

Guidare le aziende sanitarie nella crisi: il ruolo dei direttori generali

I quasi due anni di Covid-19 hanno messo in discussione molti dei modelli consolidati di governo, gestione e organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche. Allo stesso tempo le aziende hanno mostrato insospettite capacità nel resistere alla crisi, nel trovare nuove modalità di funzionamento e nuovi percorsi di sviluppo.

La ricerca che viene presentata ha analizzato come le aziende sanitarie della Regione Lazio e i Direttori Generali che le guidano abbiano risposto alla crisi, innovando la gestione. Insieme ai fattori comuni che caratterizzano l'insieme delle risposte emergono anche le differenze, in parte determinate dalle diverse condizioni in cui le aziende si trovano a operare e in parte frutto di approcci manageriali diversi.

L'obiettivo dello studio è quello di leggere e interpretare le differenze utilizzando uno schema che mette al centro il ruolo del DG, ruolo che viene analizzato attraverso quattro dimensioni principali: l'informazione e i segnali della crisi, il sistema delle responsabilità e delle decisioni, la comunicazione e le relazioni con gli *stakeholder*, le lezioni apprese.

I risultati che vengono presentati permettono di approfondire le conoscenze sulla *governance* delle aziende sanitarie pubbliche e le condizioni che ne possono determinare l'efficacia, oltre a contribuire a una migliore comprensione del *crisis management*.

Mario Del Vecchio è professore associato di Economia Aziendale presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Sezione Health Services Research, dell'Università degli Studi di Firenze. Dirige il CUSAS (Centro Universitario di Studi in Amministrazione Sanitaria) presso la stessa Università. È Affiliate Professor di Government, Health and Not for Profit presso la SDA Bocconi School of Management.

Anna Romiti è ricercatrice di Economia e gestione delle imprese presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Sezione Health Services Research, dell'Università degli Studi di Firenze. È membro del CUSAS (Centro Universitario di Studi in Amministrazione Sanitaria). È titolare dell'insegnamento di Economia e gestione delle imprese in diversi Corsi di laurea dello stesso Ateneo.

ISBN 978-88-238-4736-1



9 788823 847361

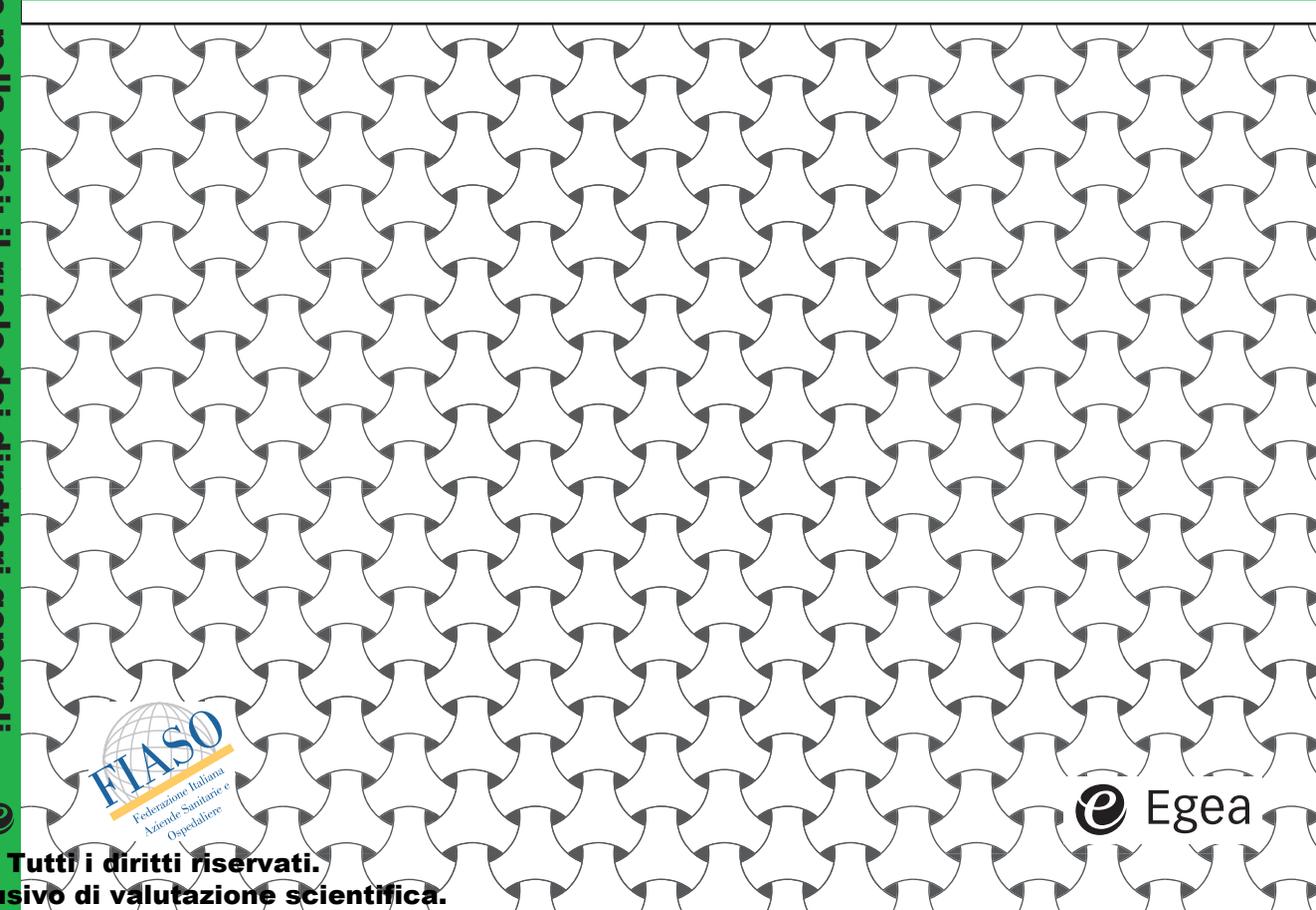
€ 20,00

Mario Del Vecchio
Anna Romiti

Guidare le aziende sanitarie nella crisi: il ruolo dei direttori generali

L'esperienza della Regione Lazio

Del Vecchio, Romiti **Guidare le aziende sanitarie nella crisi: il ruolo dei direttori generali**



Copyright Egea 2021 - Tutti i diritti riservati.
Copia per gli Autori a uso esclusivo di valutazione scientifica.

S&R

Mario Del Vecchio

Anna Romiti

Guidare le aziende sanitarie nella crisi: il ruolo dei direttori generali

L'esperienza della Regione Lazio

Copyright © 2021 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/58365751 – Fax 02/58365753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni. Per altre informazioni o richieste di riproduzione si veda il sito www.egeaeditore.it

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: dicembre 2021

ISBN volume 978-88-238-4736-1

Stampa: Logo S.r.l. – Borgoricco (PD)

**Copyright Egea 2021 - Tutti i diritti riservati.
Copia per gli Autori a uso esclusivo di valutazione scientifica.**

Indice

Prefazione di Giovanni Migliore.....	VII
Introduzione di Giuseppe Quintavalle.....	XI
Capitolo 1. Il tema, gli obiettivi e la metodologia della ricerca	1
Capitolo 2. Background teorico e <i>framework</i> utilizzato	9
Capitolo 3. La crisi: caratteristiche, informazioni e primi segnali	17
3.1 Caratteristiche e fasi della crisi.....	17
3.2 Le informazioni e i segnali della crisi	23
3.3 L'importanza dei <i>framework</i> e delle esperienze personali	28
Capitolo 4. Il sistema delle responsabilità e delle decisioni	31
4.1 Verso la costruzione di un gruppo pubblico regionale	31
4.2 Le caratteristiche dei processi decisionali aziendali nella crisi	35
4.3 Il <i>Top Management Team</i>	40
4.4 Le strutture e la formalizzazione: unità di crisi e collegio di direzione ..	43
4.5 Gli orizzonti temporali	47

Capitolo 5. Comunicazione e relazioni con gli <i>stakeholder</i> interni ed esterni	61
5.1 La Regione e la comunità dei DG	61
5.2 I professionisti	63
5.3 Istituzioni, stampa e collettività di riferimento.....	73
5.4 Competitor e cooperatori.....	81
Capitolo 6. Le lezioni apprese dal DG	87
6.1 Un nuovo ruolo e un nuovo stile di direzione del DG.....	87
6.2 Una nuova azienda orientata al cambiamento	90
6.3 Nuove prospettive per le linee produttive aziendali	92
6.4 Un nuovo ritmo per le aziende del futuro.....	97
Capitolo 7. Discussione	99
Capitolo 8. Conclusioni	105
Bibliografia	111
Appendice	117
Ringraziamenti	121

Prefazione

di Giovanni Migliore¹

Quando abbiamo deciso di mettere in campo, nell'estate del 2020, la ricerca della quale leggerete nelle pagine seguenti analisi, valutazioni, conclusioni, era ancora molto viva nel nostro vissuto di manager della sanità italiana l'esperienza della fase più dura della pandemia. Il confronto tra noi, e all'interno delle aziende, era vivace, ma i media erano ancora concentrati pressoché esclusivamente sull'eroismo di medici e infermieri. Avvertivamo il bisogno di raccontare ciò che era accaduto anche dal nostro punto di vista, le notti insonni alla ricerca dei dispositivi di protezione individuale per i nostri operatori, il corpo a corpo con regole e procedure scritte per la ordinarietà, e decisamente faticose per affrontare la stagione della emergenza, prima che fossero significativamente semplificate, i reparti smontati e rimontati o il raddoppio delle terapie intensive realizzato nel giro di qualche giorno, per citare qualche esempio.

Ma quel bisogno non era animato solo dal desiderio di guardare retrospettivamente a ciò che avevamo vissuto, che pure era presente, ma anche dalla determinazione a guardare al futuro che ci attendeva e alle scelte che saremmo stati chiamati a compiere di lì a qualche mese. Nessuno di noi era in grado di prevedere allora, come ora, la durata dell'emergenza, ma proprio per questo avevamo chiara la necessità di guardare alle azioni da intraprendere per fare tesoro delle lezioni apprese ed evitare assolutamente il ripetersi di situazioni già vissute e qualunque ritorno al passato. C'è in questo approccio un tratto tipico del management della sanità italiana, abituato a guardare alle tappe future e a istruire le azioni necessarie per preparare il contesto organizzativo necessario mentre sta ancora gestendo la congiuntura.

Infine, avvertivamo certamente la necessità di dar voce ai singoli manager, ma anche di disporre di un quadro di insieme in grado di superare la dimensione individuale e restituirci, documentandolo a partire dalla nostra esperienza, il senso di quanto avvenuto. Eravamo consapevoli di essere di fronte a una crisi complessa, e che con quella complessità avremmo fatto i conti ancora a lungo,

¹ Presidente Fiaso.

quindi eravamo alla ricerca di una prima lettura interpretativa in grado di mettere a nostra disposizione elementi utili per le future tappe gestionali.

La ricerca, nella completezza dei suoi contributi, le interviste ai manager delle aziende sanitarie del Lazio e la lettura analitica che ne è stata fatta, ci restituisce per intero la fisionomia di quelle fasi della emergenza pandemica. Una stagione nella quale ci siamo confrontati con un contesto completamente mutato, soprattutto per le priorità alle quali rispondere, caratterizzata dalla incertezza, nella quale il management della sanità ha dovuto prendere decisioni rapide senza disporre del tempo necessario per condurre valutazioni adeguate e, soprattutto, senza alcuna possibilità di confrontare le proprie scelte con esperienze analoghe precedenti, visto che la gran parte di ciò che fronteggiavamo stava accadendo, in quella forma e in quelle dimensioni, per la prima volta. Una crisi senza precedenti, che ancora oggi passa da una fase all'altra senza avviarsi a conclusione, e per ciò stesso sembra assumere, come ben sottolineato nelle pagine seguenti, i tratti di una nuova normalità.

Una stagione nella quale siamo stati costretti a rivedere completamente, e in fretta, l'organizzazione delle aziende, trasformandole in organizzazioni *mission-driven* e accettandone il tratto necessariamente liquido. E nella quale abbiamo imparato ad adattare gli assetti produttivi in relazione ai mutamenti della presenza del virus e dei suoi effetti, superando, anche grazie alla disponibilità dei professionisti, barriere professionali e disciplinari ritenute inamovibili e dimostrando una flessibilità sulla quale qualche mese prima avrebbero scommesso in pochi.

Emergono chiaramente nei racconti dei manager intervistati, la sorpresa iniziale e le difficoltà della raccolta rapida delle informazioni e dei primi segnali della crisi, delle comunicazioni agli *stakeholder* interni ed esterni, delle prime decisioni assunte in un crescendo di drammaticità del contesto del Paese.

La ricerca illustra con altrettanta chiarezza gli interventi del top management delle aziende sul "sistema delle responsabilità e delle decisioni" e i cambiamenti che la crisi induce sulla *governance*, con la riconfigurazione delle strutture di governo interne e dei processi decisionali, in stretto raccordo con il forte ruolo di coordinamento assunto dalla Regione. Cambiamenti che investono anche la comunicazione e le relazioni tra il management e gli *stakeholder* interni ed esterni.

Infine, l'esame delle lezioni apprese, che ci riguarda ancora una volta sul futuro e rivela le principali preoccupazioni dei manager intervistati. A cominciare da quelle relative al mantenimento, una volta usciti dalla pandemia, di quella flessibilità che ha rappresentato uno degli elementi di forza delle aziende per affrontare la crisi, e che perciò si ritiene necessario trasferire strutturalmente negli assetti del futuro. Quella duttilità ha consentito alle aziende di superare le tradizionali incrostazioni del sistema legate a specializzazioni e infungibilità delle risorse professionali, e dovrebbe diventare una componente ordinaria del

patrimonio immateriale delle aziende. Altrettanto dicasi per ciò che attiene ad alcune forme di semplificazione delle procedure e dei processi decisionali che si sono rivelate indispensabili nella fase più acuta della emergenza.

L'esperienza della pandemia è stata segnata, almeno sinora, da una ritrovata consapevolezza sulla centralità del SSN e delle politiche sanitarie pubbliche per il Paese. È anche grazie a questa rinnovata consapevolezza che il PNRR prevede una missione interamente dedicata alla salute, con investimenti sulla dimensione territoriale, che ha rivelato per intero le sue fragilità nel corso della pandemia. È grazie a quella consapevolezza che l'investimento in assistenza domiciliare, la scelta del domicilio del paziente come setting privilegiato per l'assistenza territoriale, la realizzazione delle strutture intermedie con un occhio attento al riequilibrio dei ritardi rispetto alla dotazione degli altri Paesi europei e delle disomogeneità tra regioni, il rafforzamento della medicina generale e delle cure primarie, il rilancio a tutto tondo della prevenzione, sono diventati punti di un'agenda obbligata, e ormai per lo più operativa, per affrontare con successo il quadro epidemiologico attuale e futuro, e il peso crescente di cronicità e morbilità.

Considerazioni analoghe possono essere sviluppate per la digitalizzazione, una strategia che il PNRR considera ormai un vero e proprio fattore abilitante delle principali politiche pubbliche, a cominciare da quelle sanitarie, e che ci costringerà a ripensare e riprogettare finalmente i servizi sanitari, i loro modelli organizzativi e di fruizione da parte dei pazienti, in maniera che garantiscano il massimo della interconnessione e interoperabilità, e utilizzino sin dalla progettazione le logiche e il valore aggiunto dei sistemi digitali.

È, ancora, grazie a quella rinnovata consapevolezza che alle risorse del PNRR si aggiungono oggi quelle previste dalla legge di bilancio. Sono quantitativamente assai meno rilevanti, ma qualitativamente persino più significative, perché invertono un trend negativo che durava ormai da troppi anni e investono sul FSN, sui finanziamenti ordinari, quelli con i quali dovremo far funzionare il sistema per tutto ciò che non ha a che fare con le progettualità del PNRR.

Il tema delle risorse è paradigmatico. La disponibilità di risorse straordinarie, messe a disposizione dal PNRR, ha riaperto paradossalmente la riflessione sui finanziamenti ordinari e strutturali, che riguardano il presente, ma anche il futuro del SSN. Emergenza e ordinarietà si confermano un sistema di vasi comunicanti e ci traggono sul futuro, quello stesso futuro al quale guardano i manager intervistati per la ricerca. Non è, peraltro, l'unico esempio che possiamo richiamare. Un processo analogo si è innescato, per esempio, riguardo alla programmazione. Se possiamo programmare, grazie al PNRR, quale sarà l'assetto strutturale del territorio, con Case e Ospedali di comunità e Centrali operative territoriali, dobbiamo sapere sin da ora con quali risorse professionali faremo funzionare queste strutture e le integreremo per una migliore capacità di presa in carico dei cittadini e dei loro bisogni di salute. I precari assunti nelle fasi

più dure della emergenza pandemica dei quali Fiaso ha chiesto la stabilizzazione, prevista ora dalla legge di bilancio, sono necessari per continuare a garantire i LEA, ma anche per costruire, programmandolo sin d'ora, il SSN del futuro.

Recuperare la giusta attenzione per la programmazione significa anche, per quanto ci riguarda, lasciarsi definitivamente alle spalle la stagione dei blocchi e dei tetti di spesa. Abbiamo bisogno di sapere su quali professionalità potremo contare all'interno delle aziende sanitarie, e investire sulla loro formazione. Dobbiamo considerare i tempi e i costi della formazione di medici, infermieri e degli altri professionisti della sanità, e la complessità crescente dei modelli organizzativi, che richiede il ricorso a nuove professionalità e a uno *skill mix* di competenze diverso rispetto al passato. È necessario un grande investimento per formare i dirigenti del futuro, in maniera che siano in grado di utilizzare nuovi strumenti e di guardare ai percorsi di presa in carico e al sistema sanitario nel suo complesso, differentemente da come li hanno visti sinora. Tutto ciò ha a che vedere con i nuovi bisogni di cura e di assistenza e con i modelli organizzativi che possono garantire loro risposte adeguate, non certamente con i blocchi del turnover, i tetti per i fattori produttivi e gli interventi lineari, per di più fissati sulla base di esigenze presentate dal sistema in altre stagioni. Abbiamo bisogno di liberarci di vecchi arnesi che hanno fatto il loro tempo, e poco e male si conciliano con la ripresa e il rilancio del Paese che vogliamo e dobbiamo interpretare al meglio.

Siamo convinti che il management della sanità italiana sia uno *stakeholder* tra i più accreditati per proporre questi temi nell'agenda delle politiche pubbliche del Paese. È un modo, questo, che ci consente tra l'altro di curare il rapporto e il legame di fiducia tra l'interno e l'esterno del SSN, tra le aziende sanitarie e l'opinione pubblica, permettendo a quest'ultima di riappropriarsi di temi, ragioni e valori che le appartengono e al sistema sanitario di affrontare i prossimi mesi con la giusta tensione per la realizzazione degli interventi e dei cambiamenti che si renderanno necessari.

Mi auguro che la pubblicazione di questo lavoro, per la quale sono lieto di ringraziare i colleghi Direttori Generali che hanno accettato di partecipare alla ricerca e il Professor M. Del Vecchio e la Professoressa A. Romiti per le competenze e il contributo prezioso che hanno messo a disposizione del nostro progetto, favorisca quella circolazione di idee e riflessioni indispensabile per mantenere costantemente vivo il dibattito sul nostro sistema sanitario, condizione essenziale per la trasparenza dei processi decisionali che lo riguardano e, in definitiva, per conservare e rinsaldare il rapporto di fiducia con i cittadini.

Introduzione

di Giuseppe Quintavalle¹

La fase più dura della pandemia da Covid-19 ha fatto emergere una forte determinazione delle aziende sanitarie del Paese a comunicare con il proprio punto di vista e con la propria voce l'esperienza vissuta. Si è sentito il bisogno di raccontare un'esperienza senza precedenti, che è stata, come sappiamo, quasi ovunque drammatica e ha messo per lungo tempo a dura prova le aziende.

Durante la pandemia abbiamo scoperto il valore dei servizi di prevenzione e l'importanza del lavoro in équipe e interdisciplinare. Un sistema organizzativo talvolta lento in tempi normali si è dimostrato in grado di far fronte alle quotidiane richieste dell'emergenza, attraverso l'inserimento di nuove competenze e l'integrazione delle figure professionali che hanno così dimostrato un grande senso di appartenenza e dedizione.

La forte esigenza di scambio di informazioni e dati epidemiologici ha determinato il superamento delle tradizionali carenze di comunicazione delle banche dati con la valorizzazione di strategie nuove ed efficaci, scoprendo nell'attività quotidiana i grandi vantaggi che possono dare le Tecnologie ICT (*Information and Communications Technology*). Tali strumenti tecnologici hanno garantito, anche se con difficoltà, un'adeguata circolazione delle informazioni, assicurato la trasmissione delle comunicazioni ai singoli cittadini e inciso in senso positivo sui problemi organizzativi, con importanti ricadute sulla tempestività della messa in atto delle misure di controllo.

Per questo motivo il coordinamento Fiaso del Lazio ha proposto la raccolta delle esperienze vissute dai Direttori Generali (DG) durante le varie fasi della pandemia. Si è quindi progettato di analizzare il ruolo del management delle quindici aziende sanitarie del Lazio mediante un'intervista semi-strutturata ai loro DG.

Le interviste, condotte dal Prof. Del Vecchio dell'Università di Firenze, hanno avuto una durata di due ore e hanno indagato i seguenti aspetti della gestione della crisi durante la pandemia:

¹ Coordinatore Fiaso del Lazio

- la raccolta delle informazioni;
- la modalità delle decisioni;
- la comunicazione verso l'interno e verso l'esterno;
- le lezioni apprese e le modifiche ipotizzate.

Le informazioni raccolte hanno una notevole importanza; sono la dimostrazione dello spessore e del senso di responsabilità di chi guidava le aziende a fronte di una situazione nuova e altamente drammatica; le varie modalità con cui è stata gestita la crisi dimostrano le notevoli doti di coraggio, di innovatività e in molti casi anche di creatività che hanno caratterizzato le azioni e le decisioni dei DG; le decisioni e i punti di vista del management della sanità italiana e le azioni in molte circostanze non hanno trovato adeguato riscontro, sinora, nel mainstream mediatico e nella narrazione che quotidianamente è stata proposta all'opinione pubblica.

Si è così costruito un patrimonio di conoscenze unico sull'immane lavoro di gestione della crisi. Il materiale, interamente registrato e consultabile nel sito Fiaso, è stato poi analizzato e codificato dal CUSAS dell'Università di Firenze con un software di analisi qualitativa. Il quadro complessivo del ruolo svolto dai DG durante l'emergenza è completato dalla selezione di alcuni significativi spunti video tratti dalle interviste, che evidenziano i momenti di impegno più intenso o più coinvolgente dal punto di vista emotivo, che costituiscono un complemento all'analisi scientifica prodotta.

Il materiale raccolto è di estrema ricchezza, contiene informazioni sui processi organizzativi messi a punto in situazioni e contesti molto diversi e soluzioni spesso originali. Quasi mai si sono registrati elementi ripetitivi e scontati. Di estremo interesse sono state soprattutto sia le problematiche specifiche delle ASL con territori assai diversi e spesso complessi, sia le soluzioni adottate per ristrutturare completamente l'assistenza territoriale.

Alcuni elementi ricorrono con chiarezza e con particolare frequenza nelle interviste. Per esempio la necessità di muoversi nella grande incertezza delle informazioni, la difficoltà creata dall'eterogeneità delle fonti e il grande supporto ottenuto tramite l'attivazione della rete dei DG.

Il testo di questo volume è costruito in modo da rappresentare al meglio quanto è stato raccolto, inframezzando le sintesi operate dagli autori con parti delle testimonianze raccolte durante le interviste.

Solo per tratteggiare alcuni aspetti, che poi saranno chiaramente analizzati nel testo, si sottolinea l'estrema pressione sulle Direzioni aziendali che ha portato a una rivoluzione nella catena di comando, con frequente rapporto diretto con il personale operativo. Anche la comunicazione ha avuto un'importanza cruciale. Soprattutto la comunicazione interna sempre particolarmente curata dai DG e spesso veicolata con una presenza costante, a qualsiasi ora, nei luoghi di cura, nei reparti Covid, nelle terapie intensive, negli hub vaccinali.

È emersa l'assoluta necessità dell'interdipendenza dei servizi e dell'inefficienza del lavoro in compartimenti stagni. La stretta collaborazione e la comunicazione tra servizi territoriali e ospedale hanno rappresentato una risorsa importante, oltre che una necessità, rafforzata anche dall'implementazione dell'assistenza domiciliare, del lavoro di collaborazione tra équipe, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, sindaci e Terzo settore. Sono infatti scaturite molte idee sulle trasformazioni necessarie all'assistenza ospedaliera e territoriale, di notevole interesse per il futuro del SSN.

Il rapido, anche se non strutturato, utilizzo dei servizi di telemedicina, telemonitoraggio e teleconsulto ha reso consapevoli tutti della necessità di potenziare la dotazione tecnologica dei Servizi per poter disporre di un sistema informatizzato e attivare una rapida comunicazione tra figure professionali e contesti diversi (laboratori, MMG e ASL).

Fondamentale è stato il ruolo della Regione nell'indirizzare l'operatività delle aziende. Il grande impulso dell'Assessorato ha creato una condivisione e uno scambio continuo fra i Direttori delle diverse aziende senza il quale il sistema non avrebbe retto all'urto del SARS-CoV-2.

I risultati dell'indagine condotta nel Lazio, fortemente incoraggianti, hanno suggerito di estendere lo studio nelle altre Regioni e a oggi 49 DG di 14 regioni hanno presentato la propria esperienza consolidando il notevole patrimonio di conoscenze sul management in sanità in periodi di crisi.

Occorre infine sottolineare che gli intervistati hanno accolto l'iniziativa come un momento importante di sintesi personale e professionale.

Capitolo 1. Il tema, gli obiettivi e la metodologia della ricerca

La pressione conseguente alla pandemia da Covid a cui sono state sottoposte da ormai da quasi due anni le aziende sanitarie pubbliche e private è stata tale da mettere in discussione molti dei modelli consolidati di governo, gestione e organizzazione aziendale. Sembra comunque che nel periodo della crisi le aziende siano state in grado di resistere alla “bufera” riuscendo non solo a far fronte alle criticità che la crisi via via ha posto, ma andando oltre, fino a intraprendere veri e propri percorsi evolutivi. La crisi ha, infatti, costituito per molte aziende un’occasione per immaginare e mettere in atto processi innovativi.

Se poi guardiamo ai cambiamenti che hanno interessato le aziende dal punto di vista della *governance*, un elemento comune a tutte le realtà analizzate, almeno quelle oggetto del presente studio, le aziende sanitarie del Lazio, è sicuramente un ruolo più incisivo giocato dalla Regione durante l’emergenza. L’elemento che invece le differenzia è il modo con cui ciascuna di esse ha governato internamente l’emergenza. Le diversità riscontrate possono essere ricondotte a molti fattori come le differenti missioni che caratterizzano tipologie diverse di aziende o la specifica interpretazione che ciascun Direttore Generale (d’ora in avanti DG) ha dato del proprio ruolo in una situazione di turbolenza senza precedenti.

Lo studio legge e interpreta le differenze utilizzando uno schema che prevede quattro dimensioni per il ruolo che il DG di un’azienda assume durante una crisi: l’informazione e i segnali di crisi, il sistema delle responsabilità e delle decisioni, la comunicazione e le relazioni con gli *stakeholder*, le lezioni apprese. In questa prospettiva il presente lavoro analizza ciò che nelle aziende è avvenuto lungo le quattro dimensioni e collega omogeneità e differenze, da un lato, a determinate caratteristiche strutturali delle aziende e alla tipologia di rapporto tra aziende e capogruppo e, dall’altro, alla visione, alle doti di leadership e alle capacità dei DG.

L'analisi delle aziende sanitarie nel primo anno e mezzo di pandemia e, in particolare, il racconto appassionato e a tratti commovente dell'esperienza vissuta dai DG permettono di costruire un quadro interessante dell'impatto della crisi sulle aziende attraverso un focus specifico sul fondamentale ruolo esercitato dal vertice aziendale, e dal DG in particolare, in una "contingenza emergenziale" come quella attivata dal Covid.

Se lo studio è focalizzato sull'analisi del ruolo del DG durante la pandemia, gli obiettivi specifici sono:

- la tipizzazione delle fasi della crisi;
- la verifica del ruolo del DG durante le diverse fasi con particolare attenzione all'analisi di:
 - sistema informativo,
 - sistema decisionale,
 - sistema relazionale e comunicativo;
- la verifica di eventuali lezioni apprese per il management.

Le domande di ricerca che hanno guidato l'analisi hanno come oggetto se e come la pandemia abbia cambiato:

1. il ruolo dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche;
2. l'esercizio del management;
3. le aziende e il loro modo di pensare al futuro.

Al fine di indagare gli obiettivi del presente studio è stato fatto ricorso all'analisi dei casi. Il metodo dei casi è considerato appropriato anche per studiare gli eventi rari o estremi e per sviluppare descrizioni ricche e profonde delle organizzazioni e delle loro attività (Yin 2003).

Il metodo di indagine scelto all'interno dello studio è quello delle interviste semi-strutturate. Il protocollo di intervista è stato costruito attraverso diversi passaggi.

In una prima fase il gruppo di ricerca ha svolto un'analisi della letteratura per individuare gli elementi chiave utili per rispondere alle domande di ricerca individuate. Al contempo sono stati anche raccolti dati relativi all'ambiente di riferimento delle Aziende Sanitarie del Lazio al fine di comprendere meglio in quali contesti le scelte aziendali venivano prese.

La fase successiva è stata dedicata alla creazione di un protocollo di intervista semi-strutturato sulla base di un *framework* individuato in letteratura. In particolare il protocollo di intervista è stato suddiviso in quattro aree relative al ruolo svolto dal CEO nelle crisi aziendali (König et al. 2020) e precisamente:

- raccogliere velocemente le informazioni e i segnali della crisi;

- prendere velocemente le decisioni;
- comunicare la crisi agli *stakeholder* interni ed esterni;
- ripristinare la normalità e implementare le lezioni apprese.

Una prima versione del protocollo di intervista, realizzato sulla base della letteratura, è stata testata su due aziende sanitarie del Lazio che hanno dato la loro disponibilità a rappresentare casi pilota. Il protocollo è quindi stato successivamente aggiustato sulla base delle criticità riscontrate dal gruppo di ricerca e dei suggerimenti forniti dai direttori generali oggetto del test. La nuova versione del protocollo di intervista è stata quindi utilizzata per condurre le interviste a 15 DG del Lazio (per una descrizione più dettagliata del protocollo si veda l'Appendice). Rappresentando l'83% delle aziende sanitarie pubbliche della Regione Lazio, il campione garantisce un'ottima rappresentatività dell'universo di riferimento. Le interviste sono state realizzate da gennaio a giugno 2021.

Tutti i soggetti intervistati hanno vissuto l'esperienza della pandemia con il ruolo di DG in una stessa azienda o in aziende diverse durante il periodo pandemico. In questi ultimi casi al DG è stato chiesto di raccontare l'esperienza vissuta nell'azienda inserita nel campione. In pochi casi e per limitati periodi di tempo, l'intervistato può aver assunto ruoli assimilabili a quello di DG (per esempio Commissario o facente funzione di DG, ma con ruolo di Direttore Amministrativo, DA). L'articolazione della tipologia di aziende di appartenenza dei DG intervistati è riportata in Tabella 1.1.

Tabella 1.1 – Numero soggetti intervistati per tipologia di azienda

Tipologia di azienda	N.
Asl	9
Ao	1
Aou	2
Ircs	2
Azienda per l'emergenza	1

In Tabella 1.2 sono rappresentati i dati più significativi delle aziende del campione riferiti all'anno 2019, scelto in quanto ultimo anno prima dello scoppio della pandemia.

Tabella 1.2 – Dati aziendali delle aziende del campione (2019)

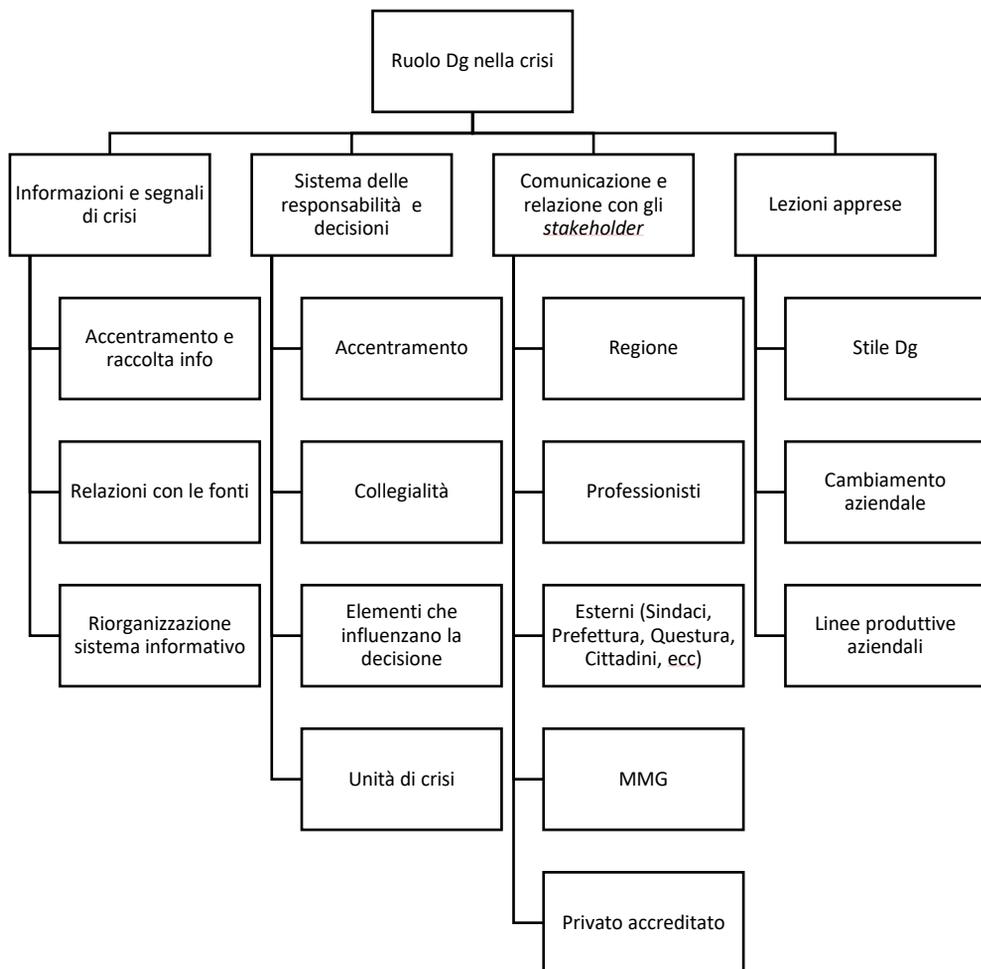
	Popolazione	Valore della produzione (milioni)	Personale totale	Territorio di riferimento (km ²)	N. Comuni
Asl Roma 1	1.012.602	2.967 €	4.586	514	6 Municipi
Asl Roma 2	1.275.885	2.619 €	4.936	470	6 Municipi
Asl Roma 4	319.706	547 €	1.365	1.317	28
Asl Roma 5	489.468	925 €	2.661	1.814	70
Asl Roma 6	559.750	1.092 €	3.045	658	21
Asl Latina	562.592	995 €	2.780	2.250	33
Asl Rieti	152.497	344 €	1.308	2.749	73
Asl Frosinone	477.502	900 €	3.526	3.242	91
Asl Viterbo	309.795	626 €	2.594	3.612	60
Ao S. Giovanni		198 €	2.122		
Aou Umberto I		454 €	2.113		
Aou Sant'Andrea		204 €	1.527		
Irccs Spallanzani		122 €	556		
Irccs Ifo		187 €	916		
Ares 118		181 €	1.561		

Fonti: Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Atti aziendali.

Le interviste sono state effettuate online mediante la piattaforma “Meet Google” e sono state tutte condotte da parte di uno stesso ricercatore; gli altri componenti del gruppo di ricerca erano comunque presenti durante le interviste. Al termine di ogni intervista il gruppo di ricerca ha effettuato un briefing per raccogliere le prime impressioni sui punti chiave emersi.

