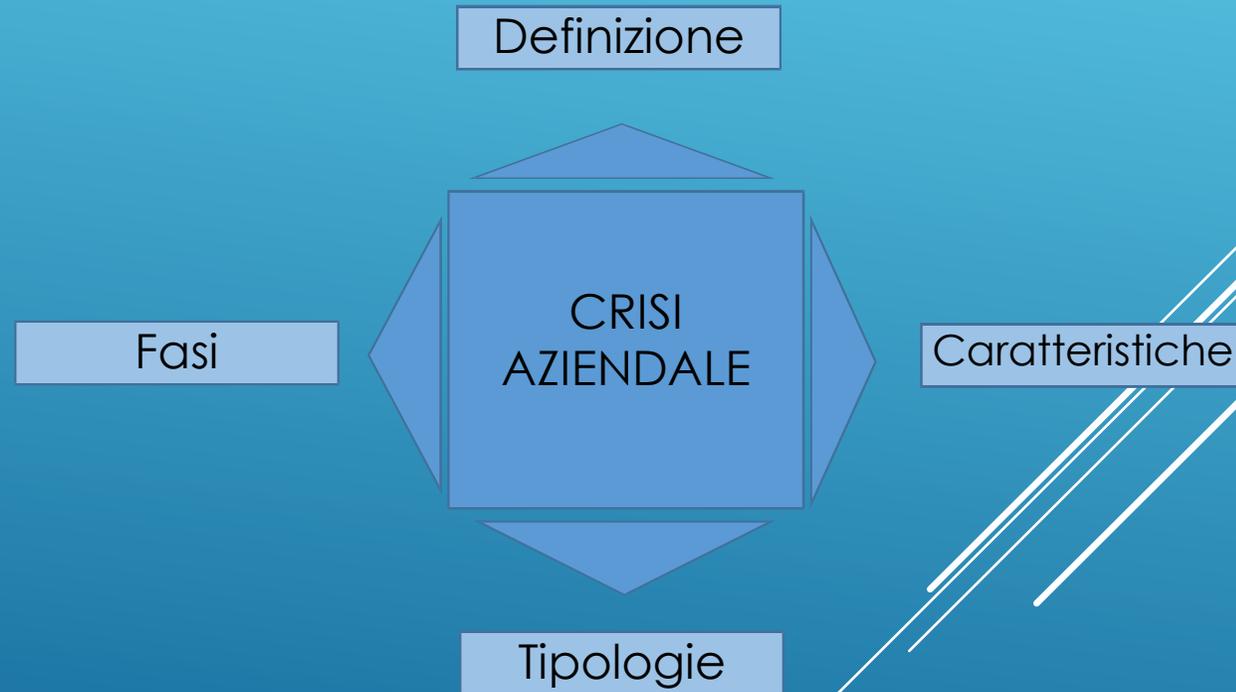


# Il DG e il Covid

## Ruoli e competenze

A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying thicknesses, slanted diagonally from the bottom-left towards the top-right, set against a blue gradient background.

# LA CRISI AZIENDALE IN LETTERATURA



## Definizione «Crisi aziendale»

E' un evento percepito dai manager come grave, insolito, inaspettato (Bundy et al., 2017), che ha il potenziale per provocare conseguenze importanti per l'organizzazione e/o i suoi membri e richiede decisioni rapide (Sayegh et al., 2004)



# Tipologie

Crisi è un termine ampio che si può estendere a cause diverse e che dunque hanno metodi di analisi diversi.

