiamenti tali da non riuscire più a connotare qualcosa di definito. Se l'edificio rimane il simbolo da difendere, ciò che avviene al suo interno può variare notevolmente, a partire dal peso delle attività non collegate alla degenza, e la sua effettiva rispondenza ai bisogni dipende sempre più dalla rete di servizi in cui l'edificio e i servizi che esso offre sono inseriti.

I casi di riconfigurazione qui analizzati — caratterizzati da un tentativo di riconversione di «piccoli ospedali» verso strutture di tipo territoriale, con servizi più accessibili per la popolazione — rispecchiano il combinarsi dei due elementi: la difficoltà, da una parte, di intervenire sull'ospedale e, dall'altra di dare una forma compiuta (anche un nome) e riconoscibile dall'ambiente al nuovo che deve sostituire il vecchio. In questo contesto i casi, pur con le evidenti limitazioni sul piano della generalizzabilità insite nella metodologia, dicono qualcosa rispetto ai *driver* e al contesto del cambiamento, agli attori coinvolti, ai processi e agli esiti.

Ancora una volta si riconferma l'importanza dello *shock* esterno, come fattore di avvio del cambiamento e la difficoltà dei contesti pubblici nel realizzare riconfigurazioni strategiche dei servizi sulla base delle sole dinamiche interne (Rebora e Meneguzzo, 1990). Ciò non significa che i fattori di impulso siano solo di natura esterna: la capacità dei sistemi e degli attori locali di interpretare e comunicare l'urgenza, insieme a quella di indicare prospettive di soluzione, sono elementi altrettanto importanti nell'alimentare le spinte al cambiamento. In questa prospettiva i due casi raccontano storie diverse e mostrano i limiti di una situazione in cui l'onere dell'impulso sia affidato ai soli fattori esterni, i quali esauriscono rapidamente le loro capacità di sorreggere l'intero processo. L'elemento di contesto, relativamente nuovo, che emerge è quello della rete. Mentre nel passato le scelte sui singoli stabilimenti avvenivano e si esaurivano in un orizzonte locale, i casi mostrano come le scelte si inscrivano necessariamente in un orizzonte più vasto, nel quale la dimensione fisica rappresenta solo un contenitore chiamato a ospitare differenti *setting* assistenziali, che assumono significato solo in relazione alle rete complessiva dei servizi messi a disposizione della popolazione. In questo senso la stessa configurazione locale può garantire livelli di risposta profondamente diversi a seconda della rete nella quale è inserita (per esempio, l'esistenza o meno di un dipartimento interpresidio o la qualità e natura dei raccordi ospedale-territorio).

I protagonisti dei casi presentati, come di quelli analoghi presenti in letteratu-

ra (Farrington-Douglas e Brooks, 2007b), possono essere ricondotti alla collettività interessata, alla politica, all'azienda e il suo management e ai professionisti. Le dinamiche poste in essere dalle diverse componenti si sono, evidentemente, intrecciate in modo diverso nei due casi, rispecchiando l'estrema complessità dei fattori all'opera, quali ad esempio: la cultura e la tradizione politica e manageriale, i livelli di funzionalità dei sistemi sanitari, le attese della popolazione nei confronti dei sistemi stessi. Alcune notazioni possono però essere tratte da quanto descritto.

Per quanto riguarda la collettività, tra le diverse dimensioni possibili (cittadini, consumatori, pazienti) quella che sembra emergere con maggiore evidenza è quella più indistinta e generica dei cittadini. In altri termini, non sembra che le resistenze ai processi di riconversione abbiano poggiato su dimensioni legate specificatamente all'erogazione dei servizi (consumatori, pazienti), quanto, piuttosto, abbiano fatto leva sulla dimensione identitaria (e probabilmente economica) tipica delle comunità più piccole.

La politica, soprattutto quella locale, che con la dimensione identitaria è variamente interrelata, può giocare ruoli molto diversi e non sempre di opposizione rispetto alla realizzazione di soluzioni a maggiore razionalità complessiva. Se opportunamente ingaggiata può diventare un attore centrale del cambiamento, garantendo un ragionevole temperamento di quell'insieme di interessi molto divaricati che caratterizzano i contesti pubblici e che ne rendono difficile ogni trasformazione intenzionalmente guidata.

L'azienda e il suo management hanno anch'essi un ruolo potenzialmente molto importante. Tra le molte funzioni che essi sono chiamati a svolgere e che possono "fare la differenza" nei processi di riconfigurazione, non deve essere sottovalutata l'importanza di trovare lo spazio tecnico e operativo per rendere compatibili le razionalità di sistema e sovraordinate con le attese e le esigenze locali. Tanto meglio funziona il sistema aziendale, tanto maggiore è il novero delle opzioni concretamente disponibili e la possibilità di realizzare soluzioni positive per tutti gli attori coinvolti.