Tutte le interviste, della durata di due ore ciascuna, sono state registrate e trascritte; in seguito sono state elaborate attraverso il Software Nvivo. Due ricercatori hanno codificato tutte le trascrizioni anche sulla base dei temi emersi in letteratura. I codici scelti sono stati poi comparati e successivamente affinati iterativamente. In Figura 1.1 è rappresentato l'albero dei codici realizzato con il software utilizzato. Il ruolo dei DG è stato scomposto in quattro codici “madre” seguendo il *framework* utilizzato e descritto sopra. Successivamente dai codici “madre” sono stati creati altri codici “figli” in base ai risultati più significativi che via via emergevano nelle interviste.

Figura 1.1 - Albero dei codici Nvivo



La somministrazione del questionario ai due casi pilota ha consentito al gruppo di ricerca di aggiustare le quattro aree di azione nelle quali il DG è impegnato durante la crisi e di individuare almeno quattro fasi della crisi sulla base dei primi risultati emersi dal test.

All'interno del presente lavoro sono riportati testualmente, in forma anonima, alcuni pezzi estratti dalle trascrizioni delle interviste. Le trascrizioni utilizzate nel testo sono state, inoltre, sottoposte agli intervistati che in alcuni casi hanno provveduto, in forma scritta, a intervenire marginalmente sul testo per chiarire meglio il loro pensiero. In alcuni casi è stato poi il gruppo di ricerca che ha effettuato minimi interventi sulla forma e la punteggiatura.

Tabella 1.3 – Le dimensioni indagate e la scansione temporale

	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4
Informazioni e segnali di crisi				
Sistema delle responsabilità e delle decisioni				
Comunicazione e relazioni con gli stakeholder				
Lezioni apprese				

I risultati di questo studio accrescono la ricerca sul *crisis management* e in particolare sulle crisi dai confini temporali indefiniti e dagli oggetti di attenzione diversi. Inoltre le evidenze raccolte permettono di arricchire la ricerca in ambito di *governance* e gestione delle aziende sanitarie pubbliche nella crisi.

Il lavoro è così articolato: il secondo capitolo è dedicato alla letteratura sulle crisi aziendali. In particolare viene illustrato il background teorico dedicato alle crisi con particolare riferimento al ruolo del CEO. Viene inoltre presentato il *framework* teorico utilizzato come base del presente lavoro.

Il terzo capitolo è diviso in due parti. Nella prima sono evidenziate le caratteristiche della crisi da Covid-19 e l'articolazione in fasi e gli oggetti di ognuna di esse. Nella seconda parte sono riportati i risultati delle interviste relativi alla prima dimensione indagata dallo studio ovvero la modalità con la quale il DG ha raccolto le informazioni e i primi segnali della crisi. In particolare vengono descritte le caratteristiche delle informazioni e le principali fonti informative disponibili alle quali è stato fatto ricorso. Questa parte si conclude con l'analisi dei principali quadri cognitivi ed esperienze che hanno rappresentato per i DG una leva importante per comprendere la crisi e costituire le basi informative per affrontarla.

Il quarto capitolo analizza il ruolo del DG in termini di “sistema delle responsabilità e delle decisioni”. In questo parte del lavoro vengono mostrati i cambiamenti prodotti dalla crisi in termini di *governance*. Da una parte viene descritto il diverso ruolo assunto dalla Regione nella crisi e le sue implicazioni in termini di *governance* aziendale. Dall'altra viene illustrata la modalità con la quale il DG ha riconfigurato i processi decisionali e le strutture di governo interni all'azienda. Vengono inoltre evidenziate le peculiarità di tali processi e i cambiamenti avvenuti nelle relazioni tra gli organi di governo e le nuove strutture create per governare la crisi.

Il quinto capitolo è dedicato alla terza dimensione indagata ovvero il processo di comunicazione e le relazioni che il DG ha sviluppato con gli *stakeholder* interni ed esterni. Sono in primo luogo analizzate le relazioni verticali tra le aziende e la regione e tra DG e professionisti. Un focus interessante del capitolo è costituito dall'analisi delle relazioni orizzontali nel gruppo, quelle cioè che si sono sviluppate e rafforzate durante la crisi tra i DG della regione Lazio. Infine sono approfondite le relazioni orizzontali, all'esterno del gruppo, che le aziende hanno intrattenuto e approfondito durante la crisi con le istituzioni e le comunità di riferimento e con i competitor e i cooperatori. Il capitolo si chiude con la disanima dei cambiamenti negli orizzonti temporali delle aziende che la crisi ha prodotto.

Il sesto capitolo è focalizzato sulla quarta dimensione di analisi del ruolo svolto dal DG durante una crisi, le “Lezioni apprese e il ritorno alla normalità”, che è stata interpretata nello studio in termini di caratteristiche assunte dai progressivi tentativi di ritorno alla normalità nel sistema manageriale e di percezioni del DG sulle lezioni apprese durante la pandemia e sulle prospettive che potrebbero aprirsi per le aziende in futuro. Sono in particolare evidenziati i principali cambiamenti in termini di: ruolo e di stile di direzione del DG, possibili riconfigurazioni delle linee produttive aziendali, nuove modalità di guardare alla gestione delle aziende.

Il lavoro si conclude con una discussione e una conclusione sui risultati raggiunti nella ricerca.

Capitolo 2. Background teorico e *framework* utilizzato¹

Una crisi aziendale è definita in letteratura come un evento percepito come grave, insolito, inaspettato (Bundy et al. 2017), che ha il potenziale di provocare conseguenze importanti per l'organizzazione e/o i suoi membri (Norris et al. 2020).

Anche se ogni crisi aziendale ha le sue peculiarità, possono essere individuati alcuni tratti comuni (Sayegh et al. 2004), tra i quali ricordiamo in primo luogo l'elevata ambiguità di causa, effetto e mezzi di risoluzione (Pearson e Clair 1998). In genere si tratta di un evento eccezionale, che richiede una risposta rapida (Pearson e Clair 1998), che può rappresentare una seria minaccia alla sopravvivenza dell'azienda (Boin et al. 2005) e che presenta una criticità che impone decisioni dagli effetti rilevanti.

Crisi è un termine ampio che comprende fenomeni riconducibili a cause diverse e che necessita di adeguati metodi di analisi. Al fine di individuare le tipologie di crisi è possibile operare una distinzione proprio in base alle cause che l'hanno determinata (Slatter e Lovett 1999, Pearson e Mitroff 1993). La letteratura individua tre tipi di cause: endogene, esogene e miste. Le cause esogene sono determinate da forze esterne all'azienda (sono esempi i disastri naturali, gli attacchi terroristici); al contrario le cause esogene sono prodotte da comportamenti o fenomeni determinati dall'azienda; infine sono state riconosciute anche cause miste ovvero un'alternativa che contiene parti delle due precedenti (è un esempio una violazione dei dati dei consumatori di un'impresa che può essere causata da un attacco hacker esterno, ma anche dalla modalità con cui i dati sono stati archiviati) (Carson et al. 2020).

In una crisi di origine esterna, e soprattutto in una come quella da Covid-19 dalle prospettive incerte e indefinite del suo evolversi, le percezioni e interpretazioni del management sulle possibilità di intervento sono di fondamentale

¹ Il capitolo, pur essendo il risultato del lavoro di tutti gli autori, può essere attribuito ad Anna Romiti e Ilaria Elisa Vannini.

importanza nel sostenere un impegno adeguato e prolungato di tutta la compagine aziendale e condizionare, quindi, le effettive capacità di risposta (Claeys e Cauberghe 2012, Carson et al. 2020).

Alcuni autori, studiando gli sviluppi di una crisi, ne individuano anche le possibili fasi. Boin et al. 2005, per esempio, descrivono una crisi che si sviluppa su cinque fasi: la prima corrisponde al riconoscimento e alla diagnosi relativa a eventi e segnali vaghi, contraddittori e ambivalenti. Segue la fase decisionale di risposta alla crisi in cui si richiedono decisioni rapide dalle conseguenze incerte. Terzo momento estremamente delicato è la comunicazione agli *stakeholder*, ovvero al pubblico di riferimento interno ed esterno all'azienda, della crisi e delle decisioni assunte per fronteggiarla. La quarta fase, di chiusura della crisi e verso un progressivo ritorno alla normalità, precede l'ultima, quella di apprendimento. In questa fase l'obiettivo è di rendere le avversità una preziosa opportunità di crescita e miglioramento, avviando, anche, un processo di ridisegno delle procedure, adottando le misure necessarie per ridurre il rischio che nel futuro eventi simili colgano ancora impreparata l'azienda.

La gestione di un'organizzazione, nelle diverse fasi di una crisi, è stata ed è oggetto di numerosi contributi, che si sono arricchiti anche grazie alle recenti ricerche dedicate alla pandemia in corso. In questo lavoro è preso a riferimento lo studio di König et al. (2020), dove sono individuate le quattro aree di azione essenziali, oltre che "specifiche e interrelate", nelle quali un CEO è impegnato per gestire un'azienda nella crisi.

La *prima* area di azione identificata da König et al. 2020 (p. 132) vede il CEO "impegnarsi nel rilevamento della crisi" per rispondere all'esigenza di intercettare e inquadrare la crisi stessa. In tal senso, gli autori segnalano l'importanza di raccogliere velocemente i potenziali segnali della crisi al fine di mobilitare le risorse necessarie alla sua gestione. Questa attività è resa complessa dal fatto che durante le crisi i quadri informativi cambiano rapidamente e le fonti informative dalle quali raccogliere le informazioni diventano più eterogenee (Thürmer et al. 2020) e meno affidabili (Kerrissey e Edmondson 2020). In questi casi la comprensione della realtà può essere facilitata attingendo a una varietà di fonti di conoscenza, competenze diversificate e specifici quadri cognitivi che facilitano la comprensione del fenomeno. Nelle situazioni di crisi, infatti, spesso le informazioni sono distribuite tra differenti fonti; in tali casi diventa importante raccogliere le informazioni sia da fonti interne (derivanti dal background formativo e da esperienze vissute) sia da fonti esterne, per catturare tutta la conoscenza disponibile di un fenomeno (Okoli e Watt 2018). A tal fine, con particolare riferimento alla crisi pandemica attuale, è stata riconosciuta l'importanza di raccogliere tutte le informazioni anche attraverso la creazione di gruppi di esperti, ognuno con diversi background (per esempio economico, medico, epidemiologico) per integrare informazioni derivanti da quadri cognitivi differenti

(Thürmer et al. 2020) che permettono la ricerca della decisione più adatta (Schulz-Hardt e Mojzisch 2012).

Al contempo, la varietà di fonti può però avere anche effetti negativi, se non opportunamente filtrata dal *decision maker*, portando a interpretazioni incerte della realtà dovute alla mancanza di coerenza fra le informazioni derivanti da fonti diverse o dall'uso di basi di conoscenza diverse nell'analizzarle (Maitlis e Sonenshein 2010). Per questo la disponibilità da parte del CEO di *framework* consolidati che permettano di interpretare i segnali della crisi può essere un elemento facilitante di questa prima attività.

L'incertezza informativa ha rilevanti implicazioni anche sul processo decisionale, *seconda* area di azione del CEO individuata da König et al. (2020) nel modello preso a riferimento. Il *decision making* durante una crisi aziendale è un tema ampiamente dibattuto in letteratura (Al-Kharabsheh et al. 2014, Heath 1998, Papadakis et al. 1999, Salovey e Mayer 1990, Sayegh et al. 2004) e ha avuto un ulteriore sviluppo anche alla luce della pandemia in atto (Kerrissey e Edmondson 2020, Thürmer et al. 2020). I modelli di gestione della crisi sono peculiari, "non strutturati" (Mintzberg et al. 1976) e plasmati in risposta a un evento che i manager percepiscono come grave. In particolare, i cambiamenti che interessano il processo di governo aziendale, imposti dall'esigenza di fronteggiare un simile stato inusuale per l'azienda - come l'attuale crisi globale senza precedenti che amplifica sia il rischio che l'incertezza (Norris et al. 2020) - sono spunto e oggetto di ampie e articolate riflessioni. Sebbene la diversa tipologia di crisi aziendale possa avere un impatto diverso sul *decision making*, sono rintracciabili tratti comuni a molte crisi.

Un tema ricorrente fa riferimento all'aumento delle pressioni sia dal punto di vista temporale che emotivo (Sayegh et al. 2004). Essendo i contesti della crisi dominati dall'incertezza, dalla confusione e, in taluni casi, dalla paura (Austin et al. 2012), il processo decisionale è sottoposto a una forte pressione temporale (Billings et al. 1980, Hadley et al. 2011) e alla tensione emotiva della direzione (Dionne et al. 2018). La necessità di decidere, e poi agire, in breve tempo (Claeys e Cauberghe 2012), in uno scenario continuamente mutevole e difficilmente ipotizzabile a priori, avendo a disposizione informazioni scarse (Al-Dabbagh 2020) e talvolta poco accurate, non permette un processo decisionale guidato dalla razionalità classica. Tale contesto favorisce invece un *decision making* intuitivo (Khatri e Ng 2000) e nel quale l'aspetto emozionale rappresenta un elemento determinante del processo stesso (Sayegh et al. 2004), come pure l'esperienza maturata dal soggetto decisore (Comfort 2007, Okoli e Watt 2018, Salas e Klein 2001).

La necessità di focalizzarsi sulla risoluzione di problemi contingenti (Tanese 2021) in un contesto estremamente complesso e in rapida evoluzione, impone di velocizzare il processo decisionale e di sostenerlo attraverso apprendimento rapido legato a un progressivo aumento delle informazioni a disposizione

(le evidenze che vengono dagli accadimenti) (Kerrissey e Edmondson 2020). La condivisione e l'integrazione di tutte le informazioni disponibili in un determinato momento, non escludono, comunque, di dover rivedere le decisioni assunte alla luce di ulteriori informazioni emergenti (Thürmer et al. 2020, Al-Dabbagh 2020). L'obiettivo di velocizzare il processo decisionale e avere, per quanto possibile, una comprensione completa e d'insieme della crisi, è agevolato dall'accentramento delle decisioni (Heath 1998, Papadakis 1999).

Durante la crisi, la costruzione di relazioni più dirette ed empatiche con il personale da parte della direzione generale (König et al. 2020, Salovey e Mayer 1990) permette di facilitare il processo decisionale non solo nel momento di adozione (rapida) delle decisioni, ma anche in quello di attuazione delle stesse.

Oltre alle caratteristiche del *decision making* in ambito di crisi, la letteratura affronta anche il tema delle determinanti dello stesso. In particolare, è studiato il ruolo dello *stile di leadership* nella relazione tra caratteristiche della crisi (incertezza di risposta, pressione temporale) e tipologia di *decision making* (restrittivo – che limita le informazioni usate per decidere, o comprensivo – che integra molteplici fonti di informazioni durante il processo decisionale). Lo stile di leadership (trasformativo e transazionale) sembra influenzare la relazione tra caratteristiche della crisi e stile di *decision making* (Al-Kharabsheh et al. 2014). La concettualizzazione prevalentemente accettata di leadership in ambito manageriale fa riferimento al cosiddetto stile carismatico/trasformativo - spesso contrapposto a quello transazionale (Judge et al. 2008) - attribuibile al modello di Bass (1985), ed è poi stata ritenuta valida anche per lo studio di modelli di leadership durante le crisi (Karim 2016).

Lo stile trasformativo si basa su quattro dimensioni: il carisma, la motivazione ispiratrice, lo stimolo intellettuale, la considerazione personalizzata dei bisogni dei subordinati; si tratta dunque di uno stile basato sulle relazioni.

Lo stile transazionale è caratterizzato da due dimensioni: le ricompense contingenti (il leader chiarisce le aspettative e stabilisce le ricompense relative) e il management delle eccezioni (il leader corregge le azioni sulla base dei risultati delle transazioni leader/subordinati), è quindi uno stile basato sugli obiettivi.

Alcuni sostengono che durante una crisi lo stile trasformativo sia più efficiente perché in grado di rispondere in maniera più rapida al cambiamento (Kelly 2005); altri che sia migliore il transazionale perché permette alle organizzazioni di effettuare procedure operative più complesse (Zohar e Luria 2004); altri ancora evidenziano la necessità che nella crisi siano presenti entrambi gli stili (Bass 1998) o che nelle crisi lo stile più appropriato dipenda soprattutto dalle caratteristiche della stessa (Al-Kharabsheh et al. 2014).

In questo lavoro, l'analisi del *decision making* è affrontata a partire dalla prospettiva del vertice aziendale. Nelle aziende oggetto dello studio la composizione del vertice è definita *ex lege*: il DG, che ha pieni poteri sull'azienda, nomina un Direttore Sanitario (DS) e un Direttore amministrativo (DA) e forma,

unitamente a essi, una triade che rappresenta l'organo di governo aziendale (Kirkpatrick et al. 2013, Terlizzi 2019). Analogamente ai modelli di vertice aziendale proposti nella letteratura internazionale, in questo lavoro la triade sopra citata è considerata come *Top Management Team* (TMT), cioè il gruppo di soggetti che guida l'azienda ovvero la "coalizione dominante dell'organizzazione" (Hambrick e Mason 1984) deputata alle decisioni strategiche, composta dal CEO e dai soggetti che a lui fanno diretto riferimento (Carpenter et al. 2004). In questo lavoro saranno analizzati i processi decisionali a partire dal TMT e dagli altri soggetti coinvolti nelle decisioni.

La *terza* area di azione del CEO a cui fanno riferimento König et al. (2020) è quella relativa alla comunicazione. In particolare gli autori segnalano l'importanza di "spiegare" la crisi agli *stakeholder* e le decisioni che sono prese relativamente alla gestione della stessa.

La crisi spesso innesca una domanda di comunicazione che dipende dalle specificità della crisi stessa e quindi il processo dovrebbe essere adattato a ciò che in maniera specifica ogni crisi richiede; inoltre, la comunicazione della crisi dovrebbe essere organizzata dal CEO in modo da chiarire il fenomeno in atto nei confronti sia degli *stakeholder* esterni, sia di quelli interni (Coombs 2015). A tal proposito la letteratura sul *crisis management* identifica due possibili opzioni strategiche nella comunicazione della crisi (Coombs 2010): la prima si limita a "gestire le informazioni" nel senso della loro raccolta e disseminazione; la seconda va oltre la semplice raccolta fino ad arrivare alla "gestione dei significati". In questo secondo caso la comunicazione ha lo scopo di influenzare la percezione che persone e organizzazione hanno della crisi. Rispetto a quest'ultima strategia, l'empatia è considerata una leva utile affinché il CEO possa aiutare gli *stakeholder* ad affrontare la crisi. Manifestazioni di solidarietà, consigli e azioni correttive sono modalità attraverso le quali il CEO può ridurre l'ansia generata dalla crisi (Jin e Pang 2010).

Soprattutto nei casi in cui le informazioni sono disperse tra soggetti e luoghi diversi, e in presenza di una situazione che cambia velocemente, costruire una rappresentazione condivisa di ciò che sta succedendo è considerato estremamente importante. (Maitlis e Sonenshein 2010). In tal senso alcuni autori sottolineano come il *sensemaking* sia influenzato dai contesti istituzionali in cui l'organizzazione e i suoi membri sono coinvolti e come un'attenzione al *sense-making* nelle crisi può essere utile nel mantenere legami positivi con queste istituzioni. Al riguardo anche l'analisi del contesto istituzionale rende più chiaro il quadro. Proprio la coerenza di fini dei diversi *stakeholder* favorisce il comportamento cooperativo tra l'azienda e i suoi *stakeholder* (Bundy et al. 2017). Come sostenuto dagli stessi autori, infatti, tale comportamento è massimizzato laddove i partner relazionali condividono sia i valori fondamentali sia le priorità strategiche. Il reciproco adattamento lungo queste due dimensioni aumenta la fiducia, la prevedibilità relazionale, lo scambio e la comunicazione. Importante

è inoltre il ruolo delle emozioni per costruire il *sensemaking* nella crisi: le emozioni positive sono risorse importanti per costruire la capacità e, insieme, accrescere la resilienza e l'abilità degli individui nel far fronte alle criticità (Maitlis e Sonenshein 2010). Nella complessità della crisi, assumono particolare rilevanza la promozione e la gestione di relazioni improntate alla stessa mission aziendale al fine di perseguire un interesse comune. A tale scopo un atteggiamento empatico del leader in tali situazioni è considerato utile nell'intento di supportare il sistema delle relazioni che può essere messo a dura prova (Kahn et al. 2013, Dutton et al. 2002). Il leader può in tal senso creare opportunità per i membri per condividere le proprie esperienze e, insieme, ascoltare i bisogni e le aspirazioni dei soggetti (Fleishman e Salter 1963, Yukl 1998).

Un altro elemento considerato importante nella comunicazione della crisi è l'aspetto temporale. Sono ritenuti infatti estremamente rilevanti sia la scelta del momento in cui, tramite l'informazione, si riconosce l'esistenza della crisi, sia soprattutto il soggetto che ne dà la notizia. Il presidio da parte dell'azienda della comunicazione della crisi a terze parti sembra infatti ridurre gli effetti negativi della comunicazione gestita da soggetti esterni, come per esempio i media (Arpan e Pompper 2003, Claeys e Cauberghe 2010). Da una parte, la condivisione e la tempestiva comunicazione al personale direttamente coinvolto nella crisi delle decisioni adottate per affrontare giorno per giorno le criticità emergenti hanno lo scopo di motivare, creando una forte tensione interna al sistema aziendale. Dalla comunicazione, infatti, dipende la capacità di coordinamento ovvero la capacità di allineare le proprie azioni con quelle degli altri membri dell'organizzazione aziendale e raggiungere coralmmente un dato obiettivo (Comfort 2007). Dall'altra, relazioni più empatiche costruite dal vertice sono considerate (Salovey e Mayer 1990) chiave del successo della gestione delle crisi aziendali (König et al. 2020) le quali "scatenano" nel personale (anche di vertice) fattori di ansia e forte stress (James et al. 2011, Smith e Ellsworth 1985).

Infine, l'*ultima* area di azione di un CEO prevista dal modello di König et al. (2020) riguarda la necessità di ripristinare la normalità e implementare le lezioni apprese dalla crisi (Boin et al. 2005, Wooten 2007). Questa attività implica cioè la necessità di recuperare i processi e i meccanismi di *governance* ordinari una volta che la crisi è passata. Ciò non significa necessariamente ripristinare totalmente i vecchi sistemi; significa piuttosto considerare e integrare le lezioni apprese durante la crisi nel passare da uno stato di gestione dell'emergenza a una gestione ordinaria (James e Wooten 2005). La crisi può aver messo in luce alcune debolezze aziendali e al contempo aver rivelato un potenziale organizzativo non realizzato in precedenza. In questo caso le crisi possono rappresentare un'opportunità perché nel rispondere alle criticità che essa pone, l'azienda può dimostrare ciò che è in grado di fare e come è in grado di cambiare (Christianson et al. 2009). Nel ripristinare la normalità l'organizzazione dovrebbe integrare nuovi modelli, routine e procedure al fine di mettere in atto il cambiamento.

Un importante ruolo del CEO in questa fase è anche quello di costruire una positiva visione post-crisi (Sutcliffe e Vogus 2003) soprattutto al fine di supportare il sistema delle relazioni. Il tempo dedicato dal CEO ad ascoltare i bisogni e le aspirazioni dei membri dell'organizzazione (Yukl 1998) al fine di incorporarli nella visione dell'organizzazione futura è considerato prezioso anche per ridurre lo stress provocato dalla crisi e persuadere gli stessi soggetti a seguire il CEO in futuro. In tal senso, quindi, l'aspetto empatico è considerato importante, anche in quest'ultima attività del CEO prevista dal modello di König et al. (2020), come nelle altre attività. L'apprendimento dalla crisi secondo gli stessi autori è ancora più evidente se avviene "attraverso" gli eventi piuttosto che solo "da" essi e diventa evidente quando successive crisi si manifestano e l'organizzazione è messa nuovamente alla prova.

Capitolo 3. La crisi: caratteristiche, informazioni e primi segnali¹

3.1 Caratteristiche e fasi della crisi

Utilizzando il *framework* precedentemente descritto (König et al. 2020) da qui in avanti proponiamo un'analisi delle quattro, principali, aree di azione nelle quali il DG è impegnato durante la crisi nelle sue diverse fasi. Ogni capitolo del lavoro è dedicato a un'area diversa iniziando, in questo capitolo, dall'area relativa alla ricerca delle informazioni e dei primi segnali di crisi.

È opportuno preliminarmente sottolineare come la chiave di lettura del fenomeno, attraverso una scansione temporale, permette di far emergere non solo le peculiarità, ma anche le criticità che caratterizzano ciascuna area in tempi diversi e gli strumenti e i meccanismi che i DG hanno messo in campo per farvi fronte.

Dal punto di vista della scansione temporale, la crisi analizzata, può essere distinta nelle fasi che hanno caratterizzato la pandemia come fenomeno esterno cui l'azienda doveva rispondere, fasi corrispondenti alle diverse “ondate” di casi positivi. Un primo risultato che emerge dalle interviste è che le diverse fasi hanno richiesto risposte aziendali e attenzione dei DG su oggetti fondamentalmente diversi. La prima fase della pandemia viene collocata intorno alla fine del febbraio, inizi marzo 2020, periodo che la maggior parte dei DG del Lazio associa al ricovero all'IRCCS Spallanzani dei primi due casi positivi al Covid-19 in Italia, cittadini cinesi ospiti di un albergo romano. La criticità in questa fase è stata legata soprattutto alla necessità di comprendere un fenomeno sconosciuto legato alla comparsa di un nuovo virus. Oggetto prevalente di questa fase è stata quindi la risposta a una nuova patologia, ai fini della quale la ricerca di informazioni diventa uno degli elementi su cui tutte le aziende pongono le maggiori attenzioni ed energie. Sebbene i due ricoverati rappresentino per tutti gli intervistati un primo segnale che “qualcosa stava arrivando anche in Italia”, la

¹ Il capitolo, pur essendo il risultato del lavoro di tutti gli autori, può essere attribuito a: Mario Del Vecchio per il paragrafo 3.1; Anna Romiti per i paragrafi 3.2 e 3.3.

vera ondata di casi positivi nella Regione viene collocata successivamente, intorno agli inizi di marzo. Di conseguenza alla fine di febbraio, un impatto particolarmente importante in termini organizzativi è evidente solo per le aziende direttamente coinvolte nella gestione dei due casi positivi: quella in cui ha sede l'albergo ove alloggiavano i due cittadini cinesi e quella ove risiedevano gli operatori dell'albergo (ai fini del tracciamento) e insisteva lo Spallanzani stesso. Per tutte le altre aziende, la fine di febbraio rappresenta l'inizio dei primi segnali e della ricerca delle informazioni su un fenomeno sconosciuto. Un altro elemento che ha caratterizzato questa prima fase è stata la percezione da parte dei DG che i professionisti iniziavano ad avere dei timori.

Il Lazio è stato collegato al Covid da un evento anticipatorio, i due cinesi allo Spallanzani. Questo ci ha permesso di avere un buon mese di totale preparazione, che poi si è rivelata inadeguata e sbagliata, però noi ci siamo preparati dal 22 gennaio... Dal punto di vista della sensazione che mi è arrivata addosso su questa cosa, posso citare la paura degli operatori dell'Istituto; questo è stato un segnale per me: la paura di essere infettati.

Noi abbiamo avuto sicuramente una prima fase di incredulità perché ci si chiedeva "cosa sta succedendo? Cosa ci aspetta?"; noi non sapevamo come rispondere.

La cosa è stata abbastanza chiara per me dalla fine del mese di febbraio, dall'inizio del mese di marzo del 2020. La spia più importante per un'azienda come... è stata il Pronto Soccorso, nel senso che alla numerosità di accessi tipica del Pronto Soccorso di un'azienda ospedaliera collocata al centro di Roma, con un DEA di secondo livello... si sono cominciati a presentare quadri clinici sospetti... due elementi hanno reso chiaro che eravamo all'inizio di un problema che non avremo saputo immediatamente come affrontare, cioè che ci mancavano consapevolezza robuste sia sugli strumenti di diagnosi, sia sulla possibilità di proteggere il personale.

Stiamo parlando dei primi giorni di marzo. Come accade questo? [l'ondata, N.d.A.] Accade subito in modo brutale, nel senso che arrivano le ambulanze a raffica, i pazienti che stanno male, che hanno bisogno di terapia semi-intensiva o terapia intensiva.

Questi sono stati due segnali, quindi Pronto Soccorso, pazienti con sintomi compatibili, difficoltà importanti a fare diagnosi che avrebbero comportato percorsi diversi, con conseguente reazione a catena rispetto a tutto quello che questo ritardo comportava in soggetti che potenzialmente avrebbero dovuto stare isolati.

La prima ondata termina intorno alla fine di aprile, in coincidenza con una riduzione molto importante del numero dei soggetti positivi al Covid. La tarda

primavera e l'estate 2020 rappresentano un momento in cui le aziende riprendono in parte alcune delle proprie attività ordinarie grazie a un allentamento della pressione in termini di ricoveri per Covid. Purtroppo, nell'autunno successivo, a partire da settembre, inizia la seconda fase, corrispondente alla seconda ondata di casi positivi, con un picco tra ottobre e novembre 2020. Questa fase è caratterizzata da un aumento dei casi molto più rapido rispetto a quello dell'ondata precedente. L'esperienza accumulata nella prima fase aiuta però a rendere più gestibili i "casi", le informazioni sono maggiori e le aziende sono più forti dell'esperienza acquisita nella prima fase. In altre parole, in questa seconda fase sembrano essere stati messi a frutto meccanismi e modalità di funzionamento strutturati nella prima fase. L'aspetto più critico di questa seconda fase è rappresentato dalla sua dimensione temporale che ha una estensione maggiore rispetto alla prima, con conseguenze rilevanti in termini di "tenuta" dei professionisti. I DG riferiscono che in questa fase un elemento difficile da gestire è la stanchezza degli operatori dovuta a un fenomeno che sembra assumere confini temporali indefiniti. Allo stesso tempo, in questo periodo emerge un nuovo oggetto su cui il DG deve porre attenzione; diventa rilevante la necessità di organizzare su larga scala la tracciabilità dei casi e di conseguenza l'organizzazione dei tamponi, elementi che caratterizzano la seconda fase e su cui viene focalizzata prevalentemente l'attenzione di DG e aziende.

Già verso la fine di aprile, metà maggio, avevamo già smontato praticamente mezza rianimazione, a fine maggio eravamo tornati quasi a essere un ospedale libero, non avevamo più ricoverati, quindi è stata proprio un'onda epidemica classica di circa 90 giorni. Diciamo che la seconda ondata è partita in modo relativamente soft, non siamo andati a livello della tensione della prima che è stata troppo improvvisa e quindi non c'era esperienza. Nello stesso tempo però, dopo circa un mese, si è capito che non era una cosa che si sarebbe conclusa celermente come nella prima occasione. È subentrata - soprattutto a fine novembre - la stanchezza, seppure non fossimo sfibrati, ma non si vedeva una evoluzione, perché la curva è salita poi si è fermata sul plateau.

L'azienda ha passato l'estate a riprendere in modo fervido la produzione delle attività specialistiche, delle attività chirurgiche, delle attività di ricovero ordinarie, quindi nel recuperare il gap produttivo che si era generato nei mesi di marzo-aprile-maggio. Giugno, luglio, agosto e settembre sono stati mesi dedicati prevalentemente a recuperare l'attività produttiva che non era stata erogata nei tre mesi precedenti.

A settembre succede la catastrofe, perché il numero dei pazienti Covid diventa così alto in un tempo così breve che tutto il meccanismo che aveva funzionato nella prima fase - cioè io isolo i casi Covid meno gravi e li tratto nel DEA, isolo i Covid più gravi e li mando nelle rianimazioni Covid - non

poteva più funzionare perché c'erano talmente tanti pazienti in tutti i Pronto Soccorso e tutti insieme, che non c'era nessuna possibilità di mandarli da qualche altra parte. Io non potevo più selezionare i pazienti da rianimazione Covid e mandarli in una rianimazione Covid, perché quella che c'era era già piena. Tutti i Pronto Soccorso erano nelle stesse condizioni, città e provincia, tutti erano pieni di centinaia di pazienti Covid di tutti i livelli di gravità. Questo è successo nel giro di giorni... non avevo la percezione che le dimensioni sarebbero state numericamente molto peggiori rispetto alla prima. Abbiamo avuto 5-6-7 volte il numero di pazienti della prima ondata e quindi la risposta organizzativa di sistema è stata: non facciamo in tempo a organizzare un'escalation di sistema in questa fase, per cui tutti gli ospedali vengono trasformati in ospedale Covid. Ognuno si organizza per gestire tutti i livelli di intensità che ha nel suo ospedale. Questo a Roma mediamente, ma anche in provincia.

Abbiamo avuto molti più casi nella seconda ondata, da settembre in poi, perché nella prima li abbiamo avuti concentrati sulle strutture protette cioè sulle strutture residenziali per anziani, la seconda ondata invece è più legata alla diffusione pandemica in senso stretto; quindi abbiamo iniziato ad avere una diffusione enorme sui territori, con le stesse caratteristiche dappertutto dopo l'estate, esempio di che cosa ha significato abbassare un po' la guardia.

Ottobre è stato il mese dei drive in, dei tamponi, della filiera diagnostica del Covid, dal tampone al test rapido.

Nella seconda ondata... c'è stata, secondo me, la consapevolezza del superamento della frammentazione, nel senso della separazione della risposta. Eravamo tutti più consapevoli che da un lato c'era l'esperienza dello skill mix, che si è esteso verso il territorio, e dall'altro c'era però la consapevolezza che se non investivamo sul territorio non potevamo beneficiarne come ospedale. Allora, da questo punto di vista la seconda e poi la terza hanno rafforzato la circolarità di questa cosa delle informazioni, hanno fatto in modo che fossimo più veloci nella risposta, per esempio, sulle acquisizioni, perché avevamo già sperimentato. Quindi tutte le procedure sono diventate più veloci, più rapide e quindi sono cresciute, perché sono riusciti a intercettare prima il bisogno.

Per me il periodo critico, veramente critico, è stato novembre. È stato un mese terribile perché all'inizio di novembre i casi nel Pronto Soccorso dei due ospedali erano tantissimi.

La seconda fase è stata molto più difficile della prima, perché quello spirito, spontaneistico e solidaristico, che si era creato nella prima fase, si è in qualche modo spento nella seconda. Consideriamo anche il livello di stress. Parliamo delle motivazioni delle persone, il livello di stress che avevano i Pronto

Soccorso e il livello di stress che avevano tutti quelli che seguivano tutti i numeri e tutte le persone. Per quasi un anno tutti loro hanno lavorato ininterrottamente, senza fermarsi e nella seconda fase, erano stanchi e demotivati. È stata durissima perché mentre prima si trovavano le persone che spontaneamente venivano ad offrirsi o lavoravano da soli, questa volta bisognava coinvolgere persona per persona per dare risposte.

Fummo travolti perché comunque ci fu la famosa notte del 3 novembre, in cui le ambulanze rimasero in fila. Ricordiamo che nel Lazio furono tremende queste immagini... Novembre fu un momento di gravissima crisi perché l'afflusso in ospedale fu pazzesco, e si riversò in poche notti.

La situazione nella mia zona fu molto critica. Fu un momento in cui avemmo un afflusso pazzesco, un'impennata veramente repentina, noi passammo dai 40-50 positivi al giorno della prima ondata ai 400 positivi in un giorno. Ci fu un giorno in cui facemmo 500 positivi, e di questi moltissimi andarono in ospedale, moltissimi in rianimazione. Si tenga conto che comunque si trattava di popolazioni abbastanza anziane... Fu una situazione molto grave.

A ottobre in realtà è arrivato tutto... e ci è arrivato in modo molto pesante. Noi avevamo già organizzato a moduli l'ospedale e quindi l'ospedale è modulare nella crescita, in modo da renderlo flessibile.

La terza fase, collocabile intorno al febbraio 2021, e quindi a un anno dall'inizio della pandemia, si caratterizza per la disponibilità dei vaccini anti-Covid le cui prime dosi sono già somministrate alla fine di dicembre al personale sanitario. L'oggetto prevalente di attenzione del DG diventa quello di programmare il sistema di immunizzazione della popolazione in aziende focalizzate sull'organizzazione dei siti di vaccinazione, oltre che sulla cura dei casi positivi, sul tracciamento e sui tamponi che continuano a essere elementi da gestire. In questa fase però si intravede per la prima volta qualche elemento di positività perché il vaccino porta con sé anche la speranza che si possa prima o poi tornare alla normalità.