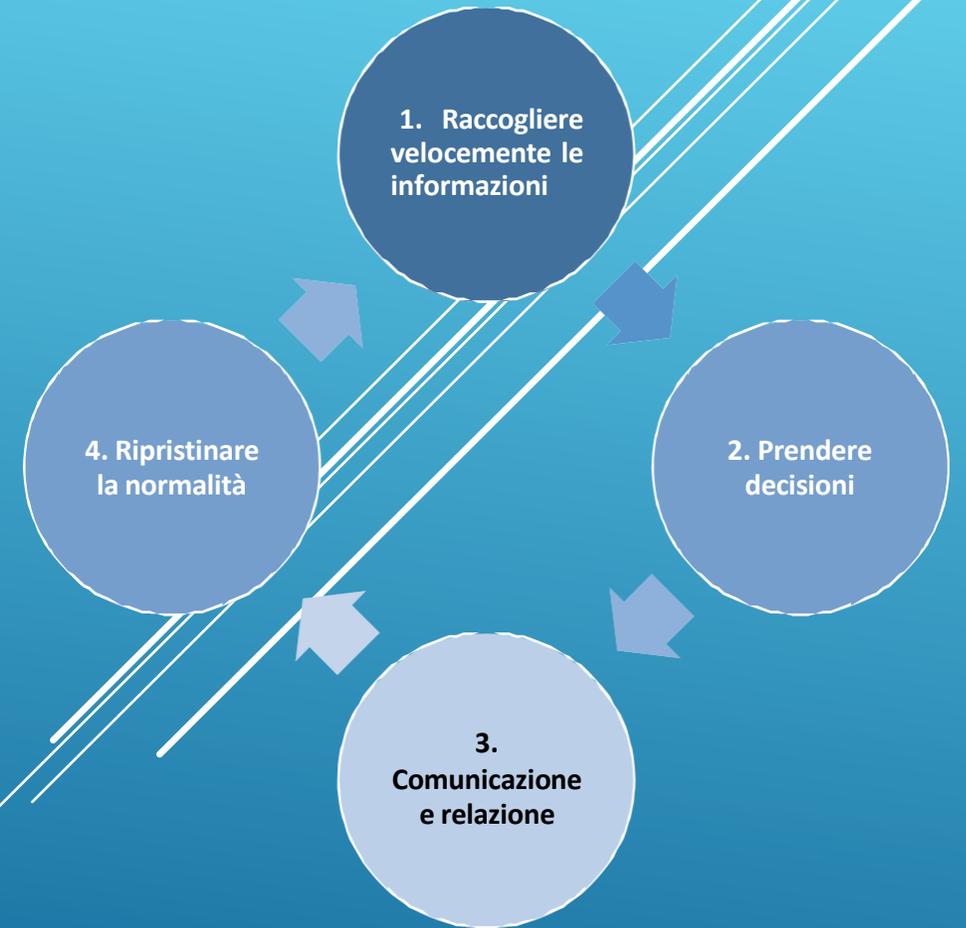
Distinzione in base alle cause della crisi (Slatter, Lovett, 1999; Pearson, Mitroff, 1993; Carson, 2020):

- Cause endogene
- **Cause esogene**
- Cause miste

# I RUOLI DEL DG NELLE CRISI

Dalla letteratura (König et al., 2020) sappiamo che il ruolo di un CEO durante una crisi può essere sintetizzato in quattro attività essenziali:

- 1. Raccogliere velocemente le informazioni e i segnali della crisi**
- 2. Prendere decisioni** in una situazione di crisi
- 3. Comunicare la crisi** agli stakeholder interni ed esterni riguardo alle sue conseguenze e alle decisioni dell'azienda
- 4. Ripristinare la normalità** e attuare le lezioni apprese dalla crisi



...E quindi?...

Cosa è successo con il COVID-19?





1

Per la prima volta dopo 10 anni, il **SSN ha aumentato significativamente la propria spesa corrente**: per il 2020 si stima un aumento di oltre 5 miliardi, pari al +4,7% della spesa totale (Ministero dell'Economia e della Finanze, 2020).

Sono state **abbandonate le politiche di austerità**, rimettendo al centro dell'agenda politica del Paese il SSN e rendendo di dominio pubblico il suo indubbio sotto-finanziamento.

Le nuove risorse non sono state ricavate ribaltando i precedenti trade-off di politica pubblica che avevano sfavorito il SSN rispetto ad altri interventi come riduzioni dell'imposta sulla prima casa o Quota 100; **è stato semplicemente aumentato il debito pubblico.**

**I contributi Covid si distribuiscono con logiche di rimborso a piè di lista degli input acquisiti, rendicontati ex post rispetto all'esborso.**

Questa disomogeneità nelle metriche contabili e di riparto ha impedito in prima battuta alle regioni di avere chiarezza sulle risorse disponibili, generando differenze di comportamenti, determinate sia dalle abilità contabili, sia dal coraggio istituzionale di essere imprenditoriali rispetto a risorse il cui rimborso era stato promesso ex post, alla presentazione dei giustificativi di spesa.

Infatti, **venendo trasformati i posti letto ordinari in posti letto Covid, così come molti altri setting erogativi, risulta indistinguibile quale spesa sia da allocare al FSN ordinario e quale componente alle spese extra Covid.**

In questa indeterminatezza, l'imprenditorialità istituzionale presente nelle diverse regioni ha fatto la differenza rispetto alla velocità e all'entità delle logiche espansive di spesa.