Si tratta, infine, di considerare i professionisti. Tradizionalmente l'attenzione era focalizzata esclusivamente sulla componente medica e sulla capacità di influenza che essa era capace di esercitare nei confronti della popolazione. I casi mostrano, non solo come la platea dei professionisti da considerare si sia ampliata — con gli infermieri in posizione centrale, anche per il nuovo ruolo assegnato all'assistenza —, ma anche come la questione dei professionisti non possa essere ridotta alla sola questione del consenso. Le competenze professionali necessarie per accompagnare i processi di trasformazione, così come i percorsi di accrescimento delle competenze stesse, vengono sempre più considerate come variabili di rilievo, anche se non sempre la soluzione trovata sembra essere la più felice (per esempio, la selezione degli infermieri su base anagrafica e non in relazione alle competenze nel caso abruzzese).

Come già sottolineato, i processi e gli esiti che ne sono conseguiti riflettono una pluralità di fattori e poco si prestano, anche per scelte metodologiche, a facili modellizzazioni. I casi riflettono, comunque, due approcci con evidenti elementi di differenziazione.

Nel caso abruzzese la strategia di cambiamento utilizza prioritariamente la dimensione istituzionale e la formalizzazione delle decisioni come elementi di “rottura” rispetto alla situazione esistente, costringendo gli attori (politica, comunità, professionisti) a negoziare in un quadro di decisioni già assunte. Parte delle risposte si muovono sullo stesso piano, utilizzando la dimensione istituzionale (la giustizia amministrativa) come terreno di confronto e di opposizione. Il processo assume una dinamica “*stop and go*” tipica di alcuni processi istituzionali. È possibile che anche l’esito, meno chiaramente delineato rispetto al caso emiliano-romagnolo, risenta della carenza di momenti di confronto e condivisione del progetto: come insegna la vasta letteratura sull’implementazione, nelle condizioni descritte le decisioni diventano, infatti, il terreno di gioco per complesse partite attuative dagli esiti incerti e spesso ambigui.

Nel caso emiliano-romagnolo è molto evidente l’importanza del momento negoziale e della condivisione degli obiettivi tra i diversi attori. Pur usufruendo della spinta fornita dallo *shock* esterno, politica locale e management stringono una alleanza per guidare il processo di trasformazione, perseguendo i propri specifici obiettivi in un quadro di compatibilità complessive. La formalizzazione e la definizione istituzionale non rappresentano in questo caso la premessa del confronto, ma il suo esito intermedio o finale. È bene sottolineare che alla differente caratterizzazione dei due processi non può corrispondere una valutazione sulla maggiore o minore efficacia di una strategia di cambiamento rispetto all’altra. Da questo punto di vista le condizioni di contesto limitano severamente le possibilità di scelta negli approcci al cambiamento. In altre parole, la riconfigurazione di un ospedale, almeno nella forma base qui analizzata, è difficilmente distinguibile da un processo di trasformazione sociale e politica in senso lato, trasformazioni che assumono forme specifiche in relazione ai contesti socio-politici nei quali avvengono.

Le prevedibili dinamiche del nostro SSN renderanno il tema di come affrontare la riconfigurazione degli ospedali, e di quelli piccoli in particolare, sempre più attuale ed è questa la ragione alla base del presente contributo. Ricette e prescrizioni per fattispecie tanto complesse e variegate non sembrano proponibili, ma la ricostruzione e l’analisi di casi può aiutare i diversi soggetti impegnati in processi analoghi a comprendere meglio le dinamiche che li coinvolgono, contribuendo, così, ad aumentare la possibilità di pervenire a esiti complessivamente positivi per i diversi soggetti e la collettività nel suo insieme. I cambiamenti sono sempre degli esperimenti e come tali vanno osservati per poter alimentare l’apprendimento.

## Bibliografia

- Farrington-Douglas J. e Brooks R. (2007a) (a cura di). *The future hospital. The progressive case for Change*. Institute for Public Policy Research, Londra.
- Farrington-Douglas J. e Brooks R. (2007b) (a cura di). *The future hospital. The politics for Change*. Institute for Public Policy Research, Londra.
- Rechel B., Wright S., Edwards N., Dowdeswell B. e McKee M., (2009) (a cura di). *Investing in hospitals of the future*. European Observatory on Health Systems and Policies, United Kingdom.
- Fulop N., Walters R., 6 P., Spurgeon P. (2012). Implementing changes to hospital services: Factors influencing the process and 'results' of reconfiguration, *Health Policy*: 104(2), pp. 99-204.
- Lega F., Mauri M., Prenestini A. (2010). *L'ospedale tra presente e futuro*, EGEA, Milano.
- McKee M., Healy J. (2002), *Hospitals in a Changing Europe*, Open University Press, Buckingham.
- McKee M., (2004), *Reducing hospital beds: what are the lesson to be learned?*, *Policy brief n°6*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Rebora G., Meneguzzo M. (1990), *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, Torino, UTET.