La campagna vaccinale è un'ulteriore fase che, per quanto ci riguarda si somma alle precedenti, non è che abbiamo smesso di fare drive-in, non è che abbiamo smesso di avere problemi nei Pronto Soccorso, non è che abbiamo smesso di fare contact tracing. È un'ulteriore azione che si somma a ciò che già facevamo prima. Si pensi a cosa comporti a livello di risorse umane e di spazi, è un'altra cosa che stravolge l'organizzazione, perché mentre i drive-in li abbiamo fatti per strada, i centri vaccinali non li possiamo fare per strada, quindi abbiamo un'altra volta dovuto violentare le organizzazioni, le strutture, gli ospedali per mettere dentro anche i centri vaccinali. Poi c'è il problema che la vaccinazione in ospedale va bene per gli operatori, ma non

va bene per gli esterni, perché l'ospedale è un ambiente chiuso che va comunque protetto e quindi si genera un'ulteriore complicazione.

In questa ulteriore fase, l'unica cosa diversa in modo significativo dalle altre è che questa è la prima azione di speranza, ed essendo speranza comunque porta in sé qualcosa di positivo che tutti capiscono. Quindi, al di là della fatica, che rimane tutta, specialmente in chi si è dovuto fare tutte le fasi precedenti, questa è l'unica cosa positiva di questa fase, in quanto la speranza sta cambiando qualcosa.

La quarta fase, in atto durante le interviste, non è stata delimitata in termini temporali. Nonostante il progressivo aumento di vaccinati nella Regione, come in tutto il Paese, un elemento che ancora resta critico è la mancanza di certezze circa l'efficacia dei vaccini per le nuove varianti del virus. Almeno dal punto di vista del numero dei casi positivi, comunque, la situazione appare più gestibile e lascia a tutti i DG un po' di spazio per interrogarsi sulla programmazione di un eventuale ritorno alla normalità e soprattutto sulla verifica delle lezioni che la crisi può aver lasciato per l'organizzazione delle aziende del futuro.

Al di là delle possibili scansioni, nel considerare la crisi sotto il profilo temporale, quello di una sua "prospettiva indefinita" è un elemento che tutti i DG hanno sottolineato come fenomeno molto critico da affrontare in tutte le fasi. Le parole di un intervistato chiariscono questo aspetto:

Questa cosa ha una dimensione temporale che è in grado di usurare anche l'assetto psichico più solido, fondamentalmente, perché ha una durata infinita.

La peculiarità che distingue questa crisi da quelle finora analizzate in letteratura, è il suo estendersi indefinitamente nel futuro rispetto alle crisi tradizionalmente studiate che rappresentano, anche nelle attese dei protagonisti, eventi puntuali, temporalmente circoscritti. Ancora oggi, non sono infatti del tutto chiari gli sviluppi possibili e i tempi di un eventuale ritorno alla normalità.

In questa prospettiva, il fenomeno qui analizzato, più che una crisi, potrebbe essere più correttamente definito come una successione indefinita di crisi puntuali che di volta in volta hanno posto ai DG e alle loro aziende una criticità diversa alla quale dover far fronte in termini di risposta manageriale.

La tabella 3.1 riporta uno schema sintetico che incrocia le quattro aree indagate con le fasi della crisi individuate e i relativi oggetti.

Tabella 3.1 – Le quattro aree di azione nelle quali il DG è impegnato in una crisi e loro peculiarità nelle diverse fasi

	FASE 1 PRIMA ONDATA (Fine febbraio 2020 – inizi marzo 2021) Oggetto: risposta a una nuova patologia	FASE 2 SECONDA ONDATA (settembre-otto- bre 2020) Oggetto: tracciamento e tamponi	FASE 3 TERZA ONDATA (Febbraio 2021) Oggetto: Immunizzazione e vaccini	FASE 4 QUARTA ONDATA (Ancora da collo- care) Oggetto: Nuove varianti?
INFORMAZIONI E SE- GNALI DI CRISI				
SISTEMA DELLE RE- SPONSABILITÀ E DELLE DECISIONI				
COMUNICAZIONE E RELAZIONI CON GLI <i>STAKEHOLDER</i>				
LEZIONI APPRESE				

Fonte: Adattamento da König et al. 2020

Di seguito sono presentati i risultati delle interviste articolati in base alle quattro aree di azione nelle quali il DG è impegnato in base al *framework* utilizzato che, alla luce dei risultati ottenuti in questo studio, sono state riviste per essere adatte ai risultati emersi e alla scansione temporale individuata. Per ciascuna area, con una metodologia espositiva già utilizzata in questa prima parte del capitolo, sono anche riportate in corsivo le citazioni più significative delle interviste effettuate ai DG.

3.2 Le informazioni e i segnali della crisi

La prima area di azione del DG è riferibile alla raccolta delle informazioni e ai primi segnali della crisi. In altre parole, il DG ha bisogno di “capire” il fenomeno e le sue caratteristiche al fine di attivare le risorse ritenute necessarie per affrontarlo. Sul piano informativo, la prima fase della crisi è percepita dagli intervistati come quella più complessa perché caratterizzata dalla mancanza di basi conoscitive per le decisioni.

La prima criticità evidenziata da tutti i DG è relativa alla scarsa disponibilità di informazioni sull’oggetto della crisi, un nuovo virus, che non consente di decidere in maniera informata. L’arrivo di un fenomeno sconosciuto, per il quale non sono presenti evidenze scientifiche pone ai DG il problema di prendere decisioni senza il supporto di un sistema conoscitivo che permetta di delineare il fenomeno e risolverlo. In questo contesto si ricorre più all’intuito che alle informazioni.

In quel momento [iniziale, N.d.A.] noi ancora ci muovevamo in una condizione di assoluta cecità.

All'inizio non avevamo compreso appieno quello che ci aspettava, perché le notizie non erano di tale portata da far pensare che molto presto avremmo avuto a che fare con un fenomeno così grande, un fenomeno pandemico e un fenomeno, che, come abbiamo più volte sottolineato, ha cambiato le situazioni e le condizioni, non solo in termini di salute e di approccio ai servizi sanitari, ma proprio le condizioni di vita.

La scarsità di informazioni diventa per molti un motivo di preoccupazione e produce un importante dispendio di energia alla ricerca di tutte le possibili fonti, interne ed esterne. In alcuni casi queste ricerche sviluppano fenomeni di "imprenditorialità informativa" volti a catturare, da tutte le fonti disponibili, anche quelle attivate sulla base di relazioni personali, tutto ciò che in quel momento è conosciuto sul fenomeno. L'eterogeneità delle fonti a cui si accede nella ricerca di informazioni rende a volte però le stesse discordanti. Aggiornarmi era un pensiero continuo... credo di aver letto qualsiasi cosa fosse uscita a livello regionale, a livello nazionale e tutto quello che usciva a livello internazionale, però sapevamo veramente, ma veramente poco.

Riunioni convocate rapidamente, prevalentemente in presenza, con le cinque-sei persone con cui condividere, quindi è stata una modalità di raccolta di informazioni continua.

Le informazioni arrivano spesso non per vie ortodosse, ma per sensazioni, per intuizioni, per preoccupazioni di qualcuno che comincia a parlare con qualcun altro.

Leggevo i provvedimenti che prendevano in Belgio, quelli che prendevano in Francia. Perché io ho avuto anche la fortuna di partecipare a una chat di esperti di Coronavirus, dove io venivo rifornito di documentazione scientifica, che in parte leggevo, in parte mandavo ai miei colleghi e collaboratori per approfondire e valutare.

Dalla conoscenza, devo dire, scarsa, che noi avevamo del virus all'epoca da un punto di vista clinico e quindi necessariamente anche da un punto di vista organizzativo, abbiamo cominciato a pensare a come modificare la nostra organizzazione.

Il fatto che le informazioni non riescano a fare chiarezza rispetto al fenomeno in atto sembra aver influito anche sulle prime azioni messe in campo per risolvere la crisi che in alcuni casi sono state valutate non adeguate. Da questo punto di vista comunque le aziende della Regione Lazio hanno avuto un vantaggio in quanto in Lazio la crisi è arrivata in un momento successivo rispetto a quello di

altre Regioni. In questo spazio temporale che va dall'arrivo in Italia del virus, che viene collocato nel giorno in cui sono ricoverati i primi due cittadini cinesi allo Spallanzani, risultati poi positivi al virus e al suo impatto in termini di criticità per l'organizzazione dei servizi sanitari, le aziende del Lazio riescono, anche se solo in parte, a iniziare a prepararsi. In sostanza, già da metà febbraio si iniziano a cogliere i "segnali deboli" che qualcosa stava arrivando. Il fatto di riuscire a cogliere i segnali della crisi fin dai primi momenti è ritenuto uno degli elementi rilevanti per affrontare meglio le crisi aziendali. Questo in Lazio è stato possibile grazie a due elementi: la presenza dello Spallanzani sul territorio regionale, centro di riferimento per le malattie infettive a livello nazionale e il fatto che le prime ondate siano arrivate dopo nel Lazio rispetto a quanto accaduto in altre Regioni, mettendo tali aziende in una situazione di allerta prima dell'inizio delle ondate effettive. In altre Regioni c'è invece maggior coincidenza temporale tra segnali forti e ondate.

Il fatto che passasse all'inizio come un'influenza ha in qualche modo viziato l'idea di questo percorso.

Sono quei venti giorni di vantaggio che noi abbiamo avuto sulla Lombardia. Sono stati venti giorni preziosissimi sostanzialmente per modificare tutti gli aspetti organizzativi e per prendere consapevolezza.

I medici e i ricercatori erano comunque allertati, in quanto... si guardano intorno a quello che succede nel mondo, hanno collegamenti giornalieri con colleghi di tutto il mondo, lo Spallanzani è collaboratore dell'OMS per la parte delle malattie infettive, quindi sicuramente loro ne avevano contezza.

Il 9 marzo abbiamo il lockdown nazionale e il Lazio ancora ha un numero dei casi relativamente basso, per cui noi ci siamo trovati a fronteggiare l'andamento epidemico nel momento in cui contemporaneamente c'è stato un calo di tutte le altre prestazioni che a noi venivano richieste.

La Regione ci scrive per la prima volta alla fine di gennaio trasmettendo dei documenti ministeriali, chiedendoci di attivarci e di monitorare le patologie di quella natura. Quindi avevamo un generico allarme, cosa che però succede spesso negli allarmi internazionali di malattie infettive. Quando poi insomma comincia ad arrivare l'ondata, noi siamo già un pochino vagamente sul pezzo, avvantaggiati da una situazione particolare... essendo un policlinico universitario, al suo interno abbiamo anche... le malattie infettive. In quel momento a Roma c'erano solamente tre ospedali che avevano un buon livello di autonomia sul tema delle malattie infettive.

Noi abbiamo avuto qualche giorno per prepararci, perché il problema nasce in Lombardia e in Veneto in quel momento e nasce con una dimensione che immediatamente si percepisce, è dirompente, quindi zona rossa a Codogno,

con un numero di contagi veramente molto importante che viene rilevato. Negli ultimi giorni del mese di febbraio, in realtà, in Regione Lazio non succedeva assolutamente nulla, noi non riuscivamo a catturare dei positivi, in qualche modo eravamo tranquilli, il fenomeno era lontano, lontano fisicamente e lontano mentalmente. Non eravamo con il pungolo... che devi subito agire.

Dopo qualche settimana in cui erano scoppiati questi casi [i due cittadini cinesi dello Spallanzani, N.d.A.]... questo è stato il problema dei colleghi del Nord, si sono visti questa invasione negli ospedali delle persone che si sono ammalate tutte insieme. E dopo qualche giorno si sono cominciati ad avere i primi casi anche nella nostra Regione e lì, come si ricorderà, quasi tutti i primi casi erano persone che avevano bisogno di ricovero; anche se non stavano malissimo venivano ricoverate, perché all'inizio non si sapeva bene come gestirle.

Per esempio, noi avevamo un racconto quasi in diretta di quello che stava succedendo in alcuni ospedali della Lombardia (e questo ci ha dato un vantaggio), perché i primari delle rianimazioni si parlavano, [il professionista, N.d.A.] chiedeva al suo collega di Milano, di Cremona che cosa stesse succedendo, così come il nostro infettivologo aveva un rapporto naturalmente con lo Spallanzani, ma anche con il Sacco e con altri centri di ricerca in infettivologia. Siccome a Roma le cose sono arrivate un po' dopo e certamente in una quantità meno intensa, noi ci siamo un po' avvantaggiati, se vogliamo, di vedere e di poter capire da dentro che cosa stesse succedendo negli altri ospedali.

Ero molto in contatto con gli amici lombardi e veneti, in cui era anticipata la dinamica e mi è stato molto utile avere segnali di provenienza che hanno di fatto anticipato tante azioni che poi io ho adottato, anche rispetto a tanti colleghi di questo territorio... con gli amici della Lombardia e del Veneto, avevamo un confronto quotidiano su come evolvevano le loro situazioni e questo mi è servito molto a mettere in atto azioni preventive... le avvisaglie le abbiamo avute per conoscenza diretta... perché ho amici che conosco a Bergamo e a Brescia così come da amici carissimi che ho a Padova, a Vo' Euganeo e quant'altro. Per questo ho leggermente anticipato tutto su alcune riflessioni, perché una settimana di anticipo non è uno scherzo quando si parla di fenomeni pandemici.

Oggi è passato un anno dal caso di Codogno, che è un po' diciamo il giorno zero di tutta la storia. In realtà, noi a Roma avevamo già avuto un brivido... quando i due coniugi cinesi, che erano in albergo per motivi di turismo, ebbero la febbre e lo Spallanzani se li andò a prendere e se li portò lì con l'ambulanza con biocontenimento e diagnosticò i primi due casi... di infezione di

Coronavirus a Roma. Poi ci fu un certo periodo di “allarme” tranquillo, perché nel frattempo cominciarono le cose della Lombardia e così via.

Negli stessi giorni ci fu immediatamente un'altra faccenda che capitò al porto di Civitavecchia, dove c'era questo traghetto che trasportava cinesi e allora siccome scattò l'allarme, la Regione e lo Spallanzani si organizzarono per andare lì a prenderli con l'autobus... cominciare a fare gli screening, ecc. Allora lì noi cominciamo a drizzare le antenne anche stimolati dai nostri infettivologi, che avevano un rapporto diretto da sempre, anche per motivi di tutt'altra natura di ricerca e così via, con lo Spallanzani, dal quale arrivava la segnalazione “ragazzi state attenti! Sta per succedere qualcosa, cerchiamo di cogliere anche gli allarmi, i segnali deboli, perché non sappiamo quello che potrebbe stare per accadere”. Poi successe Codogno e poi arrivò il lockdown.

I nostri infettivologi ci dicevano “occhio, teniamoci pronti, perché questo primo episodio ci viene detto dallo Spallanzani essere in linea con quello che sta già succedendo altrove, quindi potrebbe essere solo il primo di una catena epidemica cospicua”. Allora noi semplicemente ci mettemmo in allarme e i 32 posti letto (delle 16 camere), che avevamo appena inaugurato, di ampliamento di malattie infettive non li usammo e li tenemmo congelati per ogni evenienza, in termini molto generici. E si va così fino ai giorni di Bologna, perché sostanzialmente nel Lazio poi altre grandi cose, dopo la storia dei due coniugi cinesi, non ne sono successe, fino a che non è scattato l'allarme nazionale.

Il vantaggio in termini informativi che la Regione Lazio ha avuto dal punto di vista temporale è stato accompagnato anche da un supporto fornito dal sistema regionale in termini informativi e di prime indicazioni sulle azioni da seguire per gestire le fonti informative.

Non avevamo grandi informazioni a disposizione sulla situazione dal punto di vista epidemiologico, ossia sulla diffusione dell'epidemia, però avevamo tutti i provvedimenti regionali che già stabilivano quali erano le fasi da seguire per riorganizzare i servizi.

Io mi nutro dalla videoconferenza dell'assessore; per noi direttori quei momenti erano la nostra principale fonte di informazione.

La Regione da subito mette in piedi un meccanismo molto, direi iper, verticale di rapporto con le aziende.

Erano state già intraprese una serie di misure, ovviamente anche su input regionale, pur non avendo dei numeri di lavoro nei reparti ancora molto alti, però è stato predisposto tutto ciò che era necessario.

3.3 L'importanza dei *framework* e delle esperienze personali

Se nelle prime fasi della crisi la scarsità di informazioni in termini qualitativi, quantitativi e di affidabilità dei dati si riflette criticamente sul processo decisionale, nelle fasi successive si assiste, pur in una permanente incertezza sulle informazioni, a una progressiva stabilizzazione dei quadri interpretativi.

In una situazione di incertezza informativa come quella delineata, alcuni DG si sentono rassicurati dal fatto di aver già avuto esperienze pregresse di gestione dell'emergenza o di possedere *framework* cognitivi che rendono più facile la comprensione del fenomeno.

Io ho avuto delle opportunità di gestione del terremoto, gestione delle alluvioni, gestione dei maxi concerti e, poi... ho pescato molto nel mio background professionale anche di Direttore Generale perché anche da Direttore Generale ho gestito unità di crisi in varie condizioni... i quadri cognitivi, cioè nell'emergenza sai subito che devi andare sul back to basic, sulle cose essenziali che non puoi sbagliare, poi pian piano costruisci cose più raffinate.

Successivamente alla prima fase della crisi si è posto il problema di gestire le fonti. Qualcuno ha scelto di accentrare le fonti (interne) anche attraverso la strutturazione di sistemi informativi che permettessero una migliore organizzazione delle informazioni stesse. In tali casi si tratta comunque di sistemi che consentono di migliorare l'operatività quotidiana piuttosto che di guidare le decisioni.

Per capire come gestire il fenomeno... era necessaria una regia centrale, che non ho delegato.

Sul problema dei tamponi abbiamo dovuto costruire una piattaforma... per la rapidità della risposta... impostammo il contact tracing. Lì ebbi l'idea di sfruttarlo un po' strategicamente, ovvero di classare la popolazione, di costruire la piramide a partire dal vertice delle cronicità per poi scendere giù fino ai non cronici... Feci un software, "Info Covid", che metteva dentro tutte le caratteristiche dei pazienti.

Anche sulla gestione delle informazioni gli intervistati ritengono che la Regione, anche al fine di omogeneizzare la raccolta di informazioni da tutte le aziende, abbia dato un contributo utile, fornendo, per le informazioni rilevanti, indicazioni sulla strutturazione logica dei dati.

La reportistica che all'inizio rischiava di essere spannometrica comunque non omogenea tra ASL, alla fine è stata regolata dall'assessorato, nel senso che avevamo una griglia da riempire, in cui venivano inserite tutte le nuove diagnosi, c'erano chiaramente i ricoverati e c'erano i decessi.

In sintesi quindi, rispetto al tema delle informazioni, possono essere identificate due fasi distinte. La prima fase, nonostante tutti gli sforzi messi in campo e la pluralità delle fonti informative attivate, è caratterizzata dalla scarsità di informazioni. In questa fase il flusso informativo non riesce a strutturarsi e diventare anche strumento operativo. È naturale che la possibilità di reperire più facilmente le informazioni diventi elemento cruciale nella gestione della crisi e che, come verrà illustrato più in dettaglio nel capitolo seguente, i soggetti meglio posizionati siano coloro che hanno competenze e responsabilità specifiche (per esempio specialisti in malattie infettive, Pronto Soccorso, rianimazione).

Avevamo la sensazione da subito che strutturare [il flusso informativo, N.d.A.] poteva sì dare ordine in una situazione abbastanza caotica, ma poteva forse anche un po' irrigidire una modalità comunicativa e un flusso di informazioni molto eterogeneo, molto spontaneo, molto articolato.

Io ho gestito questa cosa con la direzione sanitaria naturalmente e con tre-quattro apicali dell'ospedale, non di più, che erano il Direttore del DEA, il Direttore delle malattie infettive, il primario del Pronto Soccorso e il primario della rianimazione... poi abbiamo aggiunto quello amministrativo; avevamo una chat nostra su WhatsApp, dove caricavamo mano a mano le cose che ciascuno di noi veniva a sapere... mano a mano avevamo anche informazioni di altri contesti organizzativi che... ci hanno aiutato a capire su cosa prepararci, perché mentre accadeva questo da noi l'onda di piena ancora non c'era, quindi abbiamo avuto questa possibilità di prepararci.

Nelle fasi successive si assiste a una stabilizzazione dei quadri interpretativi e a una convergenza dei quadri informativi nei quali assumono un ruolo rilevante la Regione e gli altri DG della Regione e nei quali è presente una maggiore strutturazione dei flussi informativi da parte del sistema e delle aziende. Nel frattempo, comunque, persiste da parte dei DG la raccolta di informazioni per mezzo di fonti informative personali soprattutto in funzione di controllo e rassicurazione.

Capitolo 4. Il sistema delle responsabilità e delle decisioni¹

4.1 Verso la costruzione di un gruppo pubblico regionale

Nell'ambito delle aziende sanitarie pubbliche, i processi decisionali assumono caratteri peculiari. Da una parte, la formalizzazione delle decisioni (modello deliberativo) implica quasi inevitabilmente l'emergere di una distinzione tra ruoli e processi formali e ruoli e processi sostanziali. Così, come evidenziato in precedenza, se in tali aziende la composizione del *Top Management Team* (TMT), la cosiddetta *triade*) e i ruoli assegnati a ciascuna figura sono definiti per legge, i processi e i ruoli effettivamente svolti possono cambiare soprattutto in virtù della complessità aziendale, degli stili di leadership e della visione del DG (Del Vecchio, Romiti 2020). Dall'altra, l'appartenenza al sistema delle istituzioni pubbliche condiziona, attraverso l'azione esercitata dal livello regionale, in maniera più o meno marcata, l'autonomia di cui effettivamente godono le aziende.

In questa prospettiva, il caso del Lazio mostra un'evidente trasformazione nelle modalità di esercizio del ruolo regionale: durante la pandemia, infatti, la Regione Lazio ha assunto un ruolo via via più incisivo sulle scelte aziendali, ruolo caratterizzato da una presenza sempre più intensa e continua. Contrariamente a quanto ci si sarebbe potuto aspettare, tale ruolo non sembra essere stato vissuto dalle aziende come una limitazione della propria autonomia, ma, piuttosto, come importante supporto e sostegno nella complessa gestione della crisi.

Tra le "pratiche" introdotte dalla Regione in tale direzione durante la crisi, i soggetti intervistati hanno ricordato in particolare la *call* quotidiana voluta, fin dai primi giorni del mese di marzo 2020, dall'Assessore regionale e nella quale erano coinvolti tutti i Direttori generali delle aziende laziali. L'impatto è giudicato in maniera molto positiva avendo consentito alle aziende di intervenire in maniera coordinata e condivisa con la Regione rispetto alle criticità da affrontare e alle soluzioni da porre in essere.

¹ Il capitolo, pur essendo il risultato del lavoro di tutti gli autori, può essere attribuito a: Anna Romiti per i paragrafi 4.1 e 4.5; Mario Del Vecchio per i paragrafi 4.2 e 4.3; Ilaria Elisa Vannini per il paragrafo 4.4.

Se devo dire cosa è cambiato e cosa può sicuramente essere nuovo, a livello di sistema nel Lazio, è molto evidente, credo forse anche in altre Regioni: una maggiore consapevolezza di decisioni da adottare e governare a livello regionale che rendono il sistema sanitario più forte, più riconoscibile e più omogeneo. È chiaro che parte di questa centralizzazione è strettamente legata alla straordinarietà dell'emergenza... noi Direttori generali abbiamo mantenuto tutti il ruolo, però con maggiore aderenza e attesa di decisioni regionali.

Quando abbiamo cominciato a incontrarci in videoconferenza con questo appuntamento [la call quotidiana, N.d.A.], che ormai fa parte della nostra quotidianità, ho percepito in maniera chiara che quel modo di stare dentro ogni azienda da parte della Regione e di consentire a ogni azienda di stare dentro la Regione, con questa reciprocità, ci avrebbe aiutato molto.

Con la Regione siamo cresciuti molto, perché intanto insieme con essa abbiamo definito anche il modello. Quello del Lazio è stato un modello unitario di risposta, cioè il modo con cui noi abbiamo interloquito con la Regione e la Regione ha indirizzato noi in termini di programmazione, in termini di indirizzi, ha fatto sì che il modello fosse unitario, cioè che la risposta fosse unitaria e omogenea. Le prese di decisioni sono state fatte al tavolo collettivo della Regione con i direttori generali ogni giorno, noi da febbraio incessantemente tutti i giorni discutiamo, ci vediamo. C'è una linea condivisa, c'è un modello, c'è un aspetto concettuale, ma anche una traduzione operativa che nelle diversità parte da un confronto, ma anche da unitarietà della risposta. Questa modalità è uno sforzo nella rappresentazione dell'equità nella risposta e quindi di superamento delle disuguaglianze. L'indirizzo è uguale (qui) come a Roma, consapevoli che poi ognuno di noi lo traduce nelle diversità di contesto.

Almeno in Regione Lazio, non siamo mai stati lasciati soli come aziende... la Regione istituisce immediatamente l'unità di crisi regionale e con essa avevamo contatti quotidiani; ogni giorno noi direttori generali ci confrontavamo con l'assessore e valutavamo insieme l'andamento della situazione, ovviamente sulla base dei dati che erano in possesso soprattutto della Regione, perché era a essa che lo Spallanzani li comunicava; poi la Regione li comunicava a noi, e sulla base di queste informazioni decidevamo quali erano le fasi da attivare: fase 1, fase 2, fase 3, per liberare i posti in ospedale, per rafforzare il contact tracing, per spostare le risorse, piuttosto che riconfigurare i servizi... poi è ovvio che la singola azienda ha dei suoi margini di manovra, perché decidere qual è la strada da intraprendere come priorità 1 all'interno, ovviamente, dell'indirizzo definito dalla Regione era comunque compito suo.

Dalla prima settimana di marzo abbiamo avviato - su iniziativa dell'Assessore regionale - una call quotidiana con tutti i Direttori generali. E noi abbiamo agito in maniera fortemente condivisa, comunicando quotidianamente i numeri, i dati e quello che avveniva, condividendo criticità e soluzioni direttamente con la Regione.

Noi ci avviamo in un'intercompany: poi alla fine diremo che cosa ha portato di buono tutta questa pandemia. Si è creato un cordone solidale tra direttori generali, tra i direttori generali e gli esperti dell'azienda, tra direttori, esperti e Regione; e questo cordone ha portato e ha fatto sì che la Regione Lazio... abbia portato risultati.

Nel quadro così delineatosi, il ruolo della dimensione politica nella promozione di un funzionamento secondo le logiche tipiche di gruppo è particolarmente significativo: da un lato, infatti, traspare la capacità di intervenire positivamente sull'operatività delle aziende sanitarie, dall'altro, la volontà di dare vita a una comunità manageriale coesa (la rete dei DG) e avvertita dagli stessi protagonisti come estremamente positiva.

Alla dimensione politica, nella persona dell'Assessore alla Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria della Regione Lazio, è unanimemente riconosciuto il merito di avere creato il terreno fertile per la nascita di un *network* tra gli organi di vertice delle aziende sanitarie laziali, improntato alla massima collaborazione e alla condivisione delle problematiche emergenti.

Noi qui abbiamo un assessore che sta sul pezzo in maniera spasmodica. Non c'è un momento in cui non ci siano un collegamento o un contatto; devo dire che se a volte lo si vive come grande, grande stress, dall'altra parte però hai una canalizzazione di quelli che sono i tuoi obiettivi e le tue responsabilità. Come da esperienza, poi determinate cose le fai, le porterai avanti sempre tu e ne sei comunque responsabile.

Io penso che la Regione Lazio abbia una squadra di direttori generali ottima, e che siamo riusciti a gestire questa cosa, grazie alla Regione, grazie anche all'assessore. Io con l'assessore ho un rapporto schietto, quindi non è piaggeria, gli riconosco il fatto che è stato sul pezzo sempre, cioè è stato in grado di guidare questa squadra e noi a cascata, ognuno di noi, con le proprie caratteristiche, ha cercato di trasmettere questa voglia di squadra, questa capacità di tenere duro e di stare sul pezzo sempre... con la direzione, con tutti i colleghi della direzione regionale, il rapporto è stato ottimo, nel senso che ci hanno supportato sempre. A volte li abbiamo anche sfiancati parecchio, perché avevamo bisogno di essere rassicurati anche noi. Quindi è stato un processo di rassicurazione a cascata ascendente e discendente in questo percorso.

La rete dei direttori generali è stata una rete super positiva. Per esempio, ci siamo trovati a marzo in una situazione abbastanza problematica con l'ematologia, io ho chiamato un DG, gli ho chiesto di prendere i miei pazienti, quindi c'è un rapporto di grande collaborazione all'interno della regione Lazio.

Tutto questo non era mai avvenuto prima, in questo modo, c'è stata una forte tensione del sistema, sia di quello aziendale che di quello regionale, dettata dalla necessità, ma che a mio avviso ha costruito una modalità molto efficiente nell'adottare e attuare rapidamente le decisioni... Questo è importante dirlo, perché la gestione dell'emergenza è stata spesso ridotta ai numeri, ma dietro ci sono le persone e l'organizzazione, ci sono le decisioni e diventa molto importante avere una catena di comando chiara, che in quel momento era diventata la catena di comando regionale.

Tra direttori generali noi siamo stati solidali, nel senso che ci siamo veramente aiutati, perché io ho distribuito tamponi da processare a tutta Roma e anche a Frosinone e tutti mi hanno dato risposte.

Nella costruzione di strutture e pratiche di processi decisionali assimilabili a quelli di un vero e proprio “gruppo pubblico regionale”, un ruolo di rilievo è stato giocato dallo sviluppo e dal consolidamento di piattaforme di servizio condivise e volte a supportare l'attività territoriale. Tra queste gli intervistati ne citano due in particolare: una per l'attività di tracciamento, l'altra per la prenotazione, la somministrazione e l'invio dei risultati dei tamponi. Più specificamente, la prima piattaforma regionale, gestita dal “Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle Malattie Infettive” dell'IRCCS Spallanzani, era finalizzata all'attività di *contact tracing* e comunicazione quotidiana dei casi di positività al virus; la seconda, la cosiddetta. “Prenota Drive”, ha supportato le aziende sanitarie del Lazio nella prenotazione, nella consultazione e nella gestione degli appuntamenti agli assistiti per eseguire tamponi presso le strutture “drive in”. A queste si è affiancata l'attivazione da parte della Regione di servizi di telesorveglianza e telemonitoraggio dei pazienti positivi a casa attraverso il sistema *Lazioadvice* integrato con l'app *Lazio Doctor per Covid* per valutarne lo stato di salute e interagire con loro, avvalendosi delle funzionalità della app e di kit di telemonitoraggio pneumologico distribuiti alle aziende sanitarie.

Sulla questione del territorio... nelle prime settimane è stato coinvolto soprattutto il SISP, perché doveva fare l'attività di contact tracing e comunicare quotidianamente i dati; poi è confluita in una piattaforma regionale, gestita dal SERESMI dello Spallanzani, che rilevava tutti i casi positivi e li tracciava a seconda che fossero a domicilio o in ospedale.

4.2 Le caratteristiche dei processi decisionali aziendali nella crisi

La crisi ha prodotto un impatto significativo soprattutto sui processi decisionali interni al sistema aziendale. I principali cambiamenti possono essere interpretati riconducendoli a tre aree principali: il restringimento dell'attenzione su alcune aree specifiche di funzionamento (focalizzazione), la natura delle decisioni che vengono prese (operativizzazione), la concentrazione temporale e spaziale dei processi che producono una decisione (compattamento).

La focalizzazione dei processi decisionali

Una prima area di cambiamenti nei processi decisionali è relativa alla necessità che il DG avverte di concentrare la propria attenzione su alcuni punti chiave del funzionamento aziendale, legati alla risoluzione di specifiche criticità le quali, in un contesto di estrema incertezza complessiva, richiedono decisioni nette e rapide. Alcune parti del funzionamento aziendale o singoli servizi, o addirittura prestazioni (per esempio il Pronto Soccorso, i reparti di malattie infettive, i tamponi ecc.), diventano strategici, nel senso che sulla qualità e sulla velocità della risposta che essi offrono viene dall'ambiente misurata l'intera azienda. Diventa così naturale per il DG focalizzare costantemente la propria attenzione sugli elementi chiave che l'emergenza via via impone. Tale processo di natura essenzialmente soggettiva (una selezione da parte del *decision maker*) è accompagnato da una dinamica oggettiva di natura esterna: la drastica riduzione di attività registrata in molti servizi aziendali.

Tutte le mattine facevo un rapido briefing in Pronto Soccorso, in terapia intensiva e nel reparto Covid, dunque avevo un contatto diretto con i tre punti più nevralgici dell'ospedale. Anche quelle tre micro-equipe non erano poi poco, perché gli infermieri sono 100 e sono 40 i medici in Pronto Soccorso, quindi si dovevano fare delle cose molto focalizzate, che poi erano sempre "manca questo, manca quello, sono preoccupato". Penso di aver dato questo senso di comunicazione e di vicinanza alle aree più critiche. Avevo sul piatto, con queste tre aree, una presenza praticamente quasi giornaliera, se non giornaliera, sabato e domenica inclusi.

Dal punto di vista organizzativo, per rispondere alle nuove esigenze dettate dalla crisi, il DG attiva relazioni dirette con il nucleo operativo ai fini del controllo e della rapida raccolta delle informazioni. Da qui deriva l'adozione di catene decisionali alternative, meno strutturate e più contingenti, con un'estensione verticale minore, accompagnata da un'accentuata de-gerarchizzazione.

Nella prima parte [l'unità di crisi, N.d.A.] l'avevo fatta solo con il primario del Pronto Soccorso e qualche clinico, mentre nella seconda parte ho dovuto farlo necessariamente con tutte le componenti coinvolte, che sostanzialmente

erano gli anestesisti, gli internisti, gli pneumologi e gli urgentisti, a parte il Pronto Soccorso.

Sono saltate le gerarchie... lì individuai proprio i miei colonnelli, quindi c'era il Direttore dell'unità operativa della prevenzione attiva... che mi faceva da pivot sul dipartimento di prevenzione e poi individuai un medico internista che mi faceva da pivot nelle relazioni con le forze dell'ordine per fare il contact tracing. Quindi io tutti i giorni ricevevo alla sera l'elenco dei positivi che poi venivano dichiarati il giorno dopo; con le forze dell'ordine oltre che con l'energia del dipartimento di prevenzione si faceva il contact tracing e si facevano le varie attività di isolamento dei contatti per poi fare il tampone se necessario.

La pandemia ha implicato uno “schiacciamento” rispetto al funzionamento previsto dall'organigramma formale: il DG ha assunto le decisioni verificando personalmente le criticità nei punti chiave, recandosi direttamente nelle unità operative coinvolte in prima linea nell'emergenza per acquisire informazioni di rilievo ai fini decisionali. In altri termini, la Direzione Generale ha, più con i comportamenti che non con le decisioni, ridisegnato le relazioni in azienda.

Ho preso una decisione dopo che sono entrata lì dentro, che ho visto le cose come stavano, e abbiamo fatto la scelta giusta, sarà stata fortuna, sarà stata la capacità in quel momento di trovare una soluzione, che era quella più percorribile per noi, comunque siamo riusciti.

La necessità di velocizzare il processo decisionale si è tradotta dal punto di vista organizzativo in un impiego selettivo di persone e ruoli della struttura in essere, al fine di rinforzare linee di responsabilità esistenti (creando snodi informativi e di coordinamento) e presidiare talune attività ritenute rilevanti.

In alcune aziende si assiste altresì a una progressiva organizzazione di nuove catene decisionali che si traducono in un rinforzo delle parti più critiche del sistema, ma che arrivano fino alla creazione di strutture di comando parallele rispetto alle ordinarie routine decisionali.

Mi ha fatto valorizzare tante persone, non come riferimento gerarchico, ma come riferimento di capacità, come competenze.

La filiera di comando che faccio sul territorio riguarda i direttori di distretto per il coordinamento dei medici di medicina generale; quindi noi attiviamo con un anticipo di qualche settimana una cosa che poi viene assunta come provvedimento da parte della Regione; tale provvedimento porta il potenziamento del territorio, dove il Direttore di filiera, il Direttore di distretto che si raccordava con i coordinatori dei medici di medicina generale i quali a loro volta si raccordavano con i singoli medici di medicina generale per valutare

le situazioni, la necessità di effettuare i tamponi dei loro assistiti e la decisione di effettuare il tampone veniva alla fine validata dal Direttore di distretto che attivava il dipartimento di prevenzione.

