

LA CHIUSURA/RICONVERSIONE DEI PICCOLI OSPEDALI: IL “CASO VERSILIA” - REPORT SULLE INTERVISTE

(a cura di: Dott.ssa Cipriana Mengozzi – psicologa del lavoro e dell’organizzazione)

PREMESSA E NOTA METODOLOGICA

L’analisi del “Caso Versilia” si inserisce nell’indagine sulla chiusura/riconversione dei piccoli ospedali in Toscana (per la quale le intervistatrici di *Sociolab – partecipazione e ricerca sociale* hanno curato le interviste delle altre due aree toscane coinvolte, senese e grossetana). Scopo principale dell’indagine è stato quello di ricostruire, descrivere e tracciare linee d’analisi del processo di chiusura/riconversione dei piccoli ospedali, valutandolo attraverso gli occhi degli intervistati, con particolare attenzione per gli aspetti legati ai cambiamenti culturali e organizzativi che ne hanno reso possibile la realizzazione. Idea di fondo era sondare la concreta applicazione di una prospettiva di rete e delineare il quadro culturale, normativo e organizzativo necessario a far funzionare al meglio il nuovo Ospedale Versilia, all’interno dei servizi offerti, e alla luce della riconversione delle vecchie strutture ospedaliere della zona.

Sono state in tutto realizzate 7 interviste, per dar voce a professionisti che hanno ricoperto ruoli-chiave nel corso degli anni, nel contesto del *case-study* oggetto d’analisi. Il campione delle interviste coinvolge figure della Sanità, rappresentanti dell’Ente Locale, delle Associazioni di Volontariato e del Sindacato: tale scelta è stata compiuta per esaminare il processo dai diversi punti di vista e per meglio comprendere le dinamiche di costruzione del consenso sociale in Versilia, terra turistica per eccellenza, elemento questo non certo trascurabile in un’ottica di rinnovo delle strutture ospedaliere e di incremento del ventaglio d’offerta – in senso sia quantitativo che qualitativo – dei servizi socio-sanitari e sanitari, ospedalieri ed extra-ospedalieri.

Intervistati:

- **Sassoli Giancarlo**, Direttore Generale Azienda USL 12 Viareggio.
- **Urbano Cecilia**, Direttore Sanitario AOU Pisana. In passato, prima Coordinatore del Dipartimento della Prevenzione e poi Direttore Sanitario Azienda USL 12 Viareggio.
- **Pallini Mauro**, Direttore Generale ESTAV Zona Nord-Ovest. In passato, Direttore Generale Azienda USL 12 Viareggio.
- **Ceragioli Cristiano**, Consigliere Comunale del Comune di Pietrasanta. In passato, Sindaco del Comune di Camaiore.
- **Antonioli Andrea**, Sindacalista CGIL - Segretario della Camera del Lavoro di Viareggio.
- **Monciatti Roberto**, Presidente delle Misericordie di Viareggio.
- **Farnesi Attilio**, Vicepresidente, Responsabile Sanità e Responsabile Formazione delle Pubbliche Assistenze di Viareggio.

La traccia dell'intervista è stata predisposta da *Sociolab – partecipazione e ricerca sociale*, “tramite rielaborazione della traccia comune del progetto di ricerca, “Strumenti e modelli per la programmazione della reti ospedaliere”, tenendo conto della natura specifica dell'intervento che imponeva attenzione, sia nella selezione degli attori da intervistare che nella formulazione delle domande, alla presenza di due specifiche dimensioni di analisi polarizzate: presente-passato e chiusura-riconversione. Il processo si è infatti sviluppato in un arco temporale molto ampio tra progettazione, formalizzazione ed effettiva realizzazione degli obiettivi e questo ha reso necessari alcuni accorgimenti, per cercare di “coprire” tutto il periodo e rappresentarne cambiamenti, evoluzioni, criticità emersi durante il percorso. Inoltre l'intervista ha dovuto di fatto svilupparsi su due livelli, in quanto nei due casi considerati (Siena e Grosseto)” – così come nel “Caso Versilia” – “il processo ha visto affiancarsi alla fase di chiusura delle strutture la loro riconversione con funzioni extraospedaliere o la realizzazione di nuovi presidi, all'interno di un processo di innovazione e di riqualificazione del patrimonio edilizio, in risposta a specifici bisogni assistenziali della zona e di rado con destinazioni extra sanitarie. Le interviste si sono quindi articolate su un ampio numero di domande aperte, mirate a ricostruire le varie fasi e i vari ambiti di iniziativa e di intervento: ricostruzione della situazione di partenza del processo, definita in termini di strategia e progettazione; ambiti di intervento necessari e attuati prima e durante; organizzazione e struttura della nuova rete; valutazioni di successo e insuccesso e individuazione di fattori facilitanti o meno. Si è così delineato una sorta di “cammino riorganizzativo”, che ha permesso di percorrere il processo dai primi momenti di individuazione degli obiettivi e di definizione dell'iniziativa, fino ad arrivare a considerazioni su situazione attuale, sostenibilità e prospettive di sviluppo. Il tutto sempre in una prospettiva di rete, esistente o potenziale: concetto centrale sia nel modello riorganizzativo che nella visione degli intervistati, in riferimento a singole strutture, territorio e Area Vasta. La “*prospettiva aziendale*” della ricerca risponde all'esigenza di chiarire aspetti organizzativi e gestionali ma il punto di vista non è da considerarsi di natura esclusivamente tecnica, in quanto gli intervistati hanno a lungo operato e avuto residenza sul territorio, nonché spesso ne sono originari. Di conseguenza, dispongono di una serie di informazioni, conoscenze e sensibilità rispetto al contesto in cui si è realizzato il processo che superano la loro dimensione professionale. Il ricorso a elementi di narrazione si inserisce nell'analisi come scelta metodologica, in linea con quanto effettuato da Sociolab, che definisce l'elemento storico nella spiegazione sociologica, utile per esaminare e considerare la temporalità dell'azione sociale, perché “la realtà sociale capita nelle storie”¹ (Abbott 1983). Le narrative possono infatti essere considerate come rendiconti in cui elementi quali le relazioni, le persone e i contesti, a livello macro, locale o cognitivo si mescolano. Le parole degli intervistati non solo definiscono situazioni e forniscono interpretazioni delle stesse con attenzione alla dimensione culturale, simbolica e valoriale, ma propongono anche chiavi di ripensamento e di riflessione. Il rapporto ha un carattere prevalentemente descrittivo, alla luce delle indicazioni fornite dagli intervistati. La descrizione qui presentata non mira ad essere esaustiva nell'analisi di un processo lungo, articolato e per alcuni aspetti ancora in corso, ma si pone all'interno della ricerca sulla riorganizzazione delle reti ospedaliere come contributo qualitativo di natura sociologica.” (*testo tratto dal rapporto redatto da Sociolab – partecipazione e ricerca sociale, sulle aree senese e grossetana*).

¹ Abbott A., 1983, Sequences of Social Events, in “Historical Methods”, 16, 4.

