

**COLLANA DEL DIPARTIMENTO DI SOCIOLOGIA E DIRITTO DELL'ECONOMIA  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

**Sezione giuridica**

# **Diversità culturale come cura, cura della diversità culturale**

*a cura di*

**Beatrice Bertarini e Caterina Drigo**



**G. Giappichelli Editore**

COLLANA DEL DIPARTIMENTO DI SOCIOLOGIA E DIRITTO DELL'ECONOMIA  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

---

Sezione giuridica – 14

## *Volumi pubblicati*

### Sezione giuridica

1. B. Bertarini, *Tutela della salute, principio di precauzione e mercato del medicinale. Profili di regolazione giuridica europea e nazionale*, 2016.
2. M. Belletti, *Corte costituzionale e spesa pubblica. Le dinamiche del coordinamento finanziario ai tempi dell'equilibrio di bilancio*, 2016.
3. E. Menegatti, *Il salario minimo legale. Aspettative e prospettive*, 2017.
4. B. Bertarini, *La riqualificazione delle aree di crisi industriale complessa. L'intervento pubblico tra mercato e persona*, 2017.
5. C. Golino, *L'intervento pubblico per lo sviluppo economico delle aree depresse tra mercato e solidarietà*, 2018.
6. F. Cicognani - F. Quarta (a cura di), *Regolazione, attività e finanziamento delle imprese sociali. Studi sulla riforma del terzo settore in Italia*, 2018.
7. G. Marchianò, *Regolamentazione amministrativa delle libertà economiche nel mercato comune*, 2018.
8. F. Gennari (a cura di), *Lo sviluppo sostenibile delle micro piccole e medie imprese*, 2019.
9. R. Pini, *Democrazia bella. Democrazia incompiuta. Democrazia infranta*, 2019.
10. A. Santuari, *I servizi socio-sanitari: regolazione, principio di concorrenza e ruolo delle imprese sociali*, 2019.
11. N. Soldati, *Tutela del consumatore e procedure di sovraindebitamento*, 2019.
12. C. Gandini - A. Montanari (a cura di), *Scritti giuridici*, 2019.
13. B. Bertarini, *Il principio di solidarietà tra diritto ed economia. Un nuovo ruolo dell'impresa per uno sviluppo economico inclusivo e sostenibile*, 2020.
14. B. Bertarini - C. Drigo, *Diversità culturale come cura, cura della diversità culturale*, 2020.

### Sezione sociologica

1. S. Sicurella, *Da quel giorno mia madre ha smesso di cantare. Storie di mafia*, 2017.

# Diversità culturale come cura, cura della diversità culturale

*a cura di*

Beatrice Bertarini e Caterina Drigo



G. Giappichelli Editore – Torino

© Copyright 2020 - G. GIAPPICHELLI EDITORE - TORINO  
VIA PO, 21 - TEL. 011-81.53.111 - FAX 011-81.25.100  
<http://www.giappichelli.it>

ISBN/EAN 978-88-921-3285-6  
ISBN/EAN 978-88-921-9257-7 (ebook - pdf)

*Volume finanziato dall'Università di Bologna nell'ambito del progetto di Ateneo ALMA IDEA, intitolato "Diversità culturale come cura, cura della diversità culturale", P.I. Dottoressa Beatrice Bertarini, Membro Dottoressa Caterina Drigo.*

La Collana si avvale di una procedura di referaggio doppio cieco (*double blind peer review*) per ogni singola proposta di pubblicazione scientifica.

*Stampa:* Stampatre s.r.l. - Torino

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

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

## *La Collana*

*Ubi societas, ibi jus.* Questo antico adagio romano dimostra oggi tutta la sua validità nell'indicarci quanto sia cruciale, per la scienza e per l'agire pratico, collegare fra loro i cambiamenti sociali studiati dalla sociologia e il diritto che cerca di dare loro una regolazione normativa. I contatti e l'influenza reciproca tra diritto e sociologia stanno crescendo di continuo ed i docenti dell'una come dell'altra disciplina sono scientificamente persuasi della loro scelta. L'auspicio è che il dipartimento di sociologia e diritto dell'economia possa esercitare un influsso non trascurabile su alcuni campi della ricerca e della riflessione scientifica di settore, talora soddisfatti del loro status quo (con un atteggiamento spesso isolazionista), talora troppo ancorati alla distinzione tra conoscenza dei principi astratti e conoscenza e fruizione dei fatti e delle pratiche sociali. Già da tempo sono emerse connessioni e mediazioni tra principi e realtà in una proficua reciproca fertilizzazione che è il contrassegno essenziale della posizione culturale del dipartimento; vale a dire una concezione della conoscenza che non è puro e semplice rispecchiamento di una realtà statica fuori ed indipendentemente dall'uomo-cittadino ma attività, non solo teorica, essa stessa aspetto della realtà in trasformazione. È così che la conoscenza dei nessi reali, nella dialettica fra le diverse forze umane e le forme di società, assume una sua dignità autonoma, caratteristica del dipartimento. Contro ogni assolutizzazione del metodo di ogni scienza particolare, contro ogni restrizione degli orizzonti e l'impovertimento contenutistico di certa scienza ufficiale. Ciò non toglie che il diritto e la sociologia possano rivendicare la diversità dei metodi di indagine e degli strumenti conoscitivi propri ma al contempo comporta che nella sussidiarietà reciproca possano 'vivere' all'interno dei contesti socio-economici imprimendo il loro rispettivo impulso.

Entrambi possono estroflettere le proprie forze per riconoscere e concorrere a superare le necessità delle collettività ed i loro impulsi indifferibili. Si pensi ad esempio alle materie di studio come l'autorità e la famiglia, l'impresa e la società, il lavoro e l'economia, l'imposizione fiscale e la solidarietà sociale, la società attiva e la società acquiescente, l'industria e l'ambiente con i relativi contrasti, il potere della comunità e quello del singolo, il sistema bancario-creditizio e le relative connessioni.

Oggi sembra stiano per cadere o per lo meno oscillano pericolosamente i presupposti di ogni legge eppure la legge risulta una condizione cronica della società contemporanea, dando luogo a situazioni talora paradossali talora sfuggenti all'interno delle quali l'uomo continua a vivere. Sembra essere messo in discussione

il legame della legge con il territorio, ma al contempo il legame ritorna quasi in un moto perpetuo sicché il diritto continua ad irradiarsi con ordini, condizionamenti, decisioni mentre la società tenderebbe a sottrarsene o a rovesciarli, perché la legge pretende una sorta di eternità dei principi che la sottendono mentre la società non vorrebbe essere sottratta ai flussi del tempo con intenzioni infuturanti progettuali autonome. È questa una delle tipiche occasioni in cui scienze sociologiche e giuridiche consentono di affrontare 'insieme' e contemporaneamente nuovi campi di possibilità costruttive, in una molteplicità ordinata che assicura la non contraddittorietà logica della possibilità della sua costruzione. Il diritto e la sociologia non sono ricavabili uno dall'altra ma possono riscontrarsi coincidenze proficue nell'equilibrio continuo delle procedure di libera scelta, pensando simultaneamente gli apparenti opposti, ordine-arbitrarietà, possibilità-necessità, affermazione-negazione. Costituiscono l'uno l'altrimenti dell'altra e al contempo la prossimità dell'altra al primo, senza mai sentirsi identici, pur integralmente affidati al lavoro di restaurazione degli istituti. Dispersioni e disaggregazioni possono assillarli, essendo entrambi essenza di se stessi, ciò che rende raro equivocarli, ma si influenzano reciprocamente nell'esposizione con cui si fanno conoscere e con cui sono stati.

Entrambi superano l'astratta separazione tra tempo vero e tempo apparente e sono dediti al presente per comprenderlo e sostanziarlo, abbracciando la vita in sé con la chiarezza che ne divide e ne rapporta le diverse dimensioni.

Sono discipline che realizzano 'il possibile', oltre ogni errante radice, nell'idea del dover essere della pienezza del presente e quindi entrambe contengono principi universali disincarnati da ogni terra e da ogni luogo, liberi dalla crescente instabilità del termine stesso di Stato.

Gli studiosi del dipartimento conoscono la necessità delle domande e la difficoltà frequente delle risposte, ma il domandare e il rispondere sono per loro elementi di una stessa dimensione e quotidiana abitudine di assumerli come un unico contesto.

Domanda e risposta sono due termini incommensurabili, e gli studiosi del dipartimento lo sanno, perciò sono attenti a non sprofondare nella dimensione della domanda, quando è riconosciuta priva di scopo e perciò inutile, avendo come fine la verità in quanto *próblema*. Così non percorrono vie di fuga, auspicando che la verità prenda forma, se non oggi, un'altra volta, con la pazienza di ottenerla.

È così che il dipartimento di sociologia e diritto dell'economia può essere inteso come labirinto protettivo degli studiosi rivolti al possibile delle risposte, anche se spesso si celano.

Nella fondamentale proposizione di far coincidere esistenza e costruibilità di cose nuove, con approfondito vaglio critico, nell'equilibrio delle due discipline, aperte una all'altra con lucidità.

Il dipartimento è dunque la forma di accoglienza che facilita e nutre il successo della ricerca, attività istintiva e fertile dei suoi componenti che insieme reagiscono al controllo esercitato sulle questioni dall'abitudine; con le loro narrazioni plurali tra il caos dei diritti, le istituzioni, le tradizioni giuridiche e sociali, i soggetti politici in cerca di legittimazione, i poteri nascosti che così tanto ricordano la crisi attuale, le nuove patrie, le tendenze isolazioniste, l'essere in relazione.

Ed è il luogo dell'ascesa di giovani intraprendenti che con le loro intuizioni creano una grande realtà, né impaludata né burocratica, vero riferimento in una globalità sempre più frammentata, in attesa del futuro, con coraggio morale in tempi squilibrati e storti di società subalterne e dilatate.

Sociologia e diritto dell'economia si sono accostate l'una all'altro nell'ambito di un nuovo dipartimento per la specifica funzione morale e sociale delle discipline e del ruolo dei loro studiosi. L'idea del 'compito' delle due discipline è stata centrale per il loro accostamento; tanto da sembrare strettamente legata e finanche suggerita da un'idea morale della società e del sistema giuridico. A questa idea si è affiancata poi la volontà di una intensa attività pubblica e di una altrettanto viva produzione scientifica.

La prossimità tra sociologi e giuristi ha messo in luce il valore politico delle norme e definita la loro funzione in relazione al sistema sociale ed economico e ha sottolineato il differente grado di adeguatezza pubblico-politica in vista della loro applicazione. Si sono trovati così a lavorare gomito a gomito numerosi intellettuali, in una schiera che ha riunito nella figura dello studioso attitudini di vita e vocazioni in una misura in parte anche lontana dalla tradizione accademica. Le due discipline hanno una propria unità intrinseca, guidate da propri principi originali ma le accomuna uno spirito che è lo sforzo di contrastare con puntuali riferimenti e analisi ogni decadenza, ogni sincretismo sui tempi attuali, articolando un senso nuovo dell'uomo in sé, del mondo, del dualismo tra l'uno e l'altro, del dinamismo societario, della conoscenza della verità sulla condizione umana individuale e collettiva.