L'operativizzazione dei processi

Una seconda area di cambiamenti rimanda ai contenuti e alla natura delle decisioni prese dal DG. La focalizzazione non solo “restringe” aree prese in considerazione, ma comporta che l’oggetto della decisione diventi di natura più operativa: si tratta di risolvere un problema che necessita di una risposta concreta che dia soluzione alle esigenze che la crisi impone. La necessità di gestire le criticità quotidiane toglie alle aziende lo spazio per la visione e per decisioni che producono effetti complessivi in archi temporali estesi. In altri termini, lo spazio decisionale del DG, normalmente dedicato alle decisioni strategiche, è completamente assorbito da decisioni di tipo operativo i cui effetti sono di immediata utilità nel fronteggiare le diverse e sempre mutevoli criticità poste dalla crisi. Il contenuto delle decisioni assume dimensioni più limitate, legate alle criticità quotidiane, su aspetti che riguardano decisioni che abitualmente sono assunte in snodi differenti della gerarchia aziendale.

Questa cosa qui ha una dimensione temporale che è in grado di usurare anche l'assetto psichico più solido, fondamentalmente, perché ha una durata infinita e in qualche modo secondo me è accaduto che per un lungo periodo ha tolto il futuro sia alle persone che alle organizzazioni. Ha preteso un livello di concentrazione sulla contingenza e sulla quotidianità che è stato enorme.

Questo tipo di pressione ha portato a un altro scenario ancora diverso, il futuro se n'è come andato, nuovamente e senza più visione, pancia a terra, si è trattato di gestire quotidianamente le emergenze, prendere decisioni e soprattutto sostenere l'organizzazione.

Decisioni da adottare rapidamente, il più possibile in maniera condivisa, in modo determinato ma anche affrontando giorno dopo giorno le criticità rispetto alle quali non è poi così facile capire quali sono le migliori decisioni da prendere.

Non è che riesci a organizzare processi solidi in un sistema che continua a cambiare tutti i giorni.

Il coinvolgimento del DG nella sfera dell’operatività arriva talvolta a estendersi anche all’area delle decisioni cliniche. La drammaticità di alcune decisioni porta infatti i clinici a ricercare una condivisione di responsabilità con i vertici aziendali.

Un giorno mi trovo in ufficio con il Direttore Sanitario e con il Direttore delle malattie infettive, il primario della rianimazione e il primario della medicina di urgenza, perché era diventata unità di semi-intensiva per i pazienti Covid... e loro mi chiedono di discostarsi dal protocollo di Wuhan, cioè mi dicono “qua se io li mando in rianimazione i pazienti muoiono nel 60-70% dei casi, vogliamo provare a gestire i pazienti in semi-intensiva sottoponendoli a uno stress aggiuntivo ma provando a far recuperare l’attività respiratoria in modo naturale, quindi senza essere intubati”. È stata una bella decisione da prendere e l’abbiamo presa... L’hanno chiesta a me e al Direttore Sanitario, certo. Hanno voluto condividere la scelta con la direzione strategica... Io mi assumevo in qualche modo un rischio importante... diedi il mio assenso per quanto si possa dire “era tutto inutile perché tanto potevano fare come cavolo volevano”, però forse non l’avrebbero fatto senza il mio consenso.

Il compattamento

I tempi dettano le nuove dinamiche decisionali e impongono di concentrare processi normalmente estesi nel tempo, e che vedono gli attori coinvolti “dispersi” nello spazio, in specifici “luoghi”. La necessità di decidere in maniera rapida e assicurarsi una pronta esecuzione porta spesso a collocare l’intero processo decisionale in uno specifico luogo consentendo così di avere a disposizione tutte le informazioni e garantire il coordinamento delle azioni conseguenti. Il DG identifica un gruppo ristretto di soggetti, che molto spesso è costituito da tutti i soggetti direttamente coinvolti nell’emergenza, a prescindere dalla loro collocazione nei ruoli decisionali formali, al fine di garantirsi una decisione e un’attuazione più rapide, avendo concentrato tutte le informazioni rilevanti, tutti i punti di vista e tutti gli attori che devono svolgere i processi operativi conseguenti a quella decisione. In genere si tratta di professionisti detentori di elementi preziosi per le decisioni ovvero dell’informazione e/o della competenza clinica relativa all’emergenza.

Ho dovuto fare una task force temporanea Covid per l’emergenza, con dieci figure principali, che fossero territoriali e ospedaliere, affinché prendesse - insieme alla Direzione - le decisioni; in questo modo si è creato una sorta di Comitato permanente per gestire con un addetto principale, un coordinatore principale, la parte Covid e una parte non Covid; ho creato dei riferimenti per ogni ambito che, insieme alla Direzione, in un Comitato, potessero assumere le decisioni in maniera più rapida.

Il processo decisionale si è concentrato sulla mia figura e su quella del Direttore Sanitario, con il Direttore Amministrativo che faceva da supporto, d’ausilio per garantire le condizioni necessarie dal punto di vista dell’acquisizione delle risorse per poter sviluppare le attività che dovevamo; l’altro

soggetto particolarmente coinvolto è il Direttore del patrimonio perché ovviamente i vari spostamenti che venivano realizzati prevedevano dei piccoli o dei grandi interventi a seconda delle situazioni necessarie a rendere sicure le aree o a renderle in grado di ospitare i pazienti Covid... Quindi diciamo che gli incontri erano prevalentemente tra me, il Direttore Sanitario aziendale e il Direttore del patrimonio, poi questo si traduceva in una serie di incontri successivi dove il Direttore Sanitario coinvolgeva il Direttore di presidio, le unità operative e quant'altro.

Siccome questo gruppo di 4-5 persone era motivatissimo, molto competente, bene informato e performante io ho preferito prendere un altro ruolo, cioè quello di facilitare all'interno della struttura organizzativa e amministrativa dell'azienda tutto quello che si poteva facilitare per consentire che si facessero le cose che loro pensavano corretto fare.

La cosa che ovviamente tutti ti avranno detto, e che ti dico anch'io, è che la velocità delle cose da fare era di ore, non di giorni. Di giorni si poteva parlare solo quando si trattava di allestire un reparto da 30 posti letto; ci potevano volere tre giorni, ma per tutto il resto erano decisioni di ore.

Tutto questo ha determinato un rapidissimo riposizionamento delle priorità e la scelta di come presidiarle. Noi abbiamo fatto la scelta dell'unità di crisi aziendale, che veniva fatta subito dopo l'unità di crisi regionale, proprio immediatamente conseguente e vedeva rappresentati non gli organi istituzionali canonici, dunque non c'era dentro il collegio di direzione, ma c'erano le persone che in prima istanza avevano conoscenza di dettaglio di alcuni meccanismi organizzativi. In alcuni casi erano persone di responsabilità anche gestionale, in altri casi soprattutto persone che erano rapidamente in grado di reingegnerizzare dei processi. Persone identificate anche un po' ad hoc come quelle sulle quali puntare perché se ho bisogno di costruire, ad esempio, un'area Covid, un percorso Covid, devo mettere insieme tecnologia, logistica, personale, dispositivi, flussi. Persone nelle quali era possibile identificare la capacità di fare, di reingegnerizzare tutto questo in tempi molto rapidi.

Questa necessità di compattare viene realizzata in vari modi sulla base dello stile di direzione. Anche in situazioni di crisi, lo stile di direzione del singolo DG influenza in modo più o meno marcato i meccanismi decisionali.

Ci sono stati diversi stili decisionali in quelle settimane, in quei mesi. Il tema centrale era l'Unità di crisi aziendale, ma non voglio omettere che, in alcuni passaggi, sicuramente il Direttore Generale, il Direttore Sanitario Aziendale, il Direttore del Dipartimento di prevenzione e del Dipartimento del territorio, la Dirigente delle professioni infermieristiche, questo manipolo ristretto ha preso decisioni, quelle che andavano prese immediatamente; le ha

prese, ma subito dopo c'è stato un passaggio quantomeno non dico di ratifica da parte dell'unità di crisi.

4.3 Il Top Management Team

La necessità di far fronte alla crisi ha avuto ripercussioni anche sui ruoli e sulle dinamiche decisionali interne al TMT, modificando significativamente i precedenti assetti e le routine consolidate.

Al fine di garantire una tempestiva ed efficace assunzione delle decisioni, talvolta è emerso un cambiamento nei ruoli e nelle responsabilità tra DG e DS. In taluni casi il DG ha lasciato al DS una parte rilevante delle scelte “perché la produzione guidava”, le *operation* erano la priorità e la risposta. In altri, per evitare il sovraccarico decisionale, il DG ha ripartito le decisioni in base alle competenze avocando a sé, per esempio, l'implementazione delle decisioni sul lato territoriale e delegando al DS l'implementazione delle stesse sul lato ospedaliero. In questa “ripartizione” di ruoli sono stati comunque mantenuti gli equilibri che garantiscono il governo integrato dell'azienda.

Non è cambiato niente dal punto di vista degli equilibri, nel senso che comunque il Direttore Generale e il Direttore Sanitario... hanno sempre agito in modo congiunto, integrato, pienamente integrato. Quello che è cambiato è che ci siamo divisi i compiti, quindi lui era più sulla riorganizzazione dell'area ospedaliera e io ero più sul lato del territorio e del dipartimento di prevenzione; quindi io tenevo più i rapporti con la parte preventiva e di cura del paziente sul territorio e lui più sulla parte ospedaliera. Le decisioni venivano prese insieme, però io poi seguivo l'implementazione delle decisioni sul lato territoriale e lui seguiva l'implementazione delle decisioni sul lato ospedaliero.

Ieri alle 23 abbiamo deciso di chiudere una sala operatoria e di aumentare di quattro posti la terapia intensiva Covid dedicata. Ho fatto un esempio, per cui ci sono stati momenti in cui la spinta sanitaria, l'emergenza sanitaria, hanno dettato le decisioni. Sicuramente la mia storia e la mia formazione medica in questo mi hanno aiutato, a volte, a prendere decisioni, a convincere (non senza resistenze) i capi dipartimento di alcune aree molto strategiche degli ospedali, per esempio del Dipartimento dell'emergenza.

Quello che guidava era il percorso assistenziale dall'inizio... facevo proprio l'esempio della scelta che noi abbiamo fatto, siamo stati i primi a fare la scelta prioritaria di fare appunto la Tac e non il diretto... per il fatto di scegliere questo i percorsi all'interno dell'ospedale sono radicalmente diversi, non solo per l'impegno tecnologico, ma erano in sedi diverse e quindi mi

complicava tutto, ma abbiamo fatto questa scelta, ma era la guida clinica che si traduceva poi in scelte operative e gestionali molto concrete.

Era la decisione di entrare in merito alle cosiddette zone rosse e noi eravamo i principali attori, ci sono il Direttore Generale o in alcuni casi il Direttore Sanitario, ma io sono un Direttore Sanitario, quindi a volte ho utilizzato il mio ruolo e sono intervenuto direttamente, attenzione in maniera condivisa col mio Direttore Sanitario; almeno per quanto riguarda in una delle due situazioni, non ci sono stati attriti e anche nell'altra se ci sono stati degli attriti non sono certo inerenti alla pandemia.

Guardando alla ristrutturazione dei processi decisionali durante la crisi, molti fattori sembrano avere influenzato la loro evoluzione e le decisioni dei DG al riguardo. In alcuni casi le loro esperienze pregresse e il loro *background* hanno rafforzato le spinte, già naturalmente presenti nelle crisi, verso un accentramento delle decisioni, permettendo ai DG di poter sfruttare un'adeguata base di esperienze e competenze. In sostanza chi gestisce abitualmente le emergenze e chi ha vissuto esperienze precedenti di crisi si trova facilitato nell'affrontare la situazione.

Ci dovevi mettere la faccia, se volevi guidarla, sennò la facevi guidare, ma se volevi veramente gestirla, dovevi assumerti anche la responsabilità di decisioni impopolari, molto centralizzate. Io ascoltavo tutti, ma poi alla fine la decisione finale la prendevo io, però dovevo metterci la faccia: ascolto tutti, mi chiamate tutti, mi assumo la responsabilità, prendo io la decisione, tutti potete dirmi la vostra opinione. Io poi volevo dire questo: essendo di estrazione clinica, su un'emergenza sanitaria qualche vantaggio ce l'avevo. Un po' sono andato a pescare nella gestione delle emergenze che avevo in precedenza affrontato...

Nel nostro ambito, questo è il sistema di lavoro nei momenti di crisi... Ne ricordo almeno una quando ci fu la nevicata a Bologna che distrusse metà città praticamente, nel 2012; poi ci fu il terremoto che è stata una grandissima esperienza di carattere organizzativo, anche se con caratteristiche diverse, però alcuni elementi di comportamento sono simili.

Noi siamo abituati a questo tipo di problematica, a questa cosa che è accaduta in tutte le maxi emergenze, è la stessa cosa che è avvenuta con il Giubileo e con il terremoto. Noi sappiamo che nei momenti di crisi dobbiamo lavorare così e abbiamo già gli schemi operativi che ci permettono di farlo, senza bisogno di dover fare modifiche dell'organizzazione.

In altri casi, invece, sono risultati fondamentali il clima di fiducia e le relazioni costruiti nel tempo, in epoca precedente al Covid, all'interno della triade.

Il Direttore Generale e il Direttore Sanitario hanno sempre agito in modo congiunto, integrato, pienamente integrato. Quello che è cambiato è che ci siamo divisi i compiti.

Io in realtà ho avuto sempre la sensazione di stare utilizzando al meglio l'organizzazione che avevo creato. Di trovarmi cioè a fare questa cosa in un'azienda che gestivo da diversi anni, nella quale avevo completato la ricollocazione delle persone nei posti giusti. Ciò mi ha consentito di avere innanzitutto un livello molto elevato di fiducia e di condivisione con queste persone, ma poi anche di poggiare le decisioni su ruoli già ben definiti. Ecco, non ho avuto bisogno di crearmi un'unità parallela, oppure di avocare a me delle funzioni se non l'adozione della disposizione. Nel mio caso non c'è stato tanto uno "shiftare" verso qualcosa... tuttavia l'urgenza e la rapidità hanno sicuramente richiesto una risposta diversa rispetto alle modalità più ordinarie di fare le cose, penso in particolare alla programmazione. Diciamo che le scelte sono state sempre tradotte in disposizioni che sono diventate un modo per comunicare a tutti: quali sono le priorità in questo momento? Quali sono le misure organizzative da adottare e chi le deve adottare? Molte di queste disposizioni contenevano alla fine un'indicazione chiara, un mandato ai Direttori delle UOC o dei Dipartimenti dei distretti di fare determinate cose.

Ho potuto contare su un'organizzazione che rapidamente si attivava. Questo ha dato anche a me la misura di quanto avessi investito e potessi contare su una solidità organizzativa che è venuta fuori.

Continuando a fare quel lavoro che avevo provato a fare negli ultimi anni, interpretandolo anche l'emergenza con il mio stile, ma tutto in maniera più intensa. Ho sempre ragionato su parole come la fiducia, non ho mai "frustato" le persone per fare le cose, ho cercato di condividere la complessità del momento e di farle. Io ho girato tantissimo, continuo a farlo, penso di essere andato al [presidio X, N.d.A.] quasi tutti i giorni nel periodo in cui bisognava farlo e allo stesso modo sono sempre andato nei luoghi dove bisognava fare cose.

Le ho seguite anche personalmente, facendo in prima persona le riunioni oppure delegando qualcuno ma poi andando di persona a vedere. Quindi contano la fiducia, l'esempio, l'essere presente e contare sull'organizzazione, che non può essere gestita da me. Io non so quello che succede in periferia, ma se faccio una riunione con i sei Direttori di distretto sono abbastanza sicuro (ne ho fatte tantissime e continuo a farne quasi tutti i giorni) che poi ognuno nel proprio distretto le cose le fa. Questo poter poggiare su un'organizzazione di cui mi fido ed avere con tutti un contatto quotidiano e costante è faticosissimo, ma credo sia questa la risposta.

Infine, in altri casi, sono state le contingenze, per esempio la quarantena o la malattia di alcuni soggetti appartenenti al TMT, a condizionare ruoli e processi tra gli attori.

Io sentivo il Direttore Generale ricoverato che mi riferiva le decisioni della Direzione generale... ho dovuto a volte impormi e dire "si fa così perché guarda che la realtà che abbiamo sul campo si sta sviluppando in questa maniera". Ovviamente un Direttore che è ricoverato non ha la visione di ciò che succede.

4.4 Le strutture e la formalizzazione: unità di crisi e collegio di direzione

La Regione ha promosso nuove strutture aziendali dedicate alla gestione delle crisi, pur lasciando libertà nella composizione in base alle diverse esigenze aziendali (per esempio, azienda sanitaria vs azienda ospedaliera). A questa indicazione regionale le aziende hanno risposto in maniera variegata.

Per supportare il processo decisionale, soprattutto quello legato ai processi operativi, sono stati creati in quasi tutte le aziende nuovi organismi collegiali, diversamente denominati (spesso "unità di crisi"), la cui composizione, pur variando da azienda ad azienda, prevedeva sempre alcune figure principali, sia territoriali che ospedaliere (per esempio, i dipartimenti di emergenza, quello della prevenzione, il DS dell'ospedale e il TMT). L'unità di crisi è un modo con cui le aziende hanno ristrutturato i meccanismi di decisione per rispondere a esigenze contingenti. Il loro ruolo è stato prevalentemente quello di coordinamento rispetto alla fattibilità delle decisioni e alla loro operatività. In tutti i casi, con cadenza anche giornaliera durante le prime fasi dell'emergenza, le aziende hanno discusso le linee guida regionali e tracciato le linee di risposta alla pandemia (dalla rimodulazione dei presidi ospedalieri, alla definizione delle risposte per e sul territorio, fino agli aspetti più clinici, scientifici, di gestione dei casi).

La Regione ha supportato la costituzione della task force.

La Regione è stata tempestiva e pronta, ha iniziato a emanare una serie di ordinanze e di circolari e quindi ha supportato la costituzione della task force... La task force, per quanto ci riguarda, era all'interno dell'ospedale, sede dei DEA di primo e di secondo livello e all'interno di questa task force c'erano tutte le figure deputate naturalmente a un primo intervento. Qual era la novità? Il raccordo con il territorio, che in prima fase, ha visto come punto di forza... il dipartimento di prevenzione e come punti di debolezza i distretti, che sono entrati successivamente in gioco. Specialmente in questa fase sono stati i distretti insieme agli ospedali, agli ospedalieri, al dipartimento di prevenzione a rappresentare un buon aiuto... noi mettemmo a capo della task

force il Direttore Sanitario dell'ospedale a testimonianza che era importante creare un collegamento costante e continuo.

L'unità di crisi era composta da alcune figure principali, sia territoriali che ospedaliere.

[Nell'unità di crisi, N.d.A.] c'eravamo io, il Direttore Sanitario, tutti i capi dipartimento, i responsabili della terapia intensiva dell'ospedale, la terapia intensiva, le malattie infettive, il Pronto Soccorso col DEA, le diverse specialità, i due distretti. All'interno di questa unità di crisi molto allargata, con tutte le articolazioni, è stata fatta una cabina di regia formata dal Direttore Sanitario aziendale, dal Direttore Sanitario del presidio ospedaliero, dai due direttori di distretto, dal Direttore del DEA, dal Direttore delle professioni sanitarie e delle malattie infettive, della rianimazione e della medicina.

Ho dovuto creare una task force temporanea Covid per l'emergenza, con dieci figure principali, che fossero territoriali e ospedaliere, affinché prendesse - insieme alla Direzione - le decisioni; in questo modo si è creato una sorta di Comitato permanente per gestire con un addetto principale, un coordinatore principale, una parte Covid e una parte non Covid; ho creato dei riferimenti per ogni ambito che, insieme alla Direzione, in un Comitato, potessero assumere le decisioni in maniera più rapida.

Tra le varie esperienze analizzate possiamo distinguere tra “luoghi decisionali” più ampi o più ristretti. Nei primi l'unità di crisi è un collegio di direzione per così dire allargato, fino a comprendere i soggetti prevalentemente dedicati all'emergenza e al territorio.

L'unità di crisi... era un collegio di direzione allargato dove noi abbiamo iniziato a tracciare tutte le linee di risposta alla pandemia, dove praticamente si discutevano le linee guida che arrivavano e anche tutto l'aspetto relativo agli strumenti scientifici per curare i pazienti. E lo facevamo tutti i giorni, cioè fino alla fine di aprile ogni giorno noi facevamo il briefing allargato. Poi abbiamo continuato con la cabina di regia. Poi abbiamo fatto briefing alternati tra le linee che si occupavano prevalentemente di integrazione ospedale-territorio e poi quelle quotidiane con il SISP e tutta la parte di gestione dei drive-in della gestione domiciliare, perché abbiamo fatto una centrale operativa di gestione Covid. Nel frattempo abbiamo affinato gli strumenti, nel senso che abbiamo iniziato con l'unità di crisi e con la cabina di regia. Poi abbiamo progressivamente creato gli strumenti che ci servivano per rendere più omogenea e più forte la risposta tra territorio e ospedale. Quindi da questo punto di vista abbiamo cercato di fare un luogo dove discutevamo degli aspetti più clinici, scientifici, di gestione dei casi, dall'altro invece abbiamo avviato anche una linea più operativa, più organizzativa, che

è stata prevalentemente tesa alla rimodulazione di tutto l'ospedale e anche alla creazione delle risposte sul territorio”.

Il collegio di direzione interveniva nelle macro-situazioni, ma voglio dire anche che i componenti del collegio di direzione facevano parte della task force.

Le persone che stanno dentro il collegio di direzione fanno anche parte della cabina di regia, in gran parte. Quindi le due dimensioni si sono perfettamente sposate.

Alcuni, come il Direttore di dipartimento, fanno parte sia del collegio di direzione sia dell'unità di crisi. Quindi in realtà è un sistema integrato e le informazioni sono state date in modo veramente diffuso nei diversi livelli, anche attraverso l'utilizzo di questi due organismi. Ad esempio le modifiche strutturali dell'ospedale sono state fatte in unità di crisi, ma anche con il collegio di direzione, perché poi abbiamo dovuto modificare i percorsi, trasformare gli ospedali, modificarli proprio, scegliere con loro quali erano i protocolli che noi dovevamo adottare sia per quanto riguarda l'aspetto clinico che per quanto riguarda l'aspetto organizzativo, in relazione anche alla sicurezza; ci sono alcuni aspetti che bisogna gestire in modo assolutamente integrato.

Il processo decisionale si era spostato, perché... alla struttura decisionale ordinaria si era sovrapposta una catena [decisionale, N.d.A.] sofisticata, però le due strutture erano collegate... avendo creato un'unità di crisi Covid il 27 febbraio.

Negli altri casi l'unità di crisi è un luogo di decisione ristretto: un sottoinsieme del collegio di direzione o un insieme di persone scelte dal DG come quelle più idonee per risolvere l'emergenza. Di conseguenza i meccanismi di decisione emergenti durante la crisi hanno avuto effetti anche sul ruolo del collegio di direzione. Tale organo in questi casi ha assunto maggiormente un ruolo di ratifica, consenso e *sense making* delle decisioni nei confronti delle proprie unità di appartenenza. La velocizzazione richiesta al processo decisionale durante la crisi spesso non ha permesso al DG di coinvolgere tale organo nella sua interezza, piuttosto le decisioni erano prese direttamente con i soggetti posizionati nei punti critici.

[Il collegio di direzione veniva, N.d.A.] solo informato, salvo che non ci fossero chissà quali cose diverse, però sinceramente hanno avallato tutte le decisioni; però quello che guidava, fin dall'inizio, era il percorso assistenziale, non c'era ombra di dubbio.

Io credo che l'elemento importante sia stata la collegialità delle informazioni e in questo senso il collegio di direzione ha avuto un ruolo fondamentale...

Ha compreso l'importanza della velocità ed è stato veicolo d'informazione con tutti; come in effetti dovrebbe fare un collegio di direzione che, nell'ambito del proprio ruolo di coordinamento, all'interno dei dipartimenti, dovrebbe riuscire a tradurre la strategia aziendale e la programmazione agli operatori, a tutti i livelli, perché a volte noi direttori generali siamo un po' lontani da quelli che sono i livelli aziendali.

Il collegio di direzione mi ha aiutato molto a gestire il personale, a fare in modo che le informazioni venissero veicolate correttamente.

Effettivamente il ruolo del collegio di direzione non è più quello di trasmissione delle informazioni... mentre prima io esigevo che fossero il collegio di direzione e i Capi dipartimento a interfacciarsi con i dipartimenti... io adesso ho altri canali quindi si è creata una rete.

Il collegio di direzione ad ogni passo importante veniva sicuramente informato... prendevamo le decisioni con il Direttore di dipartimento che era man mano coinvolto: decidevamo insieme, facevamo delle videoconferenze dedicate esclusivamente agli ospedali e delle videoconferenze dedicate esclusivamente ai distretti, questo per separare le varie linee di attività.

Il collegio di direzione è una stanza di condivisione di decisioni prese, non è un momento di costruzione dei processi decisionali.

Ho coinvolto tutti gli attori del sistema; io presentavo l'idea, bisognava andare in questa direzione e lo dicevo però a tutti i "pezzi" del sistema, quindi alle direzioni ospedaliere, ai direttori di dipartimento, ai direttori di unità complessa, quando erano direttamente interessati, e alle professioni. Ogni decisione veniva circolarizzata per far capire a tutti quale era lo spirito del sistema. L'unità di crisi è diventata una costante e alla fine delle riunioni dell'unità di crisi tutti i pezzi della azienda interessati rimanevano in collegamento per poter ridefinire un'altra settimana di lavoro o per far convergere le motivazioni.

Riguardo all'evoluzione dei meccanismi decisionali nelle aziende sono individuabili tratti comuni che emergono in relazione alle differenti fasi della crisi. Se in una prima fase hanno prevalso spinte per un cambiamento nel ruolo svolto dal collegio di direzione, tale organo ha ripreso progressivamente la sua funzione tradizionale via via che la crisi riduceva la pressione.

Il ruolo del collegio di direzione in talune fasi della crisi si è, per così dire, plasmato e modificato (talvolta affiancando la Direzione Generale nell'assunzione delle decisioni) in risposta alle esigenze sempre nuove e contingenti scaturite.

In questa fase il collegio di direzione ha lavorato di più, è stato coinvolto di più; tutte le decisioni che state prese sono state portate dentro il collegio e sono stati acquisiti i pareri di tutti.

Far sentire i Direttori, i componenti del collegio di direzione non come quelli che subiscono la decisione della Direzione, ma come coloro che condividono la complessità e la necessità di prendere delle decisioni, è stato fondamentale.

"Dove dobbiamo andare e che cosa è cambiato nel nostro sguardo sul futuro". Fu un bellissimo collegio di direzione che coincise con altre disposizioni fatte tra maggio e giugno che si chiamavano fase 2, "Piano aziendale per la fase 2".

Si è partiti con l'unità di crisi, ho avuto il collegio un po' in tensione perché non partecipava alle decisioni. Quindi quando io l'ho fatto rientrare... nella partecipazione alle decisioni, anche se con ruoli distinti, si sono visti integrati in quest'ambito; mi hanno aiutato a coprire questo aspetto comunicativo con gli operatori, in modo bilaterale, nel senso che loro riportavano a me quelle che erano le azioni di maggiore criticità per quanto riguardava la struttura ospedaliera ma anche quella territoriale e sceglievamo insieme come agire. Quindi loro sono stati poi la parte attuativa di alcune informazioni con gli operatori

4.5 Gli orizzonti temporali

Come già sottolineato precedentemente, durante la crisi, soprattutto nelle prime fasi, nella maggioranza delle aziende, l'attenzione è stata prevalentemente focalizzata sui problemi contingenti e sulla loro risoluzione in tempi molto rapidi. La pandemia ha però influenzato i tempi dei processi aziendali anche sotto un altro punto di vista. La necessità di rispondere rapidamente al presente ha molto spesso costretto lo spazio decisionale del DG su un orizzonte temporale di breve periodo, limitando di conseguenza e, in qualche caso perfino negando, la possibilità di immaginare e pianificare il futuro.

Nei giorni in cui la sera tornavo sfinito, con la sensazione che ogni giorno fosse diverso e che ogni giorno successivo sarebbe stato più pesante, io proprio non riuscivo a pensare al futuro. Ce l'ho sempre avuta un po' questa tendenza a svegliarmi la mattina e rilanciare, avere delle idee. Un'azienda come questa si regge anche su molta visione, sulla spinta all'innovazione. In quei due mesi eravamo proprio cotti, il mio cervello era lesso e questa cosa è ritornata anche altre volte.

Non ero più in grado di gestire l'agenda; non nel senso di avere troppi impegni, no, costantemente ogni giorno chiedevo ai miei: "che cosa devo fare oggi?". Anche se loro mi dicevano quali erano gli impegni e io li segnavo... non riuscivo a starci dietro. Mi è successo anche in altri frangenti, come se il cervello fosse totalmente calato sull'oggi, ma non un oggi tarato su 24 ore, bensì sul minuto presente. Futuro zero!

Devo dire che io sono una persona che ogni giorno deve avere un obiettivo e in questa lunga storia, per lunghi periodi, obiettivi non ce ne sono stati. Si dovevano risolvere i problemi quotidiani, ma non è così che si può organizzare un'azienda. L'azienda va costruita sul futuro.

Al contempo ci sono state però altre aziende dove il DG ha trovato lo spazio per scelte proiettate nel futuro. Si tratta di aziende prevalentemente focalizzate sull'erogazione di servizi non collegati all'epidemia (per esempio, servizi per pazienti oncologici, ricerca), che quindi non sono state direttamente investite dalla crisi, ma "l'ingresso" nella crisi è frutto della scelta del DG al fine di cogliere un'opportunità.

Io non vedevo l'ora che ci fosse qualche opportunità per cambiare l'organizzazione "messa in sonno"! Io volevo che il risveglio fosse da principe azzurro e non da ranocchietto, nel senso: adesso che si sveglia sarà bene che non si svegli esattamente come l'abbiamo addormentata, ma che si svegli diversa. Per far sì che questo risveglio avvenga la faccio accompagnare, nel processo di risveglio, dai meccanismi di cambiamento.

Abbiamo attuato una serie di modifiche nell'organizzazione, per noi questo è stato un anno di modifiche importanti; noi alla fine il futuro ce lo siamo costruito, perché siccome al buio non potevamo stare, abbiamo preso l'azienda e l'abbiamo stravolta. Alla fine del 2020 siamo diventati un'altra cosa.

La scelta di cogliere l'opportunità presentata dalla crisi non è stata però priva di resistenze interne. Molto spesso un nuovo, intenzionale posizionamento nella crisi, in vista di vantaggi futuri, ha richiesto al DG di esercitare un ruolo di persuasione nei confronti dei propri professionisti, non sempre disposti, almeno nelle prime fasi, ad accogliere le nuove direttrici di sviluppo proposte. Nonostante questo, il DG, alla fine, è sempre riuscito nell'intento di rappresentare all'interno dell'azienda l'importanza di andare oltre i propri confini tradizionali, affrontando nuove sfide per poter raccogliere le opportunità che la crisi stava ponendo. Le opportunità si sono manifestate in modo diverso.

Per alcune aziende la crisi è stata la leva per la riconfigurazione dei propri servizi in direzione di una messa a disposizione del sistema di nuove risorse a partire da un ampliamento dei servizi precedentemente offerti.

Abbiamo attivato il numero verde regionale che risponde a tutte le richieste di chiarimento, a qualunque necessità relativa al Covid e poi a tutto quello che è arrivato dopo... relativamente alle vaccinazioni, ai tamponi. È gestito da un'équipe mista medici-infermieri che fanno solo quello... noi ci siamo proposti come piattaforma di servizi, con il vantaggio per il cittadino che in qualsiasi ASL lui risieda il tipo di servizio è omogeneo, perché non è limitato dalle difficoltà delle singole ASL. Fornirà un servizio anche al cittadino, lo aiuterà, lo prenderà per mano per attraversare e percorrere le strade organizzative di tutta la medicina di base, le cure primarie, la post-acuzie, perché avremo anche, stiamo cominciando a costruirla, la Centrale operativa di gestione.

In nome del sistema perché anche alla Regione interessava, è chiaro che poi la Regione mi ha inserito nella rete, però se non avessi avuto la forza di trascinarli dietro almeno la maggioranza, certamente non sarei stato in grado di portarmi dietro l'ospedale. Poi io vedevo i vantaggi - diciamo così - culturali prima di tutto e di esperienza clinica che è una novità, perché ce ne facciamo carico, ma anche un'opportunità di sviluppo dell'ospedale. Per esempio, il laboratorio di microbiologia ha avuto uno sviluppo straordinario nel sistema, nel supportare l'applicazione di tutta la diagnostica molecolare avanzata.

Quando ci siamo resi conto che stavano salendo i contatti, abbiamo chiesto di entrare nella rete COROnet, perché prima mandavamo i tamponi allo Spallanzani, al Gemelli, quindi avevamo degli HUB, a cui li mandavamo. Invece poi abbiamo chiesto di diventare noi un HUB e le cose sono cambiate. Quindi quel periodo di sofferenza, in cui la gente si arrabbiava, l'abbiamo superato assumendoci questo onere. Quell'esperienza ci è servita per essere più efficaci nell'organizzazione della risposta vaccinale.

Per altre aziende ancora, il DG ha visto nella crisi l'opportunità per creare una maggiore interdipendenza con il sistema regionale e realizzare, quindi, un migliore posizionamento. Alcune aziende che avevano nella missione la sola linea produttiva legata all'emergenza hanno sviluppato una nuova linea a supporto di tutto il sistema regionale. Ne sono esempi lo sviluppo della gestione a domicilio delle acuzie, la messa a disposizione di altre aziende dei drive-in per i tamponi e l'organizzazione dei laboratori di analisi dei tamponi. Un'altra attività che è stata sviluppata da molte aziende è stata quella di aprire i propri spazi all'attività elettiva delle altre aziende del sistema regionale, soprattutto per quelle strutture che avevano difficoltà a separare gli spazi Covid da quelli non Covid (per esempio perché organizzate in un unico blocco) o che comunque avevano una parte rilevante delle loro unità operative che avrebbero dovuto essere chiuse per mancanza di professionisti.

Io dicevo prima: stiamo fuori, guardiamo che cosa succede. Dopo no, ho provato a cercare di entrare con tutte le forze sia al mio livello, che con la parte clinica; non è la posizione del Direttore Generale che voleva inserirsi, ma era tutto il sistema che richiedeva che tutti fossero partecipi al sistema.

Abbiamo continuato a fare un'attività piuttosto intensa; noi avevamo tre drive-in esterni, quindi avevamo messo in piedi anche un supporto comunitario, perché nella parte dove mi trovo io... facciamo proprio da filtro, quindi svolgiamo una funzione comunitaria, che è una cosa nuova per chi ha questa tradizione di azienda ospedaliera.

Io potevo essere addirittura tagliato fuori dal board della crisi della Regione perché non avevo niente da offrire.... Dovevo fare la mia mission e basta.... Quando abbiamo chiuso le porte dell'ospedale, le persone si sono sentite fuori dall'ospedale e avevano bisogno delle cose a domicilio, ma abbiamo aperto alla rete Covid offrendo i nostri letti di rianimazione no Covid, per svuotare le terapie intensive degli altri. In definitiva ci siamo posti il problema di organizzare un laboratorio di tamponi e abbiamo ospitato un ospedale pubblico che ha chiuso alcune attività elettive nella propria struttura ed è venuto a operare qui... la nostra strategia emergente è stata sia andare appresso al paziente, sia quella di non farsi tagliare fuori dall'essere uno snodo nella rete Covid. Se io fossi stato fuori o avessi accettato di stare fuori e se non avessi fatto queste azioni di ingresso nella rete, avrei perso l'occasione di mettere al centro la mia esperienza, ma anche l'esperienza di un ospedale che rimaneva aperto al 100%.

Direi che queste tre cose non sono divisibili e fanno parte tutte della strategia emergente, più attenzione all'ospedale di sicuro, più patient driven di prima, terzo - ed è una cosa epocale - far entrare qua dentro cose che noi non abbiamo mai fatto... io ho portato la decisione presa e ho deciso di aprire all'ospedale [all'esterno, N.d.A.], ho deciso insieme all'Assessore di aprire il laboratorio di microbiologia, ho deciso di andare a casa dei pazienti. Tutto questo perché in realtà l'ospedale non se li era mai posti questi tipi di problemi. È importante ribadire il fatto che per noi il Covid ha cambiato il nostro inserimento nella rete del Servizio sanitario regionale.