INQUADRAMENTO DEL “CASO VERSILIA”: LA SITUAZIONE DI PARTENZA

“Il caso Versilia nasce intorno agli anni ‘80, perché già da allora alcuni delle amministrazioni comunali ed altri dirigenti politici della USL (allora c’erano i comitati di gestione) cominciarono a porsi il problema del superamento dell’organizzazione dei quattro ospedali con un ospedale unico.

Nello stesso momento in cui venne approcciata quest’idea di una nuova organizzazione, nacquero migliaia di polemiche, perché la toscana è la toscana dei campanili, e in particolare la Versilia, se fa eccezione, fa eccezione in eccesso, per cui fra Viareggio e Pietrasanta, fra Pietrasanta e Camaiore, fra Camaiore e Seravezza, tutto questo suscitò fortissime polemiche e fortissime contrapposizioni, perché quest’idea che veniva lanciata di un ospedale unico per una maggiore razionalizzazione oltre che economicità (ma soprattutto razionalizzazione) era vista come la fagocitazione da parte di Viareggio degli altri tre ospedali; perché poi le cose vengono vissute di pancia... “ora i viareggini vogliono portarci via...”; io le riferisco, e poi queste cose mi sono venute alle orecchie quando sono andato là nel ‘95 a cimentarmi con questa operazione, perché io non sono versiliense quindi non c’ero. Probabilmente il mio vantaggio come profilo personale è stato che io, non essendo versiliense, non potevo essere accusato per campanilismo di parteggiare per qualche comune, ecco..”io parteggio per la regione che ha questo programma e quindi devo fare questa operazione”.

Gli obiettivi principali erano quelli generali di regione toscana di un’incisiva riconversione delle rete ospedaliera, tant’è che in poco più di un decennio è passata da 93 ospedali agli attuali 42-43, quindi quasi dimezzata, per cui l’obiettivo era razionalizzare per avere presidi ospedalieri orientati a una maggiore specializzazione e non all’albergo dove si fa anche sanità, ma a strutture possibilmente di eccellenza in alcuni settori per realizzare la rete ospedaliera regionale (e poi dopo, nell’ambito dell’Area Vasta). Quindi lo scopo era concentrare le risorse finanziarie e professionali in presidi sempre più specialistici e non più generalisti suddivisi in ospedali piccoli o medi. Il problema specifico non era su particolari indirizzi d’epidemiologia, stava nell’obiettivo generale di regione toscana, ed è stato poi realizzato.” (Intervista 3)

L’idea di realizzare il Nuovo Ospedale della Versilia nasce nel 1984, in un’atmosfera di cambiamento segnata dall’attuazione della Riforma Sanitaria e dalla necessità di riorganizzare l’intera rete dei servizi ospedalieri, per creare una struttura unica, in superamento della frammentazione ospedaliera presente in precedenza, struttura all’interno della quale inserire centri di alta specialità della Regione Toscana, riducendo così le “fughe” verso Lucca o Pisa, anzi, al contrario, creando attrattiva sui servizi della Azienda USL 12 di Viareggio. I vecchi presidi ospedalieri vengono quindi riconvertiti in presidi territoriali, la rete prende corpo, anche in risposta alle esigenze del bacino di utenza che dai circa 165.000 abitanti della Versilia, diventa di circa 500.000 unità nel periodo estivo. Le esigenze degli utenti crescono in complessità, e la risposta deve essere organica, in una logica di rete. La Regione, gli Enti locali, la ASL e il Volontariato, in stretta collaborazione, giungono alla concreta scelta dell’ospedale unico. Vengono coinvolti

professionisti dell'Università di Venezia per la scelta del sito su cui edificare il nuovo ospedale e nel 1991 vengono avviate le procedure di gara per affidare la progettazione esecutiva, la realizzazione e la fornitura delle attrezzature biomedicali. La gara si conclude nel 1992, nel 1994 viene ottenuto il finanziamento e i lavori prendono inizio nel 1995, e da lì in poi non cessa mai il cantiere, fino al 2002, anno dell'inaugurazione ufficiale. Non si ha cura solo della parte edilizia, bensì del coinvolgimento di tutti nell'"avventura" del nuovo ospedale. Vengono infatti coinvolti i professionisti grazie a gruppi di lavoro dedicati, ciascuno in relazione alle proprie competenze, in parallelo ad un grande sforzo di ammodernamento tecnologico e strumentale, con sistemi avanzati di trasporto leggero e pesante:

"Noi si realizzò un ospedale ultramoderno, basti pensare al sistema di trasporti pesanti e leggeri, coi robottini che viaggiano su binari guidati per biancheria pulita e sporca, referti e valigette 24 ore, su soffitto e controsoffitto, si fa un numero e si trasportano referti medicinali...il gemello di questo ospedale è a Parigi, e io mandai 30 medici e caposala a Parigi, a vedere come era completamente nuova la organizzazione del lavoro, con orari precisi per i robottini che passavano, e di questo cambiamento si fece carico la direzione sanitaria e ospedaliera, e passato un primo momento, si accorsero che era un altro modo di lavorare (migliore)."
(Intervista 3)

LA CHIUSURA E RICONVERSIONE DEI PICCOLI OSPEDALI

Per iniziare "la storia" della chiusura/riconversione (operativa ed "emotiva") dei piccoli ospedali, riporto a seguito il primo capitolo del volume *"La Sanità in Versilia: Umanità e tecnologia al servizio di una comunità"* (Esse Editrice, 2007), che gentilmente il Dr. Sassoli, l'attuale Direttore Generale dell'Azienda USL 12 Viareggio, ha voluto donarmi al termine della sua intervista:

"Capitolo 1 – C'era una volta... Chi non ricorda il legame che univa per tradizione ed affetti la popolazione ai vecchi Ospedali? Ciò che li legava ai versiliesi era soprattutto il sentimento di assicurazione che queste strutture ispiravano, l'immagine del presidio vicino casa, spesso unico presidio sanitario sul territorio, e con i professionisti a disposizione ventiquattro ore su ventiquattro, che ha resistito al di là della loro funzionalità decrescente per invecchiamento di strutture e attrezzature.

Essi erano parti vive della quotidianità, come nel caso di Seravezza, con l'esperienza dell'alluvione del 1996 ed il ruolo assunto dall'ospedale per accoglienza degli sfollati, la solidarietà ed il contributo alla protezione civile. A Viareggio, Camaiore e Pietrasanta i cittadini sono sempre stati partecipi ed attivi sulle varie tematiche sanitarie e ospedaliere, in un ambiente fertile per quanto riguarda associazionismo e volontariato; mentre Forte dei Marmi, Stazzema e Massarosa si sono caratterizzate, in assenza di ospedale, per l'attenzione allo sviluppo delle attività territoriali.

La sfida, dunque, non è stata solo fare il nuovo ospedale, bensì di preparare la popolazione a ragionare in termini di comunità versiliese e non solo di singolo comune. La caratteristica costitutiva delle Unità sanitarie locali è stata quella di connettere l'attività ospedaliera con il proprio bacino territoriale di riferimento. A tal riguardo vogliamo citare la decisione dell'allora Comitato di gestione che con la Deliberazione n. 1089, già prima del 1995, sulla riorganizzazione dell'attività ospedaliera, definiva il Progetto del "Presidio ospedaliero unico", pur articolato nei 4 padiglioni/ospedali esistenti.