L'accostamento delle due discipline può rappresentare l'opportunità di possibili novità nel metodo o nella attualità delle ricerche che sono gli elementi che intendono caratterizzare la Collana, aperta ai lavori anche di sperimentazione, o nella messa a fuoco del *proprium* di ogni disciplina, tutti considerati come compito e come responsabilità di ogni studioso. È questa la risposta a studi mistificatori e sedicenti scientifici di alcuni anni passati che enunciavano il crollo di tutti i principi e di tutte le regole. Questa Collana ha una funzione ordinante, regolatrice e costruttiva nel nostro sistema sociale, economico e giuridico, e vuole essere espressione di un sistema di valori economici, giuridici e sociali subito associati al concetto di persona umana senza restringere l'orizzonte scientifico ad una sola epoca storica. È così che le cose possono 'svelare' la loro esistenza a chi



le interroga seriamente, visitandole più volte, senza tuttavia svelare del tutto da dove vengono.

Risulta chiaro che la Collana contiene due punti di vista, entrambi necessari, nella comprensione della realtà, ma differenti e vuole superare le difficoltà o le perplessità che un loro avvicinamento ha più volte suscitato, soprattutto per la diffidenza di alcuni studiosi, nonostante siano coscienti della ormai imprescindibile natura interdisciplinare della ricerca, che si tratti di interdisciplinarietà interna o esterna; anche perché soltanto così si evita sicuramente che ogni scienza rifletta esclusivamente su se stessa e sul proprio ruolo e non prenda in considerazione riflessi, relazioni, interferenze che non possono non stimolare.

La Collana del dipartimento costituisce perciò il punto d'incontro speculativo tra le culture degli studiosi afferenti alla struttura e ha l'ambizione di avvalorare i loro apporti dediti al ritrovamento del senso vero della realtà; così ad esempio il giurista va oltre i classici confini dell'interpretazione della legge che non ne esauriscono obbligatoriamente il compito scientifico e il sociologo va oltre i confini delle regole sociali vigenti in una certa collettività, analizzandone il senso, le funzioni e le finalità di cambiamento della collettività stessa.

Risulta così che le due discipline, diritto e sociologia, possono affrontare nuovi argomenti tra scienza e politica, sottolineando la centralità del concreto rispetto all'astratto in una conclusione armoniosa.

## INDICE

	<i>pag.</i>
<i>Gli Autori</i>	XIII
BEATRICE BERTARINI-CATERINA DRIGO	
PREFAZIONE	1

BEATRICE BERTARINI

### L'EVOLUZIONE DELLA TUTELA DELLA SALUTE A LIVELLO INTERNAZIONALE ED EUROPEO. LE SFIDE FUTURE

1. Osservazioni introduttive. L'affermazione del diritto alla salute nel contesto internazionale	5
2. Il percorso storico giuridico del diritto alla salute nell'Unione europea	11
3. Programmi d'azione in materia di sanità pubblica e di Sistemi sanitari nell'Unione europea	17
4. Osservazioni conclusive. Le sfide future del diritto alla salute	23

CATERINA DRIGO

### L'APERTURA DEI SISTEMI SANITARI ALLA DIVERSITÀ CULTURALE: QUALE SPAZIO PER LE MEDICINE “NON CONVENZIONALI”?

1. La dimensione culturale del diritto alla salute	29
2. ( <i>segue</i> ): Quale spazio per le medicine “altre” e per la diversità culturale?	35
2.1. Profili concettuali e definatori	35

	<i>pag.</i>
2.2. Problemi epistemologici e giuridici sottesi all'integrazione di medicine e pratiche "non convenzionali"	38
3. Le politiche dell'Organizzazione mondiale della sanità e le tendenze di regolamentazione delle medicine non convenzionali nel contesto internazionale	41
4. Il contesto regionale europeo: fra diffidenza e tentativi di regolamentazione uniforme	46
5. Le medicine non convenzionali in Italia	51
6. ( <i>segue</i> ): Le Regioni e la sensibilità verso le medicine non convenzionali. Un panorama a geometria variabile	54
6.1 Percorsi di riconoscimento articolati e differenziati	54
6.2. Le medicine non convenzionali nella Regione Emilia-Romagna	59
7. La "forma dell'acqua": problemi aperti e spunti di riflessione	64

ENTE LA CUKANI

LE CURE MEDICHE DEGLI «ALTRI»  
OLTRE IL MODELLO NAZIONALE DI INTEGRAZIONE?  
PRIME RIFLESSIONI ALLA LUCE  
DI UN'ANALISI COMPARATA

1. Introduzione	75
2. Diversità culturale e diversità delle cure mediche: una novità per relazionarsi solo con le culture non occidentali?	76
3. I rapporti tra costruzione europea e Stati nazionali: sull'assenza di un modello di integrazione degli "altri" fatto proprio a livello europeo	78
4. Diversità culturale degli "altri" e diversità delle cure mediche oltre il modello di integrazione nazionale: alcune pionieristiche osservazioni conclusive	87

MARIA CHIARA GIORDA-ANNA MASTROMARINO

MAGGIORANZE E MINORANZE:  
ANDARE OLTRE? LE MENSE DEGLI OSPEDALI  
COME LABORATORIO DI ANALISI

1. L'insostenibile leggerezza del concetto di "minoranza"	95
2. Le minoranze nel contesto del costituzionalismo democratico	99
3. Dalla diversità plurale al pluralismo	102
4. Il panorama sociale della diversità religiosa	104

*pag.*

5. Il quadro giuridico: verso il pluralismo?	108
6. Le religioni negli spazi pubblici	109
7. Alcuni temi di ricerca (e non di dibattito) legati agli ospedali	111
8. Nutrirsi in ospedale: mense e norme religiose	112
9. Risultati di un'indagine <i>in progress</i>	115
10. Alcune riflessioni conclusive	117

ANNA CAMILLA VISCONTI

LA SALUTE DELLO STRANIERO  
ENTRO E OLTRE LO STATO:  
QUALE SPAZIO NELL'AMBITO DELLA CEDU?

1. Il rapporto "migrazione-salute": una premessa	123
2. Lo straniero: quale spazio dentro e oltre lo Stato?	126
3. La salute dello straniero: <i>a multi-level approach</i>	132
4. Il diritto alla salute dello straniero nell'ordinamento costituzionale italiano	136
5. Il diritto alla salute nella CEDU: tra diritto alla vita, dignità umana e principio di non discriminazione	143
5.1. Salute e stranieri: la giurisprudenza di Strasburgo	147
6. Conclusioni	162

ALESSANDRO MORELLI

SALUTE E IMMIGRAZIONE:  
LA DIMENSIONE REGIONALE

1. Il criterio di ragionevolezza come strumento di valutazione della legittimità degli interventi emergenziali in materia d'immigrazione	167
2. Il quadro delle competenze statali e regionali coinvolte dal rapporto tra salute e immigrazione	170
3. Immigrazione, salute ed emergenza: i rischi insiti in possibili riforme strutturali	172

ANTONIO PÉREZ MIRAS  
 IMMIGRAZIONE E DIRITTO ALLA SALUTE  
 IN SPAGNA

1. A mo' di introduzione: la tutela della salute degli immigrati in Spagna	177
2. L'assetto costituzionale della salute	179
3. La costruzione del Sistema Nazionale di Salute: verso un diritto universale	181
4. La crisi economica e il cambio di orientamento	183
5. ( <i>segue</i> ): La copertura giurisprudenziale	186
6. Il ritorno del Governo all'accesso universale	190
7. A mo' di conclusione: un vero diritto per gli immigrati?	192

MARIA RITA TAGLIAVENTI  
 GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ:  
 PROCESSI ORGANIZZATIVI  
 E LOGICHE ISTITUZIONALI

1. Introduzione: diritto alla salute e diritto alla cura	199
2. La nascita degli ospedali di comunità: una convergenza tra interesse pubblico e interesse professionale	201
3. Lo sviluppo degli ospedali di comunità: supporto istituzionale e costruzione di pratiche	206
4. La maturità degli ospedali di comunità: pressione sui costi e ricerca di innovazione	217
5. Conclusioni	221

## GLI AUTORI

**Beatrice Bertarini**, Ricercatrice di Diritto dell'Economia, presso il Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

**Entela Cukani**, Assegnista di ricerca in Diritto Pubblico Comparato presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche, Università degli Studi del Salento

**Caterina Drigo**, Ricercatrice in Diritto Costituzionale presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

**Maria Chiara Giorda**, Professoressa associata in Storia delle Religioni presso il Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi Roma Tre

**Anna Mastromarino**, Professoressa associata in Diritto Pubblico Comparato presso il Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Torino

**Antonio Pérez Miras**, Profesor Ayudante Doctor in Diritto Costituzionale, Dipartimento di Diritto Costituzionale, Università di Granada

**Alessandro Morelli**, Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Giuridiche, Università degli Studi di Messina

**Maria Rita Tagliaventi**, Professore associato di Sociologia dei processi economici e del lavoro, Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

**Anna Camilla Visconti**, Dottoressa di ricerca in Diritto Pubblico presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche e Sociali, Università degli Studi "G. d'Annunzio", Chieti-Pescara

MARIA RITA TAGLIAVENTI

## GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ: PROCESSI ORGANIZZATIVI E LOGICHE ISTITUZIONALI

SOMMARIO: 1. Introduzione: diritto alla salute e diritto alla cura. – 2. La nascita degli ospedali di comunità: una convergenza tra interesse pubblico e interesse professionale. – 3. Lo sviluppo degli ospedali di comunità: supporto istituzionale e costruzione di pratiche. – 4. La maturità degli ospedali di comunità: pressione sui costi e ricerca di innovazione. – 5. Conclusioni.

### 1. INTRODUZIONE: DIRITTO ALLA SALUTE E DIRITTO ALLA CURA

Il diritto alla salute è riconosciuto come diritto fondamentale dalla Costituzione italiana dal comma 1 dell'art. 32<sup>1</sup> ed è un diritto “complesso”, nel senso che viene garantita la tutela costituzionale all'integrità psicofisica dell'individuo, al diritto a un ambiente salubre, al diritto alle prestazioni sanitarie e infine alla cosiddetta libertà di cura. Il ruolo dello Stato nel realizzare il contenuto dei diritti è di conseguenza variegato, nel senso che esso deve operare in senso attivo solamente per garantire il diritto a trattamenti sanitari, attraverso la predisposizione delle strutture e di ogni altra condizione necessaria per offrire l'assistenza sanitaria<sup>2</sup>. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è quindi l'esplicazione di questo dovere costituzionale a carico dello Stato e a favore della collettività.

Nel realizzare il dettato costituzionale del diritto del cittadino all'accesso all'assistenza sanitaria generale e specialistica, le politiche di investimento devono però tendere alla sostenibilità finanziaria del sistema, bilanciando

---

<sup>1</sup> La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

<sup>2</sup> Gli altri diritti vengono invece realizzati con l'astensione, da parte dello Stato, da comportamenti che potrebbero lederli.

questo diritto con il principio della regolarità dei conti pubblici (artt. 81 e 97 Cost.): si può, a questo proposito, rimarcare come il rispetto della regolarità finanziaria sia funzionale alla continuità dell'impegno statale nel settore sanitario. La necessità del bilanciamento è stata più volte affermata dalla Corte Costituzionale nelle sue pronunce; se da un lato, «*il diritto ai trattamenti sanitari necessari alla tutela della salute è garantito ad ogni persona come diritto costituzionalmente condizionato all'attenzione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti*» (Corte cost., sent. n. 509/2000), dall'altro «*le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana*» (Corte cost., sent. n. 309/1999).