Quello che io ho intravisto come problema e opportunità è stato il seguente... l'ospedale era... molto isolato dal contesto. Era un ospedale poco visibile, un ospedale di spessore, di qualità, di valore ma... molto isolato rispetto al sistema... ho intravisto un'opportunità per noi di entrare... facendo risaltare il suo ruolo. Come? Prima di tutto accreditando subito il nostro laboratorio analisi alla rete COROnet... Accreditare tutta la catena della diagnostica. Questo ci consentiva molti vantaggi, non solo quello di stare in una rete di eccellenza laboratoristica, ma anche di poter fare molto più rapidamente gli esami per i nostri pazienti... la seconda cosa è stata quella di accogliere

senza alcuna difficoltà tutte le attività che venivano necessariamente traslocate da qualunque altro ospedale della rete, perché non riuscivano più a farle. Il tipico esempio è stato avere diverse chirurgie specialistiche di (altri) che erano stati completamente riempiti di attività Covid, le attività chirurgiche specialistiche non avevano più spazio. Le abbiamo accolte noi dedicando loro un reparto dentro le nostre strutture, con le nostre sale, il nostro personale anestesista, il nostro personale infermieristico e i loro chirurghi e i loro pazienti. In sintesi: ci siamo resi indispensabili alla rete.

Sui drive-in noi abbiamo fatto la scelta di aprirne uno con una modalità che nessuno aveva mai realizzato, ma che i cittadini in quella sede preferivano, cioè di venire a piedi a fare il tampone e non in macchina. Questo perché c'era la fermata della metro, perché c'era la fermata degli autobus, perché... era in una posizione centrale e perché avevamo una logistica interna favorevole, avendo un amplissimo spazio interno all'ospedale. Non ce l'avevano chiesto, lo abbiamo chiesto noi, lo abbiamo costruito noi... Ho ritenuto che, di nuovo, in quel modo saremmo diventati ancora più essenziali al sistema.

Abbiamo attivato questo servizio di monitoraggio clinico da un lato, dall'altra parte abbiamo messo - nell'ambito del servizio di emergenza, gestendole con la centrale operativa del 118 - anche alcune USCAR che sono state invece una risposta territoriale non in emergenza, ma che noi abbiamo utilizzato per monitorare tutti i codici Covid a basso impegno clinico (che già alla telefonata perceivamo come tali) che però meritavano comunque una risposta... È stato un successo, perché in questo modo siamo riusciti ad evitare l'ospedalizzazione di alcune migliaia di cittadini, perché comunque mandavamo un'équipe che era in grado di fare una valutazione clinica competente e specialistica.

Nei casi in cui la crisi viene sfruttata come opportunità, alcuni DG intravedono anche la possibilità di migliorare la propria posizione competitiva o configurare un nuovo posizionamento nel sistema. Il ruolo del DG a volte è stato una sorta di acceleratore di una maturazione strategica, al fine di far capire ai propri professionisti l'importanza di sviluppare nuovi servizi. Un esempio è lo sviluppo da parte di un ospedale universitario di servizi per il territorio.

Essendo un'azienda ospedaliera, tutto il sistema informatico del territorio è praticamente a zero... non ho sistemi di monitoraggio. Una cosa sulla quale adesso tutti sono consapevoli è che dovremo sviluppare questa porta di comunicazione e di integrazione con il territorio, ancorché siamo un'azienda ospedaliera universitaria. Su questa cosa adesso c'è una forte consapevolezza della parte clinica e la vedo come una prospettiva di innovazione e di cambiamento; l'ho avvertita in modo molto chiaro durante la ripartenza... Quando dovevamo ripartire e riprendere le persone, riprendere i contatti non eravamo per niente preparati, non lo siamo neanche ora... Questa è una sfida

tra l'altro ineludibile dal punto di vista di quale ruolo possa avere un'azienda ospedaliera, ma è ancora più cogente visto quello che è accaduto, non solo per gli eventi acuti, ma soprattutto per la patologia cronica. Questo ha evidenziato molto bene dove si deve collocare questa azienda nel sistema della rete non solo per quanto riguarda l'emergenza, ma anche per quanto concerne la continuità delle cure.

È l'occasione di avere un'operazione di grande marketing per i pazienti, perché incontreremo pazienti che andavano in Lombardia e non ci vanno più, perché hanno paura; ampliando la nostra capacità ambulatoriale, noi ampliamo la possibilità di avere più pazienti e di penetrare in una difficile competizione, in una città che ha altri grandi ospedali e in cui noi abbiamo avuto sempre un ruolo ben preciso, ma non estremamente competitivo.

Si trasformava un patrimonio pubblico della comunità in una struttura residenziale per anziani perché oggi la sfida chiede di prenderci cura in maniera diversa... di quella popolazione anziana residenziale. Ma il progetto guardava molto più in là... Quando l'Assessore venne a fare il primo sopralluogo in questo ex ospedale in cantiere attivo, io gli dissi: "questa struttura sta prendendo un'altra anima, mi piacerebbe - te lo dico oggi, aprile 2020 - che questa struttura, sperando che questa emergenza Covid termini, possa diventare una sorta di "casa della salute 5.0", una rivoluzione avanzatissima, con moduli di degenza per gli anziani cronici a bassa complessità che potrebbero stare qui e non andare ad occupare le medicine per acuti degli ospedali per acuti di DEA primo livello"... Tutto ciò pensavo con "setting" tra le RSA e la lungodegenza, o con delle modalità un pochino più moderne che sono quelle della gestione di posti letto per cronici leggermente riacutizzati a conduzione tra medici di medicina generale e infermieri.

Tutto il Covid per me è stato utilizzare quell'emergenza per mettere a sistema tutte le opportunità che si erano create attraverso l'uscita dal Piano di rientro.

Io, che sono un territoriale di natura, ho fatto il salto oltre l'ostacolo, "fre-gandomene" dell'affermazione che l'ospedalizzazione domiciliare fosse una balla totale e l'avevo sempre fatto nei miei vent'anni precedenti e ho fatto ospedalizzazione domiciliare, perché i miei pazienti non sapevano dove rivolgersi... abbiamo cominciato a lavorare sulla fidelizzazione dei pazienti attraverso la consegna dei farmaci a domicilio, la telemedicina. Abbiamo scoperto che avevamo dentro una piattaforma non utilizzata di telemedicina e ci siamo messi a utilizzarla. Abbiamo aperto dei call center sia organizzativi sia psicologici per lavorare sulle persone che rimanevano fuori.

Noi adesso siamo diventati un'azienda che non si occupa solo di emergenza, ma che sta attivando il numero unico 116-117 e la centrale di coordinamento

delle reti tempo dipendenti. La Regione Lazio cioè ci ha delegato una serie di funzioni diverse e ulteriori rispetto al nostro core e ci ha fatto diventare un'azienda di servizi alle ASL e alle altre aziende sanitarie.

Nello sfruttare i vantaggi dei nuovi posizionamenti non è sorprendente che le direttrici strategiche che hanno funzionato meglio siano state quelle che mostravano un più solido ancoraggio alle attività *core* dell'azienda, condizione questa che consentiva lo sviluppo di molte e rilevanti sinergie.

Come ho agito con il vaccino? Mi sono preso gli over 80, silenziosamente... Mi sono preso un centinaio di over 80 e ho detto: rappresento uno dei centri formalmente abilitati. Poi improvvisamente ho detto: "allora, se si tratta di trattare i fragili, sono a disposizione". Lì avevo la sensazione che sarebbe arrivato il mio momento ed è arrivato... che vuol dire anche HIV, vuol dire anche immunosoppressione, farmaci biologici. Diciamo che io 4.000 persone che prendono farmaci immunosoppressivi le faccio in 4 settimane. A questo punto l'Assessore mi dice: "beh, allora fai tutti gli oncologici". Diciamo che mentre sul tamponi l'attività era no core non correlabile con la mia, sul vaccino invece ho trovato la ricomposizione.

Come già anticipato, il DG ha fatto fronte alle resistenze interne persuadendo i propri professionisti che, alla fine, hanno compreso l'importanza delle opportunità che avrebbero potuto essere colte.

Mi remavano contro, è stata una delle cose più difficili. Mentre io cercavo di far capire loro che potevano essere bravi quanto volevano, ma più l'ospedale si fosse chiuso più ci sarebbe stata la possibilità che, a cose finite, il nostro valore sarebbe stato uguale a zero, se noi non fossimo stati per nulla utili al sistema.

C'era una componente molto critica che non voleva che entrassero i pazienti Covid in questo ospedale. Io invece ho sostenuto che era tale la pandemia che stava arrivando che probabilmente rimanere fuori, o far finta di essere una clinica privata probabilmente non era un ruolo dell'ospedale che io devo governare con la sua complessità, inserito nella rete di emergenza della città metropolitana; non potevamo far finta che non esistesse la pandemia.

Naturalmente, via via e ogni qualvolta, tra un'ondata e l'altra, che si allenta la pressione della pandemia sulle aziende, aumentano per tutte le opportunità di pensare al futuro, anche per quelle che erano state travolte e non avevano avuto spazi ed energie per pensarci e disegnarlo. In altre parole, la crisi ha innescato per tutte le aziende processi di trasformazione, anche se questi sono stati di natura e intensità diverse.

Ho degli sprazzi, per esempio la prima metà di dicembre 2020 è stato un buon periodo, perché avevo pensato alle priorità del 2021, con l'illusione di consolidare il modello delle centrali distrettuali, di consolidare alcune cose, di sviluppare tutta una serie di innovazioni.

L'unica strada possibile è sfruttare questo come visione di cambiamento; questa sarà la strada per il cambiamento, per mettere su tutto". Ho cominciato a dire: "gestisci mentre cambi".

Mi accorgo che il Covid ci ha costretto a fare delle cose che meritano di essere estese al futuro e alla fase post Covid, quando arriverà... Andavano quindi codificate non più come risposta al Covid, ma come risposta sanitaria alle necessità dei cittadini in una città così complessa come Roma e in una Regione così complessa e articolata come il Lazio... Di alcune di queste esperienze abbiamo cominciato a parlare con la Regione, abbiamo condiviso alcune nostre sensazioni, abbiamo reso le esperienze maturate sul campo dei progetti di più ampio respiro che si potevano applicare a dimensioni più alte, proiettandole verso un domani diverso rispetto alla situazione Covid. Abbiamo scritto i progetti, la Regione ce li ha approvati e questi progetti sono stati tradotti in modifiche dell'organizzazione aziendale e il nostro atto aziendale nuovo recepisce queste articolazioni organizzative che sosterranno e sostengono già questi progetti.

C'è stata un'urgenza nostra nella fase di "tranquillità estiva", di tranquillità relativa, c'è stata l'esigenza nostra di sistematizzare l'esperienza e di proiettarla verso il futuro, di metterla al servizio del futuro; altrimenti l'avremmo persa probabilmente, perché si sarebbe spenta con lo spegnersi del Covid.

Io vedo più questa esperienza della pandemia come l'opportunità di aver lavorato lungo un continuum, perché le tre ondate, se le vogliamo definire così, hanno costituito per tutti noi un continuo ritorno a ripensare l'organizzazione, a ripensare alla risposta più giusta, più appropriata.

L'emergenza in un'azienda come questa è stata una leva fortissima di cambiamento e lo sarà, perché tutto è stato fermo per tantissimo e nulla ha potuto scardinare niente. È evidente che la pandemia è una fortissima leva di scardinamento di tantissime cose, di tantissimi meccanismi. È ovvio che l'emergenza non è la cosa migliore per un'azienda che è abbastanza statica e non è abituata al picco, alla discontinuità, al tempo-spazio ridotto, perché è abituata ad altri meccanismi.

Come sottolineato, per tutte le aziende la crisi è stata un'occasione di innovazione, più o meno intenzionalmente colta e guidata. Le innovazioni possono derivare da disegni già definiti prima della crisi, ma che hanno trovato difficoltà di implementazione. In questi casi la crisi ha permesso di rendere più snello il

processo innovativo e più rapidi i tempi di realizzazione fungendo da acceleratore della realizzazione. La possibilità di attuazione in tempi più rapidi di alcune decisioni è stata anche permessa dal fatto che la crisi riesce a far convergere più rapidamente il consenso degli *stakeholder*. Un esempio, molto diffuso, può essere la telemedicina, un progetto che era stato avviato e organizzato in epoca precedente alla pandemia e che è stato implementato in tempi rapidi riconvertendolo in primo luogo per i pazienti Covid.

In epoca Covid, con la telemedicina è stato possibile fra l'altro limitare gli invii dei pazienti al Pronto Soccorso perché il paziente poteva, nei casi meno gravi, essere curato a distanza e nei casi di necessità essere inviato a consulenze specialistiche tramite il 118 e i medici di medicina generale evitando il ricorso al Pronto Soccorso. Progetti come questo, di natura interaziendale, messi a disposizione da un'azienda che aveva già gli strumenti per svilupparli (per esempio, l'*expertise* nell'utilizzo delle piattaforme digitali) costituiscono importanti cambiamenti sul territorio, in termini di sviluppo della medicina domiciliare, anche per il periodo post-Covid. Tra questi rientrano anche i progetti di specializzazione attuati negli ospedali.

Nel nostro caso alcune cose le avevamo comunque in mente, questa cosa del 116-117, questa cosa del monitoraggio dei posti letto di area critica avevamo comunque in mente di svilupparla, solo che secondo me esistono situazioni in cui hai una sorta di inerzia nel percorrere certe strade e poi, improvvisamente, la realtà te le propone come urgenti e ineluttabili. Quando queste cose sono capitate, abbiamo colto l'attimo, questo sì. Le avevamo già immaginate, però in un futuro... sai quel futuro che hai sempre davanti e che non riesci mai ad acchiappare perché c'è sempre una cosa più urgente da fare? Poi questo cambio di passo in realtà ci ha dato questa spinta che in parte è stata legata, secondo me, a queste idee che già avevamo e, dall'altra parte, è stata legata alla nostra esigenza di sopravvivenza. Noi avevamo bisogno di futuro, per cui abbiamo preso tutto quello che avevamo per darci una prospettiva che andasse oltre la gestione quotidiana del Covid.

È stata sicuramente una necessità di risposta, ma era anche una cosa su cui io stavo lavorando da tanto. C'è stata un'occasione... nel senso che ho colto molto l'occasione, per esempio, per fare scelte che erano in fieri. Nel 2019, nel piano di sviluppo, che abbiamo fatto subito dopo la rivisitazione di alcuni aspetti dell'atto aziendale, c'erano proprio il rilancio e la riqualificazione del territorio. Ora è chiaro che l'occasione è stata quella di poterlo fare in maniera rapida... l'evoluzione di questa epidemia è stata l'occasione per fare con certezza e con consapevolezza alcune trasformazioni, nel senso che, per esempio, aspetti del territorio, che normalmente da queste parti ci mettono un anno a realizzarsi, noi li abbiamo fatti in due giorni. Quindi questo ci ha permesso di prendere decisioni importanti con il massimo del consenso. In situazioni "normali" l'avrei fatto in molto più tempo.

Mi prendo questo professore, il quale inizialmente aveva il compito di coordinare un progetto che avevamo già definito, dovevamo solo svilupparlo, che era di ridefinizione della mission degli ex punti di primo intervento... che nella progettazione aziendale dovevano essere riconfigurati in presidi ambulatoriali del territorio con la missione di governare i fenomeni di riacutizzazione delle cronicità; ovviamente, come io strutturo “questo fanciullo” parte il Covid, quindi gli chiedo assolutamente di riconvertirci sul Covid, gli metto a disposizione gli infermieri delle centrali territoriali che già avevo istituito a metà del 2019, perché stavamo sviluppando un grande progetto sulla presa in carico di continuità assistenziale del paziente cronico, questi infermieri vengono portati in una struttura e costituiscono la centrale di monitoraggio Covid, quindi noi abbiamo 24 ore su 24 il monitoraggio dei pazienti che stavano a domicilio con questi kit di tele-monitoraggio. Qual è il grande apporto che dà questo professionista? I criteri di selezione dei pazienti a cui dare il kit di monitoraggio, atteso che non abbiamo un numero di kit sufficiente per tutti quelli che stavano a casa positivi, e poi i criteri di valutazione per inviare il paziente in Pronto Soccorso... La telemedicina... ha avuto successo e ha prodotto dei risultati importanti in epoca Covid perché c'era il progetto di presa in carico e di continuità assistenziale per i pazienti cronici, perché avevamo già costruito dei rapporti con i medici di medicina generale, perché avevamo già addestrato degli infermieri a relazionarsi da remoto con i pazienti, perché avevamo comunque una piattaforma tecnologica che consentiva di vedere i dati, di poterli analizzare e di poter individuare chi stava male e chi stava bene.

Avevamo iniziato a progettare un ospedale... ora me lo sono fatto finanziare... un ospedale da 500-600 posti letto insomma, quindi un ospedale di medio-piccole dimensioni... Abbiamo cominciato a progettarlo e avevamo già iniziato questo percorso di messa a comun denominatore di tutte queste risorse... Si era già cominciato questo percorso, però era lento, era faticoso, trovava anche scarso motivo di esistere... Questo [la crisi, N.d.A.] è stato un buon acceleratore.

Questa cosa di dare una missione agli ospedali l'avevamo pensata con l'assessore fin da subito, fin da dicembre, perché sono tutti piccoli ospedali generalisti con la pretesa di fare tutto. L'unico problema è chiaramente la grandissima opposizione da parte dei sindaci. Perché... che è un ospedale piccolino, che fa lungo degenza e poco più, è chiaro che la sua missione dovrebbe essere quella, però c'è la pretesa da parte del sindaco, del territorio di fare altro... Quindi dare una nuova missione a questi ospedali e specializzarli era nei piani, ma era proprio difficile perché i sindaci avevano questa aspettativa di avere tutto, perché è chiaro che il sindaco mira ad avere l'ortopedia e il punto nascita dappertutto. Questa cosa è stata guidata, molto guidata devo dire. La risposta è molto guidata. Li abbiamo molto portati a specializzarsi.

La crisi ha anche dato l'opportunità per realizzare un cambiamento strategico da lungo tempo perseguito ovvero il superamento delle resistenze dei professionisti a considerare l'interdisciplinarietà come modalità ordinaria da utilizzare nei processi aziendali; la consapevolezza delle opportunità offerte dal superamento degli steccati professionali anche da parte dei professionisti durante l'emergenza Covid è stata l'occasione che ha permesso ad alcuni DG di formalizzare l'integrazione interdisciplinare in modo tale da assicurarsi il mantenimento dei vantaggi di tale cambiamento anche in una fase post-crisi.

Abbiamo trasformato questa situazione difficile in opportunità: da crisi a opportunità. Queste ultime decisioni, se il management sa interpretare e cogliere le sfumature e incanalarle, diventano un'ottima opportunità... abbiamo rinforzato l'integrazione dei piani interdisciplinari... abbiamo rimodulato l'organizzazione. Anche tutta l'area chirurgica, che era suddivisa per specialità, l'abbiamo fatta per intensità di cura; se ne parla da tanti anni e noi l'abbiamo fatto. Siamo tornati al passato, ma innovando il modello... Io non avevo bisogno della pandemia per capire, però... in questo contesto è stata di grande aiuto per fare un'innovazione organizzativa importante, altrimenti ci sarebbero voluti magari cinque anni, non lo so. Non abbiamo perso gli elementi di positività, ma li abbiamo invece fatti diventare un'ordinarietà; ho fatto i provvedimenti, ho modificato il modello, l'ho condiviso con il collegio di direzione e quindi abbiamo portato a casa un'innovazione organizzativa.

Altre innovazioni sono strettamente collegate alla crisi, nel senso che la crisi ha sostenuto la necessità d'innovazione o creato i presupposti per innovare. Sono esempi in questo senso l'implementazione della telemedicina, i nuovi sistemi di presa in carico della cronicità, le esperienze nate da criticità che la crisi ha posto in essere e a cui le aziende hanno fatto fronte organizzando nuovi servizi che potranno essere sviluppati anche per il futuro una volta finita la pandemia.

Ho cominciato a mettere su questa rete ospedale-territorio gestendo un po' il Covid in telemedicina, introducendo una persona nuova nell'organizzazione, che si è portato dentro un processo facendo un salto, senza più pensare al territorio e a come cambiarlo, stravolto di colpo già con un'organizzazione nuova, completamente differente.

Stiamo mettendo in piedi dei progetti di telemedicina e un'organizzazione più capillare sul territorio. Abbiamo fatto delle équipes itineranti, che sono équipes proattive, addirittura stiamo creando i PUA itineranti per l'integrazione con il sociale. Quindi abbiamo utilizzato e abbiamo messo a disposizione del comune... e dei consorzi sociali, una piattaforma di integrazione socio-sanita-

ria... Quindi stiamo capitalizzando tutto questo trasformandolo in programmazione socio-sanitaria e cercando di mettere a sistema tutto questo, insieme con la realtà dei comuni, cioè dei servizi sociali.

Sicuramente due cose importanti sono state fatte e resteranno patrimonio dell'organizzazione. Una è la distrettualizzazione. Abbiamo distrettualizzato il dipartimento di prevenzione e tutto quello che era legato al contatto diretto con la persona. Quindi si è costruita un'organizzazione distrettuale, che non c'era mai stata prima, con tutte le funzioni anche epidemiologiche e igienico-sanitarie. Il futuro dovrebbe essere mettere al centro la prevenzione primaria. Il centro di un'azienda territoriale è il distretto. Le squadre di infermieri e medici che andranno a domicilio saranno la modalità della presa in carico della cronicità, la modalità proattiva di intervenire sulla persona.

Durante il primo periodo abbiamo lavorato con le farmacie per la distribuzione dei farmaci a domicilio per i pazienti positivi; con la Caritas, per tutte le persone che avevano bisogno, che non si potevano muovere, persone anziane sole per portar loro i generi alimentari a casa; quindi abbiamo una mappatura, oramai abbiamo la mappatura di quelli che sono gli elementi di criticità nel disagio socio-economico, nel disagio sociale, noi possiamo lavorare.

Nel DSM, nelle dipendenze, insieme con i nostri operatori, non abbiamo lasciato un paziente scoperto con le terapie.

Impostammo il contact tracing. Lì ebbi l'idea di sfruttarlo un po' strategicamente, ovvero di classare la popolazione, di costruire la piramide a partire dal vertice delle cronicità per poi scendere giù fino ai non cronici... Feci un software, roba banale, quasi "manufatto", che chiamammo "Info Covid", che metteva dentro tutte le caratteristiche di questi pazienti che cominciavano a diventar tanti...

Pensammo di tenerli tutti a casa... la maggior parte stava a casa, ma soprattutto se ne stavano a casa i contatti di questi positivi... Quindi insieme a questo sistema di rilevazione delle caratteristiche dei pazienti, noi incominciammo a seguirli a domicilio. Misi anche insieme un sistema di chiamate. Avevamo organizzato una chiamata automatica per cui questi signori ricevevano in certi orari del giorno una chiamata automatica che gli chiedeva di premere 1 se stavano bene, 2 se cominciavano a star male e così via, fino ad arrivare allo 0, la comunicazione con l'operatore.

Nella tabella seguente sono sintetizzati i principali risultati presentati nel capitolo riguardo al sistema delle responsabilità e delle decisioni.

Tabella 4.1 – Come i DG hanno cambiato i processi decisionali e lo sguardo sul futuro

<p>Le caratteristiche dei processi decisionali aziendali nella crisi <i>(trasversale a tutte le aziende)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Operativizzazione – Compattamento – Focalizzazione
<p>Le configurazioni del TMT per le decisioni <i>(differenze tra aziende)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – TMT compatto – Suddivisione dei compiti nel TMT – Il DG lascia al DS il timone della produzione
<p>Strutture vecchie e nuove <i>(differenze tra aziende)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Unità di crisi allargate (includono i membri del collegio di direzione) – Unità di crisi ristrette (diverso ruolo del collegio di direzione)
<p>Gli orizzonti temporali <i>(differenze tra aziende)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Crisi come acceleratore di disegni già definiti – Crisi come generatore di opportunità per l'innovazione – Strategia di "sviluppo dei servizi" per aziende e sistema – Strategia di maggior interdipendenza nel sistema

Capitolo 5. Comunicazione e relazioni con gli *stakeholder* interni ed esterni¹

La terza area di attività del DG, che in base al modello utilizzato è rappresentata dalla comunicazione, è stata analizzata in una prospettiva ampia, considerando non solo i contenuti e le forme della comunicazione, ma anche le modalità con le quali i DG hanno costruito, mantenuto e approfondito le relazioni con i diversi *stakeholder*.

Le molteplici relazioni che ogni DG ha sviluppato durante la crisi sono state suddivise in due categorie: le relazioni interne al gruppo, di natura verticale (nelle quali rientrano i rapporti tra aziende e Regione) e orizzontale (tra DG appartenenti al sistema regionale), e quelle esterne al gruppo che fanno riferimento a istituzioni e comunità, da un lato, competitor e operatori, dall'altro.

5.1 La Regione e la comunità dei DG

Il tema delle relazioni interne al gruppo è stato in parte già affrontato nel capitolo precedente. Trattando, infatti, del sistema delle responsabilità e delle decisioni, è stato evidenziato come una maggiore attenzione della Regione sulle aziende abbia conseguentemente modificato i rapporti tra i due livelli. Si riprendono qui brevemente gli aspetti che più caratterizzano le relazioni verticali tra Regione e azienda. Come già osservato, tutti gli intervistati hanno segnalato come dall'inizio della crisi il dialogo con la Regione, e con l'Assessore in particolare, si sia intensificato al punto da divenire una costante di funzionamento. Sebbene l'aumento di attenzione del livello regionale, rispetto ai risultati e alle specifiche azioni delle singole aziende durante la crisi, non sia un fenomeno sorprendente, degne di interesse appaiono le modalità e le conseguenze di questa attenzione.

¹ Il capitolo, pur essendo il risultato del lavoro di tutti gli autori, può essere attribuito a: Anna Romiti per i paragrafi 5.1 e 5.2; Mario Del Vecchio per il paragrafo 5.3; Ilaria Elisa Vannini per il paragrafo 5.4.

Fin dalle primissime fasi della crisi, l'Assessore della Regione ha istituito una videoconferenza quotidiana alla quale erano invitati tutti i DG del Lazio. I soggetti intervistati hanno unanimemente attribuito a tale occasione di incontro il merito di aver svolto non solo un ruolo di importante momento di condivisione tra i DG e la Regione, ma anche di stimolo per relazioni nuove e più intense tra gli stessi DG.

Riguardo al primo aspetto, i DG sottolineano come da parte del livello regionale non sia mai mancato un reale supporto nei diversi momenti critici, supporto che si è rivelato un insostituibile sostegno, anche di carattere morale.

La Regione ha svolto con una determinazione e una forza morale un ruolo straordinario. Ci sono stati momenti anche di grande frizione, di grande complessità, nella comunicazione tra Regione e aziende, perché alcune aziende di tanto in tanto andavano incontro a numeri enormi... ha funzionato molto bene, è stata una sorta di gruppo di supporto e di sostegno... Quel gruppo di lavoro [call quotidiana, N.d.A.] è stato molto tecnico, molto determinato e ci ha consentito di andare ad un ritmo, a un livello di performance eccezionale delle singole aziende.

Un'altra cosa importante che questa Regione ha sviluppato è questa: noi tutti i giorni con l'Assessore avevamo... un coordinamento fra tutte le aziende e la Regione. Anche questo è stato utilissimo proprio per scambiarci esperienze, per scambiarci attuazione dei programmi; diventava un elemento molto importante di raccordo esterno ma [anche, N.d.A.] con l'interno, perché non è che siamo delle isole.

È stato per noi un meeting a cui non si poteva non partecipare, non perché ci sarebbero stati la sanzione o il rimprovero, ma perché era il momento all'interno del quale venivamo messi a conoscenza di quanto stava accadendo attorno a noi, per non rimanere prigionieri della profondissima difficoltà di ogni singola azienda. Quindi è stato un momento per aprire continuamente gli scenari, per costruire una squadra di collaboratori alla pari, per consentire a tutti noi di chiedere o dare aiuti, supporti tra aziende, tra aziende ospedaliere e aziende più piccole, territoriali.

L'intensificazione delle relazioni verticali ha avuto un impatto importante anche sulle relazioni di natura orizzontale ovvero su quelle che legano tra loro le diverse aziende e i rispettivi DG. Ai fini della consapevolezza circa i vantaggi reciproci che avrebbero potuto derivare da un più intenso scambio tra aziende, è stata sicuramente determinante la regia della Regione che, come detto sopra, ha convocato quotidianamente i DG ed è riuscita a innescare un circolo virtuoso per il quale, al progressivo cumularsi delle esperienze, aumentavano gli stimoli alla collaborazione. Tale circolo virtuoso ha comunque trovato terreno fertile in un gruppo di DG che nel tempo è stato capace di consolidare non solo le

relazioni aziendali, ma anche quelle personali di stima, confronto e supporto reciproci.

Il fenomeno che ha sorpreso i DG non è tanto e solo la qualità della relazione fra le aziende e l'intensità della collaborazione, quanto lo spostamento della collaborazione su una dimensione personale. Tutti i DG nelle interviste, anche quando non sollecitati, hanno tenuto a sottolineare l'importanza della coesione e del reciproco supporto durante la crisi. Ancora una volta uno strumento di natura informale ha supportato lo sviluppo del processo relazionale a livello orizzontale, ovvero l'attivazione di una chat tra DG.

Anche tra noi Direttori Generali si è creata una chat; addirittura noi ci diciamo il buongiorno la mattina... E questo cosa vuol dire? Vuol dire che, quando si parla e si dice intercompany, allargamento dei propri confini, questa pandemia ha insegnato molto, e una cosa che ha insegnato è anche a saper fare i complimenti a chi è bravo. Io quando vedo i colleghi che fanno delle cose belle scrivo, anche su questi mezzi, "ragazzi bravi, complimenti", ma è come se fosse un obiettivo mio... ero talmente gasato da questa cosa che mi sembrava opportuna e bella nei confronti di questa squadra, perché poi alla fine siamo soli, noi, nel nostro mondo decisionale. È un cambiamento e io mi auguro che questo cambiamento porti poi a delle conseguenze durature, perché non vorrei che dopo, passata la bufera, si ritorni a un sistema di recinti.

Ci sentiamo tutti e abbiamo modo di parlare tra di noi (DG, N.d.A.) abbiamo una chat... non lo sa neanche l'assessore, siamo gelosissimi di questa cosa. Nella nostra chat comunichiamo tutto, dal "buongiorno" la mattina fino ai nostri problemi, ci sentiamo in continuazione. C'è una grande rete tra i Direttori e questo è servito anche ad abbassare determinate conflittualità. Nei momenti in cui abbiamo avuto bisogno io ho chiesto e sono arrivati i colleghi, quando loro hanno avuto bisogno di tute, gliele ho mandate io, loro mi hanno mandato le mascherine, quando abbiamo avuto bisogno dei tamponi, perché il mio laboratorio è andato in crisi, mi hanno aiutato. Questa è stata la crisi più grave, quando abbiamo perso il tracciamento... I laboratori dei colleghi si prendevano i nostri, ci davano gli esiti al telefono a volte. È stata una bellissima esperienza questa della regione Lazio.

Anche con i miei colleghi ci sentiamo continuamente. C'è un rapporto di grande interfaccia, di integrazione, con... chi mi sta più vicino e che veramente non smetto mai di ringraziare, perché delle cose le facciamo e le decidiamo insieme delle volte, perché abbiamo la possibilità di discutere e così con tutti gli altri colleghi, perché ognuno è stato di supporto agli altri.

E ci siamo scambiati inconsapevolmente - ma poi lo abbiamo riconosciuto e strutturato - delle best practice, perché bisognava che ci interfacciassimo, ovviamente alcuni trovavano delle soluzioni, altri le trovavano in maniera

diversa. È scaturito un percorso di miglioramento spontaneo. Questo poi ha dato luogo anche alla chat dei Direttori, che ormai è mitologica. Oltre alla videoconferenza quotidiana ci sono altri due strumenti di comunicazione informali, la chat istituzionale, dove la regione parla con i Direttori, e la chat nostra dei Direttori generali, in cui naturalmente l'elemento più diretto, interpersonale, soft delle relazioni ha la prevalenza e ci ha aiutato molto a costruire la squadra.

Per fortuna anche in questo ambito mi danno una mano le aziende ospedaliere, con un'azione di solidarietà... mi hanno sempre dato una mano, e me la stanno dando anche in questa fase della vaccinazione... mi danno una grossa mano anche le aziende confinanti... nel fare la vaccinazione.

C'erano giorni in cui eravamo veramente con le lacrime agli occhi, perché non si sapeva quello che sarebbe arrivato il pomeriggio, lì c'è stata anche molta solidarietà tra i Direttori; ci siamo scambiati DPI tra aziende, quando uno stava proprio in ginocchio e l'altro appena un po' meglio. Stavamo tutti al lumicino però ci siamo fatti da sponda gli uni con gli altri.

Per quanto riguarda la rete esterna dei Direttori generali devo dire che siamo un gruppo molto bello, nel senso che ci aiutiamo moltissimo nella realtà ma anche nelle informazioni. Siamo anche un gruppo di Direttori generali paradossalmente molto informale e questo ci aiuta; c'è stata una grande solidarietà tra di noi, anche nel rappresentare quelle che potevano essere le nostre fragilità umane; ci siamo trovati ad affrontare dei periodi abbastanza complessi, perché quando non ti arrivano i ventilatori, quando non ti arrivano i dispositivi di protezione, tu hai questa responsabilità.

Non so se l'hanno detto i miei colleghi, ma nella chat, ad esempio, dei Direttori generali del Lazio, questa preoccupazione per i dipendenti e per i malati ce l'abbiamo avuta tutti molto, ma molto forte. Ci siamo anche scambiati, come dire, i meccanismi di acquisizione... e questi in relazione alla protezione che potevano attuare in questi due ambiti. Abbiamo fatto squadra. Il fare sistema, il fare squadra era quella che fisiologicamente appariva come la scelta necessaria per affrontare un fenomeno di questa portata, di questa dimensione.

All'interno di un gruppo potenzialmente coeso, la crisi ha permesso di rendere più evidenti le interdipendenze e le potenziali sinergie che potrebbero conseguire a un funzionamento dell'insieme delle aziende più vicino a quello che si potrebbe definire un "gruppo pubblico regionale". I DG hanno dimostrato una buona capacità di gestione di tali interconnessioni, avvalendosi di molteplici piattaforme informatiche che hanno, anche attraverso una gestione più informale delle relazioni, velocizzato la comunicazione, garantito la tempestiva condivisione delle informazioni e un reale coinvolgimento degli stessi DG. In sintesi, la

crisi sembra aver sviluppato nei DG un senso di appartenenza a un'unica grande squadra di manager e ciò ha consentito di sfruttare le sinergie tra le aziende.

L'iniziativa dell'assessore [regionale, N.d.A.] non è servita solo a lui verso noi, ma è servita molto a noi... Lui è partito perché aveva la necessità di vederci tutti i giorni e di dirci le cose in faccia ogni giorno, e di controllare direttamente senza circuiti amministrativi e flussi informativi... li ciascuno di noi sapeva esattamente, perché bisognava riferire, che cosa gli altri colleghi avevano fatto nelle 24 ore precedenti; quindi anche il ruolo dei vari ospedali nella rete ospedaliera, il tema della collaborazione tra ospedali e ASL ecc., a mano a mano è diventato un unico discorso.

In fondo era quello che volevamo, nel senso che volevamo fare squadra, volevamo fare sistema; la ricerca di una condivisione quotidiana era quella di essere più un aggregato che delle monadi, come il Lazio non era abbastanza abituato a fare e come invece ha imparato poi a fare nel tempo, cioè costruire grandi alleanze, un gruppo di auto mutuo aiuto. Penso ai dispositivi di protezione individuale che ci scambiavamo estemporaneamente sulla chat di WhatsApp, da un'azienda all'altra, quando rimanevamo senza camici, senza guanti o senza dispositivi. Oppure attraverso forme più strutturate tipo: "devo liberare un'intera ala con pazienti chirurgici, perché devo sistemare i pazienti Covid, venitemi incontro, prendetevi i pazienti, spostate le ambulanze da un Pronto Soccorso a un altro.