La gestione della difficile fase transitoria ha implicato la costruzione e la ricerca di uniformità delle procedure operative già in itinere, la distribuzione di Punti Emergenza Territoriale (PET) anche in eccesso, la ricerca del consenso delle storiche Associazioni di volontariato e la rassicurazione della popolazione.

La destinazione dei 4 ex-ospedali della Versilia è stata caratterizzata dalla realizzazione della sede delle attività territoriali a Viareggio, del Dipartimento della Prevenzione a Pietrasanta, della residenzialità per disabili e salute mentale a Camaiore, di una struttura per anziani a Seravezza.

La nuova attenzione alla valorizzazione del patrimonio immobiliare ed alla riduzione delle spese per le locazioni ha portato a distinguere le sedi tra quelle ancora utili per finalità istituzionali socio-sanitarie e quelle che potevano essere cedute.

Il nuovo ospedale ci piace pensarlo come simbolo di una nuova unità della Versilia. Un edificio che svolge funzioni così importanti per tutti i cittadini, che trasforma di per sé anche le abitudini e i modi di pensare della gente.

Ed è stata questa la sfida che si è aperta, completati i lavori di realizzazione, non solo far funzionare questa nuova "macchina", ma anche favorire un nuovo modo di pensare ed utilizzare i servizi sanitari."

Il processo di chiusura/riconversione dei piccoli ospedali nel caso della Versilia ha coinvolto quindi tutti e quattro i vecchi presidi ospedalieri (Pietrasanta, Camaiore, Seravezza e Viareggio) ed ha visto affiancarsi al processo di chiusura/riconversione, la realizzazione di una nuova struttura, l'"Ospedale unico della Versilia". Per la riconversione sono state messe in atto logiche territoriali legate alla necessità di utilizzare le vecchie strutture per assolvere a diverse tipologie di funzioni socio-sanitarie (e non solo), sia extraospedaliere che distrettuali (in alcuni casi sono stati fatti accordi con gli Enti Locali, come ad esempio a Pietrasanta dove oggi troviamo il Dipartimento della Prevenzione dell'azienda sanitaria e gli uffici del Comune, anche all'interno di un processo di innovazione e di riqualificazione del patrimonio edilizio, in risposta agli specifici bisogni generali - e non solo assistenziali - della zona).

"Il progetto dell'ospedale è durato qualche anno. Ne cominciarono a parlare nei primi anni '80 e lanciarono alla fine degli anni '80 un appalto-concorso e quella fase portò via 3-4-5 anni. Poi coi primissimi anni '90 esplose in Italia tangentopoli e c'erano grandi imprese coinvolte più o meno direttamente nella questione delle tangenti. Il progetto individuato da quella commissione di gara fu il progetto Lodigiani

e quindi subito dopo, nel '92-'93, venne individuato questo progetto che venne approvato dall'allora amministratore straordinario nel periodo di transizione fra i comitati di gestione e gli amministratori straordinari (primo organo monocratico delle ASL), poi è intervenuta l'aziendalizzazione. Vennero nominati dei commissari delle ASL provinciali, che formalizzarono la approvazione di questo progetto. Ci furono ricorsi e polemiche e il campanilismo venne rifocillato "l'ospedalone voluto dalla partitocrazia"... approvato questo, vengono costituite le ASL e il primo direttore generale della ASL lucchese (Raffaele Faillace) acquisì questa formalizzazione e disse "questo è il progetto dell'ospedale"; Faillace non stipulò il contratto, perché sapeva che di lì a poco sarebbe stata scorporata la Versilia dalla ASL provinciale, e io presi servizio nel luglio del 1995 e la prima cosa che mi fu presentata fu questa dell'ospedale, e il 5 agosto del 1995 io firmai il contratto, superando titubanze e ricorsi di piccole ditte; il ricorso principale fu risolto (le ditte erano due, Cogefar e Lodigiani) perché le due imprese si unirono, e quindi firmai il contratto. Nel concreto l'operazione è partita il 5 agosto 1995 e i primissimi di settembre facemmo la cerimonia di posa della prima pietra (con l'allora Assessore Martini e il Ministro della Sanità Guzzanti) e da lì ci sono voluti 6 anni, perché a un certo punto il ministero interruppe il finanziamento (per via delle regioni ritardatarie), ma siccome la toscana ha sempre avuto un governo regionale molto forte, determinato, attento, ci fecero un prestito di 30 miliardi di lire e noi non chiudemmo il cantiere (questo è il segreto delle opere pubbliche, per non rivedere il progetto e i prezzi, e andare avanti). Queste operazioni sono possibili, e hanno buon esito, là dove il governo regionale è il governo regionale, infatti noi non chiudemmo il cantiere e andammo avanti coi lavori edilizi (perdemmo un anno e mezzo per l'impiantistica e il condizionamento perché non si poteva fare l'ordine ai fornitori perché solo quello era 70miliardi di lire, e questi fornitori non hanno nei magazzini km di scatole e tubi zincati, vogliono l'ordine un anno prima). L'inaugurazione fu fatta a giugno 2002 ma, secondo il costume toscano e anche mio (d'accordo con l'Assessore Rossi e col Presidente Martini), l'ospedale era già in funzione." (Intervista 3)

"Quello della progettazione e formalizzazione del progetto è stato un tempo abbastanza breve, io me lo ricordo perché è iniziato nell'agosto 1995 quando io sono diventata direttore sanitario, dall'inizio dei lavori alla fine dei lavori (2002) sono stati 7 anni, e il primo anno è servito tutto per gli scavi del terreno perché è interrato, è una tecnologia edilizia particolare, fu chiamato la saratoga, perché ha un piano interrato che sono i parcheggi dei dipendenti e un piano seminterrato. È stato costruito questo basamento per un anno e quindi il tempo non è lunghissimo se si considera il fatto che c'è stato un anno di scavi e 6 di costruzione e poi c'è stato un periodo di rallentamento perché il finanziamento dell'art. 20 del ministero non arrivava con continuità e la regione toscana ci ha messo dei fondi per non chiudere il cantiere e ridurre il rallentamento, il cantiere non è mai stato tolto. Il tempo precedente alla costruzione effettiva dell'ospedale non me lo ricordo esattamente, ma potrebbe essere intorno ai cinque anni, gli atti precisi non me li ricordo ma c'è stata una pre-digestione del progetto, poi ci sono stati i primi progetti ma solo come idee e furono pensati per tantissimi posti letto e poi con tutto il discorso delle deospedalizzazione il progetto definitivo è come è adesso, anzi hanno ulteriormente ridotto i posti letto e

all'ultimo piano ora ci sono due terrazze che erano altre ali di posti letto, infatti ci sono due reparti con mega-terrazza per questo. Poi dal 1996 abbiamo iniziato a lavorare coi professionisti per coinvolgerli in tutto questo.” (Intervista 2)