È in questo contesto di bilanciamento che si muove l'attività normativa concorrente tra Stato e Regioni, nel riparto di competenze stabilito dall'art. 117 Cost. così come riformato dalla legge costituzionale n. 3/2001. Il sistema italiano si può oggi definire decentrato, pur dovendosi garantire un'uniformità su tutto il territorio attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) stabiliti dallo Stato in un rapporto tra SSN e SSR (Servizio Sanitario Regionale) che deve essere improntato all'uniformità sul territorio stabilita dall'art. 117 Cost.

A tutt'oggi esiste un serio problema di continuità dell'investimento pubblico nella Sanità dovuto ai continui tagli operati al Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Il fine perseguito dal legislatore nazionale di risanamento dei conti pubblici, da ultimo con l'introduzione del principio del pareggio di bilancio del riformato art. 81 Cost. – legge cost. n. 1/2012, mette a dura prova il SSN nel mantenere operative le strutture sanitarie che erogano i servizi a favore dei cittadini. I provvedimenti normativi conseguenti, uno su tutti il d.l. n. 95/2012, cosiddetto decreto sulla *spending review*, creano inevitabile vincoli per l'assistenza sanitaria, obbligata a funzionare con investimenti sempre più ridotti. A oggi le Regioni, per quanto di loro competenza, hanno sempre cercato di operare attraverso una normativa volta a una riduzione quantitativa dei servizi erogati per scongiurare il rischio di dovere ridurre qualitativamente gli stessi.

È in questo quadro normativo e finanziario che nasce la figura degli ospedali di comunità, ovvero strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e le strutture ospedaliere rivolte a quegli utenti del SSN che non hanno bisogno di ricovero in reparti specialistici, pur necessitando di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio, nonché quella della Casa della Salute, creata, nell'ambito della rivisitazione del sistema di rete, come



luogo di somministrazione di cure che non necessitano di degenza, principalmente mediante la soppressione e accorpamento di piccole strutture ospedaliere pre-esistenti.

Questo capitolo ha la finalità di esplorare il processo di creazione e di funzionamento degli ospedali di comunità, collocando il loro sviluppo all'interno, e in interdipendenza con, il quadro di riferimento normativo e le correlate logiche istituzionali.

## 2. LA NASCITA DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ: UNA CONVERGENZA TRA INTERESSE PUBBLICO E INTERESSE PROFESSIONALE

Gli ospedali di comunità sono nati in Gran Bretagna negli anni '70 come espressione di medicina territoriale finalizzata a garantire ai cittadini il diritto alla cura in strutture intermedie tra gli ospedali tradizionali, preposti ai trattamenti per acuti, e l'assistenza domiciliare. Noti come *community hospital* o anche come *country hospital*, per segnalare la loro vocazione a servire aree isolate o scarsamente popolate, sono oggetto in quel Paese di regolamentazione a livello nazionale. Il governo britannico redige infatti una lista aggiornata degli ospedali di comunità operativi<sup>3</sup> ed è supportato da una rete di ospedali di comunità che convergono per definire congiuntamente offerta e modalità di servizi, nonché *best practice* da implementare nelle singole strutture<sup>4</sup>.

Le esperienze italiane, in conseguenza dell'autonomia concessa alle Regioni in ambito sanitario ricordata sopra, si presentano invece molto più frammentate ed eterogenee. Un primo riferimento normativo per la loro implementazione è rappresentato dal Piano Sanitario Nazionale del 2006-2008 nel quale l'istituzione degli ospedali di comunità viene menzionato nel capitolo relativo alla riorganizzazione delle cure primarie come segue: «*Va inoltre raccordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di Cure intermedie (intermediate health care) con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'Ospedale di Comunità, a cura dei medici di assistenza primaria, quale struttura dedicata, all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizio-*

---

<sup>3</sup> Si veda, a questo proposito, il sito <https://www.somersetft.nhs.uk/community-hospitals/> che riporta gli ospedali di comunità attivi nella regione del Somerset.

<sup>4</sup> Un riferimento può essere rinvenuto al seguente indirizzo: <http://www.communityhospitals.org.uk/>.

*ni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti»<sup>5</sup>.*

Il precedente Piano Sanitario Nazionale aveva manifestato la necessità di andare oltre il modello di accentramento dei servizi sanitari per abbracciare un modello di medicina territoriale, cioè una diffusione dei servizi nel territorio finalizzata a «*promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili*»<sup>6</sup>. Nessuna menzione esplicita di ospedali di comunità vi era però contenuta. Il graduale avvicinamento all'istituzione di forme di degenza intermedia distribuite nel territorio si avvale anche del riferimento contenuto nel Patto per la Salute stipulato tra Ministero della Salute e Regioni il 28 settembre del 2006, nel quale viene scritto<sup>7</sup>: «*Si conviene di promuovere ulteriori forme e modalità erogative dell'insieme delle cure primarie, attraverso l'integrazione dei medici di famiglia tra di loro e con la realtà distrettuale, con i medici della continuità assistenziale e con i medici del 118, anche allo scopo di migliorare le varie forme di assistenza domiciliare*».

Va sottolineato come, nel suddetto Patto, siano incoraggiate iniziative associative tra medici di medicina generale (MMG), noti anche come medici di base o medici di famiglia, che, come si vedrà, costituiscono un carattere distintivo degli ospedali di comunità. Il coinvolgimento attivo dei MMG nell'assistenza primaria trova riscontro anche negli Accordi Collettivi Nazionali tra Ministero della Salute e rappresentanze di categoria a partire dal 2000. Gli Accordi – in particolare quello del 23 marzo 2005 – cominciano a promuovere un diverso ruolo del medico di base, che è sollecitato ad andare al di là delle consuete pratiche individuali nel rapporto con il paziente per attuare forme associative, quali la medicina in rete, la medicina associativa e la medicina di gruppo (Bellentani, Di Stanislao e Fulvi, 2009).

Nella formulazione originaria del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 sono invece affermati gli elementi che contraddistinguono gli ospedali di comunità da altre strutture socio-assistenziali. Essi nascono come strutture intermedie di degenza, quindi come strumenti di attuazione di medicina territoriale, che si posizionano come “cuscinetto” tra il ricovero ospedaliero per patologie acute e post-acute e l'assistenza domiciliare e sono gestite dai MMG.

---

<sup>5</sup> Si veda il sito [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1205\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1205_allegato.pdf) a p. 33.

<sup>6</sup> Si veda il sito [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_654\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_654_allegato.pdf) a p. 30.

<sup>7</sup> Si veda il sito [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_22\\_pagineAree\\_22\\_paragrafi\\_paragrafo\\_0\\_listaFile\\_itemName\\_2\\_fileAllegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_22_paragrafi_paragrafo_0_listaFile_itemName_2_fileAllegato.pdf) a p. 10.

La centralità dei medici di base è parte rilevante del processo relativo non solo alla gestione, come previsto nella normativa, ma anche alla genesi degli ospedali di comunità. I medici di base hanno infatti preceduto e accompagnato la tendenza al decentramento delle logiche istituzionali con proprie iniziative di sperimentazione di ospedali di comunità.

In parallelo all'iter istituzionale descritto sopra, infatti, i medici di famiglia hanno avviato una conversazione su possibili evoluzioni del loro ruolo e su quali ambienti potessero ospitarli al di là degli studi professionali (PETRIGLIERI-PETRIGLIERI, 2010; PETRIGLIERI-ASHFORD-WRZESNIEWSKI, 2019). Già nel 1998, quando cioè la prima sperimentazione di ospedale di comunità aveva avuto luogo a Modigliana, in provincia di Forlì, le Associazioni di categoria hanno intrapreso l'esercizio di definizione di cosa sia un ospedale di comunità e quali possano essere le sue funzioni. Nel 1998, il SIMET (Sindacato Italiano dei Medici del Territorio) ha redatto un documento definitorio che recita<sup>8</sup>: «*[L'ospedale di comunità] È una struttura sociosanitaria territoriale. Nasce dall'esigenza di rispondere ai bisogni di salute di chi non necessita, a giudizio del Medico di Famiglia, della complessità del 2° livello assistenziale, ma nel contempo non può vedere risolti, per i motivi più vari, tutti i propri problemi sociosanitari in ambito domiciliare attraverso: A.D.I. – Assistenza Domiciliare Integrata A.D.P. – Assistenza Domiciliare Programmata R.S.A. – Residenza Sanitaria Assistita*».

Qualche anno dopo, nel 2003, quando il dibattito istituzionale sull'opportunità della medicina territoriale è ormai vivido, anche la FIMMG (Federazione Italiana di Medici di Medicina Generale) emana linee guida per il funzionamento degli ospedali di comunità, pur esse incentrate sul ruolo primario dei medici di base: «*L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura gestita dai MMG per i loro pazienti che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media-bassa medicalizzazione per la gestione appropriata di patologie cronico-degenerative, momentaneamente sкомпensate o riacutizzate, che necessitano di monitoraggio, associate a condizioni di rischio sociale variabile. [...] L'OdC si colloca come anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali per anziani (RSA, Case protette e di riposo), costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria*».

Le linee guida elaborate da FIMMG sollevano un punto rilevante: una volta definite le caratteristiche principali di un ospedale di comunità, che sono assimilabili alle proto-caratteristiche di un settore nascente (Navis e

---

<sup>8</sup> La citazione è tratta da p. 3 del documento.

Glynn, 2010), nel contesto italiano fondato sulla delega alle Regioni la realizzazione di strutture aveva generato, già nel 2003, alcune esperienze peculiari che avrebbero potuto fungere da riferimento per altre realtà. Come la diffusione potesse avvenire, però, era oggetto di riflessione, come si dichiara nello stesso documento: «*Queste prime sperimentazioni hanno generato una serie di modelli. Ora si pone il problema di come gestire questi modelli e attraverso quali linee di indirizzo implementare la loro applicazione a livello aziendale, uscendo di fatto dalla sperimentazione e consentendo di individuare alcune caratteristiche fondamentali in grado di realizzare una più ampia diffusione*».

L'attuazione a livello regionale presenta, di fatto, una sostanziale eterogeneità a livello normativo, come si può cogliere nella Tabella 1 che riporta la regolamentazione di introduzione degli ospedali di comunità nelle regioni a statuto ordinario.