Dal punto di vista dello scambio comunicativo, del riconoscimento l'un l'altro, delle difficoltà, delle soluzioni, del desiderio anche di condividere è stata una cosa che oggi mi porta a dire: "c'è davvero il team, la squadra proprio vera, dei Direttori generali".

5.2 I professionisti

La crisi ha fatto maturare in molti DG la consapevolezza dell'importanza di una relazione diretta con i professionisti dell'azienda, soprattutto al fine di rafforzarne senso di appartenenza, motivazione e coesione di gruppo. Il DG ha cercato di far sentire la sua presenza anche nelle situazioni connotate da maggiori criticità, attraverso strumenti e modalità diverse.

Un elemento che può essere considerato trasversale a tutte le aziende è l'intensificarsi del ricorso a strumenti di comunicazione snelli, come per esempio le chat, al fine di velocizzare il trasferimento delle informazioni e costruire una relazione più diretta e informale con i professionisti.

La mattina che sono partite le prime équipe che andavano ai reparti Covid ho mandato a loro un video, che ho registrato la mattina presto, stavo ancora

in macchina, di forte ringraziamento e di in bocca al lupo, cose così e loro mi mandavano i messaggi con le foto dai reparti. Oppure mi dicevano: siamo pronti per partire. Ecco, questa dimensione che oggi è favorita anche dalle chat, da WhatsApp, dalla comunicazione veloce, è diventata una modalità di comunicazione interna per fare quella parte di team building e di motivazione necessaria, ma anche per tastare il polso della situazione.

L'impostazione non è stata organizzativa in senso stretto... ma molto sul modello "il Direttore Generale e il clinico", senza una grande organizzazione. Io ho trovato questa situazione, i clinici qui venivano dal Direttore Generale a portare direttamente il problema della terapia intensiva e ho cercato... di riproporre il modello organizzativo... cioè di lasciare sempre aperta la porta della Direzione generale.

Un altro degli aspetti positivi sono senza dubbio le videoconferenze; ci hanno aiutato tantissimo. Basti pensare che in un sistema così policentrico, in cui si è così distanti gli uni dagli altri, non è facilissimo mettere insieme persone. Abbiamo capito che la telefonata è un conto, ma vedersi in video, come tuttora stiamo facendo, ha un significato molto diverso; anche questo, devo dire, ha aiutato.

Questo gruppo di manager ha avuto la possibilità di non sentirsi più solo; la stessa cosa ovviamente è accaduta in azienda, perché abbiamo utilizzato un po' tutte le strategie di comunicazione interna, finanche quelle più spicciole, quelle mi verrebbe da dire più adolescenziali, i gruppi e le chat sui telefonini attraverso alcuni social conosciutissimi, WhatsApp o cose simili.

Noi... eravamo praticamente vicino al nostro personale che andava ovviamente convinto, sostenuto e motivato.

Lavoravamo soprattutto con i primari, con una comunicazione spesso informale; a mano a mano raccontavamo loro quello che stava succedendo e perché. In questo devo dire è stato molto utile il lavoro della direzione sanitaria e del Direttore Sanitario, perché poi lì c'era questa unità di crisi; a un certo punto lui ha iniziato ad usarla ad assetti variabili, a seconda di quello che serviva; si è molto curato di gestire la relazione con i clinici, quindi di spiegare ai clinici no covid il perché e il percome delle cose che facevamo e delle cose che magari dovevamo cambiare la settimana dopo averle fatte; ci è successo anche questo.

Abbiamo scelto proprio gli strumenti di comunicazione diretta, abbiamo fatto tante chat, ogni gruppo che abbiamo creato aveva una chat particolare; abbiamo utilizzato moltissimo le videochiamate, le videoconferenze; abbiamo messo a disposizione la piattaforma nostra... secondo me avevamo la necessità di tenere la squadra, le persone, di far capire l'importanza di questa

cosa. Poi abbiamo lavorato molto, devo dire, anche con medici competenti, che sono stati bravissimi, abbiamo monitorato sempre, dall'inizio, un po' perché io avevo paura, devo dire la verità; c'è voluto tanto coraggio, però il coraggio è la risposta alla paura... Allora è stata una paura "positiva", incanalata bene. Però questo ci ha consentito, per esempio, di rinforzare il personale.

In quell'occasione l'idea che mi è venuta è che noi avremmo dovuto fare delle comunicazioni che immediatamente arrivassero a tutti e quindi ci siamo inventati, a partire dal 7 marzo, la prima disposizione Coronavirus. Dal punto di vista amministrativo non è nulla, è una lettera come un'altra, però protocollata con la parola "disposizione" faceva un po' pensare "La situazione è seria"... quella che portava il numero 1 del 7 marzo si chiamava: "sospensione dell'attività chirurgica in elezione".

Al fine di rafforzare la motivazione, oltre agli strumenti utilizzati, cambia anche la natura della relazione. Il DG ha percepito nella crisi l'importanza di sviluppare relazioni maggiormente orientate all'empatia, improntate alla disponibilità all'ascolto, alla condivisione delle esperienze vissute dal basso. In alcuni casi ciò ha anche consentito di aprire spazi di manovra per i DG e di sviluppare una nuova cultura aziendale.

Uno dei temi più ricorrenti in questo ambito riferito dai soggetti intervistati è stata l'importanza della comunicazione "con l'esempio" che si è manifestata in vari modi fino ad arrivare alla condivisione da parte del DG di esperienze prevalentemente legate al ruolo dei professionisti. Un esempio in tal senso si è verificato quando il DG si "è vestito" per entrare nei reparti Covid al fine di rassicurare e condividere le stesse paure con il personale. In altre parole il DG durante la crisi ha creato un legame più diretto con i propri professionisti fondato sulla condivisione delle esperienze concrete.

Abbiamo fatto turni di servizio indipendenti dalla nostra qualifica insieme a loro e a fianco a loro, perché noi abbiamo avuto subito all'inizio, il 20 marzo, l'infezione del nostro Direttore... che ha avuto una trasmissione extra lavorativa e si è trovato positivo. Questo ha scatenato il panico... perché era un operatore che lavorava a stretto contatto con loro... Questo ha veramente scatenato il panico e in quei giorni io sono andato... a lavorare con loro, per dimostrare che il luogo comunque era sicuro, che anch'io non avevo difficoltà a stare in quel luogo e a lavorare al loro fianco. Abbiamo veramente lavorato sulla comunicazione su tanti livelli: il livello istituzionale, il livello della formazione, il livello della comunicazione diretta anche via chat, attraverso tutto il sistema dei social e attraverso il nostro lavoro insieme a loro. È una comunicazione non verbale, ma è una comunicazione che tranquillizza.

Sì, andavo io direttamente, perché era un modo molto diretto per manifestare la vicinanza, condividere le preoccupazioni; dicevano: “sa io ho i bambini, ho mia mamma, mio nonno”. Per il fatto di aver messo subito in piedi una sorveglianza attiva sono stato criticato anche dai miei colleghi... aver anticipato già i tamponi a tutti, sistematici, è servito proprio perché ha in qualche modo contenuto, non dico rasserenato, ma insomma tante ansie le abbiamo dipanate... Seguire molto le tre piccole micro équipes, che interessavano proprio i dipartimenti di urgenza ed emergenza... Sì, molto tempo da investire ma penso sia stato proficuo perché, come ripeto, problemi ne abbiamo avuti, ma penso che li abbiamo anche superati proprio con un rapporto di conoscenza.

Nelle due case di riposo non ci voleva entrare nessuno. Io sono entrato e stiamo parlando degli inizi, in cui ti dovevi bardare con le tute, ti dovevi mettere lo scafandro, come dicevo io, quindi la visiera, la mascherina, il copricapo, tutto. Questo faceva paura... Io l'ho provata, so che cosa si è provato, so che cosa ha significato e perché non prenderlo in considerazione? Quindi ho cercato in qualche modo di lavorare insieme con gli altri per rispondere a questa paura, che era legittima, perché è una cosa che non sapevamo, perché non ce lo possiamo dire?

Le persone a volte erano spaventate ma altre volte erano prive di informazioni, quindi bisogna un po' mettersi dall'altra parte, perché non è stato proprio così semplice, dal punto di vista del singolo, capire cosa stava succedendo. Non è stato tempo sprecato quello dedicato a tantissime riunioni, incontri o colloqui individuali. A volte dico: “questo è da qualche giorno che non lo sento, stasera gli mando un messaggio” e questa cosa è rimasta, devo dire, a volte con grande entusiasmo.

Sono andato in giro per quanto ho potuto, ho fatto tante riunioni, soprattutto. Poi abbiamo fatto le discussioni sui casi, come dicevo prima, abbiamo fatto i briefing, abbiamo discusso dei casi, abbiamo discusso delle necessità.

Quando aprì il Covid Center... ci fu una sollevazione degli infermieri... Arrivai un giorno era una folla urlante di infermieri, che mi dicevano “ci volete mandare a morire!”, “siete degli assassini!”... Io avevo già fatto arrivare questo esperto di biocontenimento, allora dissi: “Fai una cosa, vestimi” e lui mi disse “no, tu non lo sai fare” e io gli dissi: “Spiegami”. Presi la più esagitata di queste infermiere, con la quale ora abbiamo un rapporto splendido... Le dissi: “Facciamo una cosa, vestiamoci insieme”, ci misero davanti allo specchio, ci vestirono, ci misero la tuta ed entrammo nel reparto Covid, io e lei... alla fine il messaggio fu quello “se uno come [il DG, N.d.A.], che non è un medico, può farlo, perché non possiamo farlo anche noi?”. Entrammo, siamo stati un'oretta con i pazienti a parlare; c'era anche un nostro

operatore ricoverato lì, mi sono seduto con lui a chiacchierare tranquillamente, ovviamente eravamo perfettamente scudati a quel punto, quindi il rischio era pressoché zero. Passò questo messaggio.

[Il presidio X, N.d.A.] devo dire ha sviluppato una cultura aziendale, sembra quasi strano a dirsi, ma è così, ha sviluppato una cultura di gruppo, una cultura aziendale, che poi era un ospedale di provincia, anche un po' sfaticato di suo, come sempre in queste realtà che non sono di punta.

Sono stato sempre decisamente coinvolto nei passaggi continui decisionali da ciò che accadeva anche a livello di stimolo empatico, cioè abbiamo avuto una serie di eventi che hanno stimolato la percezione più umana che professionale... anche un po' dal punto di vista relazionale e professionale hanno cominciato a capire che con me c'era un canale di relazione che a loro - tutto sommato - interessava intraprendere, perché non l'avevamo mai avuto come metodo. Mi riferisco al parlare e all'ascoltare, l'ho fatto tantissimo, ho passato giornate di 14-16 ore... e ho ascoltato ore, ore e ore di vent'anni di storia delle singole persone... questa cosa però è stata anche una leva di forte relazione professionale, del tipo: "alla fine nessuno mai ci ha ascoltato, tu ci ascolti"... La comunità professionale nel finale è stata quella che mi ha voluto di più Direttore Generale; nel finale è stata quella che più ha appoggiato fortemente questa scelta, perché in tutte queste cose, nello stesso tempo, è venuta fuori la paura di quel sistema. Quando l'emergenza ha cominciato a essere forte e incalzante è venuta fuori una discreta paura del sistema esistente e lì c'è stato un affidarsi, io ho notato questo seriamente a ottobre.

Una delle richieste che io feci... fin dall'inizio della pandemia, fu quella di poter disporre di una struttura alberghiera... per il mio personale che doveva fare turni massacranti e gran parte di questi venivano da Roma; quindi continuare a immaginare che questi continuassero ad andare avanti e indietro tra Roma e casa... era un disastro per ovvie ragioni, per questo riuscii ad avere la possibilità di stipulare una convenzione grazie anche alla protezione civile che arrivò a confermarla un paio di mesi dopo; però intanto io l'ho fatto per garantire ad alcune unità del personale... quelli che lo ritenevano opportuno, di poter andare in albergo pagando una tariffa molto contenuta o addirittura a spese dell'azienda.

Quando X è diventato ospedale Covid, è stato molto difficile; ogni mattina, finché non si è chiusa l'area Covid, io ho telefonato alla Pneumologa, Direttore di struttura che la gestiva, per non farla, in qualche modo, sentire sola; l'ho fatto ogni mattina, tutti i giorni in cui è stata aperta l'area Covid, per farle sentire che capivamo lo sforzo che veniva fatto, anche perché all'inizio i professionisti ospedalieri non volevano... l'area Covid. Avevo anche bisogno di conoscere meglio il territorio e di conoscere meglio gli operatori, che sono tanti sul territorio e di varie professionalità, per far capire loro, che la

squadra c'era e che l'azienda capiva, o meglio che la direzione capiva il loro problema, e credo sia rilevante in un momento di grande stress organizzativo.

Penso che la percezione del clima reale, dei sentimenti, delle paure, ma anche della voglia di mettersi in gioco di questi professionisti abbia avuto un effetto decisivo anche sul mio approccio. Io, per certi versi, sono stato molto più duro nella prima ondata perché lo shock di questa ha generato una sorta di paralisi negli operatori... mi piace parlare più di una mia sensibilità anche intuitiva nelle relazioni con i singoli, a iniziare dal mio autista che era quello che mi raccontava il sentimento di tutti quelli che parlavano con lui, del suo stesso livello e stessa posizione contrattuale dentro l'azienda, che per me era fondamentale. Io ascoltavo tutti, dall'infermiera che stava al triage in un Pronto Soccorso al Direttore del dipartimento di emergenza, con la stessa naturalezza. Questo mi ha consentito di misurare l'energia dei miei interventi; nella seconda fase mi sono accorto che ho dovuto spingere molto, molto meno rispetto alla prima. Infatti ho trovato un gruppo di professionisti che sapeva già cosa fare, dove andare, cosa spegnere e cosa accendere.

Non c'era più, già da aprile-maggio, nessun operatore che potesse dire: "Ho paura, non so bene cosa succede". No, tutti erano motivati, informati, ingaggiati, pur con le diverse specificità, perché anche noi abbiamo avuto qualche operatore che ha avuto comportamenti poco delicati rispetto al tema, però quello che voglio aggiungere è che abbiamo lavorato da sempre sulla qualità delle relazioni, non solo le relazioni sindacali, ma anche le relazioni all'interno delle unità operative diverse di uno stesso ospedale. È un lavoro che io non ho mai smesso di fare... Io non voglio far terapie ai miei collaboratori, ma voglio far capire che la cura delle relazioni è la più potente "medicina" che abbiamo a disposizione per migliorare le grandi organizzazioni di lavoro.

Io ci ho messo molto la faccia e sono andato tantissime volte in giro per l'ospedale, perché ritenevo - questo è il mio stile, poi ognuno ha il suo - che l'essere presente, addirittura (lo dico non simbolicamente) stare in mezzo agli operatori che correvano dei rischi - perché gli operatori avevano paura all'inizio, non c'è dubbio, non solo all'inizio, ma anche dopo - era un elemento fondamentale.

Costruire una rappresentazione condivisa con i professionisti di ciò che stava accadendo è stato considerato un elemento estremamente importante. La condivisione ha promosso un loro più diretto coinvolgimento, con una conseguente maggiore responsabilizzazione del personale e si è rivelata una strategia vincente per far diminuire la paura e dimostrare al contempo il supporto della Direzione generale.

Poi una strategia di comunicazione è stata quella di fare, tutte le settimane, un comunicato agli interni, a volte pure due volte alla settimana e questa cosa continua. Questo ha creato, essendo io considerato un Direttore distante, una vicinanza enorme, perché quando tu sei molto distante e parli un linguaggio comune a tutti la gratitudine è maggiore... Ho fatto delle riunioni plenarie, prima in presenza distanziata, e poi ho fatto qualche riunione generale, ma più che altro facevo sentire che in questi comunicati parlavo dei loro problemi. Secondo me non è il corpo in questo caso che conta, è il contenuto. Loro ritrovavano nel mio comunicato di quella settimana la risposta alla loro paura, perché avevo ascoltato, attraverso i miei informatori, la loro paura. Non l'esposizione del corpo del Direttore Generale che è stata prevalente, è stato un sistematico tentativo di essere rispondente a quello che succedeva. In questo, avere magari un occhio diverso dal Direttore Sanitario, dai dirigenti, un occhio dovuto alla mia esperienza di altre emergenze che ho avuto, ha acuito questa capacità.

Tutti i giovani che abbiamo assunto per il Covid li conosci, chiedi come stanno, cosa fanno; per me è uno sforzo, però è molto positivo. Questo colante continuo anche con la parte dirigenziale lo trovo importante.

La vera operazione della comunicazione interna è stata io farmi carico della paura degli operatori. Questo è lo stile mio quando devo dare sicurezza, io penso che il capo sia quello che maggiormente la può dare, non è un fatto da gestire in modo collettivo. Su questo non c'è sempre un'unità di vedute con i miei Direttore sanitario e amministrativo, che amano la democrazia assoluta. Si fanno riunioni e riunioni. No, ci vuole a un certo punto qualcuno che vada lì e dica: la mascherina significa questo, questi sono i dati di chi è entrato qui dentro, questo è quello che stiamo facendo, ascoltiamo le domande che dovete fare, è una cosa inutile dire le parole no Covid.

Abbiamo parlato sempre con loro e abbiamo cercato anche di parlare molto includendo, per esempio dentro le riunioni, le posizioni organizzative, i coordinatori, cercando di coinvolgere tutta la filiera.

Allora io mi sono reso conto in questo modo un po' informale del fatto che le persone desideravano conoscere, che si sentivano poco informate. Quindi noi abbiamo cominciando a intensificare la newsletter interna, abbiamo fatto ogni tanto dei comunicati "everyone", mandati a tutti, in cui magari raccontavamo degli episodi, ringraziavamo il personale oppure magari incitavamo a non mollare oppure rassicuravamo rispetto ai dispositivi di protezione personale, sul fatto che noi come direzione eravamo attenti, che non avremmo fatto mai mancare i dispositivi al personale, che noi eravamo interessati prima di tutto al personale, che non si ammalasse, che non avesse disagi, perché era questo il modo per poter aiutare i pazienti; quindi tutti questi

aspetti, cercare di motivarli, cercare di dare un supporto dal punto di vista principalmente motivazionale sono stati utili.

Utilizzare moltissimo tutti i social, ma soprattutto le videoconferenze, le piattaforme di comunicazione e le chat, ci hanno aiutato a fare in modo che tutti sapessero le cose immediatamente, per coinvolgere tutti contemporaneamente e quindi a fare le riunioni senza programmazione. Tu non hai idea di quante riunioni facciamo ancora oggi, in cui alle sette della sera viene deciso che ci vediamo alle 21, appena arriviamo a casa. Continuiamo così con questa rapidità, nessuno più “ah, non mi avete avvisato in tempo”, sappiamo che dobbiamo essere disponibili. Ecco abbiamo perso quella formalità con cui approcciavamo alle cose e siamo andati direttamente ad una gestione informale delle relazioni e anche delle responsabilità... noi abbiamo lavorato molto sulla responsabilità... abbiamo tante persone che oggi sono più responsabili, che oggi hanno capito che il loro ruolo incide assolutamente sull'azienda, prima molti si sentivano numeri; questa è stata un'occasione di vicinanza che non dobbiamo perdere.

In una situazione in cui ognuno portava le sue proprie ansie, la direzione non poteva aumentare le ansie del sistema o, al limite, le poteva aumentare parlando direttamente coi Direttori di dipartimento, ma non certo far passare l'idea che stavamo in una catastrofe perché l'organizzazione non avrebbe retto. Quindi le informazioni che venivano date erano: “noi ci comportiamo così per risolvere questo problema, sicuramente si risolverà se noi facciamo queste azioni o quanto meno queste azioni ci serviranno a contenere questo problema in un ambito più limitato”. Poi adesso stiamo lavorando invece sugli operatori cercando di trovare una motivazione, cercando di far comunicare gli operatori, perché gli operatori secondo me hanno bisogno di uscire dal Covid, hanno bisogno di pensare ad altro; quindi stiamo lavorando su tutta la parte programmatica e anche sulla loro centralità nella parte programmatica, perché io credo che loro abbiano bisogno di sentirsi parte di altri progetti. È stato un periodo dove le persone erano spersonalizzate, hanno lavorato tutti in modo abbastanza grigio, adeguandosi all'emergenza, secondo me; adesso loro hanno bisogno di uscire, ecco perché abbiamo fatto questi tavoli di comunità di pratica.

L'emergenza cambia il rapporto con il principale *stakeholder* interno, i professionisti, e insieme diventa l'occasione per generare e realizzare nuove soluzioni organizzative. La relazione più stretta con i professionisti diventa così una occasione per conoscere e approfondire nuovi punti di vista e assicurare una presa diretta dell'azienda rispetto alla cura effettiva dei pazienti, diretti destinatari dell'attività.

Nei momenti di crisi c'è stata una partecipazione clinica, professionale e anche delle componenti tecniche veramente straordinaria, che ha non solo assecondato, ma proprio dato il meglio di sé in termini di proposizione di soluzioni e poi di realizzazione rapidissima. Questa è stata per me una bellissima storia da raccontare dal punto di vista del management, ma soprattutto del coinvolgimento di tutte le componenti strategiche dell'azienda... Io mantenevo questo livello istituzionale, almeno li informavo soprattutto sulla pianificazione dei posti letto; i punti delicati erano i posti letto e le sale operatorie... Significava costruire équipe professionali flessibili, soprattutto nel comparto... Perché ognuno aveva il suo gruppetto, il suo strumentista ancora, purtroppo. Abbiamo trovato la modalità anche per innovare, quindi l'opportunità ha comportato un'innovazione organizzativa, dove si sono creati più gruppi interdisciplinari, soprattutto nella componente infermieristica di sala operatoria. Soprattutto quando abbiamo attivato tre piani di Covid cioè di pazienti a bassa intensità, lì abbiamo fatto convergere la multidisciplinarietà in modo straordinario, sia gli internisti, sia i cardiologi, sia gli pneumologi, sia gli interventisti.

Ho capito il senso definitivo del governo clinico, di che cosa vuol dire coinvolgere dall'inizio, nei percorsi decisionali, le persone che si occupano di clinica e costruire i percorsi decisionali e attuare le decisioni a partire dalle loro esigenze. Però ho avuto anche la fortuna di incontrare alcuni clinici che hanno lavorato sull'essenziale, che hanno preteso che l'essenziale si facesse. Quando questa cosa funziona tu porti a casa un governo clinico che va ben oltre i ruoli formali del comitato, del collegio di direzione, del collegio di indirizzo, di questo e di quell'altro.

Noi eravamo percepiti come delle ottime chirurgie e come un grande centro di oncologia. In questa maniera noi abbiamo cominciato a far vedere quello che siamo. Diciamo che gli operatori hanno sentito che io "vendevo il pesce fuori", quello che loro facevano, ecco, se la possiamo dire così. La comunicazione interna è stata che la mia comunicazione esterna dava dei risultati.

5.3 Istituzioni, stampa e collettività di riferimento

La collaborazione con le istituzioni e le comunità di riferimento a livello territoriale è risultata un fattore rilevante per la gestione delle diverse fasi della crisi. Al naturale, drammatico aumento delle attese in termini di comunicazione e di relazione da parte delle diverse istituzioni, i DG hanno fatto fronte attivando canali diretti e cercando di garantire un facile accesso. Sul piano dei contenuti la comunicazione con le istituzioni è stata caratterizzata dalla necessità di assicurare un coordinamento di natura prevalentemente operativa. Gli strumenti di

comunicazione adottati hanno, anch'essi, rappresentato un'innovazione, caratterizzandosi per essere più informali e diretti rispetto a quelli tradizionalmente utilizzati. L'attivazione, nel momento dell'emergenza, di una chat, da parte della maggioranza dei DG, come modalità informale e insieme collegiale di comunicazione, non solo ha garantito l'indispensabile flusso comunicativo, ma ha anche sostenuto la consapevolezza dei diversi partecipanti di essere tutti soggetti fondamentali nel difficile compito di tutela della salute della popolazione.

La chat tuttora funziona benissimo... Ogni giorno comunichiamo a tutti la situazione dei positivi, dei tamponi, delle vaccinazioni e qualsiasi modifica che ne possa concorrere. È una comunicazione informale, ma formale allo stesso tempo.

La cosa forte forse... è stata la coesione in quella chat, che ha dato talmente tanta tranquillità da ridurre gli attriti anche in termini di colori politici per addivenire a delle soluzioni concordate.

Ogni giorno ricevevo mille telefonate, mille richieste, anche molte proteste, allora ho pensato, ma perché il sindaco ha paura?... [uno dei Comuni, N.d.A.] diventa zona rossa, noi interveniamo, rivolte, la popolazione arrabbiata, era un continuo e allora ho detto: "Attiva una chat"; ho scritto: "Cari sindaci, cari colleghi, buonasera, da questo momento è operativa questa chat. Questa chat serve solo per questioni importanti; man mano che verranno fuori le questioni nella chat io inserirò tutti i responsabili e gli attori principali alla risoluzione". Devo dire che è stata magica, perché c'è stata massima comprensione; anche quando c'è un dubbio non diventa più burocratico, formale, ma diventa qualcosa che viene scritto immediatamente nella chat, come per esempio l'errore di un decesso in più o in meno, oppure i tamponi agli over ottanta, la comunicazione spicciola, qualsiasi cosa, dico qualsiasi cosa; e a volte posso dire anche che i sindaci, qualora avessero avuto dei problemi di altra natura, nella chat scrivevano "possiamo comunicare in privato?" e in privato venivano contattati.

Questa è stata, credo, una modalità collegiale che nel momento dell'emergenza ha dato forza sia a chi ne sapeva di meno sia a chi ne sapeva di più, perché siamo stati elementi indispensabili in un obiettivo comune. Si è creato un bilanciamento verso un obiettivo comune. L'obiettivo comune era la tranquillità della popolazione sana.

[Ho instaurato un rapporto diretto con i sindaci, N.d.A.] e ce l'ho tuttora, perché... adesso... ho preparato tutto il piano della campagna vaccinale, li ho chiamati in videoconferenza e ho illustrato loro tutta la campagna vaccinale. La stessa cosa ho fatto quando abbiamo fatto l'albergo assistito e prima ancora quando abbiamo deciso la riconversione di alcuni reparti. Adesso l'ho utilizzato proprio come metodo comunicativo, cioè li chiamo... Abbiamo

questo strumento rapido, perché? Perché più è diretta la comunicazione, secondo me, in questo momento, più è trasparente; cioè io ho imparato che per evitare distorsioni comunicative, la comunicazione non solo deve dare fiducia... ma deve dare concretezza, deve dare realtà.

Immediatamente, per comunicare subito con i sindaci, ho fatto una chat; mi sono presa i numeri di telefono di tutti i sindaci e ho fatto una chat. Ogni giorno riferivo loro il bollettino e ogni giorno dicevo che cosa stavamo facendo... Ho avuto la possibilità di discutere con loro ogni giorno dei problemi, ma anche la possibilità di dire: "sto prendendo delle decisioni, se qualcuno di voi non è d'accordo me lo dica subito, perché io stasera farò questo". Questo ci è servito come acceleratore del cambiamento...

Particolarmente complessa è risultata la comunicazione con le collettività. Non sempre le informazioni che hanno raggiunto i diversi pubblici interessati sono state quelle corrette. Infatti, le informazioni sulle decisioni assunte e sulle misure adottate per gestire la pandemia nelle sue diverse fasi sono state spesso, anche intenzionalmente, distorte. Sulle campagne vaccinali, poi, la competizione sulla comunicazione tra le diverse fonti è risultata particolarmente accesa. In risposta a questo stato di cose, i DG hanno scelto di accentrare la comunicazione proprio al fine di aumentare la probabilità che i messaggi che raggiungevano l'opinione pubblica fossero quelli corretti. Su questo difficile e confuso terreno, la trasparenza è considerata dagli intervistati un elemento premiante nei rapporti con le comunità e le istituzioni.

Noi subiamo le comunicazioni sbagliate fatte all'esterno dell'azienda, ma forse per incapacità mia, non riusciamo a trasmettere in modo sistematico la nostra comunicazione all'esterno, noi ci proviamo in tutti i modi. Adesso nella fase vaccinale vedremo quanto saremo capaci di informare le persone su quello che ci succede.

Però... abbiamo utilizzato molto i media. I nostri medici sono andati tantissimo in televisione, nelle radio, abbiamo utilizzato i media così e quindi abbiamo veicolato le informazioni e abbiamo fatto la scelta anche di far parlare loro.

È fondamentale però in questo momento arginare tutto quello che era il mondo delle polemiche per favorire una sorta di comunicazione positiva all'esterno. Questo è stato fatto anche facendo a turno delle comunicazioni dirette tra me o i miei, a seconda di chi era disponibile, e dei vari sindaci verso la popolazione, quindi ci sono state delle call in remoto, dei webinar e anche delle conferenze stampa molto pressanti e continue, perché in fondo la gente voleva sapere da noi che cosa stava succedendo... Allora bisognava fare il punto, e il punto noi lo facevamo parlando di cosa andava bene; può

sembrare banale, ma è di grande impatto e anche fortificante per quello che è la sana e fisiologica paura.

C'erano 4-5 persone deputate a svolgere una funzione di comunicazione all'interno dell'azienda però non si riusciva a coordinare un'attività di comunicazione, cioè, bene o male... è accaduto quello che è successo a livello nazionale, poi ognuno poteva dire la sua e questo ha creato sicuramente qualche elemento di confusione.

Durante la pandemia i DG hanno scoperto l'utilità di mantenere relazioni stabili con alcune istituzioni, peraltro ritenute importanti anche per il futuro. L'importanza delle misure di sicurezza, in un momento drammatico per le ricadute economiche e sociali oltreché sanitarie sulla popolazione, ha reso più evidente l'importanza di sviluppare relazioni sul territorio più direttamente connesse agli aspetti della sicurezza. Tra queste ricordiamo in particolare le relazioni con *stakeholder* quali il prefetto e tutte le forze dell'ordine.

Abbiamo veramente parlato con tutti, non solo con il prefetto, con la polizia, con i carabinieri, con la forza pubblica in generale; abbiamo parlato proprio con le persone, con la gente. Abbiamo acquisito una capacità relazionale che è stata in qualche modo portata avanti da quell'unità operativa che era stata fatta per le comunità Rom e Sinti e che ha portato questo spirito di collaborazione e questa capacità di dialogo in tutte queste situazioni. Questo nella prima fase è stato importantissimo, è stata cultura vera dell'azienda. Io già pensavo che questa azienda fosse più capace di altre nel parlare con il disagio, ma è stata veramente brava e questo va assolutamente detto.

Con la Prefettura abbiamo avuto questa comunicazione formale, c'era questo comitato per la sicurezza, poi c'erano i COA, cioè c'erano i comitati comunali di protezione civile, con loro abbiamo lavorato molto soprattutto per allestire tutta la parte esterna al Pronto Soccorso, perché abbiamo utilizzato tutta la parte di pre-triage, la parte di allestimento, di tensostrutture, che abbiamo usato all'inizio per dividere i percorsi, per fare il percorso febbre separato dal percorso no Covid.

Poi c'è il fronte della Prefettura e delle forze dell'ordine perché questo era un altro filone non banale di quella realtà, perché il prefetto aveva il compito poi di attivare con i comuni le varie unità di crisi per affrontare gli aspetti che lo riguardavano direttamente, e diciamo che anche con loro avevamo costruito questo doppio canale, uno era WhatsApp e l'altro era quello dell'incontro in presenza o in videoconferenza. L'unica forza, forse, che non ha partecipato con WhatsApp è stata la Guardia di Finanza; loro hanno detto che non possono assolutamente far parte di questi gruppi, quindi poi venivano informati dal prefetto. Però Arma dei Carabinieri e questura erano parte di questo gruppo integrato con la Prefettura, tra l'altro molto efficace,

perché con loro riuscivamo anche a gestire in modo più efficiente ed efficace tutta l'attività di contact tracing che non era affatto banale.

Nello scenario di crisi così delineatosi, le aziende hanno progressivamente intensificato anche le relazioni con gli altri stakeholder del territorio (tra i quali, Caritas, Curia, centri di accoglienza, istituto penitenziario, protezione civile) che si trovano, nel realizzare fini collettivi, a fronteggiare difficoltà comuni. Le diverse istituzioni, espressione del territorio, hanno così cooperato con la regia delle aziende sanitarie per perseguire interessi comuni: la tutela della salute e la cura delle persone.

Abbiamo avuto un rapporto strettissimo con la Caritas e la Curia, cioè col vescovo... Poi è stato forte anche il rapporto con una fondazione bancaria... Loro per esempio hanno fatto donazioni, abbiamo fatto incontri, abbiamo spiegato che cosa stavamo facendo.

Io ho partecipato a incontri con la Prefettura, ho avuto interlocuzioni con i Municipi, con tante altre istituzioni che erano meno in gioco rispetto a noi, ma che sentivano il bisogno di poter anche loro dare delle informazioni ai cittadini.

Nel nostro caso vennero evitate molte rivolte e molte sommosse perché con il Direttore dell'istituto penitenziario andai io insieme ai miei esperti a parlare direttamente con i referenti responsabili delle varie sezioni carcerarie, spiegando: A) che cosa stava succedendo; B) l'entità di comunicazione; loro ascoltavano la televisione, ricordate c'è stato un momento che sembrava stesse venendo la fine del mondo, e se uno questo lo trasla all'interno di un istituto penitenziario, dove ci sono poche notizie e quelle poche notizie sono veicolate da organi di stampa...

La protezione civile in qualche modo doveva essere stimolata a fare qualunque cosa; una delle richieste che io feci, e che in parte riuscii anche ad ottenere, fin dall'inizio della pandemia, fu quella di poter disporre di una struttura alberghiera... per il mio personale che doveva fare turni massacranti e gran parte di questi venivano da [fuori, N.d.A.].

Abbiamo avuto problemi relevantissimi dentro i centri di accoglienza perché era difficile farsi capire, abbiamo avuto bisogno sia nei palazzi occupati, che nei centri di accoglienza, di lavorare con le grandi associazioni tipo Medici Senza Frontiere, più altre grandi associazioni che ci hanno aiutato nello specifico con la mediazione culturale.

Come intuibile, si rileva una differenziazione nell'esperienza delle diverse aziende in relazione alla numerosità dei sindaci da gestire come interlocutori. In questo senso, il ruolo del DG nella gestione delle istituzioni locali è stato per le

aziende periferiche molto più complesso e ha richiesto un maggiore impegno rispetto a quello delle aziende dell'area della capitale. In alcuni casi, il presidio delle relazioni con le istituzioni è stato considerato talmente importante nella gestione della crisi da ritenere che fosse necessario un presidio in prima persona su tale aspetto, in questi casi ciò ha avuto ripercussioni anche sulla ripartizione dei ruoli all'interno del TMT.

[È, N.d.A.] un'azienda che copre un territorio di [tanti, N.d.A.] comuni, con problemi istituzionali rilevanti nei rapporti con le entità locali e che non ha un prefetto proprio; questa è un'altra delle criticità di queste tipologie di aziende che sono orbitali e orbitanti rispetto ai grandi centri metropolitani, perché il prefetto è quello di Roma, con tutte le difficoltà di comunicazione, con la Prefettura che ovviamente è più attratta dal grande centro e solo parzialmente interessata alle periferie.

Coloro che hanno più peso, cioè il sindaco, che detiene la CTSS, e il prefetto, perché le misure di sicurezza in questo momento sono importanti almeno quanto una CTSS, se non di più, li ho seguiti personalmente e direttamente.

Il rapporto con i sindaci era prevalentemente gestito da me insieme al presidente della provincia e al sindaco... che è anche il presidente della conferenza dei sindaci, quindi con loro c'era un rapporto continuativo, quotidiano di passaggio di dati; diciamo che la modalità di confronto era prevalentemente basata... su WhatsApp, si diffondevano le informazioni, dopodiché, se le informazioni diventavano critiche o si presentavano delle situazioni che dovevano essere discusse, allora a quel punto ci si incontrava.

Credo che da questo punto di vista ci sia stata un'attenzione altissima a tutti i cosiddetti stakeholder, l'ho avvertita come una necessità, in primo luogo di trasparenza e di informazione per metterli in condizione di sapere, ma anche per prevenire ed evitare quello che spesso succede, che tutti alzano il ditino e criticano come se tu stessi facendo qualcosa che li danneggia. Il mio obiettivo era far capire a tutti che dovevamo stare dalla stessa parte e non tenere segreta nessuna decisione.