Il processo complessivo ha avuto quindi passaggi continui e complessi. Il primo passaggio fu quello imposto dalla legislazione nazionale, che prevedeva la chiusura degli ospedali sotto i 120 posti letti. Pertanto il primo *step*, obbligatorio e necessario, fu la riorganizzazione dei 4 piccoli ospedali versiliesi in un unico presidio ospedaliero; i 4 piccoli ospedali, diventarono i “padiglioni” dell’unico presidio ospedaliero costituito, e ogni padiglione aveva le sue specialità che non si duplicavano negli altri: la ortopedia si faceva solo a Viareggio, la ostetricia e ginecologia si faceva solo a Pietrasanta, la riabilitazione si faceva solo a Seravezza, che era il più piccolo, e a Camaiore c’erano oculistica e dermatologia, che poi furono trasformate quasi subito in attività ambulatoriale e fu inserito, sempre a Camaiore, un nucleo di RSA e il primo *hospice* in assoluto in toscana e, tra l’altro, Camaiore fu il primo padiglione all’interno del quale fu realizzata la guardia medica territoriale. In sintesi, nei provvedimenti e nei rapporti con le amministrazioni comunali, in Versilia “l’ospedale unico” (inteso come presidio ospedaliero unico) c’era già, si trattava “solo” di convertire questa unicità anche in una struttura edilizia unica, moderna e razionale.

“Gli obiettivi erano quelli di trasformare il sistema sanitario locale, soprattutto le strutture ospedaliere che si erano stratificate, avevano criteri differenti, che poi erano state riunificate perché in fasi precedenti alla realizzazione del nuovo edificio, e della nuova struttura ospedaliera, c’era stata comunque una fase di accorpamento di reparti, e quindi l’uso dei vecchi edifici era già stato razionalizzato, con difficoltà naturalmente che derivavano dalle vecchie strutture e anche dalle persone, perché erano dell’entroterra e avevano stili di conduzione della sanità differenti, però il prospetto che aveva poi facilitato la scelta di fare un unico ospedale c’era stato, quindi un po’ dal punto di vista di questa linea, della modifica della centenaria storia degli ospedali (ci sono ospedali che hanno più di cent’anni, vedi quello di Camaiore ma anche altri, quindi nel vissuto collettivo erano un oggetto a cui non si poteva rinunciare), aveva già avuto una fase di preparazione perché gradualmente, prima Viareggio e Pietrasanta, poi solo Pietrasanta, e così via... nel tempo i reparti erano già stati chiusi e potenziati sostanzialmente in due poli, uno a Pietrasanta e l’altro a Viareggio. Quindi l’obiettivo era quello di trasformare anche quel sistema in un sistema moderno che oltre a offrire con tutta l’infrastruttura di ultima generazione, almeno quando allora fu progettato e realizzato, anche un sistema di offerta, di ospitalità, di confort alberghiero moderno perché gli altri ospedali erano con non molte camere a pochi posti, invece questa era l’ottimizzazione delle risorse, era un complesso di fattori che ha portato gradualmente a indirizzarsi verso quella scelta di ospedale unico.” (Intervista 4)

Gli intervistati riconducono quindi principalmente il processo di chiusura e riconversione all’obiettivo di aumentare gli standard di efficienza, efficacia e qualità dei servizi: le potenzialità assistenziali, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, nonché sul fronte qualità e tipologia delle prestazioni, sono molto incrementate dal momento della messa in funzione dell’Ospedale “Versilia”. I vecchi ospedali erano edifici datati, se pur storicamente inseriti, e non più in grado di

rispondere adeguatamente ai criteri di valutazione della sanità moderna e di inserirsi nella rete territoriale, ma piuttosto tendenti ad assolvere funzioni socio-assistenziali, se non a rispondere a logiche di tipo occupazionale e di consenso. Il processo mirava quindi, secondo gli intervistati, anche a riqualificare la spesa e a garantire risposte assistenziali adeguate di fronte a un mondo assistenziale in evoluzione, in cui l'ospedale doveva delinearci sempre più come struttura sanitaria per il ricovero dell'acuzie. Oltretutto l'ospedale unico avrebbe consentito di dare maggior rilievo e pregio all'azienda sanitaria, avrebbe consentito il suo mantenimento e avrebbe sicuramente attratto nuovi professionisti e "primariati di prestigio", di conseguenza, nuove professionalità e specialistiche, in modo da rispondere in modo adeguato sia ai bisogni della popolazione residente, sia ai bisogni degli ospiti, dato il triplicarsi del bacino di utenza durante i fine-settimana, il periodo estivo e il Carnevale:

"L'ospedale unico ci ha consentito di vincere la battaglia per il mantenimento dell'ASL Versilia quando la regione ha ridimensionato le ASL, in toscana ci sono 12 ASL a fronte di 10 province e una siamo noi, e la scelta dell'ospedale Versilia è diventato un punto di eccellenza che ci ha consentito di mantenere la nostra ASL e avere un governo della sanità sul nostro territorio e quindi non in un ambito provinciale dove avremmo subito una forte subalternità come subiamo in altri settori, ma per fortuna non nella sanità, dove quando ci sediamo al tavolo di area vasta contiamo qualcosa." (Intervista 5)

LA COSTRUZIONE DEL CONSENSO

Il consenso sociale è stato cercato, costruito e sostanzialmente ottenuto nel corso del tempo, facendo leva sui principali interlocutori e portatori di interessi, quali gli Enti Locali, i Comitati della Cittadinanza, i Sindacati e le Associazioni di Volontariato, che hanno avuto un ruolo importante, in particolare durante la fase fra la costituzione di un unico presidio ospedaliero (ma suddiviso in più padiglioni) e l'effettiva realizzazione dell'ospedale unico: fra i padiglioni ci sono alcuni chilometri, quindi fondamentale è stato, nel periodo di transizione, avere una rete di emergenza territoriale veramente efficiente per i collegamenti e per utilizzare il padiglione giusto a seconda della patologia. Ciò ha consentito di ottimizzare le risposte al cittadino, soprattutto in caso di emergenza: l'Azienda USL 12 Viareggio è stata tra le prime a realizzare il servizio di 118 e le Associazioni di Volontariato (le Misericordie e le Pubbliche Assistenze, nelle figure dei loro rispettivi presidenti) parteciparono attivamente al progetto dell'emergenza territoriale, e ciò fu un veicolo per ottenere un consenso anche delle amministrazioni comunali e della cittadinanza. Punto di forza per la costruzione del consenso intorno alla nuova offerta sanitaria in Versilia, fu proprio la diffusione dell'idea, nell'opinione pubblica e nelle amministrazioni comunali, che il nuovo ospedale era solo una parte, di spicco ma pur sempre solo una parte, della riorganizzazione sanitaria complessiva, che avrebbe offerto servizi mirati, equi, di qualità, e diffusi nel territorio per rispondere nel modo migliore ai bisogni socio-sanitari della popolazione: furono riorganizzati i servizi distrettuali con la diagnostica (non radiologica), i poliambulatori, i centri della medicina del territorio, anche grazie al sostegno del progetto da parte delle aggregazioni di medici di famiglia, nelle sedi distrettuali vi erano ecografi e punti di primo soccorso, fu quindi un'organizzazione complessiva della sanità territoriale presentata come il "Progetto Sanità Versilia", dove l'ospedale era un componente, sostenuto in rete dai servizi territoriali e da una grande riorganizzazione

dell'assistenza domiciliare (1000 assistiti a casa ogni giorno, ad esclusione solo del primo maggio e del capodanno). Altro veicolo fondamentale per la costruzione del consenso furono i MMG, in raccordo con gli specialisti ospedalieri, con i quali fu previsto di condividere il progetto, anche edilizio, del nuovo ospedale, furono fatte riunioni di Direzione Sanitaria, coi primari e i caposala, e da questo vennero fuori le prime indicazioni di modifica anche strutturale, si apportarono le necessarie variazioni, anche poca cosa, ma in base alle indicazioni del personale, che si sentì così coinvolto nelle scelte relative alla nuova struttura dove sarebbero di lì a poco andati a lavorare. Altra mossa di costruzione del senso fu coinvolgere le organizzazioni sindacali, alle quali fu consentito di visitare completamente l'ospedale in fase di realizzazione della struttura edilizia, e furono accolti ed integrati anche i loro suggerimenti che portarono ad ulteriori modifiche e migliorie.