# 2

Dopo anni di costante contrazione degli organici, **sono state avviate massicce campagne di reclutamento di personale** medico e delle professioni sanitarie.

Nella fisiologica instabilità dei dati dettata dal momento, il Ministero della Salute ha rendicontato **oltre 36.000 unità di personale sanitario assunte tra marzo e ottobre**, delle quali la metà a tempo **indeterminato**. In questo modo, il SSN avrebbe recuperato circa i tre quarti del personale perso dal 2009.

Le USCA, composte da **giovani medici** delle cure primarie, per la prima volta hanno visto l'utilizzo di contratti di lavoro da dipendenti nell'ambito della medicina generale, evidenziando una discontinuità significativa rispetto alle tradizionali traiettorie di sviluppo degli organici.

Allo stesso modo sono stati significativi, soprattutto in alcune regioni, gli inserimenti di **infermieri di comunità o dei servizi territoriali**. Al netto di alcuni casi, però, questa finestra di opportunità per il recupero degli organici persi nel tempo, di fondo necessaria e probabilmente irripetibile per molto tempo, **non è stata frutto di un lavoro di programmazione e di ripensamento dei ruoli professionali e dei modelli di servizio**.

**Hanno prevalso logiche di emergenza**, che fisiologicamente tendono ad essere path dependent rispetto a piante organiche storicamente presenti, con l'eccezione delle figure professionali strettamente collegate alla pandemia.



# 3

L'SSN è stato governato per alcuni mesi con una cultura organizzativa mission driven, guidata dal senso di urgenza del raggiungimento delle finalità istituzionali, per cui sono stati attivati nuovi e **veloci processi decisionali** con le relative procedure agili di formalizzazione.

Allo stesso modo, le **procedure amministrative sono state selezionate**, nel ricco portafoglio del diritto amministrativo italiano, **per raggiungere il più velocemente possibile l'obiettivo gestionale e non per minimizzare i rischi procedurali per i dirigenti responsabili.**

# A questo proposito sono emerse rilevanti caratterizzazioni

La **rapidità decisionale**, e quindi l'inevitabile accentramento del processo di adozione delle scelte, non è andata a discapito della **collegialità interna ed esterna**, ma, al contrario, ne è stato il naturale complemento.

Molte aziende pubbliche e realtà private accreditate hanno attivato dei veri e propri **comitati di crisi**, a cui partecipavano le diverse professionalità ritenute necessarie, da quelle epidemiologiche a quelle cliniche, dagli esperti di logistica a quelli di ICT, coinvolgendo il top management e i profili professionali più carismatici delle organizzazioni.

In parallelo, **ogni azienda pubblica si è costantemente e frequentemente confrontata con le altre** e con i rispettivi sistemi regionali. La **digitalizzazione dei processi** collegiali interni ed esterni è stato un significativo acceleratore e facilitatore della possibilità di confrontarsi ad ogni orario e in ogni momento.

Il confronto collegiale interno ed esterno ha permesso al vertice strategico di decidere in modo più informato, consapevole, ma anche tempestivo, avendo già concertato con gli stakeholder più rilevanti i contenuti delle scelte.

# 4

Durante la prima ondata del Covid, nelle regioni più colpite, la **geografia dei servizi**, che di norma si evolve lentamente e linearmente, è stata radicalmente trasformata nel giro di poche settimane.

**Il già citato sotto-finanziamento del SSN ha impedito di accumulare rilevante capacità produttiva di riserva.**

Pertanto, strutturalmente, la messa a disposizione di setting per i pazienti Covid è avvenuta e avviene **trasformando quote di offerta esistenti**, precedentemente dedicate ad altro.

Con la pandemia il SSN ha imparato a **trasformare un reparto da una specialità all'altra in poco tempo**, a riutilizzare come terapie intensive le sale operatorie, a suddividere i percorsi dei pazienti tra sporco e pulito in poco tempo, ad **attivare le ricette dematerializzate**, a **spostare in digitale alcune visite specialistiche**.

# 5

Nei frangenti più drammatici dell'emergenza, molti **professionisti hanno superato gli steccati disciplinari e lavorato in team multidisciplinari**, in reparti e setting diversi da quelli abituali, dimostrando senso di servizio, flessibilità, capacità di apprendimento e di adattamento.

L'aspetto più interessante è l'analisi del driver che ha garantito questa disponibilità dei professionisti.

**Non si è trattato di incentivi economici** (che, se sono stati riconosciuti, sono arrivati ex post, senza quantificazione preventiva) o di nuove strutture organizzative, o di percorsi di crescita professionale.