L'esposizione mediatica delle aziende durante la pandemia ha assunto a volte aspetti difficilmente gestibili. La relazione con la stampa è stata probabilmente quella più diffusamente avvertita come una criticità rilevante. Per non incorrere in elaborazioni che distorcessero le informazioni durante tutte le fasi della crisi, l'attenzione alla trasparenza è stata considerata un elemento imprescindibile da promuovere e monitorare con continuità.

Abbiamo visto che la parte mediatica è una parte veramente molto pesante, che noi dobbiamo affrontare quotidianamente, ma a livello nazionale, non a livello locale. Quindi magari abbiamo... il presidente... che ci difende nei

telegiornali. Io non credo che dobbiamo essere difesi, per l'amor del cielo, però che debba essere riconosciuto che il lavoro che facciamo è un lavoro molto complicato, quello sì.

Probabilmente, anche per mia incapacità, non abbiamo la stessa risonanza mediatica di quello che si dice all'esterno e noi subiamo la comunicazione che viene dall'esterno dell'organizzazione, più che darla o riuscire a modificarla.

È un lavoro molto impegnativo perché devo dire che quasi tutte le mattine – compreso oggi – la mia giornata inizia con il problema del giorno che viene buttato in prima pagina sui giornali; magari fai 100.000 cose giuste, ma se c'è una cosa che crea un equivoco (e potrei fare 1.000 esempi) esce quella. Purtroppo abbiamo un'esposizione mediatica molto pesante che cerchiamo di gestire.

Alcuni DG sono riusciti a gestire questa relazione senza particolari problemi anche durante la crisi, avvalendosi di un processo di comunicazione già costruito e strutturato; altri, invece, hanno riscontrato maggiori difficoltà, dovendo organizzare tale processo senza la collaborazione di uffici di comunicazione preesistenti.

La [azienda X, N.d.A.] comunica meglio della [azienda Y, N.d.A.], perché probabilmente ha trovato, ha modificato, ha organizzato risorse comunicative diverse da noi, io sono più pragmatico, più silenzioso, un lavoratore a testa bassa e probabilmente questo è un fattore negativo per quanto riguarda la comunicazione aziendale.

Perché nella provincia c'è un controllo sociale strettissimo, perché la funzione di accountability, cioè di rendicontazione, di trasparenza di tutto quello che fai, è importante, perché anche il lockdown in parte ha in qualche modo esasperato questa ricerca di notizie attraverso il web, ma poi abbiamo tantissima stampa locale, come tutte le province, dove a parte la pandemia, l'azienda sanitaria è l'impresa più grossa, è l'ente più grosso, sta tutto lì, cioè se esco dalla stanza lo sanno dopo due secondi. Quindi tanto vale come scelta che noi rappresentiamo quello che dobbiamo in qualche modo veicolare e fare in modo anche che non ci sia discordanza tra quello che succede. Anche le notizie più difficili le abbiamo sempre evidenziate... perché abbiamo capito che tutte le volte in cui non eravamo trasparenti c'erano elaborazioni distorsive delle informazioni.

Il nostro ufficio stampa ogni tanto mi dà i dati. Noi abbiamo moltiplicato probabilmente per 10 il numero dei comunicati, le risposte a richieste di informazioni. Siamo presenti su 5 piattaforme social come azienda, abbiamo pure anche preso un premio quest'anno come PA social.

Non riuscivamo a coordinare la comunicazione... nel senso che l'azienda... era molto fragile prima dell'evento Covid sul piano della comunicazione, di fatto una sola persona si occupava della gestione dei rapporti con la stampa; poi, dal mese di maggio in avanti, prima è andato in malattia e poi è andato in pensione... tutti i giornali mi chiamavano quotidianamente; quindi io gestivo la comunicazione direttamente con i giornali; avevamo organizzato un comunicato quotidiano che usciva aggiornando i numeri, dando le informazioni maggiormente significative anche riguardanti alcuni aspetti dell'organizzazione delle attività e riuscivamo a coordinare qualche attività di comunicazione con il sindaco... e con il presidente della provincia....

In particolare, nelle aziende sprovviste di un ufficio comunicazione è stata rilevata una forte criticità nello stretto e diretto collegamento della parte clinica e sanitaria con i media. In queste aziende, il rapporto con la stampa durante le diverse fasi della crisi ha presentato una chiara evoluzione: da una fase iniziale di criticità in cui i professionisti hanno comunicato direttamente con la stampa senza raccordo con la direzione, all'accentramento del processo di comunicazione da parte del DG.

Diverse testate nazionali hanno Direttori che sono [originariamente residenti sul territorio di questa azienda, N.d.A.] quindi c'è molto collegamento anche nella stampa nazionale e nelle televisioni nazionali ed è un uso – su qualsiasi cosa avvenga – essere molto alla ribalta nazionale. La parte di comunicazione è molto sul pezzo e molto addosso all'ASL. Quando sono diventato DG, l'addetto stampa è andato in pensione e non ne ho più presi. Adesso sono in una fase in cui la sto gestendo direttamente, ma dovrò fare qualcosa, perché avevo bisogno innanzitutto di limitare il rumore di fondo... Per fortuna il rapporto coi clinici ha fatto sì che non parlino più con la stampa, adesso la stampa riconosce una fonte unica, adesso è l'ora di prendere qualcuno che se ne occupi e io potrò in qualche maniera gestirla. È stato proprio un processo sul quale ho dovuto lavorare fortemente, perché era veramente ingestibile la continua fuga di notizie, di foto, di tutto e di più. Da due-tre mesi riesco a vivere, perché sia per la stampa, sia per le istituzioni, sia per tutta la parte aziendale c'è un unico riferimento, per cui non stanno più accadendo quelle cose che ho subito a tempesta.

Nel contesto della crisi, le aziende sanitarie non si sono limitate a fornire risposte solo sul terreno dei servizi, ma hanno anche assunto una funzione di perno per tutto il sistema delle istituzioni pubbliche.

La "mia" pandemia... è stata influenzata moltissimo dal costume e quindi da ciò che si riesce a fare d'intesa con il coordinamento istituzionale-locale. Per me... è stato drammatico il carnevale, è dovuto intervenire il prefetto a vietare qualsiasi forma di festeggiamento anche nelle case. Qui è molto radicato

come tradizione e anche i sindaci hanno fatto fatica a tenere, hanno bisogno sempre comunque che la ASL intervenga in maniera forte per assumere una decisione che altrimenti non assumerebbero.

L'altro aspetto, che è molto importante, è quello con i sindaci e con il territorio. È stato faticosissimo... Noi a un certo punto abbiamo deciso che dovevamo essere un punto di sicurezza per i cittadini. Anche se avevamo paura, non l'abbiamo mai potuta mostrare, siamo stati molto fermi, ecco perché abbiamo potenziato molto i team sul territorio, per rispondere ai sindaci e anche agli organi di sicurezza (il prefetto, i carabinieri, la finanza, i vigili del fuoco), facevamo delle riunioni con il gruppo di ordine e sicurezza, c'era anche l'esercito; ma poi alla fine la cosa, che dovevamo fare, era dare informazioni, perché poi la gestione clinica e anche di prevenzione l'abbiamo fatta noi.

Anche in questo caso, l'utilizzo degli strumenti di comunicazione digitale è risultato particolarmente efficace, non solo per la rapidità delle informazioni, ma soprattutto per l'insieme della gestione dei rapporti con gli stakeholder.

Per il resto della comunicazione ordinaria ho... fatto una app con i sindaci, di cui ho io la guida con i miei tecnici, però faccio le comunicazioni costanti ogni giorno su tutto solo attraverso una virtualità. Ho più telefonate nel rapporto personale e una app in cui metto tutte le comunicazioni, io sono due mesi che sento solo praticamente 2-3 sindaci, perché tutto quello che c'è di ordinario passa attraverso un canale virtuale. Loro sono contentissimi, si sentono coccolatissimi, sono felici e abbiamo un ottimo rapporto virtuale.

Come è stato fatto da me nel mese di marzo, quando ho costituito una chat di collegamento con tutti i sindaci del territorio; questa è stata benefica, perché ci ha salvato da molte situazioni, ma fondamentalmente avendo dato loro la disponibilità h24 di tutta l'azienda, o quantomeno delle figure determinanti, è evidente che questo ha tranquillizzato il sistema.

5.4 Competitor e cooperatori

Nell'ambito delle relazioni esterne all'azienda, sono stati approfonditi anche i rapporti con i medici di medicina generale (MMG), da un lato, e con il privato accreditato, dall'altro. È emerso che nella percezione dei DG i primi abbiano, nella situazione emergenziale, offerto un supporto al di sotto delle aspettative, mentre il privato accreditato è riuscito a collaborare fattivamente con le aziende sanitarie.

Nonostante l'importanza che i DG assegnano al rapporto con i MMG, la qualità delle relazioni ha mostrato criticità non trascurabili. Il loro coinvolgimento, anche nella fase della vaccinazione, è risultato estremamente complesso:

sia come soggetti passivi (adesione alla campagna vaccinale per sé stessi) che come soggetti attivi (somministrazione del vaccino alla popolazione).

I medici di medicina generale sono una categoria spinosissima, dove ho avuto grandissime difficoltà. Io penso che, se il Covid ci deve insegnare qualcosa, si debba riportare la medicina generale dentro l'albero del Sistema Sanitario Nazionale; questo fatto della convenzione non funziona. Abbiamo avuto grandi difficoltà a tenerli in rete, con loro facciamo una videoconferenza al giorno... e li abbiamo sottoposti... a formazione obbligatoria online.

Li teniamo insieme con grande difficoltà, perché pongono tanti problemi, perché non si amalgamano - non so quale termine usare - non sono omogenei alla struttura. È un corpo estraneo ed è una grande criticità, ma è un peccato, perché hanno poi una forza di fuoco tremenda.

[Il rapporto con i MMG, N.d.A.] è stato l'elemento più difficile dal punto di vista territoriale, Il Ministero della salute ha ridato al medico di medicina generale un ruolo, che fu molto richiesto, nella prima parte pandemica... quando però glielo hanno dato, i MMG ci hanno creato un po' di complicazioni. Sono stati una complicazione pazzesca, perché non volevano gestire i certificati, quindi c'è stata la parte burocratica del certificato da dover gestire...

Gli stessi medici di medicina generale, con questo accordo che hanno fatto sulla vaccinazione, hanno finalmente ceduto; se vaccinano devono riportarlo sull'anagrafe vaccinale, perché è illegale non farlo. Sono cose che loro non hanno mai fatto, non hanno mai accettato.

Un ruolo importante, nella relazione con i MMG, è stato svolto dalla Regione Lazio, soprattutto nella difficile partita del loro impegno diretto nella vaccinazione della popolazione.

La regione Lazio è stata molto brava, ha fatto un accordo prima di quello nazionale. Sono pagati, prendono una quota, poi abbiamo mandato una serie di lettere; ora in questo momento abbiamo ancora 31 non aderenti dei 355, quindi il 10% non è aderente. Stiamo continuando a mandare lettere di sollecito e, via via, c'è un lento stillicidio di uno, due al giorno che aderiscono. Speriamo che alla fine saranno tutti aderenti.

Nella relazione con il privato accreditato, invece, ha prevalso la cooperazione. Alcuni DG hanno colto fin da subito l'importanza del ruolo che il settore avrebbe potuto giocare nella risposta ai bisogni. In questa prospettiva alcuni DG hanno assunto il ruolo di veri e propri attivatori di risorse utilizzabili sia per sostenere logisticamente attività aziendali che non riuscivano più a trovare

spazi adeguati (espansione dei reparti Covid) sia per integrare l'offerta dei servizi aziendali direttamente impegnati nella pandemia.

Da noi si fecero due operazioni importanti, una fu quella di avviare immediatamente un confronto con una struttura privata accreditata... la quale insiste sul territorio della provincia... per valutare l'opportunità di trasferire su quella struttura tutta una serie di attività chirurgiche, ovviamente in urgenza... E su quello in qualche modo abbiamo fatto un po' da apripista, nel senso che siamo stati i primi in Regione a stipulare un accordo con la struttura privata per poter trasferire questa attività.

Ne parlo anche in termini di consapevolezza di rapporto tra pubblico e privato accreditato: non era mai successo che il privato accreditato fosse così ingaggiato e responsabilizzato. Questo è un sistema dove il privato accreditato ha sempre ragionato in questi termini: datemi il budget e poi faccio quello che ritengo giusto. La funzione di committenza è stata forte, sia nel coinvolgerli sui posti letto Covid, sia nel coinvolgerli sull'esecuzione dei tamponi e dei test, nel coinvolgerli come SPOKE dei siti vaccinali ecc. Secondo me questo ha rafforzato il sistema e anche i privati-privati non accreditati escono da una mera logica imprenditoriale nel recuperare quello che hanno perso, perché comunque è un periodo difficile per tutti.

Per la chirurgia ad alta complessità, invece, abbiamo utilizzato lo strumento regionale del convenzionamento con case di cura accreditate e private... I medici chirurghi sono andati a fare tutti gli interventi di elezione lì... Abbiamo concentrato nell'ospedale... tutta la parte invece di produzione legata al Covid e all'emergenza, salvaguardando la dialisi e l'oncologia, cioè la parte diciamo più protetta. Ecco, abbiamo lavorato sull'integrazione e questa è una cosa su cui non si può più tornare indietro. In realtà, quello che volevamo fare in tre anni l'abbiamo fatto in tre mesi, in quattro mesi, e da questo punto di vista [il presidio, N.d.A.] continuerà a essere utilizzato come centro di produzione ad alta produttività. Quando finirà il Covid, spero, potremo riconvertire l'ospedale, ma a quel punto qualificheremo, oramai abbiamo chiaro come dovremmo caratterizzarlo.

C'è molto privato accreditato, che dà una mano nella rete accreditata, anche abbastanza importante. Questi sono i filoni sui quali dovrò lavorare e che comunque ho seminato un po' anche in questa collaborazione Covid, la quale ci ha aiutato a costruire delle reti, che poi dobbiamo sistemare anche sull'attività ordinaria.

La collaborazione con il settore privato non è stata comunque a senso unico: in alcuni casi sono state le aziende pubbliche a intervenire per supportare organizzazioni private come le RSA che erano state messe in crisi dalla pandemia e non avevano risorse sufficienti per affrontare i problemi.

Quando a fine marzo-aprile 2020 sono cominciati i grandi focolai nelle RSA private accreditate... noi abbiamo prima veicolato tutti gli operatori del dipartimento di prevenzione, tecnici della prevenzione, igienisti, infermieri, esperti di prevenzione ma anche di organizzazione sanitaria ospedaliera per andare a monitorare, a fare loro anche prescrizioni severe. A un certo punto però ho capito che non saremmo riusciti ad arginare questa ondata e cosa ha fatto l'azienda? Io lancio solo una proposta all'unità di crisi allargata e dico: io vorrei riattivare uno degli ex ospedali di prossimità che abbiamo chiuso due anni fa e vorrei aprire una RSA Covid pubblica a gestione nostra. Prendiamo questi anziani, trasferiamoli in casa nostra, assistiamoli diversamente e accettiamo la sfida... dopo 18 giorni di lavoro incessante noi abbiamo aperto i primi due moduli di RSA Covid pubblici... e abbiamo trasferito qualche centinaio di anziani dalle strutture private accreditate portandoli in casa nostra.

Nella casa di riposo dove inizialmente c'erano 72 anziani ne trovammo solo 67 perché gli altri erano già morti. Questi non si erano minimamente premurati neanche di comunicarcelo; erano tutti positivi... La prima sera restammo lì tutta la notte, portando i nostri infermieri, perché tutti quelli che avrebbero dovuto assistere questi poveri vecchietti scapparono, il proprietario, gli infermieri, quindi non c'era più nessuno. Portammo i viveri perché non avevano mangiato, le coperte. Una situazione drammatica.

Tabella 5.1 – Caratteristiche, contenuti, strumenti e finalità delle relazioni con i diversi *stakeholder*

Regione	<ul style="list-style-type: none"> - Intensificazione delle relazioni e della condivisione - Ruolo di catalizzatore per la formazione della squadra di DG - Supporto ai DG nei diversi momenti critici, sostegno anche morale
Comunità dei DG	<ul style="list-style-type: none"> - Relazioni frequenti sia professionali che personali - Senso di appartenenza a un'unica grande "squadra"
Professionisti	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento comunicazione <i>one to one</i> - Comunicazione tra vertici e comunità dei professionisti diretta e non più mediata - Intensificazione del dialogo diretto al fine di: raccogliere le informazioni; orientare e motivare il personale; sostenere, stimolare l'impegno e la collaborazione; generare un grado di consenso sulle scelte
Istituzioni del territorio e collettività di riferimento	<p><i>Sindaco</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicazione diretta con i sindaci in vista di un obiettivo comune: la tutela della salute dei cittadini - Attivazione di una chat come modalità informale e insieme collegiale di comunicazione. <p><i>Comunità di riferimento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Criticità nella trasmissione di informazioni corrette sulle decisioni assunte nonché sugli strumenti adottati per gestire la pandemia - Accentramento della comunicazione per una definizione puntuale dei contenuti del messaggio, ponendo la trasparenza alla base dello stesso <p><i>Prefettura e forze dell'ordine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensificazione e sviluppo di relazioni più strette con questi <i>stakeholder</i> a fronte dell'importanza delle misure di sicurezza, in un momento drammatico per le ricadute economiche e sociali oltreché sanitarie sulla popolazione <p><i>Altre istituzioni territoriali</i> (Caritas, Curia, centri di accoglienza, istituti penitenziari)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensificazione e ampliamento degli ambiti di relazione <p><i>Organi di stampa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Criticità delle relazioni in assenza di un processo di comunicazione già costruito e strutturato in azienda
Competitor e cooperatori	<p><i>MMG</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Relazioni a più riprese critiche - Ruolo del livello regionale per stimolare l'impegno nella gestione della crisi <p><i>Privato accreditato</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruolo dei DG di attivatori di risorse per rispondere ai bisogni emergenti direttamente correlati alla diffusione del virus e alla messa a disposizione di spazi per proseguire le attività aziendali ordinarie sospese - Ruolo dei DG di promotori di reti a supporto della gestione dell'emergenza dettata dallo stato di crisi e, insieme, a sostegno di strategie condivise per il futuro - Relazione non a senso unico

Capitolo 6. Le lezioni apprese dal DG¹

La quarta dimensione di analisi del ruolo svolto dal DG durante una crisi, identificata dal *framework* utilizzato come le “Lezioni apprese e il ritorno alla normalità”, si focalizza sulle caratteristiche assunte dai progressivi tentativi di ritorno alla normalità nel sistema manageriale e sulle percezioni dei DG circa le lezioni apprese durante la pandemia e le prospettive che potrebbero aprirsi per le aziende.

Non ci sono dubbi sul fatto che la crisi abbia lasciato ai DG del Lazio nuove prospettive alle quali poter guardare sia in termini di esercizio del proprio ruolo sia in termini di riconfigurazione aziendale. Ai fini dell’analisi abbiamo ricondotto un ampio insieme di considerazioni alle seguenti aree:

- ruolo e stile di direzione del DG;
- un’azienda orientata al cambiamento;
- prospettive per le linee produttive aziendali;
- un ritmo per le aziende.

6.1 Un nuovo ruolo e un nuovo stile di direzione del DG

L’esperienza vissuta durante la crisi ha avuto un impatto rilevante anche in termini di modalità di esercizio del ruolo del DG. Nella riflessione, gli intervistati hanno, in genere, fatto emergere la necessità di arricchire il proprio ruolo con alcuni tratti non sempre sufficientemente considerati. Tra gli aspetti richiamati più spesso è stata sottolineata l’importanza di una maggiore attenzione alla condivisione delle decisioni e, conseguentemente, la costruzione di una squadra di comando più ampia. In questa prospettiva diventa importante qualificare in termini partecipativi l’esercizio della leadership. In particolare, una maggiore predisposizione all’ascolto dei propri collaboratori, la maggior presenza nei nodi critici aziendali e l’accorciamento delle distanze tra DG e professionisti sono

1 Il capitolo, pur essendo il risultato del lavoro di tutti gli autori, può essere attribuito ad Anna Romiti per i paragrafi 6.1 e 6.3; Mario Del Vecchio per i paragrafi 6.2 e 6.4.

tutti elementi emersi come indispensabili durante una crisi, ma possono rappresentare dimensioni da recuperare anche in situazioni di normalità. Inoltre una maggiore capacità di mettersi in discussione imparando ad ammettere i propri errori e apprendere da essi sono fattori più volte emersi nelle interviste. Per esprimere questi concetti è stata usata la locuzione “umanizzazione del management”, intesa come la capacità di un manager di essere più vicino ai propri collaboratori in termini di condivisione delle scelte, di ascolto e di presenza.

Una situazione di tensione come quella che abbiamo vissuto insegna tantissimo.

Due cose sicuramente le ho chiare: la sofferenza condivisa ha una potenza straordinaria nell'amplificare la capacità di realizzare i cambiamenti... i manager arrivano in un posto e si accorgono che c'è qualcosa (o molto) che non va e provano a cambiarlo. Ho imparato a essere un po' più prudente, più paziente... il manager può correre il rischio... di sentirsi un po' troppo vicino agli dei e di poter decidere lui mentre gli altri devono eseguire. Se poi le cose non vanno, la responsabilità è degli altri... ho imparato a sentirmi più fragile, a sentirmi più vulnerabile, a sentirmi anche più capace di fare errori, perché se li faccio con una squadra e la squadra è con me, sono sicuro di essere aiutato... vorrei portare con me questa umanizzazione del management, perché sì, umanizziamo le cure, ma anche noi dobbiamo imparare a essere un po' più capaci di accettarci quando commettiamo errori. La cosa più bella è poter commettere errori insieme ai propri collaboratori.

Ho imparato a essere umile, ad abbozzare, a guardare gli altri e ad apprendere, ho imparato a essere più collegiale di quello che magari pensavo di essere; quindi in questo c'è stata per me una crescita e ho vissuto molte emozioni... Dall'altra parte ho imparato a stare zitto quando devo stare zitto, a decidere non immediatamente, in maniera impulsiva, ma in una maniera più logica, più discorsiva. Quindi per me è stata un'esperienza importantissima, come tutte le emergenze poi... Però la cosa importante è partire sempre dai nostri errori... da una condivisione.

Sicuramente sono meno impetuoso, ho imparato a ponderare meglio e soprattutto a “circularizzare” di più le cose, perché appunto la dimensione del collegiale chiaramente mi ha aiutato molto. Mi sono convinto del fatto... che la presenza fisica serve tanto. Io penso che noi abbiamo un ruolo come simboli, non siamo manager e basta, cioè i manager che stanno “dietro” sono quelli della torre eburnea, sono profondamente convinto che non funzionino allo stesso modo. Noi siamo simboli, siamo là, devi stare con i tuoi... io sono contento di vestirmi, di entrare nei reparti, di parlare con i ragazzi, di sedermi con loro a prendere il caffè nei reparti... sono tutte cose che contano molto, gli infermieri me lo dicono... io mi siedo con loro, in ogni reparto c'è

sempre la moka. Prendersi il caffè in reparto penso che sia la cosa che può fare la differenza.

Un maggior coinvolgimento dei diversi livelli aziendali è per i DG anche un modo per offrire spazi strategici all'insieme della classe dirigente dell'azienda con l'obiettivo di motivare e formare una nuova leva di management. L'aumento generalizzato delle dimensioni aziendali, infatti, rischiava di far perdere l'attenzione verso il *middle management*, livello che invece diviene essenziale far crescere e promuovere in aziende dove il centro fa fatica da solo a governare la periferia. Anche in questo senso la riscoperta dell'importanza della collegialità è stata ribadita in più occasioni, collegialità da intendersi non solamente in termini formali come coinvolgimento degli organi, ma anche come processo che coinvolge tutti coloro che in azienda possono offrire un contributo utile alla direzione.

Ho capito il senso definitivo del governo clinico, di che cosa vuol dire coinvolgere le persone che si occupano di clinica nei percorsi decisionali dall'inizio e costruire i percorsi decisionali e le decisioni a partire dalle loro esigenze. Però ho avuto anche la fortuna di incontrare alcuni clinici che hanno lavorato sull'essenziale, che hanno chiesto e preteso che l'essenziale si facesse. Quando questa cosa funziona tu porti a casa un governo clinico che va ben oltre i ruoli formali del comitato, del collegio di direzione, del collegio di indirizzo, di questo e di quell'altro.

Io spero che resti questa dinamica collegiale di gestione, per cui ci si parla la mattina e si decide insieme, per cui l'area infermieristica comunica con il Direttore del dipartimento dell'emergenza e decidono dove mettere le persone o con il SISP, che è un'altra dimensione pazzesca che abbiamo trovato; questi del SISP sono un mondo a sé stante, ora sono molto integrati, riescono a lavorare bene, si sentono, parlano tra di loro, è una grande soddisfazione, speriamo che resti.

Adesso stiamo lavorando sugli operatori cercando di trovare una motivazione, cercando di far comunicare gli operatori, perché gli operatori secondo me hanno bisogno di uscire dal Covid, hanno bisogno di pensare ad altro; quindi stiamo lavorando su tutta la parte programmatica e anche sul loro centralismo nella parte programmatica, perché io credo che loro abbiano bisogno di sentirsi parte di altri progetti. È stato un periodo dove le persone erano non personalizzate, hanno lavorato tutti in modo abbastanza grigio... secondo me, adesso loro hanno bisogno di uscire, ecco perché abbiamo fatto questi tavoli di comunità di pratica, abbiamo fatto il board scientifico e territoriale, cercando di farli uscire da un ambito, che senno diventa molto deprimente... Loro hanno partecipato in modo molto proattivo, sono molto attivi da questo punto di vista, anzi stanno facendo gemmare le loro produzioni

tecnico-scientifiche, anche con proposte organizzative. Forse la fatica mia adesso è quella di riuscire ad ascoltarli tutti insieme con il collegio di direzione; ecco, qui il collegio di direzione ha un ruolo importante, mi sta aiutando moltissimo nella parte programmatoria.

6.2 Una nuova azienda orientata al cambiamento

Come più volte ribadito in questo studio, la crisi ha costituito un importante motore per lo sviluppo dell'innovazione aziendale. L'utilizzo più intenso e più esteso della tecnologia per offrire i propri servizi è un esempio di come anche le aziende sanitarie possano essere dinamiche. In altre parole, sembra che la crisi abbia tolto gli alibi alle inerzie aziendali rendendo tutti gli attori coinvolti, maggiormente consapevoli della capacità delle aziende di cambiare.

È stata sottolineata la necessità di ripensare il vecchio modello di organizzazione dei servizi sanitari perché la crisi ne ha evidenziato i punti di debolezza. In sintesi, è emerso che il cambiamento che la crisi ha generato non può essere solo inteso come una "posizione raggiunta", ma anche come un nuovo modo di pensare al management che consideri l'esigenza di cambiamento come un elemento costante dello scenario nel quale le aziende sanitarie operano. Con la stessa prospettiva andrebbero considerate le tante, nuove assunzioni di personale che sono state fatte durante la crisi e che dovrebbero essere orientate ai nuovi modelli di offerta sviluppati e appresi durante la crisi. Un rischio possibile può essere rappresentato dalla tendenza del sistema a ripristinare le vecchie logiche e i vecchi modelli; in tal senso la nuova consapevolezza acquisita dai DG può essere una leva per evitare un ritorno al passato.

Io penso che dobbiamo iniziare a pensare ad un'organizzazione, che si modifica continuamente in corso d'opera, sapendo che comunque alcuni punti fissi li dobbiamo avere; ma dobbiamo anche avere la prospettiva che i cambiamenti li possiamo fare anche rapidissimamente. Non dobbiamo più aspettare anni per poter cambiare; un po' ci sono stati tolti gli alibi così.

Vogliamo salvare il nostro Servizio sanitario? Per salvarlo dobbiamo cambiarlo e per cambiarlo dobbiamo pensare di non riprodurre il modello... In parte sono anche un po' preoccupato, perché vedo che non è facilissimo avere uno sguardo nuovo sul cambiamento del Servizio sanitario, perché tutti lo diciamo però poi ognuno un po' porta avanti la propria linea... la missione organizzativa trasversale andrebbe interpretata in maniera non legata a filiere professionali e nemmeno con l'idea che bisogna salvaguardare a tutti i costi i modelli organizzativi attuali. Posso fare degli esempi: le battaglie sul fatto che bisogna avere un consultorio ogni 25.000 persone, o la casa della comunità rigidamente ogni x abitanti, sono logiche che non ci aiutano nel pensare un modello di assistenza, di prossimità e di presa in carico che cambi

radicalmente l'approccio o che migliori cose che in parte già abbiamo provato a fare.

Se noi assumiamo la gente semplicemente con l'idea, peraltro vera, che il Servizio sanitario è sottodotato di personale, perdiamo una grandissima opportunità. Come utilizzare le nuove assunzioni dipende sempre dai contesti, io non ho pensato in nessun modo di fare queste assunzioni solo per sostituire carenze di pianta organica.

Il nostro modello di offerta è molto frammentato, penso per esempio a tutti gli ambulatori specialistici territoriali, penso a tutte quelle unità operative che in parte abbiamo già ridotto in questi anni con il D.M. 70 e gli ospedali vanno ricollocati in una logica di rete, non possono essere concepiti come singole monadi.

Il portato di innovazione in sanità è sempre stato molto elevato, però probabilmente si è concentrato di più sulle tecnologie, sui nuovi farmaci, oppure su edifici moderni; costruire un nuovo ospedale è sempre una cosa di grande innovazione... Diciamo che c'è un'innovazione legata alle grandi infrastrutture, anche alle infrastrutture tecnologiche e digitali, c'è però anche una innovazione più di natura organizzativa.

Gli operatori della salute altrui non possono sedersi e mantenere le cose con una frase che è uno slogan che io ho sentito ovunque ho lavorato: "abbiamo sempre fatto così, ma che vuoi? Ma perché ci dici di cambiare?". Ecco, il cambiamento non è una posizione di privilegio raggiunta. Noi abbiamo cambiato molto questa azienda, ma basterebbe un attimo di distrazione per tornare al punto di partenza. Mi piacerebbe che gli operatori conservassero la capacità - non tanto la resilienza - di sentirsi sempre in una situazione un po' scomoda, in una situazione un po' imprevedibile. È il nostro lavoro, non possiamo dare per scontati gli assetti raggiunti e quindi mi piacerebbe che riuscissimo a gestire senza ansia e senza paura le difficoltà. Se riusciamo a fronteggiare le difficoltà, l'azienda sarà in grado di cogliere il senso vero della dinamicità delle malattie o della salute, che oggi è così e domani può essere diversa.

È stata una conferma secondo me dell'enorme potenzialità che ti offre un'emergenza, però nel mio caso ha avuto l'effetto di portare al massimo risultato delle cose che avevo già pensato prima. Ora c'è con i clinici la percezione che il povero utente ha più possibilità di essere trattato bene con l'apporto anche del management. C'è una maggiore quantità di punti di contatto di alleanza con i professionisti nel rapporto con l'utente - questo è cambiato - e nelle soluzioni possibili, cioè accettare che un ospedale arrivi qui dentro non era manco pensabile se l'avessi proposto cinque anni fa. Quello

che non è cambiato, è la resistenza ideologica ecco, che non è solo ideologica, è la resistenza al cambiamento, è la resistenza... Possiamo dire che si sono identificati gruppi resistenti come si sono identificati i medici no vax.

6.3 Nuove prospettive per le linee produttive aziendali

La pandemia ha fatto emergere molti punti di debolezza del modello tradizionale di gestione del territorio. Allo stesso tempo però, nel cercare di far fronte alle criticità che la crisi via via poneva, le aziende hanno sviluppato nuovi modelli di gestione. Un esempio è il tracciamento della popolazione ai fini della pandemia che ha rappresentato un'occasione di apprendimento di fondamentale importanza rispetto alla categoria dei fragili, avendo permesso la costruzione di metodologie e di patrimoni informativi preziosi per lo sviluppo di nuovi servizi. Un'altra consapevolezza da tutti acquisita è legata ai vantaggi derivanti dall'utilizzo delle nuove tecnologie, in particolare quelle sperimentate in ambito territoriale durante la crisi e che potranno rappresentare l'infrastruttura per costruire nuovi modelli di presa in carico delle cronicità, anche attraverso la telemedicina e la teleassistenza. Nell'implementazione di nuovi modelli di offerta un elemento che è stato più volte sottolineato riguarda l'importanza della personalizzazione del servizio in base alle esigenze che il territorio esprime. Ancora una volta, però, i DG sono consapevoli dell'impegno che dovrà essere messo in campo per superare l'inerzia organizzativa che comporterebbe un semplice ritorno agli approcci e alle routine del passato.

Il territorio diventa la più grande scommessa; io ragionavo e dicevo: "ma è vero, noi siamo abituati a misurare... tutto quello che facciamo sull'ospedale, ma sul territorio che misuriamo? Come facciamo a capire e a rivedere questi aspetti?"; allora ecco, adesso siamo andati avanti a tal punto che diventa veramente importante continuare questo lavoro.

Dobbiamo capire come fare a valorizzare tutte queste esperienze sul territorio... dobbiamo guardare veramente al futuro sapendo che possiamo e ne abbiamo la conferma, perché abbiamo stratificato la popolazione, conosciamo la popolazione a rischio, abbiamo già il piano sulla cronicità.

Rimarrà un impegno importante sul territorio... la gestione dei pazienti positivi a domicilio è il modello che si immagina resti per la gestione del paziente cronico finita l'emergenza, non proprio nell'accezione di vedere nel domicilio del paziente il primo luogo di cura; le USCAR probabilmente rimarranno con una configurazione diversa; noi a X abbiamo anche questi punti di assistenza territoriale gli ex PP che potranno svolgere un ruolo importante, la telemedicina consentirà di arrivare anche laddove la struttura non è fisicamente presente, quindi penso che questo... ce lo portiamo a casa,

ma non riusciremo ancora a superare la dicotomia ospedale-territorio, le separazioni con il dipartimento di salute mentale e il dipartimento di prevenzione e ancora non si riuscirà ad avere rapidità - se non per parti dell'azienda - nel promuovere l'innovazione organizzativa all'interno dell'ospedale. Io sono convinto che finita l'emergenza la spinta a ripristinare lo status quo preesistente sarà molto più forte di quello che noi immaginiamo.

Abbiamo utilizzato la televisita nei pazienti psichiatrici, insieme con le famiglie, non li abbiamo lasciati mai. Abbiamo presidiato, ecco perché ti dico l'importanza della gestione da remoto. Non era una cosa scontata, per niente, l'abbiamo provato e ci siamo riusciti... Allora abbiamo capito per esempio che tutto il lavoro che stiamo facendo con i ragazzi, lo possiamo mantenere nella doppia veste, una di presenza e una di remoto; quindi non abbandonare questo e l'abbiamo già messo in pratica, perché stiamo lavorando, abbiamo appena fatto, in questa situazione così, una conferenza dei servizi della salute mentale venti giorni fa, bellissima, collegandoci anche con la consulta regionale per la salute mentale, perché stiamo definendo come organizzare i servizi dopo.

Noi abbiamo scoperto che l'acuzie fa parte della cronicità con acutizzazione, quindi stiamo mettendo su un'unità di urgenza per i nostri pazienti sabato e domenica, andiamo a domicilio, rispondiamo al telefono, facciamo telemedicina, le cure simultanee. Abbiamo un insieme di setting e di strumenti che adesso potrebbero prefigurare un'apertura all'acuzie.

Penso che anche sul territorio la prossimità non si misura soltanto con l'ambulatorio aperto 4 ore al giorno. E' un problema che va visto anche tenendo conto che i territori non sono tutti uguali. Vale a dire: la Provincia di Rieti o di Frosinone, rispetto ai municipi di Roma, hanno ben poco in comune.

Quello della prossimità non è un tema di modello soltanto, è un tema proprio di approccio e di capacità organizzativa diversa, quindi di innovazione e di ripensamento profondo dei servizi, ma che non può essere uguale per tutti e per tutti i territori con uno standard unico. Lo standard dovrebbe essere di performance, dovrebbe essere misurato in termini di capacità di risposta, uno standard meramente organizzativo è assurdo.

Da noi i cittadini a volte neanche sanno in che municipio stanno, in che distretto sono, mentre in un Comune della provincia lo sanno benissimo e sanno esattamente dove sta il poliambulatorio. Da noi la gente prende e va senza sapere spesso se è un pubblico, privato, privato accreditato ed è veramente difficile governare questa rete.