“Una cosa che mi ricordo era quando facemmo vedere agli operatori della riabilitazione, che venivano via da Seravezza (un paradiso dove avevano tanto spazio, poi lo spazio c’era perché erano 70.000 mq e la somma dei 4 ospedali non arrivava a 40.000) le loro stanze e ci dissero che mettevano i pazienti subito in carrozzella, per renderli autonomi, quindi si fecero allargare le porte dei bagni, senno con le carrozzelle ci si muovevano male, quindi il problema fu risolto modificando i bagni. Chiamai il capocantiere e feci segare il cemento armato, così c’era un bagno a accesso allargato in ogni camera.” (Intervista 3)

In sintesi, l'operazione centrale di riorganizzazione effettiva è iniziata intorno al 1990 e ci sono voluti circa dieci anni di tempo tra chiusura dei vecchi presidi e apertura dei nuovi. Si è però evidenziato come, dopo un lungo periodo di dibattito e di dimostrazione di campanilismi di varia origine e natura, il nuovo modello organizzativo, in termini di realizzazione logistica, abbia invece preso corpo in tempi molto ristretti. Fin dai primi momenti della discussione, gli intervistati descrivono un processo contraddistinto dai caratteri di una grande battaglia culturale, sia sul fronte della ridefinizione dei ruoli dei professionisti coinvolti che soprattutto delle rivendicazioni espresse dalla cittadinanza interessata (attraverso i Comitati), spesso in sinergia a fini di opposizione. Da un lato infatti, la riorganizzazione conseguente alla chiusura e alle riconversioni avrebbe creato disagi e resistenze da parte del personale, anche dovute al profilarsi di spostamenti sul territorio o pendolarismi; d'altro canto, gli spostamenti necessari da parte della cittadinanza facevano il resto (soprattutto per il venir meno di rapporti fiduciosi e “familiari” fra utenza e personale ospedaliero).

“Devo dire che mi è sembrata una bella gestione e anche il numero di anni che ci sono voluti e la litigiosità sono stati ben contenuti, perché cambiare le abitudini è sempre difficile per tutti, e questo va messo sempre in conto quando si va verso una novità, mi sembra che il risultato sia stato buono.” (Intervista 2)

Gli intervistati ricordano di aver nella maggior parte dei casi ovviato alle difficoltà, cercando di limitare l'impatto sulle vite quotidiane e di aver risposto alle difficoltà con incentivi al personale, volti a incrementare la motivazione, l'impegno e il coinvolgimento nel progetto del nuovo ospedale, tanto che il punto di forza dell'intera operazione sono stati proprio i professionisti:

“I maggiori ostacoli sono stati alcuni campanilismi locali ma di basso livello. I fattori favorenti specialmente negli ultimi 4-5anni sono nati da un gruppo esteso di professionisti che ci credevano. Perché si è verificato (forse c’è stata anche un po’ di fortuna, non lo so...) che quelli che non ci credevano sono andati via, sono andati in pensione, si sono un po’ tirati fuori e quindi sono rimasti quelli trainanti che credevano nel nuovo. Ovviamente poi la domanda sanitaria della popolazione è legata a come i professionisti si pongono. Se i professionisti sono motivati prendono per mano i pazienti e li convincono che si va verso il meglio allora i pazienti gli vanno dietro perché si fidano dello specialista quindi se un chirurgo ti dice che in quella chirurgia avrò tutto quello che non può avere qui allora il paziente gli va dietro. Poi in ultimo è stato importante la differenza enorme di confort alberghiero che c’era fra prima e dopo e io credo che quello sia stato un passaggio significativo e sicuramente i primi che si sono ricoverati nell’ospedale nuovo poi hanno fatto un passaparola buono e positivo sul nuovo ospedale notando questa differenza e decidendo che il nuovo era meglio del vecchio. Il passaparola è stato efficace, un fattore di successo.”
(Intervista 2)

Nel caso della cittadinanza, pare non si sia trattato della realizzazione di un processo partecipato, quanto della costruzione di consenso intorno a un progetto, arginando il conflitto, informando, fornendo spiegazioni, mediando e proponendo risposte ai vari livelli di criticità emergenti:

“Il sindaco di Camaiore e di Viareggio, la Conferenza dei Sindaci tutta, sono stati in quel periodo sostenitori del nuovo ospedale e anche il 118 e le associazioni di volontariato che hanno dato sostegno al progetto; la sede del 118 è attualmente dentro all’ospedale.”(Intervista 2)

Anche i media sono stati sostanzialmente d’aiuto. Non sono mancate le notizie negative, ma da una valutazione complessiva, si evince che hanno permesso di gestire il consenso sul fronte della cittadinanza con il supporto dell’amministrazione, affiancandosi ad un’operazione graduale di diffusione delle informazioni sullo sviluppo e la disponibilità dei nuovi e riorganizzati servizi territoriali:

“Sulle strutture l’ho visto giocato più dai media, ma io credo col senno di poi - senza ricordare il quotidiano perché tante volte soffermarsi troppo sul quotidiano rischia di farti perdere la visione strategica - io credo che in questi 7 anni la reazione complessiva di media opinion leader e politici compresi sia stata positiva e credo che la realizzazione di tutto questo sia stata possibile anche grazie alla comprensione alla partecipazione e talvolta alla spinta dei politici e dei giornali, almeno quelli più illuminati che hanno capito l’importanza di un ospedale unico bello superando il campanilismo.” (Intervista 1).

“No, un ostacolo no. Hanno diffuso informazioni, all’inizio si hanno parlato delle battaglie dei singoli comuni e dei campanilismi ma poi l’interesse è passato sulla battaglia per la conquista dell’ASL Versilia, per vincere la quale l’ospedale unico era un punto di forza, quindi sono stati favorenti. Oltretutto facemmo una manifestazione a Firenze per la ASL Versilia e con questo ricompattammo i

sindaci sull'ospedale unico. E i media parlarono della nostra manifestazione e la ASL Versilia era collegata alla realizzazione del nuovo ospedale e questo ha consentito la svolta, era il 1996. Questa manifestazione fu promozionale, e di natura culturale" (Intervista 5)

In sintesi quindi, a detta degli intervistati i maggiori ostacoli al consenso furono quelli legati ai campanilismi cittadini e agli interessi individualistici (sia commerciali che del personale dipendente), che furono ovviati facendo riunioni ed incontri a vari livelli, coi sindaci, coi comitati tecnici dei comuni, coi vigili urbani e con la cittadinanza, e non ultimi gli incontri con i tassisti e con i responsabili delle linee di trasporto pubblico, che dovevano fornire un servizio extra-urbano data la collocazione del nuovo ospedale a Lido di Camaiore. Gli aspetti legati alla viabilità e alle impostazioni urbanistiche assumono rilievo soprattutto nel periodo estivo, dato il traffico versiliese e il suo forte incremento.

LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO E I PRINCIPALI AMBITI DI INTERVENTO

I vari piani regionali che si sono susseguiti negli anni, hanno fatto in modo che i progetti di chiusura/riconversione venissero portati avanti, anche se l'occasione di avviare concretamente la realizzazione è stato l'art. 20 della legge finanziaria del 1988, che destinò 20mila miliardi per la riconversione delle strutture sanitarie e ospedaliere in Italia, comprese le strutture intermedie fra le famiglie e la struttura ospedaliera vera e propria. La toscana realizzò programmi precisi e puntuali in questa direzione, ottenne il finanziamento dal ministero del tesoro. Il processo di chiusura e riconversione dei piccoli ospedali si è sviluppato in un ampio arco temporale e, di conseguenza, in una cornice normativa articolata. In prevalenza, gli intervistati la riconducono a una serie di indirizzi programmatici della Regione Toscana in termini di razionalizzazione della rete e di leggi di organizzazione socio-sanitaria, sostenuti anche piani sanitari, piani attuativi locali e leggi nazionali, in primo luogo, la Legge Finanziaria 1992 n. 412 del 30/12/1991 - Disposizioni in materia sanitaria art. 4, comma 3 "Riconvertire gli ospedali che non raggiungono lo standard minimo di 120 posti letto". Nel caso specifico della Versilia, a livello aziendale fu essenziale la decisione dell'allora Comitato di gestione, che con la Deliberazione n. 1089, già prima del 1995, sulla riorganizzazione dell'attività ospedaliera, definiva il Progetto del "Presidio ospedaliero unico", pur articolato nei 4 padiglioni/ospedali esistenti.

Da un punto di vista del finanziamento complessivo del processo (l'ospedale Versilia è costato intorno ai 200 miliardi di vecchie lire), gli intervistati fanno riferimento ai fondi ministeriali e regionali, ai fondi di investimento, e in alcuni casi alla vendita e riconversione di strutture fra ASL e Ente Locale.

"Purtroppo non abbiamo avuto fondi europei, abbiamo avuto fondi dalla regione, fondi di investimento e abbiamo avuto risvolti positivi anche sulla economia gestionale dell'azienda nel senso che noi avevamo il giorno dell'inaugurazione dell'ospedale quasi una ventina di affitti passivi nel senso che eravamo in diverse sedi pagando affitti invece quest'opera di ristrutturazione del compendio immobiliare ci ha consentito di fare il miglioramento delle sedi per cui dotarle di confort dall'aria condizionata agli spazi migliori al mobilio migliore etc, e ci ha consentito di stare a svolgere i nostri servizi

ovunque in casa nostra, abbiamo un'unica sede che non è di nostra proprietà ed è a torre del lago e la stiamo comprando in modo che tutti i servizi sanitari della versilia si svolgano in locali di proprietà dell'ASL riarredati proprio in questi ultimi 5-6 anni.” (Intervista 1)

“Noi abbiamo avuto sempre fortuna nella realizzazione perché c'erano le risorse di partenza è stato individuato come meccanismo aggiuntivo la vendita di una parte degli edifici e poi c'erano risorse aggiuntive e nel momento cruciale in cui spesso si interrompono le opere in fondo, c'è stato il fondo (il ministro allora era la bindi) che garantì il completamento del lavoro quindi il progetto non ha mai avuto interruzione, e si è potuto dall'inizio, dalla presentazione fino al mettere l'ultimo aggeggio, avere le risorse, poi c'è stato in quella fase un direttore generale, pallini, all'altezza del compito, infatti gliel'ho anche detto personalmente, era la persona giusta per questo compito, e ha saputo svolgere il suo compito anche per la realizzazione del passaggio e del trasferimento dei vari reparti che è una cosa complessa, e ha gestito bene tutti i fattori che erano in gioco, è stato una carta vincente” (Intervista 4)

Vengono poi sottolineati l'impegno confermato nel tempo a trasferire competenze e responsabilità ai nuovi presidi, l'acquisizione di ulteriori livelli assistenziali e di risorse professionali per supportarli, nonché l'acquisizione di più alti standard di qualità e competenze. Sono state necessarie acquisizioni di nuove figure professionali, ad esempio per la struttura di fecondazione assistita, e fu creato “l'energy manager” per seguire i nuovi impianti e ottimizzare le tecnologie.

“Abbiamo aperto servizi nuovi e quindi abbiamo dovuto prevedere figure nuove, per esempio gli addetti alla procreazione medicalmente assistita o per la riabilitazione cardiologia abbiamo preso un cardiologo riabilitativo, abbiamo aperto la riabilitazione codice 75 e abbiamo dovuto dotarci di un numero maggiore di medici e di fisioterapisti, e per quanto riguarda la riconversione principale avendo potenziato i servizi del territorio (circa un 50% in più di assistenza domiciliare) questo ha presupposto delle risorse da assegnare al territorio maggiori rispetto a prima” (Intervista 1)

Non sono mancate però le operazioni “dolorose”:

“Una delle operazioni un po' più dolorosa che è stata fatta è stata perché l'ospedale è tutto robotizzato per trasporti pesanti con le tartarughe che portano cibo rifiuti con un software centralizzato per cui tutto questo trasporto ha escluso gli ausiliari e sapendo che sarebbe stato così gli ultimi anni prima di entrare nel nuovo presidio furono fatti contratti a tempo per questi ausiliari addetti ai trasporti (circa 30) e questo creò qualche problema coi sindacati all'inizio perché ci fu una notevole riduzione del personale dei trasporti nel giro di 3 anni. Poi alcune unità operative sono diventate uniche quindi abbiamo ridotto i primariati ma dato che questa cosa era pensata per tempo ci siamo arrivati quasi con una gradualità legata ai pensionamenti e ogni pensionamento era un'opportunità in questo senso” (Intervista 2)

Gli intervistati sottolineano poi l'importanza avuta nel processo dall'impegno formativo e motivazionale:

“Sono stati formati tutti in aula ma anche dentro all'ospedale nuovo prima di andarci a lavorare e ognuno poteva visitarlo. E non solo al personale ma anche alle scuole e abbiamo anche provato a vedere come si poteva fruire della segnaletica a colori per i percorsi, con prove di usabilità abbiamo fatto tanto lavoro su questo” (Intervista 2)

A questo ambito di intervento sulle competenze professionale, pare poi essersi affiancato un intervento di implementazione della rete tecnologica. Il trasporto leggero e pesante sono stati entrambi automatizzati: il servizio pasti, il servizio di farmacia centrale, il servizio di lavanderia, lo smaltimento dei rifiuti. Grazie a questi robot, è stata possibile l'organizzazione razionalizzata dei tempi, più funzionali alle esigenze dei pazienti.