Tabella 1: *Regolamentazione per l'istituzione degli ospedali di comunità nelle regioni italiane a statuto ordinario*

<b>Regione</b>	<b>Regolamentazione per l'istituzione</b>
Umbria	L'ospedale di comunità è stato previsto dalla legge reg. 3 febbraio 1997, n. 34: "Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale" e dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001. La delibera del Consiglio Regionale n. 647 del 1 marzo 1999 stabilisce che l'ospedale di territorio rappresenta l'evoluzione del concetto di ospedale di comunità
Toscana	Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 istituisce i primi ospedali rurali ( <i>county hospital</i> ), denominati ospedali di comunità nel Piano di Sviluppo Regionale 2002-04
Friuli Venezia Giulia	Il Piano di Intervento a Medio termine 2000-2002 fornisce una definizione di caratteristiche e funzioni dell'ospedale di comunità
Puglia	Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 fornisce una definizione di caratteristiche e funzioni dell'ospedale di comunità o Unità di degenza territoriale
Liguria	Il Piano Socio Sanitario Regionale 2003-2005 menziona l'ospedale di comunità; il d.c.r. 8 agosto 2006, n. 29 menziona la struttura ospedaliera di continuità assistenziale, ma non esplicitamente l'ospedale di comunità
Marche	Il Piano Sanitario Regionale 2003-2005 fornisce una definizione di caratteristiche e funzioni dell'ospedale di comunità

Calabria	Piano Sanitario Regionale 2004-06 fornisce una definizione di caratteristiche e funzioni dell'ospedale di comunità o ospedale di distretto
Veneto	D.g.r. 6 agosto 2004, n. 2481 menziona strutture sanitarie intermedie o ospedali di comunità. La legge reg. 9 marzo 2007, n. 5 fornisce una definizione di caratteristiche e funzioni dell'ospedale di comunità
Piemonte	D.g.r. 7 marzo 2005, n. 75 menziona l'ospedale di comunità. D.g.r. 24 aprile 2006, n. 28-2690 definisce l'ospedale di comunità
Campania	Piano Sanitario Regionale 2011-2013 fornisce una definizione di caratteristiche e funzioni dell'ospedale di comunità
Lazio	D.g.r. 14 luglio 2006, n. 424 definisce l'ospedale di comunità
Sardegna	Il Piano Sanitario Regionale 2006-2008 menziona finanziamenti per due ospedali di comunità da implementare
Lombardia	Il Piano Sanitario Regionale 2007-2009 menziona l'ospedale di comunità come progetto innovativo e fornisce una definizione di caratteristiche e funzioni
Abruzzo	Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 menziona l'ospedale di comunità
Molise	Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 menziona il <i>county hospital</i>
Basilicata	La legge reg. 4 agosto 2011, n. 17 menziona l'ospedale distrettuale
Emilia-Romagna	Il Piano Sanitario Regionale 2013-2014 menziona l'ospedale di comunità e il d.g.r. n. 284/2013 lo istituisce

Fonte: *adattamento da DOSI (2014)*.

La contemporaneità e la convergenza tra le logiche istituzionali di creazione di strutture di medicina territoriale, da un lato, e l'intenzionalità dei medici di base di rivedere il proprio ruolo professionale, dall'altro, richiedono un approfondimento a livello di processi organizzativi. Se regolamentazione e sperimentazione sul territorio sembrano essersi co-evolute nella fase iniziale, comprendere la loro relazione nella fase di sviluppo e di maturità degli ospedali di comunità può aiutare a delineare possibili scenari per queste strutture intermedie.

Data l'eterogeneità di iniziative e di inquadramento normativo regionale,

sono state analizzate le esperienze di cinque ospedali<sup>9</sup> di comunità localizzati in cinque regioni diverse (BERTOLOTTI-DOSI-TAGLIAVENTI, 2013): Alfa, costituito nel 1996, il primo in Italia; Beta, nato nel 1999; Gamma, fondato nel 2000; Delta, aperto nel 2003 e infine Sigma, che è attivo dal 2009.

Sono state condotte, all'interno di un progetto di ricerca, 45 interviste a medici di base, dirigenti, infermieri e operatori socio-sanitari dei cinque ospedali, selezionati con il criterio di avere partecipato alle attività dell'ospedale fin dall'apertura, e si è proceduto all'analisi di documenti interni ed esterni (articoli su giornali, libri, cartelle cliniche, dati statistici ecc.). Nella presentazione delle evidenze empiriche si utilizzerà l'approccio della ricerca qualitativa, ricorrendo alle parole originali degli informatori e ai testi dei documenti consultati per illustrare le interpretazioni emergenti (GIOIA-CORLEY-HAMILTON, 2013; TAGLIAVENTI, 2019).

### 3. LO SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ: SUPPORTO ISTITUZIONALE E COSTRUZIONE DI PRATICHE

La genesi degli ospedali di comunità esaminati evidenzia l'adozione di diverse forme organizzative, originate anche da diverse disponibilità di risorse e opportunità locali, a fronte di processi interni invece simili. Alcuni ospedali, come Alfa, Beta e Gamma, localizzati in piccoli centri urbani di aree montane, hanno trovato spazio in ospedali tradizionali coinvolti nel processo di razionalizzazione dell'offerta sanitaria nel territorio. Mentre Beta e Gamma si sono posizionati all'interno di ospedali a vocazione generalista che hanno dovuto ridurre i propri reparti, senza però chiudere la struttura, è interessante rilevare il forte coinvolgimento della popolazione nel mantenimento di un presidio ospedaliero locale in altre località. Emblematico, a questo riguardo, è il caso di Alfa. A fronte della chiusura dell'ospedale locale attuata dall'ASL, una parte consistente della popolazione ha intrapreso una protesta, arrivando a incatenarsi ai cancelli del vecchio ospedale, per conservare una struttura con degenza senza la necessità di doversi spostare per decine di chilometri per raggiungere quella più vicina. Come ha sottolineato il Dottore G di Alfa: *«La popolazione qui è anziana, spesso sono persone sole o coniugi i cui figli si sono trasferiti altrove per lavoro: estraniati dai loro luoghi di riferimento e dalle facce note, come il loro medico o gli infermieri a domicilio, sarebbero persi, difficilmente recuperabili. La cosa*

---

<sup>9</sup> I nomi di ospedali e informatori sono stati cambiati per garantirne la riservatezza.

*migliore per loro è restare vicino a casa per curarsi o tornarci, se hanno avuto bisogno di un ricovero per una patologia acuta, quanto prima».*

La richiesta di preservare un presidio ospedaliero è stata accolta dalle autorità locali e dalla direzione sanitaria. Nelle opinioni del personale intervistato, la decisione di avviare un ospedale di comunità è stata un “indennizzo” per i cittadini nella riorganizzazione dei servizi di cura, come sottolinea il Dottore A, sempre di Alfa: *«In pratica qui l’ospedale di comunità è stata la contropartita della chiusura dell’ospedale che c’era prima. E chiudendo l’ospedale, come risarcimento, hanno proposto l’ospedale di comunità, che nell’accezione, diciamo, più locale è andato meglio del reparto che c’era prima. Perché in effetti ha risposto a delle esigenze che prima un reparto di medicina non era in grado di dare. Cronici, e poi anche pazienti acuti, situazioni molto gravi che tutto sommato non potrebbero essere messi in ospedale, qui sono assistiti in maniera efficace».*

L’istituzione di Delta e Sigma ha seguito un percorso diverso: in questi contesti, gli ospedali di comunità si sono aggiunti agli ospedali già esistenti, non come sostituzione di servizi specialistici, ma come loro integrazione. Spesso i malati dimessi dall’ospedale generale infatti transitano, per un periodo fino a 30 giorni, nell’ospedale di comunità per ultimare i trattamenti e predisporre il rientro a casa con il supporto dell’assistenza infermieristica domiciliare. In Alfa, Beta e Gamma, invece, più frequentemente i pazienti dell’ospedale ricevono le cure direttamente nella struttura, come accade per malati cardiovascolari con scompensi o malati oncologici con complicanze gestibili attraverso risorse e competenze non specialistiche, senza prima dovere passare per altri ospedali.

Anche i modelli organizzativi differiscono. Mentre Alfa, Beta e Gamma sono ospedali effettivamente gestiti dai MMG (5 in Alfa e in Beta, 4 in Gamma), che sono responsabili delle decisioni e delle terapie riguardanti i propri pazienti ricoverati, in Delta i due medici di famiglia che hanno aperto la struttura sono affiancati da medici assunti con contratti a tempo determinato e insieme seguono anche pazienti di altri medici di famiglia.

Il caso Sigma è ancora diverso: l’ospedale coinvolge fino a 90 medici di base, che vi ricoverano i propri pazienti, ma è gestito da un gruppo (definito “nucleo operativo”) costituito soltanto da quattro di loro, la capo-infermiera e un dirigente medico. Il gruppo si occupa della *«supervisione clinica e manageriale [...] per assicurare che le procedure siano osservate da tutte i medici afferenti e per gestire le situazioni di criticità ed emergenziali. [...] Due medici si incontrano ogni giorno dalle 11 alle 12 con la capo-infermiera e il dirigente ospedaliero per confrontarsi e assumere congiuntamente decisioni»* (documento interno). I medici di famiglia che non fanno



parte del nucleo e che hanno loro pazienti ricoverati devono comunque assicurare la presenza in ospedale almeno una volta in cinque giorni. Come il Manager C ha dichiarato nel corso dell'intervista: *«Non voglio che i dottori spariscano una volta che i loro pazienti sono ricoverati. La responsabilità clinica è la loro»*. Le fa eco la capo-infermiera, che spiega: *«Abbiamo stabilito la regola secondo la quale ogni terapia di un medico di famiglia per il paziente ricoverato ha una durata di cinque giorni. Così devono passare almeno due volte a settimana, per esempio il lunedì e il venerdì»*.

Nonostante le differenze dei modelli organizzativi, che riflettono la diversità dei regolamenti introduttivi esplicitati nella Tavola 1, i cinque ospedali di comunità sono accomunati dal fatto che l'impegno temporale dei medici nella struttura si combina con la loro attività professionale come medici di base, e non la sostituisce.

Lo sviluppo degli ospedali di comunità, dopo la loro costituzione, ne rafforza gli elementi generatori: il supporto istituzionale, una volta concessa la legittimazione, e la collaborazione tra medici intenzionati a modificare il proprio ruolo professionale.

Per quanto concerne il supporto istituzionale, esso si esplicita nella messa a disposizione di risorse da parte dell'amministrazione locale e dell'ASL e nella partecipazione di queste istituzioni ai processi decisionali degli ospedali di comunità. Riguardo alla fornitura di risorse, un esempio relativo all'acquisizione di attrezzature da parte di Beta può illuminare il processo di negoziazione con gli attori istituzionali e il loro sostanziale sostegno nel tempo.

Come riportato sopra, Beta ha usufruito degli spazi liberati nell'ospedale locale dalla chiusura di alcuni reparti. In particolare, la chiusura del reparto di radiologia si è rivelata però particolarmente problematica per il nuovo ospedale di comunità, come racconta il Dottore M in un'intervista: *«Chiudendo la radiologia qui sarebbe svanita anche l'importanza di questa struttura [ospedale di comunità], perché non possiamo fare 80 km con il paziente – che, se sta poco bene, gli diamo pure il colpo finale, parte la mattina alle 8 ritorna alle 16 ... Per una persona malata non è il caso»*.