**La leva, sia nel pubblico che nel privato accreditato, è stata quasi esclusivamente la motivazione intrinseca verso la missione aziendale.** Il lavoro sulla motivazione intrinseca, sulla public service motivation, era uscita da troppi anni dalle coordinate culturali della gestione dei professionisti da parte del SSN, sempre più alla ricerca di strumenti estrinseci, frutto anche di una banalizzazione delle logiche aziendali.



# 6

La narrazione collettiva e tecnica sulla sanità



La sanità, oltre ad aver guadagnato una nuova centralità nell'agenda politica, ha visto basare ogni ragionamento di programmazione sulla realtà epidemiologica (numero di contagiati attuali e prospettici) sulla quale parametrare la capacità di offerta, ad esempio tamponi, posti letto di terapia intensiva, DPI.

**Questo ha rotto strutturalmente una delle costanti del SSN, nel quale il dimensionamento della capacità d'offerta era basato sulle dotazioni pregresse,** aggiustate in funzione della casistica minima per migliorare la clinical competence.

L'epidemiologia del Covid ha obbligato ogni componente del SSN a ragionare invece in funzione dell'andamento dell'epidemia e dei fabbisogni non-Covid, che fossero urgenti o differibili, e dunque da recuperare non appena esaurita la durante la fase di picco.

# 7

La **digitalizzazione** del SSN è stata intensificata e diffusa in molte dimensioni professionali e di servizio rilevanti per il SSN

- attivazione di format di medicina a distanza e di **telesorveglianza da remoto**
- informatizzazione dei meccanismi di accesso e di **refertazione** per i pazienti
- automazione delle logiche e dei processi di **presa in carico**
- valorizzazione di forme di **co-production e autocura** supportata da tecnologie personali
- diffusione generalizzata di forme di telelavoro.



La digitalizzazione offre diverse opportunità.

La più evidente è trasformare accesso, raccolta di informazioni e refertazioni in platform service, semplificando di molto sia il percorso degli utenti, sia il lavoro dei professionisti, diminuendo significativamente costi e tempi di attraversamento amministrativo.

Inoltre, **la digitalizzazione può sostenere l'autocura e la compliance, tema rilevante per i pazienti cronici** che rappresentano ormai il 40 % degli italiani e che assorbono il 70% delle risorse del SSN.



L'**ITALIA** HA RISPOSTO IN  
MANIERA UNIVOCA  
ALL'EMERGENZA?



L'**ITALIA** HA RISPOSTO IN  
MANIERA UNIVOCA  
ALL'EMERGENZA?



Dall'analisi emerge come i tre modelli di SSR considerati abbiano adottato, nell'ambito della gestione della pandemia, scelte operative differenti, così come **diversi sono stati gli esiti di salute osservati** per i cittadini e per il personale sanitario.

Il **modello Lombardo, fortemente ospedale-centrico** che ha massimizzato la concorrenza fra ospedale pubblico e ospedale accreditato privato, **ha mostrato peggiori esiti di salute** per i cittadini rispetto alle altre regioni, così come un rischio maggiore di contagio per il personale sanitario.

Il **Veneto**, invece, con il suo modello attivo di contenimento, con il numero particolarmente elevato di tamponi effettuati e **con una maggiore integrazione di servizi territoriali e ospedalieri, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata, riteniamo abbia rappresentato una più adeguata risposta alla diffusione del virus.**

# LEZIONE APPRESA!

- **Ripensare l'ospedale.**
- L'emergenza ha insegnato l'importanza del lavoro di squadra anche tra specialità diverse e la capacità di rendere flessibili le strutture
- **Rivedere la relazione tra ospedale e territorio.** Superare la cultura «ospedalocentrica» implementando ciò che è stato appreso sul territorio (es. uso della telemedicina, conoscenza approfondita dei pazienti fragili, setting in cui gestire posti letto per cronici a conduzione non ospedaliera)
- **Ripensare il territorio** adattandolo ai diversi contesti. L'innovazione non può essere uguale per tutti, lo standard dovrebbero essere sulle performance e non sui modelli organizzativi.
- **Ripensare il dipartimento di prevenzione** rifocalizzandolo sul ruolo di prevenzione primaria e di promozione della salute e facendolo diventare interattivo e interdisciplinare con i dipartimenti e i distretti «come è successo con i tamponi»
- **Attenzione a non far vincere la spinta a ripristinare lo status quo**