UNO SGUARDO DI INSIEME SULL'ORGANIZZAZIONE ATTUALE

Il territorio è attualmente organizzato in un'unica Zona-Distretto, nella logica di una struttura organizzativa complessa, costituita dall'insieme di tutti i presidi territoriali, in un'ottica di sistema di rete. La realizzazione del nuovo ospedale ha consentito di ridisegnare l'intero sistema organizzativo, riconvertendo i quattro ex-ospedali (diventati padiglioni nella fase intermedia), che oggi sono diventati punti nodali della rete di servizi sanitari, strettamente collegati e integrati tra loro e con l'Ospedale. Attraverso la complessiva riorganizzazione, si è notevolmente ridotta la precedente dispersione dei servizi territoriali e sono stati realizzati centri polifunzionali in risposta ai reali bisogni dei cittadini, nell'ottica del percorso assistenziale, quale *input* di progettazione dei servizi. Nel dettaglio, oggi la parte storica del vecchio ospedale di Viareggio è sede distrettuale principale, all'interno della quale troviamo servizi amministrativi, sociali e sanitari, di base e specialistici, di diagnostica e riabilitazione, consultoriali, di prevenzione, di educazione alla salute e di formazione del personale; all'interno del “Tabarracci” infatti si trovano risposte ai bisogni soprattutto degli anziani, in una gestione ASL-Comune (vedi ad esempio la geriatria territoriale). Il vecchio ospedale Lucchesi di Pietrasanta è sede oggi del Dipartimento di Prevenzione e vi è un punto di risposta distrettuale con le principali attività (vedi punto prelievi, vaccinazioni e il poliambulatorio). A Seravezza, nell'ex-ospedale Campana, troviamo una RSA e un ambulatorio di primo soccorso. A Camaiore, vi sono un poliambulatorio, una residenza per disabili e una per anziani non autosufficienti, nonché dei miniappartamenti per realizzare la residenzialità delle persone con problemi di salute mentale, a bassa intensità assistenziale.

LA RETE

Lo sviluppo della rete territoriale conferma una struttura di relazioni creata per potenziare l'integrazione tra le varie strutture territoriali, tra l'ospedale e il territorio, tra i servizi ASL e i MMG, e tra la ASL e le associazioni di volontariato:

“Noi abbiamo un punto in cui concordiamo con la ASL: sul trasporto sanitario e sugli interventi sul territorio, sicuramente sì...tanto che alcune sedi di volontariato funzionano anche come punti di primo soccorso in accordo con l'azienda sanitaria,

noi qui a Viareggio alla croce verde ad esempio abbiamo un punto di primo soccorso per non ingolfare il Pronto Soccorso dell'ospedale unico" (Intervista 7)

"Anche qui sulla programmazione si è rivisto tutto insieme e si sono migliorate le cose con una più attenta organizzazione nell'allertare le ambulanze ad esempio per le dimissioni che e sta tornando indietro si ottimizza si blocca e gli si fa fare una dimissione" (Intervista 6)

"C'è una bella rete di servizi sul territorio perché il Versilia è stato concepito più come struttura sanitaria reale, tutte le altre sono decentrate sul territorio in modo da rispondere alle esigenze del cittadino" (Intervista 6)

Lo sviluppo della rete, in una logica di integrazione di servizi all'interno dell'Area Vasta, viene più volte citato all'interno delle interviste, come ulteriore possibilità di sviluppo dei servizi attuali e come valorizzazione delle specifiche attività svolte dentro al Versilia:

"In Area Vasta abbiamo affrontato meno i problemi del territorio, naturalmente la programmazione del nostro ospedale è stata ricompresa nella programmazione di Area Vasta, però le politiche territoriali hanno meno una connotazione di programmazione a livello di Area Vasta, ed è rimasto questo nell'autonomia aziendale. Intanto le strutture sono state messe in rete in senso tecnico, sono state collegate proprio dal punto di vista del sistema informativo, in modo che colloquiano con l'ospedale, colloquiano fra di loro, e sono state razionalizzate secondo l'uso e l'esigenze dei singoli comuni che rammentavo prima, anche coi comuni che non erano sede di ospedali; poi c'è una rete di servizi ad esempio di tipo psicologico o di prelievi del sangue, etc... che funziona appunto contando su questa distribuzione territoriale della Versilia, che fa parte della programmazione dell'intera Area" (Intervista 1)

L'attuale ospedale è quindi in rete con i servizi e gli ospedali presenti all'interno dell'Area Vasta, e garantisce prestazioni di alto livello anche ad altri bacini di utenza, adiacenti al proprio. Per garantire la promozione della rete gli obiettivi di budget hanno più volte negli anni valorizzato l'integrazione di rete, in accordo con sindacati e camere del lavoro, in modo da coinvolgere tutto il personale nella promozione complessiva della rete sei servizi. fanno parte della rete anche alcune strutture private, che garantiscono l'offerta complessiva:

"C'era un'organizzazione reticolare specifica in Versilia, con due case di cura: il San Camillo (struttura specialistica) a Forte dei Marmi e il Barbantini di Viareggio (per l'integrazione delle attività di medicina interna e una parte di RSA, come una sorta di hospice aggiunto). Da una logica territoriale a una logica di rete, io fino al 2002 e poi il Dr. Sassoli" (Intervista 3)

"Il discorso d'Area Vasta porta opportunità e rischi. Il punto di forza del Versilia

è che ha una struttura molto migliore degli ospedali di Pisa e quindi ha attratto anche servizi interessanti da un punto di vista di mercato sanitario. Si rischiava di perdere le prestazioni nel progetto di Area Vasta, invece questo non è avvenuto e sono rimaste sotto varie formule alcune prestazioni che sono una dependance del dipartimento di Pisa e quindi invece che impoverita si è arricchita l'offerta, anche perché l'immobile sennò veniva usato solo in minima parte...dal progetto iniziale i reparti si sono rimpiccioliti quindi sono rimaste delle parti di immobile da utilizzare e sono state utilizzate per servizi collegati al ragionamento di Area Vasta, quindi per ora c'è un equilibrio abbastanza buono" (Intervista 4)

"Le strutture sorte dalla riconversione sono state messe in rete attraverso questo meccanismo d'Area Vasta, che ha tutta una serie di dipartimenti che funzionano da molto tempo e questi dipartimenti sono coordinati da un direttore che è un direttore sanitario che è però un po' come un facilitatore perché in realtà chi davvero si deve relazionare sono i professionisti che sono uno per le varie aziende e che possono mettere a punto quali sono i problemi principali. Ad esempio per le cure intensive oramai i professionisti d'Area Vasta sono tra loro collegati" (Intervista 2)