I medici di base che gestiscono l'ospedale di comunità si sono allora attivati per mantenere un servizio di base di radiologia che permettesse di catturare le immagini all'interno della struttura con l'ausilio di un tecnico radiografo e trasmetterle poi nell'ospedale del capoluogo per ottenere la diagnosi. Il primo passo è stato quello di interagire con il sindaco e, su suo suggerimento, di verificare potenzialità e costi di acquisto di un sistema di radiologia digitale. Sempre nelle parole del Dottore M: *«Allora parlando con il sindaco ci siamo messi in contatto con delle persone di Modena, ci hanno fatto*



*un preventivo per la radiologia digitale. Digitale sarebbe sul computer, è anche molto più precisa nella diagnosi perché si può ingrandire e rimpicciolire l'immagine e i radiologi, facendo queste manovre, possono scegliere il momento più opportuno per scattare la foto. Ci dissero che avremmo potuto mettere una parabola sul tetto, un'altra parabola sul tetto a X [ospedale del capoluogo], e comprando un apparecchietto, "il vostro tecnico può mandare la radiologia a X, il medico radiologo scarica la lastra e vi fa la diagnosi"».*

Ottenuto un preventivo di acquisto, i medici hanno coinvolto varie istituzioni (Comune, ASL, Assessorato alla Sanità regionale) per concordare tempi e modalità di acquisizione della tecnologia, come spiegato qui sotto: *«Il sindaco era un tipo molto quadrato. Gli spiegai che ancora 2-3 anni il macchinario vecchio avrebbe resistito, quindi decidemmo in tre anni di arrivare a trovare più soldi possibile, poi avremmo valutato insieme. E abbiamo ricominciato a mandare lettere ai privati, a tutti. Abbiamo fatto due o tre riunioni con l'ASL, una riunione con la Regione dicendo "Se ce la facciamo a raccogliere un po' di soldi, bisogna che poi voi ci diate una mano". E insomma, dopo tre anni, siamo riusciti a raccogliere 90.000 euro grazie alla gente. Solo grazie alla gente. Quando siamo arrivati a 90.000 euro, abbiamo chiamato la Regione, abbiamo organizzato un convegno. Insomma mancavano solo 20.000 euro. Alla fine la Regione ha dato la possibilità all'ASL di darci questi 20.000 euro. Quindi siamo riusciti a implementare la radiologia digitale».*

I benefici dell'utilizzo in loco della diagnostica per immagini rafforzano l'identità dell'ospedale di comunità, inteso come struttura di servizio intermedio tra l'ospedale tradizionale e l'assistenza domiciliare, come si evince dalle considerazioni del Dottore M: *«Se ho un paziente qui in ambulatorio, lo visito e capisco che potrebbe avere la broncopolmonite, anziché mandarlo a X [ospedale del capoluogo], io chiedo al tecnico della nostra struttura di fare la radiografia e dopo mezz'ora, un'ora, ho la risposta del medico di X che fa la diagnosi. Quindi se il paziente ha la broncopolmonite, lo mando a casa e ho una terapia; se non ha la broncopolmonite, va a casa con una terapia diversa».*

Oltre a iniziative concertate per incrementare le risorse utilizzabili, nella fase di sviluppo la cooperazione tra professionisti e rappresentanti delle istituzioni si è manifestata anche nella partecipazione di questi ultimi alla gestione ordinaria degli ospedali. Gli incontri giornalieri pianificati tra medici, capo-infermiera e manager in Sigma attestano il coinvolgimento della dirigenza nell'operatività della struttura. Una simile partecipazione si riscontra in Alfa: i medici si riuniscono ogni venerdì mattina per discutere ammissioni

e dimissioni della settimana seguente, terapie dei pazienti ricoverati ed eventuali richieste di visite specialistiche. Per molti anni a questi incontri settimanali hanno partecipato attivamente anche dirigenti dell'ASL, come ha raccontato il Dottore A: *«Ci incontriamo ogni venerdì mattina dalle 12.30 alle 13.30 per decidere ammissioni e dimissioni e per condividere problemi e dubbi. I nostri famosi venerdì continuano da 20 anni: all'inizio partecipavano anche manager sanitari, che erano soliti dirci: "Abbiamo questa e quest'altra esigenza, come possiamo gestirla?". Finivano per scrivere più appunti loro di noi. Ce ne siamo "liberati" una decina di anni fa».*

Il supporto istituzionale accompagna e sostiene, nei cinque ospedali esaminati, la volontà dei medici di base di interpretare diversamente il proprio ruolo. L'identità professionale dei medici di famiglia, intesa come i valori e le credenze fondanti e distintive della professione medica (PRATT, ROCKMANN-KAUFMANN, 2006; ROTHAUSEN-HENDERSON-ARNOLD-MALSHE, 2017; PETRIGLIERI-ASHFORD-WRZESNIEWSKI, 2018), risulta, nelle interviste condotte, legata al desiderio di attuare aspirazioni di lavoro diverse per il futuro (il "sé possibile" o *possible self*) o di recuperare attività e ruoli che, per scelte passate, non è stato possibile conseguire (il "sé alternativo" o *alternative self*). Il "sé possibile" può essere definito come l'immagine elaborata da un individuo di come egli o ella possa diventare in futuro (MARKUS-NUHRIUS, 1986; SWANN-JOHNSON-BOSSON, 2009). I MMG hanno descritto diverse immagini di sé come medici in futuro. Un'immagine emersa riguarda il medico di famiglia come medico con una sviluppata componente scientifica: in questa visione, il medico non si affida più, per effettuare diagnosi e decidere i trattamenti, principalmente alla propria esperienza, ma alla rigorosa raccolta ed elaborazione di dati per realizzare progetti di natura scientifica su farmaci e trattamenti. Il Dottore C di Gamma esprime come segue la sua idea di medico di famiglia: *«La medicina basata sui dati è un requisito che manca in alcune strutture in cui si fa solo clinica e così davvero siamo rimasti alla medicina di Claude Bernard di fine '800. Il punto è che, se non presenti il dato epidemiologico, l'evoluzione e il miglioramento dei trattamenti, l'efficacia del tuo intervento, come fai a sostenere un progetto? Per quello che io ho la fissa della raccolta dati, menomale che qui [in Gamma] li raccogliamo».*

Per altri medici di famiglia l'aspirazione è invece quella di arricchire il proprio lavoro diventando dei medici *«a tutto tondo»* o a *«360 gradi»*, come dagli stessi dichiarato, in grado di prendersi cura dei propri pazienti anche dal punto di vista psicologico e di collaborare con colleghi specialisti nella definizione e somministrazione di cure avanzate. Per queste proiezioni di sé come professionista è importante acquisire opportunità di apprendimento

continuo nell'esercizio della pratica che risultano precluse nella concezione tradizionale di medico di base, come argomenta il Dottore M di Gamma: *«Non potevamo più fare i prescrittori della medicina, avevamo bisogno di fare i medici. Qui possiamo fare i medici! Abbiamo rinfrescato la nostra pratica clinica, ci confrontiamo con i medici di varie specialità, chiediamo loro consiglio. Cioè, è un altro modo di lavorare e di fare il medico. Molto più appagante e dà maggiore soddisfazione, se mi permetti. [...] Adesso, qui in ospedale, ci siamo un po' rinfrescati alla luce delle nuove conoscenze. Poi vedi molte più cose, quindi impari di più. Io sono sempre per imparare, fino alla fine. Qui impariamo sempre di più».*

Similmente, il Dottore M di Beta sottolinea come sentisse il bisogno di superare un'interpretazione della sua professione come "lavoro cartaceo" e acquisire una prospettiva più dinamica e interattiva con figure specialistiche: *«A livello professionale siamo molto soddisfatti. Ci piace molto [l'ospedale di comunità]. Perché fare tutto il giorno solo il medico di famiglia, dopo trent'anni, da noi si dice, "uno fonde". Invece c'è tanto da imparare in un ospedale. Dai rapporti con gli infermieri, la caposala, il radiologo, l'ecografista, con gli altri specialisti, con la logopedista, si impara sempre di più. Diciamo che è un vantaggio professionale anche per noi. Anche perché stai sul chi vive e quindi sei costretto ad imparare e a studiare. Invece quando fai solo il medico di famiglia, dopo 30 anni si vive di rendita e può essere nauseante, perché è diventato soprattutto un lavoro cartaceo».*

Il Dottore C di Alfa riconduce il suo impegno nella creazione dell'ospedale di comunità alla necessità di recuperare la "parte nobile" della professione, che è la responsabilità totale del proprio paziente, qualunque siano le sue caratteristiche, senza sentirsi dipendenti dai medici ospedalieri: *«Ma la parte più nobile del nostro lavoro, che era quasi scomparsa nella pratica di medico di famiglia, era appunto il fatto di dire che un medico di medicina generale può arrivare o sa di arrivare a una diagnosi per il suo paziente senza remore culturali, senza sentirsi inferiore. Qui [nell'ospedale di comunità] viene meno un po' la dipendenza dall'ospedaliero, ecco. [...] All'interno di questa struttura credo, spero, di aver portato un modo di operare. Di aver contribuito, non di aver portato da solo. Di aver contribuito a delineare il tipo di assistenza, il tipo di approccio a questo paziente particolare in una struttura particolare che è un ospedale, ma non è un ospedale solito, è un ospedale particolare: l'ospedale tenuto dai medici di medicina generale. Quindi con la loro particolare cultura, con il loro modo particolare di porsi davanti al paziente e davanti ai parenti del paziente».*

Per altri professionisti che hanno promosso la costituzione dell'ospedale di comunità, l'impegno nella struttura ha consentito piuttosto di recuperare

opportunità di riconfigurare il proprio lavoro con l'obiettivo di realizzare il proprio "sé alternativo". Un sé alternativo rappresenta «*chi la persona avrebbe potuto diventare se qualcosa nel passato fosse andato diversamente*» (trad. da OBODARU, 2012, p. 34). Un "sé alternativo" si forma quindi quando si sono affrontati dei "crocevia" nel passato, di natura personale e/o professionale, e si è intrapreso un percorso, tralasciandone un altro. La strada non seguita rappresenta un riferimento presente nella mente dell'individuo, un termine di paragone col quale confrontare comportamenti e attitudini attuali secondo la prospettiva del pensiero contro-fattuale (OBODARU, 2017). Quando il confronto pone in rilievo l'attrattiva del percorso non seguito rispetto alla situazione corrente, il "sé alternativo" costituisce una potente leva motivante che orienta l'individuo verso la sua attuazione. Nel caso degli ospedali di comunità, essi sono interpretati e agiti come ambienti nei quali provare a realizzare aspirazioni "sospese", che non saranno mai ovviamente equivalenti, una volta implementate, alla condizione originariamente tralasciata (PETRIGLIERI-PETRIGLIERI, 2010).

Nel raccontare la genesi del proprio ospedale di comunità, molti intervistati hanno spontaneamente ricondotto la propria adesione all'opportunità di realizzare un proprio "sé alternativo". È interessante sottolineare come non solo i medici, ma anche altre figure professionali coinvolte (infermieri, personale socio-assistenziale, fisioterapisti ecc.), interpretino l'ospedale di comunità come ambiente nel quale sperimentare scelte non compiute in passato. Alcuni medici raccontano come all'origine del loro coinvolgimento nella costituzione dell'ospedale di comunità ci sia stata la rinuncia, sempre rimpianta, a una carriera ospedaliera. Il Dottore M di Alfa narra come la mancata occupazione in ospedale sia sempre rimasto un pensiero fisso per lui: «*Un evento centrale nella mia vita. [fa una pausa] Dopo la laurea in Medicina, ho dovuto fare il servizio militare per 18 mesi e così mi sono bruciato ogni possibilità di ottenere un posto in ospedale. Quando sono tornato, ho chiesto al professore col quale mi ero laureato se c'era qualche modo per me di rimanere in ospedale e lui mi rispose: "La tua famiglia può aiutarti economicamente per i prossimi 10-12 anni? Perché non prenderesti una lira di stipendio se restassi qui". Gli dissi che non avrebbero potuto mantenermi e allora il professore mi consigliò di cercare una posizione in un ospedale periferico. Ho lavorato in un piccolo ospedale di una cittadina limitrofa per cinque anni e poi ho smesso. Anche lì non c'erano prospettive. Ecco come ho cominciato a fare il medico di famiglia: essenzialmente, perché non c'era spazio per me in ospedale. Ma quello è sempre rimasto il mio sogno nel cassetto*».

Il "sogno nel cassetto" del lavoro che non si è potuto portare a compi-

mento viene esplicitamente ricollegato all'attuazione dell'ospedale di comunità dal Dottore B di Sigma: *«L'idea dell'ospedale mi è sempre piaciuta. È una cosa in cui io ho creduto. Sempre creduto. Anche se è stata tenuta in un cassetto per tanti anni. E man mano che passavano gli anni, le problematiche, anche a livello territoriale, aumentavano e vedevo che la soluzione per tanti problemi restava questa. È chiaro che poi uno non può fare solo di testa sua e deve essere in sintonia con la direzione e con le altre persone. C'è stato un momento in cui questa sintonia si è verificata [...]. È un sogno nel cassetto che si è avverato, quelle cose che o non realizzi mai o ce la fai dopo 10 anni, anzi 12».*

Un altro esempio di “sé alternativo” è fornito dall'Infermiera S di Gamma: avrebbe voluto diventare psichiatra, ma la sua famiglia non poteva permettersi di farle compiere studi così lunghi e quindi *«o ripiegato sulla professione infermieristica. Non potendo seguire la mia vera vocazione, ho scelto un lavoro che mi permettesse comunque di stare vicino alle persone, di ascoltarle, di prendermi cura di loro anche psicologicamente».*

I “sé possibili” e i “sé alternativi” trovano spazio di realizzazione nell'ospedale di comunità attraverso pratiche individuali coerenti con i diversi elementi chiave delle immagini proiettate. La possibilità di sperimentare pratiche individuali è in linea con organizzazioni nascenti, come gli ospedali di comunità nella loro fase iniziale, improntate a una struttura informale di relazioni piuttosto che a una formale definizione di compiti e ruoli (GREINER, 1972). Collegata a questa caratteristica delle organizzazioni nella loro fase iniziale, come ulteriore fattore abilitante la crescita degli ospedali di comunità si può annoverare la qualità delle relazioni tra i fondatori dei cinque ospedali esaminati. La consuetudine a lavorare insieme per anni in uno stesso territorio ha agevolato prima la convergenza negli sforzi per creare una struttura intermedia di degenza, poi, una volta creato l'ospedale di comunità, l'attuazione di pratiche di lavoro conformi con le aspirazioni individuali. Come i fondatori dei cinque ospedali hanno ricordato nelle interviste, la fiducia reciproca e un'armonia di base hanno connotato gli sforzi per implementare una struttura comune. Il Dottore M di Gamma ha così narrato la cooperazione tra medici di famiglia per aprire la struttura: *«Eravamo abituati a lavorare insieme anche prima [dell'apertura dell'ospedale di comunità]. Collaboravamo molto per sostituzioni, ferie, impegni istituzionali e partecipazione a conferenze. Avevamo un'eccellente integrazione e ci siamo dati l'opportunità di fare questa cosa [l'ospedale]. Ci siamo detti: “Uniamo le forze, costruiamo qualcosa dal nulla”».*

Fa eco il Dottore B di Sigma: *«Non puoi costruire niente di simile [ospedale di comunità] con la tua sola volontà. Devi essere in sintonia con altre*

*persone. A un certo punto ci è capitato di essere in sintonia perché ciascuno di noi ha portato la propria visione di come migliorare la professione di medico».*

La sintonia e la collaborazione che hanno accompagnato lo sviluppo degli ospedali di comunità qualificano le relazioni tra i fondatori come “connessioni di alta qualità” (*high-quality connections*), in grado di aiutare le persone a realizzare le proprie aspirazioni personali (DUTTON-HEAPHY, 2003; CARMELI-DUTTON-HARDIN, 2015).

Le pratiche individuali seguite riflettono quindi le immagini di sé coltivate dai membri originari degli ospedali di comunità in esame. I dottori con un “sé alternativo” come medico ospedaliero si prendono carico dei casi più complessi e delicati all’interno della struttura, che permettono loro di costruirsi un lavoro simile a quello al quale avevano rinunciato, come dichiarato dal Dottore V di Alfa: *«Ho lavorato molto tempo all’ospedale di Y [città vicina], quindi sono abituata a trattare situazioni difficili. Di conseguenza, sono a mio agio nell’occuparmi di pazienti anche acuti qui, anzi è molto motivante per me prendermene carico. [...] Così, quando abbiamo aperto Alfa, mi è venuto naturale seguire i casi più complicati, quelli borderline, e ritengo che sia un bene per l’ospedale».*

In maniera simile, il Dottore A, che aveva una proiezione di sé come divulgatore scientifico, si è specializzato in Alfa in funzioni di rappresentanza con l’esterno: stabilisce rapporti e presenta la struttura alle autorità locali, alla stampa, alle associazioni non profit e di settore. Sempre nella stessa struttura, il Dottore G, coerentemente con il “sé alternativo” di ingegnere informatico (*«Mi è sempre piaciuto “smanettare” coi computer: fin da ragazzo, ero capace di stare ore e ore in treno per andare a trovare un “cervellone” di programmazione che stava lontano, ma poi in famiglia mio padre era medico ... ho seguito il suo esempio»*), si è indirizzato verso la creazione e l’aggiornamento del sito web dell’ospedale; coordina inoltre la condivisione di dati clinici tra i medici. Analogamente il Dottore C di Gamma, che coltivava una visione della professione medica come *evidence-based*, si occupa di raccogliere dati e di produrre regolarmente rapporti sul tipo di attività svolte e di trattamenti offerti dalla struttura.

La configurazione del ruolo da parte del professionista, noto come *job crafting* (WRZESNIEWSKI-DUTTON, 2001; BERG-WRZESNIEWSKI-DUTTON, 2010), si coglie anche in altri membri dell’ospedale al di là dei medici. Per esempio, per l’Infermiera S, che non aveva potuto seguire la sua vocazione di psichiatra, Gamma diventa l’ambiente nel quale vivere la sua aspirazione a prendersi cura psicologica dei pazienti, come racconta: *«Questa mattina sono arrivata da un paziente e mi sono accorta che voleva sfogarsi, quindi mi sono seduta*



*per una decina di minuti e le ho parlato: quando sono uscita, era tutta sorridente, in pace, rilassata. Non avrei potuto fare niente di simile in un'altra organizzazione».*

Aggiunge, a riguardo: *«Paziente per paziente, vado a visitare ciascuno di essi. Voglio sapere come stanno, capire che trattamento stanno seguendo e se manca loro qualcosa. Il fisioterapista continua a dirmi che dobbiamo accontentarci se, stando qui, riprendono a camminare, ma io mi metto di fianco a loro per fare una passeggiatina e parlo con loro. Dedico loro del tempo. Voglio essere sicura che non abbiano dubbi o problemi da risolvere».*

Le pratiche individuali che permettono di sperimentare immagini eterogenee di sé come professionisti generano però conflitti. I conflitti ricorrenti tra dottori che aspirano a diventare medici “a tutto tondo” e dottori che hanno, in passato, rinunciato a una carriera ospedaliera riguardano tre aspetti: i criteri di redazione delle liste d’attesa, le decisioni da prendere sui pazienti ricoverati e la gestione dei familiari dei pazienti.

Per quanto attiene alle liste di attesa, la tipologia di pazienti da ricoverare è oggetto, nei cinque ospedali considerati, di vivace discussione. Mentre i medici con una proiezione come dottori “a 360 gradi” sono inclini ad ammettere anche pazienti con patologie lievi, ma che affrontano disagi psicologici per i quali un allontanamento da casa può essere vantaggioso, i medici che aspirano a essere ospedalieri ritengono che le risorse dell’ospedale di comunità vadano riservate a pazienti con episodi rilevanti. Il Dottore M di Care, con un “sé alternativo” come medico ospedaliero, ha affermato, riferendosi ai colleghi che desiderano vivere la propria professione come cura totale dei pazienti e che quindi pongono su uno stesso piano trattamento medico e cura psicologica: *«Non saremo medici di ospedale [come sono rimproverati di volere essere dai colleghi], va bene, ma non siamo nemmeno preti che confessano i malati!».*

Riguardo alle decisioni per i pazienti ricoverati, la divergenza riscontrata verte sull’opportunità o meno che le decisioni relative a un degente vengano prese solo dal suo medico curante oppure anche da un altro medico, nello specifico quello che lo visita durante il turno in ospedale. Le visioni contrastanti sono espresse dal Dottore C di Care che afferma che la priorità debba essere esercitata dal medico curante: *«Il medico di base è sempre stata una persona che ha lavorato nel suo cantuccio. Il medico di base normalmente è geloso del suo paziente, perché è il “mio” paziente. Se Lei fa caso, più di una volta diciamo: un “mio paziente” [...] Sì, io apprezzo i miei colleghi e ho imparato anche da loro, non ho ombra di dubbio su questo e non ho problemi a dirlo: sai, a volte hai un dubbio, chiami, parli ... Però rimaniamo*

*sempre dei liberi battitori e le decisioni sui miei pazienti le voglio prendere io che li conosco bene, non altri».*

Il collega M invece esprime un parere diverso: «*Si è mai visto un ospedale nel quale un medico dica: “Non puoi prescrivere quell’antibiotico a quel paziente perché lui è il mio [sottolinea l’aggettivo con il tono della voce] paziente?”. Un medico in ospedale, se c’è una criticità, la affronta senza domandarsi di chi sia il letto in questione».*

La gestione di familiari e assistenti alla persona è pure oggetto di interpretazioni discrepanti. Per i medici con un “sé possibile” come dottori “a tutto tondo”, l’ospedale è un luogo nel quale collaborare, intensificando le relazioni con familiari ed eventuali badanti, per meglio comprendere le esigenze di cura del malato, come dichiara il Dottore C di Care: «*Se entro in una camera e trovo un parente che siede a fianco del letto, non solo non lo mando via, ma anzi, se è fuori dalla stanza, lo chiamo dentro, gli chiedo informazioni su come vanno le cose. [...] Qui abbiamo lo stesso approccio verso pazienti e familiari che abbiamo a casa loro o nel nostro studio. [...] Un rispetto totale della persona, le persone non sono numeri».*

Doctor Z invece apprezza l’autonomia della quale può usufruire in Sigma un medico che aspiri a una pratica ospedaliera: «*[Sigma è] Avere un luogo che non sia il domicilio, dove potere essere più liberi, no? Perché molte volte il domicilio è un po’ chiuso, qui sei più libero. A volte tu sei il medico e ti rapporti con il paziente a domicilio, dove ci sono i familiari, e invece qui tu sei libero e il rapporto è più testa a testa, è immediato, è diretto, mentre a casa il rapporto col malato è mediato. Qui è diretto. E la mediazione a volte è negativa, nel senso che il familiare in media ti fa apparire quello che gli interessa e non quello che è reale».*

I conflitti che originano da diverse immagini della professione si sono, nel tempo, composti attraverso la creazione di pratiche collettive che lasciasero, però, margini per lo svolgimento di pratiche individuali. Relativamente ai criteri di ammissione, in molti ospedali si è stabilito che le liste fossero redatte dalla capo-infermiera sulla base delle richieste inoltrate dai singoli medici di famiglia: per esempio, il Dottore B di Sigma dà spazio a «*pazienti che abbiano bisogno di uno stacco da casa, loro o le loro famiglie, per essere presi in cura»*, mentre i medici con un “sé alternativo” come ospedalieri propongono pazienti in dimissione da altri ospedali. Ogni settimana la capo-infermiera, spesso nel corso di riunioni, sottopone la lista che ha steso per la settimana successiva ai medici della struttura e i singoli casi sono discussi e valutati congiuntamente.