"La rete degli ospedali funziona perché si stabilisce una relazione con le aziende periferiche, attraverso i professionisti, per cui poi passarsi un paziente diventa molto facile e c'è una condivisione, per cui diventa una rete reale allargata, dove è più facile far muovere i pazienti, perché i professionisti sono davvero in rete. Se ci sono ospedali con potenzialità di rete forte (verso una rete informatica e un RIS-PACS unico per la radiodiagnostica d'Area Vasta) quando andremo a regime con questo sistema un neurologo di un pronto soccorso potrà trasmettere un'immagine e già si prepara la sala operatoria neurochirurgia, quindi un incidente è ininfluente che sia successo a Seravezza perché praticamente il tempo per preparare la sala è il tempo necessario per ricoverare il paziente. Gli esami vengono mandati in rete quindi è come se fosse un unico grande ospedale con sedi periferiche dove ovviamente l'alta specialità è soltanto al centro, ma ad esempio i trapianti non possono stare altro che nel centro e questo fare un unico laboratorio dei trapianti è una garanzia perché tutte le aziende inviano lì alcuni esami e i donatori sono quelli in questo centro centrale d'Area Vasta dove effettueranno poi l'attività chirurgica del trapianto; e questo deve essere sostenuto con i professionisti perché le prestazioni le fanno i professionisti, la soddisfazione del paziente la fa fondamentalmente il professionista, le sinergie migliorano la qualità" (intervista 2)

"È chiaro che se queste cose circolano sulla rete, anche con connessioni e con contatti, dopo è molto semplice e il management rispetto all'Area Vasta è una facilitazione, che deve essere ovviamente forte, autorevole, deve fondamentalmente far toccare con mano ai professionisti che così è meglio. (...) Ora noi con la rete di area vasta abbiamo fatto di più perché abbiamo messo in rete le tecnologie e condiviso le linee guida. C'è stato invece un momento pericolosissimo secondo me in cui ogni piccolo ospedale ha pensato di poter far tutto. E lì si sono moltiplicate le spese. E si è peggiorata la qualità. (...) Allora se questa osmosi è favorita dal sistema, perché il sistema sanitario regionale è in rete per sua definizione, in qualche

*modo questo abolisce la competitività e favorisce la sinergia e la collaborazione”
(Intervista 2)*

ALCUNE VALUTAZIONI

Da un punto di vista del benessere organizzativo e del clima delle relazioni interne, gli intervistati sembrano esprimere soddisfazione per il buon livello relazionale tra professionisti, tanto che dalle indagini di clima svolte dall'Istituto Superiore Sant'Anna emergono ottimi livelli di benessere organizzativo all'interno della struttura. Anche per quanto riguarda la performance generale della struttura ospedaliera, nonché per i livelli di qualità ed equità, e sostenibilità nel tempo, è parere generale degli intervistati che il Versilia bene ha risposto alle esigenze sanitarie dell'utenza. Tuttavia vi è la necessità di migliorare gli indicatori di monitoraggio, rendendoli più precisi da molteplici punti di vista, non ultimo quello del rapporto con la cittadinanza e della valutazione a posteriori dell'efficienza ed efficacia della riorganizzazione sanitaria complessiva:

“L'ospedale è stato progettato in un bel posto, con un bell'impatto ambientale per la pineta, in un posto stupendo vicino al mare, ma si vedono le Apuane, è molto luminoso aperto con una bella hall quindi i progettisti gli ideatori e il collega che prima di me l'ha diretto hanno fatto un bel lavoro; poi ora c'è il problema del pronto soccorso, che è piccolo, ma forse allora non si sapeva, perché gli accessi sono cresciuti, le criticità si evidenziano nel viverlo, come ogni cosa, ma in Italia non credo esistano tanti ospedali come questo e comunque siamo in continuo cantiere per migliorarlo (ad esempio mettiamo ora le porte girevoli per risparmiare energia, ristrutturiamo il PS e proprio oggi abbiamo inaugurato il PS pediatrico nuovo)” (Intervista 1)

Nel complesso, anche il rapporto con la cittadinanza, portata a termine la fase di chiusura dei vecchi presidi, pare essere valutato dagli intervistati come positivo, frutto in primo luogo della graduale acquisizione di consapevolezza dell'aumento della qualità offerta dalle nuove strutture anche se al momento persistono alcune problematiche legate alla sottostima delle necessità di Pronto Soccorso:

“Sicuramente il rapporto con l'utenza e la cittadinanza è positivo.. storicamente c'erano molti pregiudizi negativi che nel tempo sono scomparsi. C'è questo punto debole del pronto soccorso, perché si va nell'emergenza. E l'emergenza non è quella che dicono i medici. I cittadini la giudicano ognuno per conto suo e quindi al di là delle cose, dei protocolli, uno sta lì 4 o 5 ore e non esce fuori tutta sta pubblicità...insomma uno poi rumoreggia, e parla negativamente, quindi quella cosa lì andrebbe curata di più” (Intervista 4)

“C'è gente che si lamenta del pronto soccorso...ma complessivamente sull'ospedale unico sono contenti, il problema estivo del pronto soccorso andrebbe risolto, comunque rispetto ai piccoli ospedali è cambiato molto il clima nelle persone che se aspettano 5 minuti “chiamano i carabinieri” quindi non vorrei fosse questo, penso che l'ospedale sotto casa lo volevano per egoismo, invece ora sapere che ci sono certi primari e certi professori “di nome” piace alla cittadinanza che su questo ha parere positivo (rispetto a

prima), il problema della soddisfazione dell'utenza oggi è ampio, la gente non è mai contenta...e vorrebbe tutto gratis...siamo fatti così..." (Intervista 6)

Alla luce di queste valutazioni, la posizione rispetto all'effettiva sostenibilità del processo pare unanime, in senso positivo, con l'intenzione di un miglioramento continuo della rete complessiva dei servizi:

"Le criticità, ma ci sono da tutte le parti, a dire che non è un sistema migliorabile si direbbe una bugia, mi sembra che in generale sia un sostenibilità abbastanza buona anche nel tempo secondo me non si può altro che migliorare." (Intervista 7)

"Sostenibilità...Assolutamente sì, anche se una parte di strutture devono essere finite di realizzare, e in più saranno necessarie strutture per rispondere sul territorio a domande di livello intermedio, ma complessivamente il progetto ospedale unico è andato bene, e poi c'è da risolvere la questione del pronto soccorso, per il quale ad oggi le risposte sono ancora non efficaci e si intasa il pronto soccorso dell'ospedale Versilia. Io penso che la soluzione sia molto nel rafforzamento delle cure primarie, studiando un modello funzionante per questo." (Intervista 5)

"Complessivamente il giudizio è buono. Anche perché continua a essere buono il rapporto coi MMG, che fanno molta opinione. Ed è buona. E sono "gli specialisti" più importanti per un ospedale, in senso organizzativo. Perché "diffondono il prodotto". (Intervista 3)

"Io sono convinto che i versiliesi sono intelligenti, e i loro amministratori sono accorti, per cui sono convinti di avere ora un bell'ospedale, con tanti servizi importanti nell'ospedale e nel territorio, nei vecchi ospedali riconvertiti, e questo ha favorito anche l'occupazione, per cui penso un giudizio positivo, magari rimane qualche dubbio culturale ma quando le cose si risolvono positivamente finisce che la gente concentra l'attenzione su quelle poche cose residuali che non vanno bene, ma questo è anche normale." (Intervista 1)