Si è invece stabilito che le decisioni ordinarie di cura dei pazienti ricoverati siano affrontate dal medico che si trova in ospedale, il quale si consulta



con il medico curante però per questioni delicate o complesse. Un episodio è narrato dal Dottore S di Beta: «*Ieri sera mi ha chiamato un paziente dicendo che stava male e gli ho detto “Vai in ospedale [di comunità] che c’è un mio collega”. Il collega mi chiama e mi dice che il paziente ha una colica, probabilmente per calcoli alla colecisti, quindi abbiamo scelto di fare una flebo. Alla fine gliene ha dovute fare due perché il dolore non si placava, l’ho letto nella cartella clinica*».

Infine, per quanto attiene alle relazioni con i familiari, Alfa ha deciso che l’ospedale di comunità sia una struttura aperta durante il giorno, senza rigidi orari di visita, accessibile anche di notte, se c’è bisogno di assistenza, ma che durante le visite siano presenti nella camera soltanto medici, infermieri e paziente. Con questa soluzione si preservano sia il coinvolgimento dei parenti nella cura, che è coerente con una cura “a tutto tondo”, sia il desiderio, espresso dai dottori che invece hanno coltivato un’immagine di sé come ospedalieri, di avere un rapporto diretto, non mediato da altri, con il paziente durante la visita.

In sintesi, nella fase di costituzione e in quella di sviluppo degli ospedali di comunità le logiche istituzionali che agiscono dal basso verso l’alto, note come *microfoundations* (KYRATSI-ATUN-PHILLIPS-TRACEY-GEORGE, 2017; POWELL-COLYVAS, 2008; WRIGHT-ZAMMUTO-LIESCH, 2017) e riconducibili a dinamiche di identità professionale che rendono proattivi gli attori del contesto, si intersecano con logiche istituzionali dall’alto verso il basso, invece riconducibili alla regolamentazione normativa e al supporto manageriale delle Aziende Sanitarie Locali.

#### 4. LA MATURITÀ DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ: PRESSIONE SUI COSTI E RICERCA DI INNOVAZIONE

La diffusione degli ospedali di comunità è stata segnata dalla crescente enfasi posta sui costi, in particolare dalla *spending review* sancita nel 2012, come anticipato nell’introduzione. La relazione tra direzione sanitaria e professionisti si è incentrata allora sulla retorica dei costi (DOOLIN, 2002; WRIGHT-IRVING-SELVAN THEVATAS, 2020): nella prospettiva manageriale, gli ospedali di comunità comportano una spesa che va confrontata coi benefici che essi effettivamente conseguono secondo una logica economica, mentre per i professionisti intervistati i costi risultano comunque sostenibili a fronte di vantaggi sociali, di difficile quantificazione, che sono chiaramente riconosciuti e apprezzati dalla collettività.

Il Dottore A di Alfa, che si occupa di relazioni con le istituzioni coeren-

temente con la sua visione della professione medica, ribadisce con convinzione la convenienza per il SSN del funzionamento degli ospedali di comunità: *«Il nostro ospedale costa solo 100 euro a notte per letto, altrimenti i ricoverati dovrebbero stare in un ospedale per acuti che ne costa ben 700-800 per notte»*. Di diverso parere è il responsabile dell'ASL di competenza, il manager L, che presenta una prospettiva diversa e potenzialmente antitetica: *«Bisogna fare attenzione: il Dottore A continua a ripetere che questa struttura [Alfa] è economicamente conveniente per il sistema sanitario perché il costo giornaliero per letto è inferiore. Senza l'ospedale di comunità però molti dei pazienti ricoverati potrebbero rimanere a casa, con servizi diversi forniti loro, e non è dimostrato che la disponibilità di un ospedale di comunità diminuisca l'indice dei ricoveri [in altri ospedali] della popolazione locale»*.

L'ottica dei professionisti privilegia spesso, nel dibattito sui costi, le considerazioni di natura etica. L'infermiera E di Beta lamenta il possibile effetto negativo che un controllo esasperato dei costi può generare sulla qualità delle cure prestate: *«Continuiamo a sentirci dire dai rappresentanti del governo che dobbiamo tagliare, tagliare e tagliare ancora i nostri costi. Siamo forse operatori sanitari migliori se prescriviamo ai nostri pazienti antibiotici da 6 euro di vecchia generazione invece che antibiotici nuovi, che costano 10 euro, ma sono più efficaci?»*.

Il Dottore G, sempre di Alfa, parla delle difficoltà che la cessazione dello status di ospedale equiparato agli altri ospedali, introdotta dal management dell'ASL, genera nelle decisioni da prendere per i pazienti. Diventa in particolare complicato scegliere in osservanza ai principi etici della professione se sia meglio indirizzare da subito un paziente con una sospetta patologia verso l'ospedale generale, a distanza di chilometri da casa, dove, da degente, gli esami di accertamento possono essere svolti tempestivamente, oppure ricoverarlo nell'ospedale di comunità in attesa che ci sia disponibilità per effettuare gli esami da esterno nell'ospedale generale: *«Quando eravamo equiparati a un reparto dell'ospedale di X [città vicina], le nostre impegnative seguivano il decorso, come tempi di attesa, di un normale reparto di X, per cui erano tempi adeguati a poter svolgere una diagnosi. A un certo punto, tre anni fa, è successo invece che tutto questo è venuto meno (per scelte aziendali, dovute o non dovute non lo so), per cui i pazienti che noi abbiamo adesso, quando facciamo delle impegnative, seguono un percorso come se fossero a casa loro: noi scriviamo la nostra ricetta che, quando vanno a prenotare, entra nel calderone, come se fossero a casa invece che in un ospedale. I tempi si allungano. Per cui, molte volte, siamo noi stessi che ci censuriamo e inviamo il paziente subito in un ospedale classico per una ra-*

*gione etica. Se ho una persona davanti a me e so che la prima lastrina me la potranno fare dopo due settimane e ho dei dubbi su quello che può avere, è ovvio che non posso tenerlo qui ed è meglio che lo mandi direttamente a X o altrove».*

Il Dottore M di Gamma ha definito «schizofrenico» l'atteggiamento della Regione nei confronti dell'ospedale di comunità, che fluttua tra addurre l'esperienza di queste strutture intermedie a esempio in interviste sui media e a convegni e il ventilarne periodicamente un'imminente chiusura.

La reazione degli ospedali di comunità alla pressione sui costi e alla potenziale chiusura delle strutture è stata la realizzazione di una serie di iniziative che potessero, da un lato, aumentarne la sostenibilità finanziaria e, dall'altro, diversificare l'identità e il ruolo di queste strutture rispetto alle Case della Salute, già anticipate nell'introduzione. La percezione di sovrapposizione con quest'altra forma di medicina territoriale, e quindi il pericolo di un indebolimento degli ospedali di comunità, è espressa dal Dottore A di Alfa: «Questa storia della Casa della Salute mi preoccupa. È vero che loro sono un servizio diurno, mentre noi abbiamo la degenza, ma qui apriranno proprio nello stabile di fianco [mostra dalla finestra una specie di dependance collegata da un vialetto di pochi metri]. Saremo in grado di integrarci oppure finiremo per sbranarci l'un l'altro? In quest'ultimo caso, a perderci saremmo noi».

La proattività dimostrata dai professionisti per creare l'ospedale di comunità si riattiva a fronte del venire meno del supporto istituzionale. Il materiale raccolto nel corso della ricerca riporta istanze di estensione dei servizi offerti e di raccolta autonoma di fondi. Tra le iniziative di avvio di servizi integrativi si annovera l'adesione a una rete di telemedicina attuata da Beta per effettuare diagnosi precoci di infarto, come narrato dal Dottore S: «Poi volevo farle vedere un'altra cosa. [Si alza e prende un piccolo strumento dall'armadio dietro alla scrivania]. Questo è un elettrocardiogramma telematico. Se un paziente viene qui e si sente male, oppure io vado a casa di un paziente che mi dice "Dottore, ho un dolore al petto", io gli metto questi due elettrodi sul petto, questo macchinino registra e tramite telefono siamo collegati, con un abbonamento annuale che costa 500 euro, con la cardiologia di Y [città del nord Italia], che ha la cardiologia aperta 24 ore su 24. Telefono con il mio codice, mi risponde un cardiologo: "Cosa ti dice il paziente?", intanto si passa l'informazione dall'elettrocardiogramma e di là a Y viene fuori il vero elettrocardiogramma. Lei non ci crederà, ma io ci ho "schiodato" degli infarti qui con questo.

*C – Veramente?*

*S – Sì perché ho chiamato il 118, poi da Y mi fanno il fax con*

*l'elettrocardiogramma e la diagnosi firmata da un cardiologo. Questo non è filtro, secondo lei? [...] I pazienti si sentono molto più sicuri con questa possibilità ed è un bene che i nostri amministratori devono tenere a mente nelle loro valutazioni. Noi ci evolviamo, l'ospedale [di comunità] cambia».*

Di diversa natura è l'iniziativa sviluppata in Sigma, dove la Manager M ha avviato lo studio di fattibilità di un centro di ascolto e di aiuto per donne da gestire in locali vicini alla struttura, con il coinvolgimento volontario di personale dell'ospedale di comunità. Nelle parole della Manager: «Non posso smettere di guardare avanti. Ho già cominciato a muovermi per aprire un centro per donne maltrattate della zona. Un luogo nel quale le donne possano trovarsi, ottenere conforto e aiuto. Vorrei continuare il mio lavoro regolare qui [in Sigma] e poi spostarmi di là nel fine settimana. Vorrei diventare un counselor là».

È interessante sottolineare come, nel resoconto del nuovo progetto del centro femminile, la manager sembri ripetere le dinamiche che hanno portato alla genesi dell'ospedale di comunità: l'elaborazione di un nuovo "sé possibile", come *counselor* questa volta, e la generazione di fattori situazionali propizi alla sua realizzazione.

Infine, è degna di rilievo l'attività posta in essere a Sigma per raccogliere fondi per acquistare o rinnovare le attrezzature cliniche. I membri dell'ospedale hanno organizzato la raccolta di offerte a eventi locali quali matrimoni e funerali, come testimoniato dal Dottore M: «Di fronte ai fondi sempre più scarsi e sempre più ritardati, ci siamo messi in moto noi. Abbiamo cominciato a mettere delle cassette all'uscita delle chiese nei matrimoni ai quali eravamo invitati o nei funerali ai quali partecipavamo. Poi l'attività si è espansa, siamo passati anche alle feste di anniversari di matrimonio, compleanni ... anche di sconosciuti, col passaparola. Dopo qualche mese, la prima cosa che abbiamo comprato è stato un nuovo ecografo ad alta definizione».

La fase di maturità degli ospedali di comunità ha quindi visto una divergenza tra logiche istituzionali e processi organizzativi. Alla collaborazione che ha contraddistinto lo sviluppo di queste organizzazioni subentra un disaccoppiamento tra processi interni e influenze esterne nel quale si possono però cogliere segnali di reattività da parte dei membri dell'ospedale, che si attestano ancora come agenti dei servizi sanitari offerti nel territorio.

## 5. CONCLUSIONI

Processi istituzionali e processi organizzativi sono imprescindibilmente collegati nella costituzione e nel funzionamento degli ospedali di comunità come strumenti di continuità delle cure nel territorio. In questo capitolo è stato analizzato il quadro normativo nazionale e regionale all'interno del quale hanno avuto origine e tratto motivazione gli ospedali di comunità in Italia, ponendo particolare enfasi sui processi sociali tra attori del contesto che hanno accompagnato l'azione istituzionale.

Attraverso una ricerca qualitativa condotta in cinque ospedali di comunità localizzati in altrettante regioni italiane si possono cogliere tre diverse modalità di interazione tra logiche istituzionali e comportamenti di individui e gruppi, che sono rappresentate in Figura 1: in una prima fase, logiche istituzionali e processi organizzativi tendono alla convergenza. Mentre i processi di regolamentazione dei servizi di cura primaria, seguendo una tendenza internazionale, adottano la prospettiva della medicina territoriale, istituendo e definendo strutture come le Case della Salute e gli ospedali di comunità, nei professionisti, medici di medicina generale principalmente, si afferma la necessità di una rivisitazione dell'identità professionale che recuperi elementi ai quali si è rinunciato in passato (il "sé alternativo") oppure che incorpori componenti del lavoro desiderate (il "sé possibile"). È da sottolineare come il fattore motivante riscontrato nei fondatori degli ospedali di comunità analizzati sia essenzialmente legato all'aspirazione di realizzare la propria immagine di sé come professionisti (IBARRA, 2004; PRATT ET AL., 2006; BERTOLOTTI ET AL., 2013).

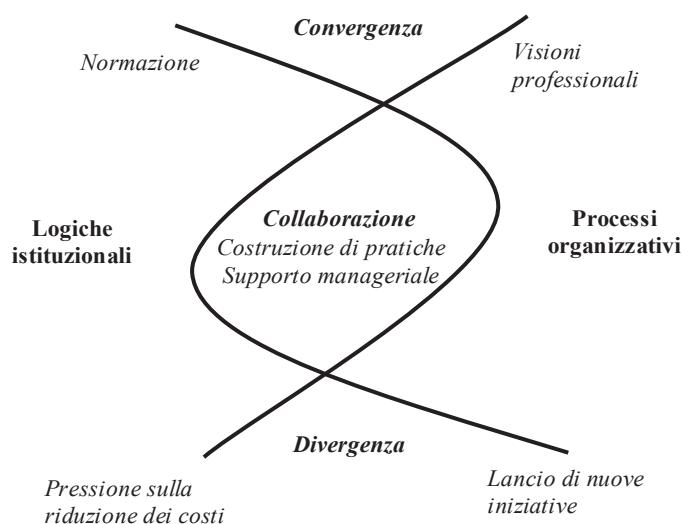
La fase successiva, nella quale gli ospedali di comunità avviano le proprie attività, è contraddistinta da collaborazione tra istituzioni e organizzazioni: mentre le istituzioni forniscono risorse e supporto manageriale per il funzionamento delle strutture, i membri delle organizzazioni pongono in atto, da un lato, le pratiche individuali che consentono loro di agire la visione di sé come professionisti che hanno elaborato, dall'altro le pratiche collettive che agevolano la composizione di visioni diverse di sé.

L'ultima fase osservata segnala invece una divergenza tra processi istituzionali e processi organizzativi: il conflitto trasla da interno, riconducibile alle pratiche coerenti con le diverse immagini di sé e risolto attraverso la costituzione di pratiche collettive, verso una potenziale antitesi tra gli ospedali di comunità e le istituzioni, che ora esercitano pressioni per ridurre i costi, diminuendo l'apporto di risorse. È interessante riscontrare come la proattività che ha caratterizzato il coinvolgimento dei professionisti nell'apertura degli ospedali si rinnovi quando il supporto istituzionale si indebolisce: si svi-

luppiano iniziative, sempre lanciate e gestite dai membri delle strutture sanitarie, per acquisire ulteriori risorse e integrare l'offerta di servizi alla collettività.

Il percorso delineato, in conclusione, assume una forma "elicoidale" nella quale si susseguono convergenza, collaborazione e divergenza tra livelli diversi: quello delle istituzioni e quello delle organizzazioni che insieme coordinano e forniscono assistenza sanitaria sul territorio. Ulteriori approfondimenti potranno consentire di comprendere se e soprattutto come le due logiche, quella appunto istituzionale e quella organizzativa, riusciranno ancora a ricombinarsi armoniosamente, generando benefici per le comunità e mantenendo una concezione di medicina decentrata nel territorio.

Figura 1: *La relazione tra processi organizzativi e logiche istituzionali negli ospedali di comunità*



## BIBLIOGRAFIA

- BELLENTANI M.-DI STANISLAO F.-FULVI S., *La valutazione del sistema delle cure primarie*, in *Monitor*, 2009, n. 24.
- BERG J.M.-WRZESNIEWSKI A.-DUTTON J.E., *Perceiving and responding to challenges in job crafting at different ranks: When proactivity requires adaptivity*, in *Journal of Organizational Behavior*, 2010, nn. 2-3.

- BERTOLOTTI F.-DOSI C.-TAGLIAVENTI M.R., *Enacting Possible Selves by Creating New Organizational Arrangements: Identity Work and Institutionalization*, in WOA (Workshop di Organizzazione Aziendale), *Organizing in turbulent times: the challenges ahead*, 2013.
- CARMELI A.-DUTTON J.E.-HARDIN A.E., *Respect as an engine for new ideas: Linking respectful engagement, relational information processing and creativity among employees and teams*, in *Human Relations*, 2015, n. 6.
- CHREIM S.-WILLIAMS B.E.-HININGS C.R., *Interlevel influences on the reconstruction of professional role identity*, in *Academy of Management Journal*, 2007, n. 6.
- DOOLIN B., *Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians*, in *Organization studies*, 2002, n. 3.
- DOSI C., *Identity dynamics and the emergence of new organizational arrangements: a multi level study*, Tesi di Dottorato in General Management, 2014, Università di Bologna.
- DUTTON J. E.-HEAPHY E.D., *The power of high-quality connections*, in K.S. CAMERON-J.E. DUTTON-R.E. QUINN (a cura di), San Francisco, 2003, pp. 263-278.
- FIMMG, *Linee guida Ospedale di Comunità*, Atti del 55° Congresso Nazionale, Salsomaggiore, 7 novembre 2003.
- GIOIA D.A.-CORLEY K.G.-HAMILTON A.L., *Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology*, in *Organizational Research Methods*, 2013, n. 1.
- GREINER L.E., *Evolution and Revolution as Organizations Grow*, in *Harvard Business Review*, 1972, n. 4.
- GUZZANTI E. (a cura di), *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Roma, 2009.
- IBARRA H., *Working Identity: Unconventional Strategies for Reinventing Your Career*, Boston, 2004.
- KYRATSIS Y.-ATUN R.-PHILLIPS N.-TRACEY P.-GEORGE G., *Health systems in transition: Professional identity work in the context of shifting institutional logics*, in *Academy of Management Journal*, 2017, n. 2.
- MARKUS H.-NURIUS P., *Possible selves*, in *American psychologist*, 1986, n. 9.
- NAVIS C.-GLYNN M.A., *How new market categories emerge: Temporal dynamics of legitimacy, identity, and entrepreneurship in satellite radio*, in *Administrative Science Quarterly*, 2010, n. 3.
- OBODARU O., *The self not taken: How alternative selves develop and how they influence our professional lives*, in *Academy of Management Review*, 2012, n.1, pp. 34-57.
- OBODARU O., *Forgone, but not forgotten: Toward a theory of forgone professional identities*, in *Academy of Management Journal*, 2017, n. 2.
- PETRIGLIERI G.-PETRIGLIERI J.L., *Identity workspaces: The case of business schools*, in *Academy of Management Learning & Education*, 2010, n. 1.



- PETRIGLIERI G.-ASHFORD S.J.-WRZESNIEWSKI A., *Agony and ecstasy in the gig economy: Cultivating holding environments for precarious and personalized work identities*, in *Administrative Science Quarterly*, 2019, n. 1.
- POWELL W.W.-COLYVAS J.A., *The microfoundations of institutions*, in R. GREENWOOD-C. OLIVER-K. SAHLIN-R. SUDDABY (a cura di), *Handbook of organizational institutionalism*, Londra, 2008.
- PRATT M.G.-ROCKMANN K.W.-KAUFMANN J.B., *Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents*, in *Academy of management journal*, 2006, n. 2.
- ROTHAUSEN T.J.-HENDERSON K.E.-ARNOLD J.K.-MALSHE A., *Should I stay or should I go? Identity and well-being in sensemaking about retention and turnover*, in *Journal of Management*, 2017, n. 7.
- SIMET, *Linee guida per un modello di country hospital*, 1998.
- SWANN W.B.-JOHNSON R.E.-BOSSON J.K., *Identity negotiation at work*, in *Research in Organizational Behavior*, 2009.
- TAGLIAVENTI M.R., *La ricerca qualitativa nelle organizzazioni*, Roma, 2019.
- WRIGHT A.L.-IRVING G.-SELVAN THEVATAS K. (2020), *Professional Values and Managerialist Practices: Values work by nurses in the emergency department*, in *Organization Studies*, 2020.
- WRIGHT A.L.-ZAMMUTO R.F.-LIESCH P.W., *Maintaining the values of a profession: Institutional work and moral emotions in the emergency department*, in *Academy of Management Journal*, 2017, n. 1.
- WRZESNIEWSKI A.-DUTTON J.E., *Crafting a Job: Revisioning Employees as Active Crafters of Their Work*, in *Academy of Management Review*, 2001, n. 2.





Finito di stampare nel mese di ottobre 2020  
nella Stampatre s.r.l. di Torino – Via Bologna, 220