Credo che, in un margine di riflessione futura, vada forse proprio concepito un nuovo aspetto di organizzare il lavoro territoriale, anche in merito a questa meraviglia che c'è. Noi adesso grazie all'informatica possiamo trasmettere queste esperienze e lo stiamo facendo.... È giunto il momento di agire sul nostro servizio sanitario per eliminare tutto quello che io chiamo la burocrazia inutile e far sì che il paziente si rechi da noi soltanto per le visite, per la diagnostica e naturalmente per le fasi successive come il ricovero e gli interventi.

Il territorio non ha funzionato, quindi ci vuole una nuova visione del territorio; propenderei molto per un approccio... sull'innovazione informatica e sulle tecnologie, quindi come utilizzare al meglio la telemedicina, la teleassistenza, il teleconsulto, approfondendolo... Una criticità del sistema è che alcuni non vogliono recepire questo processo di informatizzazione come naturale cambiamento, vorrebbero continuare a fare quello che hanno sempre fatto, mi riferisco, per esempio alla dematerializzazione delle ricette che... viene ostacolata a tal punto che rappresenta una delle imprese più difficili e complesse da raggiungere. Ci sono stati dei cambiamenti che di fatto resteranno nel nostro tessuto e sta molto agli organizzatori... trasferire questi cambiamenti in procedure presentabili che possano gettare le basi per una nuova riforma sanitaria partendo da un ruolo diverso di territorio.

Resterà l'Info Covid, che è un sistema di gestione e tracciamento dei pazienti, per cui abbiamo tracciato la parte alta della piramide, gli ultra-fragili, sappiamo tutto di loro, che abbiamo gestito a casa ... Ora si chiama "Info Cronic", ha cambiato nome questo software... sta mettendo insieme le cartelle di questi pazienti. Quindi ora sappiamo vita, morte e miracoli di una bella fetta della popolazione, se si pensa che 20mila sono stati positivi, moltiplichiamo il dato almeno per 5, diciamo, considerando tutti i contatti: stiamo parlando di numeri, insomma abbiamo tracciato una quota rilevante della nostra popolazione, essenzialmente i più anziani. Sarà un patrimonio che resta, un patrimonio informativo importante.

Un'altra cosa, che nella disgrazia è stata una grande risorsa, è la tecnologia; io credo che non ne abbiamo mai avuta così tanta come in questa fase. E quindi anche questo è un patrimonio che almeno nel breve-medio termine rimane all'azienda.

Il nostro Dipartimento di epidemiologia ha messo a disposizione uno strumento che si chiama Mistral... è un progetto che avevamo provato a sperimentare... e che diventa uno strumento per tutte le Asl per stratificare la popolazione su 5 fasce, distretto per distretto, comune per comune, medico di base per medico di base, arrivando al livello nominativo. Questo è veramente uno strumento per costruire il futuro. Non parlo soltanto come azienda ma

anche come Regione, abbiamo imparato a lavorare di più come sistema e il futuro si costruisce sempre come sistema.

Dall'aver compreso i benefici dei cambiamenti avvenuti sul territorio e dalla convinzione che ci sia la necessità di mantenerli, emerge nei DG una riflessione sull'ospedale e sulle sue relazioni con il territorio. In primo luogo essi ritengono che, alla luce di un nuovo ruolo del territorio, ci sia spazio perché gli ospedali possano concentrarsi sui servizi più complessi. Un secondo aspetto, già evidenziato in precedenza, è la consapevolezza dell'importanza di orientare sempre di più l'organizzazione a un approccio multidisciplinare non solo durante l'emergenza, ma come modello normale di funzionamento. Le squadre multidisciplinari che sono state create durante la pandemia hanno prodotto un apprendimento reciproco tra professionisti di discipline diverse e di conseguenza una maggiore consapevolezza dell'importanza di lavorare bene insieme anche tra ambiti diversi. Sebbene i vantaggi realizzati con questo nuovo modo di lavoro siano visibili a tutti, la sfida secondo alcuni DG sarà quella di rendere stabile la consapevolezza dell'importanza degli approcci interdisciplinari anche dopo la pandemia.

Noi dovremo qualificare l'ospedale per le cose che veramente servono, perché la delocalizzazione verso strutture territoriali è una cosa che ha funzionato, quindi vuol dire che l'ospedale può lavorare su cose più complesse, e quindi può lavorare molto sull'appropriatezza.

Come ho detto, se il progetto del territorio va avanti, assorbirà risorse, ma costruirà un'altra risposta assistenziale e svuoterà l'ospedale dai casi di riacutizzazione della cronicità, e già questo, di cui si parla da tanto tempo, sarebbe una cosa incredibilmente importante.

I professionisti che stanno in ospedale pensano di perdere di più stando in un'area condivisa piuttosto che dall'aver i propri spazi dedicati. Quindi finché rimarrà questo concetto e soprattutto quello delle separazioni, finché noi continuiamo a guardare il nostro sistema dall'alto verso il basso, guardando le strutture, la situazione non cambierà.

Cosa hanno imparato gli ospedali? Gli ospedali erano tutte cellette, continuavano a rimanere legati al numero di letti. Questa pandemia ha insegnato invece che si lavora su grandi squadre e che le grandi squadre non sono tutte della stessa specialità, quindi possono lavorare insieme squadre diverse, anche di chirurghi, di endoscopisti. In area Covid hanno fatto la guardia perfino gli otorinolaringoiatri. Quindi specialisti diversi hanno imparato a lavorare insieme e anche gli anestesisti, che, di solito, lavorano o in rianimazione o in sala operatoria, hanno imparato a confrontarsi con tutti gli altri professionisti, insegnando anche la loro tecnicità. Questa formazione, che

è stata una formazione diretta, e se volete anche individuale, è sicuramente patrimonio di ognuno dei professionisti.

Ho aperto l'ambulatorio post Covid e sto facendo una fatica pazzesca nel renderlo multidisciplinare. Quindi purtroppo, paradossalmente, nonostante la multidisciplinarietà funzioni (ed è il modello che va adesso, perché funziona sia per quanto riguarda l'efficacia delle cure sia per quanto riguarda anche la riduzione delle liste d'attesa, la presa in carico e l'orientamento del paziente), oggettivamente è molto nella mia testa e poco in quella dei miei professionisti... Diciamo che c'è ancora tanto da lavorare... l'approccio multidisciplinare, che funziona bene nell'emergenza... purtroppo ancora nella parte elettiva continua questa tendenza all'iperspecializzazione e questo non va bene, non è sostenibile né da un punto di vista qualitativo, secondo me, né dal punto di vista del sistema e neanche da quello della comunicazione con i cittadini. Questo è un percorso che dobbiamo ancora fare.

Quello che abbiamo imparato a livello di nazione è che dobbiamo rifare gli ospedali. I nostri ospedali sono vecchi, anche quelli nuovi. Dobbiamo progettarli in modo completamente diverso. Dobbiamo riprogettarli tenendo conto di queste esperienze che abbiamo avuto e dobbiamo aumentare anche le competenze territoriali.

Le competenze territoriali le abbiamo aumentate, gli ospedali li abbiamo modificati per quello che serviva in questa fase, ma, secondo me, vanno rivisti in modo diverso.

Ha cambiato le modalità di lavoro... per due ragioni: intanto perché noi abbiamo individuato, rispetto a ciò che avevamo imparato, un modo migliore, diverso, più funzionale di far evolvere l'organizzazione anche su temi di innovazione ordinaria e non di innovazione sanitaria legata alla pandemia. Il caposaldo di questo, se vogliamo, è lo smart working, o digitale, ma al di là di questo ci sono state molte modalità di lavoro, di gestione dei processi che abbiamo imparato a fare in modo più efficiente, in modo anche completamente diverso, reingegnerizzato e abbiamo provato a modellarli e a trasferirli nei processi ordinari. L'unità di crisi si è momentaneamente sciolta, è stata da me trasformata in micro-gruppi di lavoro che si occupavano di aree e di processi organizzativi. La ripresa delle attività produttive in sala operatoria, i processi di riorganizzazione dell'area degli approvvigionamenti, i processi legati alla protezione dei lavoratori, prevenzione e salute degli ambienti di lavoro. Abbiamo identificato delle aree sulle quali avevamo particolarmente lavorato, selezionando dei processi anche di normalità, cercando di migliorarli alla luce dell'esperienza che abbiamo fatto e io ci ho lasciato le stesse persone, in qualche caso inserendo qualcuno nuovo. Trasformando l'unità di crisi in - così li abbiamo chiamati - micro-team di lavoro.

6.4 Un nuovo ritmo per le aziende del futuro

Dalle interviste effettuate sembra che i DG abbiano acquisito una grande consapevolezza della possibilità per l'azienda di essere più veloce. Durante la crisi molte decisioni e molti processi sono stati, infatti, velocizzati per rispondere a esigenze temporali più stringenti. Il cambio di ritmo è stato anche facilitato da uno snellimento delle procedure formali come quello riscontrato sull'acquisizione del personale o delle risorse fisiche. Rimane per i DG il tema di come mantenere i nuovi ritmi appresi nella crisi e resi possibili da procedure più coerenti con i tempi aziendali. Se la crisi ha svelato le potenzialità e le capacità delle aziende di essere più dinamiche e veloci, la sfida futura è quella di un "nuova normalità".

Anche noi oggi facciamo, all'interno, videoconferenze continue e abbiamo una piattaforma aziendale di video-call. Prima le riunioni le facevamo solo in presenza. Io oggi convoco i Direttori di distretto e dopo un'ora parlo con loro in videoconferenza, su sei municipi. Posso gestire molto meglio situazioni e processi decisionali complessi perché abbiamo imparato a lavorare così.

Sono convinto che abbiamo imparato molto di più e abbiamo anche accelerato molti processi quest'anno. Dal punto di vista dell'azienda penso che esca più forte, perché ha imparato a gestire aspetti di complessità che domani ci sembreranno molto meno complessi di quello che normalmente si pensa, ma nello stesso tempo abbiamo irrobustito alcuni processi.

Io credo che noi abbiamo imparato una cosa: che forse prima non tenevano conto che il fattore tempo è un fattore dell'organizzazione sanitaria pubblica, magari nella privata c'era già; le organizzazioni pubbliche devono imparare a gestire in modo attivo e proattivo il fattore tempo anche attraverso gli atti decisionali perché, come dicevo prima, comunque lavoriamo su degli atti formali e noi dobbiamo riuscire a farli convergere tutti.

Come fare a consolidare questo aspetto è difficile dirlo, perché in tempi ordinari nessuno ti permette, ti consente di avere delle scorciatoie, dei tempi iper rapidi, che noi abbiamo avuto allora. Tornano le solite faccende da pubblica amministrazione. C'è da capire come questo modo, che abbiamo visto essere possibile - tanto che si è realizzato - possa nell'ordinario funzionare. Il dubbio che mi è rimasto è se poi questa capacità di risposta, di progettualità e di operatività possa funzionare anche quando non "brucia la casa".

Aprire in 15 giorni un sito vaccinale a Termini che fa 600 vaccinazioni che sono già prenotate! Dall'8 marzo abbiamo già 600 prenotazioni e i lavori ad oggi devono ancora iniziare. In un mondo normale questa cosa qui sarebbe stata impossibile. Uno va dallo psichiatra in una situazione simile, è vero,

invece noi siamo qui sereni che diciamo: l'8 marzo partiamo. Ma i lavori li avete iniziati? No!

Quello che voglio dire, facendo degli esempi, è che stiamo imparando a gestire con rapidità delle cose e questo entra in una sorta di apprendimento, di learning dell'organizzazione che poi va sostenuto... Ci vuole un attimo a perdere le cose e a ritornare ai vecchi schemi, però abbiamo fatto veramente tanta strada.

Tabella 6.1 - Le lezioni apprese dalla pandemia

Un nuovo ruolo del DG	<ul style="list-style-type: none"> - Un DG più umile e più "vicino" - Un DG più collegiale - Un DG più riflessivo e capace di mettersi in discussione
Una nuova azienda orientata al cambiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Un'azienda più dinamica - Il cambiamento come costante
Nuove prospettive per le linee produttive aziendali	<ul style="list-style-type: none"> - Un nuovo impegno per il territorio - Un nuovo modo di organizzare l'ospedale - Una nuova sinergia tra territorio e ospedale
Un nuovo ritmo per le aziende del futuro	<ul style="list-style-type: none"> - Processi più snelli - Il fattore "tempo" come elemento strategico anche per le aziende sanitarie

Capitolo 7. Discussione¹

Il presente studio può essere inserito nell'ambito delle ricerche sulle crisi aziendali, ambito nel quale sono prevalentemente analizzati eventi puntuali, temporalmente circoscritti. Un primo contributo di questa ricerca è relativo alle caratteristiche della crisi. Si tratta di una crisi di origine esterna all'azienda che mostra una scansione temporale atipica rispetto a quelle prevalentemente studiate in letteratura e che, in termini manageriali, produce elementi di criticità parzialmente differenti da quelli che caratterizzano eventi simili, ma con profili temporali diversi. L'obiettivo di questo capitolo è quindi quello di identificare, attraverso l'analisi delle criticità che la crisi ha posto e delle modalità con cui i DG sono intervenuti, i fattori facilitanti il governo di crisi aziendali che assumono tali caratteristiche.

Come precedentemente sottolineato, il fenomeno qui analizzato è più simile a una successione indefinita di crisi puntuali piuttosto che a un'unica crisi caratterizzata da fasi differenti. Gli oggetti di attenzione dei DG nelle varie fasi che identificano la crisi sono ogni volta diversi e questo richiede una risposta manageriale più complessa rispetto a quella attuabile nel caso di una crisi classica. La mancanza di un orizzonte di impegno prevedibile rende particolarmente critica l'azione dei DG sia in termini di relazioni interne sia in termini di relazioni esterne all'azienda.

Nelle relazioni interne, al DG è richiesto uno sforzo più intenso nel sostenere un personale che può perdere la motivazione di fronte alla mancanza di una prospettiva relativamente certa sulla conclusione del fenomeno. Nei confronti degli *stakeholder* esterni, l'attenzione del DG si deve attivare su relazioni diverse in termini di tipologia e intensità in base ai diversi interlocutori e i diversi oggetti che caratterizzano ogni fase.

Rispetto al primo tema analizzato in questo studio, ovvero l'area della gestione delle informazioni nella crisi, emerge come nel caso di fenomeni del tutto sconosciuti il DG debba mettere in campo tutte le azioni necessarie per attivare sistemi e canali eterogenei di raccolta di informazioni. Di fronte a un virus rispetto

1 Il capitolo, pur essendo il risultato del lavoro di tutti gli autori, può essere attribuito ad Anna Romiti.

al quale non sono disponibili evidenze scientifiche, al DG è richiesto di basarsi più sull'intuito che sulle informazioni per attivare i processi decisionali. Nonostante l'attivazione di fonti interne ed esterne e lo sviluppo di processi di "imprenditorialità informativa" volti a catturare, da tutte le fonti disponibili interne ed esterne, tutto ciò che in quel momento è conosciuto sul fenomeno, la conoscenza a disposizione non assicura una base conoscitiva sufficiente per prendere decisioni informate. Di fronte a una crisi nella quale la raccolta di informazioni rappresenta un elemento particolarmente critico, il supporto in termini informativi da parte della capogruppo e le prime indicazioni da parte della stessa sulle azioni da seguire per gestire le fonti informative, anche al fine di omogeneizzare la raccolta di informazioni da parte di tutte le aziende del sistema, sono considerati elementi utili al processo decisionale del DG e ai risultati di tutto il sistema.

In una situazione di incertezza informativa, l'aver già avuto esperienze pregresse di gestione dell'emergenza o il possedere *framework* cognitivi (per emergenze di questa natura, quello epidemiologico) che rendono più facile la comprensione del fenomeno, consentono al DG di sentirsi più rassicurato sulle azioni da mettere in campo, come anche confermato per le crisi aziendali di natura più circoscritta (Okoli e Watt 2018).

Poiché, come anche evidenziato in letteratura, i *framework* cognitivi sono rilevanti nella gestione della crisi, diventa cruciale, al fine di prendere decisioni più informate, la formazione di gruppi di esperti con quadri cognitivi diversi (Thürmer et al. 2020) per integrare il più possibile tutte le informazioni disponibili. Nella stessa direzione si sono mossi i DG analizzati quando, di fronte all'incertezza, sono andati a raccogliere le informazioni da tutti quei soggetti in grado di avere maggior competenza per capire il fenomeno, soggetti che sono diventati elementi preziosi da integrare nei processi decisionali e che in alcuni casi hanno sostituito in tali processi, anche i componenti degli organi formali e gli organi stessi.

I cambiamenti durante l'emergenza sono stati rilevanti anche in ambito di sistema decisionale. Questi hanno interessato tutte le relazioni verticali, sia quelle all'interno del gruppo, sia quelle interne alle aziende. Dal punto di vista delle relazioni nel gruppo, il sistema decisionale aziendale ha beneficiato di due elementi che sono stati ritenuti rilevanti nella complessa gestione della crisi: il ruolo via via più incisivo della Regione sulle scelte aziendali, giudicato dai DG come importante supporto e sostegno e la creazione e lo sviluppo di relazioni collaborative tra i DG appartenenti al gruppo, basate sulla fiducia e sul supporto reciproco in termini sia personali sia aziendali.

Guardando invece ai processi interni al sistema aziendale, i principali cambiamenti posti in essere dai DG per facilitare le decisioni durante la crisi sono stati guidati dalla necessità di velocizzare le decisioni e reperire le informazioni, come spesso accade anche in contesti di crisi aziendali puntuali (Pearson e Clair 1998). Dall'analisi effettuata i cambiamenti riscontrati nei processi decisionali sono riconducibili a tre aree.

La prima è la focalizzazione, ovvero il restringimento da parte del DG dell'attenzione su alcune aree specifiche di funzionamento dell'azienda. Dal punto di vista organizzativo questo cambiamento si traduce in un ridisegno, almeno nei comportamenti, delle relazioni in azienda attraverso l'adozione di catene decisionali alternative, con un'estensione verticale minore, una degerarchizzazione delle strutture e uno "schiacciamento" rispetto al funzionamento previsto dall'organigramma formale.

La seconda area di cambiamento riguarda la natura e i contenuti delle decisioni che vengono prese, qui definita "operativizzazione". Nella crisi l'oggetto della decisione diventa prevalentemente di natura operativa. Di conseguenza lo spazio decisionale del DG, normalmente dedicato alle decisioni strategiche, è completamente assorbito da decisioni di tipo operativo i cui effetti sono di immediata utilità nel fronteggiare le diverse e sempre mutevoli criticità poste dalla crisi.

La terza area è il compattamento ovvero la concentrazione temporale e spaziale dei processi che producono la decisione. Il DG identifica un gruppo ristretto di soggetti, che molto spesso è costituito da tutti coloro che sono direttamente coinvolti nell'emergenza, a prescindere dalla loro collocazione nei ruoli decisionali formali, garantendo decisioni più rapide.

I cambiamenti riscontrati nelle modalità con cui avvengono i processi decisionali hanno un impatto evidente sui ruoli degli organi formali deputati alle decisioni. Poiché la crisi richiede una decisione rapida e basata su elementi informativi di cui dispongono solo specifici soggetti, indipendentemente dai ruoli da essi assunti, essi sono coinvolti direttamente nei processi decisionali, talvolta a completamento degli organi decisionali formali (collegio di direzione) e in altri casi "sostituendo" tali organi, perché le strutture formali non riescono a garantire la rapidità richiesta dalla crisi. Questo in molti casi avviene mediante la creazione di nuove strutture *ad hoc* (per esempio le unità di crisi) a supporto della direzione strategica.

La spinta all'accentramento, un altro aspetto che caratterizza solitamente i processi decisionali nelle crisi aziendali (Papadakis 1999), è stata più evidente nei casi studiati, in quei contesti aziendali in cui il DG o altri componenti del TMT possedevano un'adeguata base di esperienze e competenze (per esempio, chi gestisce "abituamente" le emergenze e chi ha vissuto esperienze precedenti di crisi), elementi che consentono probabilmente una maggior consapevolezza nelle scelte. Background ed esperienze pregresse (Okoli e Watt 2018) sono confermati come elementi che facilitano la "guida" dell'azienda nell'emergenza, anche in casi di crisi "indefinite" come quella qui analizzata.

Un ultimo elemento che caratterizza i processi decisionali di crisi come quella studiata è il cambiamento di orizzonte temporale dei DG, diretta conseguenza dell'operativizzazione e del compattamento. Sebbene per la maggior parte delle aziende, soprattutto nelle prime fasi, lo spazio decisionale si sia costretto in un orizzonte temporale di breve periodo, tutti i DG hanno trovato il

modo di innescare processi di trasformazione di medio e lungo periodo, anche se di natura e intensità diverse.

Nelle aziende maggiormente “travolte dalla crisi”, i DG hanno trovato il modo di accelerare disegni già definiti o addirittura generare opportunità per l’innovazione. Per le aziende “meno coinvolte” nella crisi la stessa è stata un’opportunità da sfruttare per raggiungere vari obiettivi. Si tratta di aziende prevalentemente focalizzate sull’erogazione di servizi non collegati all’epidemia e per le quali l’ingresso nella crisi è frutto della scelta del DG, anche al fine di generare e cogliere opportunità. Sono state da queste aziende avviate strategie di “sviluppo dei servizi” per le aziende stesse o per il sistema e/o strategie di riposizionamento nel sistema. Questo ha dimostrato che anche nella crisi esiste uno spazio per processi di trasformazione.

Non ci sono dubbi sul fatto che, l’attenzione alle relazioni e ai processi di comunicazione, terzo elemento del *framework* scelto in questo studio, sia stata un elemento centrale dell’attività del DG durante la crisi. L’elevata esposizione mediatica a cui sono state sottoposte tutte le aziende durante l’epidemia è stata un altro fattore di criticità che hanno dovuto affrontare tutti i DG. Molti hanno scelto di presidiare questa criticità personalmente, confermando che la gestione della comunicazione da parte dell’azienda riduce in parte gli effetti negativi (Claeys e Cauberghe 2010).

Data l’importanza da tutti attribuita a questo aspetto, i DG non si sono limitati a “gestire le informazioni” nei confronti dei propri *stakeholder*, ma durante la crisi sono andati oltre fino a “gestire i significati” (Coombs 2010) con l’obiettivo di influenzare la percezione dei soggetti interni ed esterni rispetto alla costruzione di una rappresentazione condivisa della crisi (Maitlis e Sonenshein 2010). Nei confronti degli esterni, la leva che ha facilitato la relazione è da attribuire alla trasparenza, che ha sempre orientato i processi comunicativi, elemento ritenuto utile in tutte le fasi della crisi.

La gestione degli *stakeholder* esterni nei contesti periferici è stata, come era da aspettarsi, più complessa di quella relativa ai contesti più centrali. Nei primi lo sforzo del DG nel costruire un *sensemaking* della crisi e nell’allineare i comportamenti dei soggetti verso gli stessi fini (Bundy et al. 2017) è stato più intenso soprattutto nelle prime fasi della crisi e ha avuto un impatto positivo sulle relazioni con le istituzioni nell’intento di favorire una relazione collaborativa tra azienda e i suoi *stakeholder*.

Lo sforzo dei DG è stato ripagato dalla costruzione nel tempo di relazioni che sono passate dall’essere conflittuali all’essere basate sulla fiducia. Questo è stato dimostrato anche nelle relazioni con il settore privato, dove il ruolo dei DG si è configurato in diversi modi: attivatore di risorse per rispondere ai bisogni emergenti direttamente correlati alla diffusione del virus e alla messa a di-

sposizione di spazi per proseguire le attività aziendali ordinarie sospese; promotore di reti a supporto della gestione dell'emergenza dettata dallo stato di crisi; sostenitore di strategie condivise per il futuro.

Nei confronti degli *stakeholder* interni, la crisi ha fatto scoprire anche ai DG intervistati l'importanza dell'empatia (König et al. 2020) e della vicinanza per ridurre lo stress generato dalla crisi (James et al. 2011) che, soprattutto nei casi di crisi indefinite, può risultare decisivo nel motivare il personale, così come avviene per le crisi con caratteristiche diverse (Jin e Pang 2010).

L'ultimo tema affrontato nel lavoro, le "Lezioni apprese e il ritorno alla normalità" (König et al. 2020, Boin et al. 2005, Wooten 2007), che nello studio è stato interpretato in termini di caratteristiche assunte dai progressivi tentativi di ritorno alla normalità della gestione e di percezioni del DG sulle lezioni apprese durante la pandemia e sulle prospettive che potrebbero aprirsi per le aziende, può essere articolato in quattro aree distinte.

La prima area è riconducibile al sistema manageriale e ai punti di debolezza che la crisi ha evidenziato e che possono essere rafforzati (Christianson et al. 2009). I DG hanno scoperto l'importanza di una maggiore attenzione alla condivisione delle decisioni e, conseguentemente, della costruzione di una squadra di comando più ampia. L'esercizio di una leadership più partecipativa ha mostrato risultati positivi durante la crisi, ma è stato segnalato anche come lezione appresa da implementare in situazioni di normalità. Come anche confermato dalla letteratura, il DG ha scoperto l'importanza nella crisi di una maggiore predisposizione all'ascolto dei bisogni dei propri collaboratori, di una maggiore empatia (König et al. 2020), di una maggior presenza nei nodi critici aziendali e dell'accorciamento delle distanze tra DG e professionisti anche per ridurre lo stress provocato dalla crisi e persuadere gli stessi soggetti a seguirlo nella direzione intrapresa (Yukl 1998).

Un'altra lezione appresa dai DG è quella della dinamicità. È emerso che il cambiamento che la crisi ha generato non può essere solo inteso come una "posizione raggiunta", ma anche come un nuovo modo di pensare al management che consideri l'esigenza di cambiamento come un elemento costante dello scenario nel quale le aziende sanitarie operano. Esempi in questo senso sono tutti i percorsi di sviluppo che le aziende hanno intrapreso durante la crisi e che possono essere lezioni per impostare nuove traiettorie di innovazione aziendale.

Tra le lezioni apprese dai DG possono essere citate anche le debolezze che la crisi ha fatto emergere nella gestione del territorio e degli ospedali. Le azioni messe in campo durante la pandemia sul territorio sono considerate utili anche per ridisegnare la nuova organizzazione di territorio e ospedali e per costruire nuove relazioni con l'ospedale.

Infine, i DG hanno scoperto che le aziende possono essere più veloci e che un nuovo ritmo è possibile anche per il futuro; il fattore "tempo" può diventare quindi un elemento strategico anche per le aziende sanitarie pubbliche.

Tabella 7.1 – Il contributo dello studio alla teoria sul *crisis management*

Aree indagate	Background teorico	Contributo del presente studio
Caratteristiche della crisi	Eventi puntuali, temporalmente circoscritti, per i quali è possibile definire una probabile evoluzione (Boin et al. 2005).	Crisi dalla “prospettiva indefinita” o meglio successione di crisi puntuali con oggetti diversi che pone criticità rilevanti per la gestione delle relazioni interne ed esterne.
Informazioni e primi segnali	Importanza della raccolta di informazioni da fonti diverse: esterne e interne (Okoli e Watt 2018).	Esperienze pregresse di gestione dell'emergenza e/o <i>framework</i> cognitivi adeguati sono punti di forza del DG nel gestire la crisi.
Sistema delle responsabilità e delle decisioni	Velocizzazione del processo decisionale (Kerrissey e Edmondson 2020). Accentramento delle decisioni (Papadakis 1999). Processo decisionale basato sull'intuito (Khatri e Ng 2000).	Importanza del supporto della capogruppo e del network dei DG del gruppo. Caratteristiche dei processi decisionali: focalizzazione, operativizzazione e compattamento. Supporto alle decisioni di strutture create <i>ad hoc</i> . Orizzonti temporali di breve periodo, ma processi di sviluppo per chi ha saputo “cogliere le opportunità”.
Comunicazioni e relazioni con gli <i>stakeholder</i> interni ed esterni	Due opzioni strategiche nella comunicazione della crisi (Coombs 2010): “gestire le informazioni” o “gestire i significati”. Relazioni più empatiche costruite dal vertice sono la chiave del successo della gestione delle crisi aziendali (König et al. 2020).	I DG scoprono l'importanza: - della gestione dei significati; - dell'empatia per gestire le relazioni con gli stakeholder interni; - del presidio delle relazioni esterne e della trasparenza dei contenuti della comunicazione.
Lezioni apprese	La crisi fa luce sugli elementi di debolezza (Christianson et al. 2009). Importanza dell'empatia e della vicinanza nelle relazioni con il personale (König et al. 2020) ai fini di ridurre lo stress e coinvolgere maggiormente (Yukl 1998).	Un nuovo ruolo del DG. Una nuova azienda orientata al cambiamento. Nuove prospettive per le linee produttive aziendali. Un nuovo ritmo per le aziende del futuro.

Capitolo 8. Conclusioni¹

Le condizioni nelle quali le aziende sanitarie pubbliche (ma anche quelle private) hanno operato negli ultimi due anni non sono certamente paragonabili a quelle cui le stesse erano normalmente abituate. Lo scoppio della pandemia ha, infatti, radicalmente modificato sia l'ambiente, in tutte le sue possibili dimensioni, sia i bisogni cui dare risposta, sia le priorità da perseguire. I DG si sono quindi trovati a esercitare le loro responsabilità di guida delle aziende in una condizione di prolungata eccezionalità e sono, di conseguenza, dovuti intervenire su meccanismi e modalità di gestione.

La ricerca ha analizzato come nelle aziende sanitarie pubbliche della Regione Lazio tutto ciò sia concretamente avvenuto e ha mostrato come, in relazione a una pluralità di fattori, le risposte manageriali abbiano seguito percorsi diversi. Al di là del contributo offerto a una maggiore conoscenza del “management pubblico nella crisi”, l'utilità del presente lavoro, ovvero la possibilità di utilizzare quanto qui analizzato per la gestione delle aziende sanitarie pubbliche in generale, dipende anche dalle valutazioni che è possibile esprimere circa due elementi che sebbene interrelati, è opportuno tenere distinti: la natura e gli effetti dell'eccezionalità, da una parte, e la validità di uno *stress test* manageriale, dall'altra.

Pochi dubbi possono essere sollevati riguardo all'eccezionalità del contesto nel quale le aziende e il loro management si sono trovati a operare: a partire dalle condizioni più conosciute ed evidenti, come la pressione drammatica su alcuni servizi, fino a quelle meno considerate, come un deciso indebolimento dei vincoli sulle risorse finanziarie o una drastica semplificazione nelle procedure amministrative. Il punto di rilievo è se i fenomeni siano stati di intensità tale da precludere un possibile utilizzo generale di quanto analizzato in riferimento a quello specifico contesto e, in ultima analisi, se le lezioni eventualmente apprese conservino una loro validità e sotto quali condizioni. In questa prospettiva, a favore di un'estendibilità dei risultati ad ambiti di maggiore ordinarietà, giocano

1 Il capitolo, pur essendo il risultato del lavoro di tutti gli autori, può essere attribuito a Mario Del Vecchio.

due diverse considerazioni. La prima è relativa alla prolungata estensione temporale dei fenomeni e al succedersi di fasi diverse, circostanze queste che portano la crisi o il susseguirsi di crisi ad assumere i caratteri di una nuova normalità, piuttosto che essere la classica ed eccezionale crisi, circoscritta nel tempo e molto diversa da una normalità dalla quale ci si era allontanati e alla quale si dovrà fare inevitabilmente ritorno. La seconda è che nella misura in cui l'analisi sia in grado di individuare in maniera sufficientemente precisa i nessi causali che legano specifiche caratteristiche o esigenze che la crisi pone a determinate risposte manageriali, la conoscenza di quei nessi può essere di aiuto nell'interpretazione dei fenomeni manageriali in condizioni di normalità.

Guardata da una prospettiva interna, cioè la risposta che il management offre quando è chiamato a confrontarsi con situazioni diverse dall'ordinario, la questione diventa quella della validità di uno *stress test*. Qui l'osservazione pertinente è che nella crisi i DG hanno fatto ricorso a strategie e utilizzato strumenti che nei loro tratti generali sono ampiamente conosciuti e descritti nella letteratura. Osservarli in azione nel rispondere a sollecitazioni particolarmente intense dell'ambiente aiuta a coglierne meglio caratteristiche e condizioni rilevanti di utilizzo.

Se è ragionevole osservare ciò che è avvenuto per trarne delle indicazioni, l'aver selezionato le aziende di un singolo sistema regionale può poi essere di aiuto nell'analisi e nella evidenziazione dei fenomeni, rendendo più omogenee molte delle condizioni di ambiente nelle quali i comportamenti manageriali hanno avuto luogo. Anche se rimangono notevoli diversità in termini di strutture e dimensioni, da una parte, e di pressione della domanda dall'altra, le aziende di una medesima Regione condividono, infatti, elementi importanti che condizionano l'azione del management come, per esempio, le strutture e i meccanismi di *governance* regionali o la cultura istituzionale, politica e manageriale.

Nel quadro delle considerazioni appena svolte e dei limiti che ne conseguono, è possibile proporre alcune aree che caratterizzano e influenzano l'azione dei DG, rispetto alle quali, nel confronto tra "normalità pregressa" e "management nella crisi" emergono cambiamenti di un certo rilievo. Il confronto può aiutare a identificare linee evolutive in grado di arricchire e rendere più efficace la guida delle aziende sanitarie pubbliche. Prima di esporle sinteticamente è bene, però, sottolineare come, rispetto a quanto contenuto nel capitolo 6 nel quale venivano riprese valutazioni espresse dai DG intervistati, si tratti qui di valutazioni riconducibili alla responsabilità degli autori.

Le aziende tra complessità e semplificazione

Le aziende sanitarie pubbliche sono entità molto ampie in termini di risorse economiche e reali amministrative e molto diversificate. La guida di aziende così vaste implica la costruzione e l'utilizzo di meccanismi in grado di assicurare il governo complessivo attraverso la capacità di controllare le diverse componenti e

le loro interdipendenze. Ciò può avvenire con strategie di *governance* diverse (Romiti et al. in corso di pubblicazione), ma comporta spesso la dispersione dell'attenzione del DG su molte e diverse aree di funzionamento aziendale e costantemente produce la tentazione di un "approccio analitico" che vede il governo complessivo dell'azienda come risultato del governo di tutte e di ciascuna singola componente.

Come è emerso dalla ricerca, nella crisi i DG hanno dedicato tutta la loro attenzione a poche e specifiche aree di funzionamento o a singoli problemi. Evidentemente, alla base di un fenomeno di focalizzazione e, in ultima analisi, di semplificazione della "macchina aziendale" vi sono fattori esterni, non riconducibili a scelte intenzionalmente operate: da una parte, i bisogni acuti, ma circoscritti, generati dalla pandemia (Pronto Soccorso, rianimazioni, vaccinazioni ecc.), dall'altra, l'oggettiva riduzione del perimetro aziendale dovuta allo spegnimento obbligato di molti servizi dell'azienda. L'esperienza di un vertice aziendale impegnato su poche, fondamentali, questioni critiche rimane però importante, indipendentemente dai fattori che l'hanno resa possibile, e costituisce un suggerimento da tenere in considerazione e uno stimolo per il management a costruire condizioni che consentano un esercizio delle proprie funzioni più focalizzato rispetto a quanto normalmente non si verifichi.

Le potenzialità di cambiamento e la plasticità dei sistemi aziendali

Un tratto sottolineato da molti protagonisti intervistati nella ricerca è la grande capacità di adattamento e cambiamento mostrata dalle aziende nella pandemia. Si tratta di un patrimonio di energie e potenzialità di trasformazione che la crisi sembra avere inaspettatamente attivato. La manifestazione più evidente è, con tutta probabilità, quella dell'indebolimento delle barriere professionali: i tradizionali confini tra professioni e discipline, che rappresentano per il funzionamento dell'azienda una vera e propria infrastruttura invisibile, sono in molti casi scomparsi, consentendo l'emergere di nuove soluzioni e modalità di intervento. La dedizione e l'impegno che il personale hanno mostrato nel perseguimento della missione è stato un altro fenomeno in parte inaspettato, soprattutto se messo in relazione ad alcune rappresentazioni che vedono il personale come generalmente poco disponibile e motivato rispetto agli obiettivi che l'azienda è chiamata a perseguire.

Anche in questo caso i fattori all'opera sono prevalentemente di natura esogena: la crisi con le sue urgenze e il suo impatto emotivo, in parte accompagnati da interventi delle aziende, e del *top management* in particolare, hanno realizzato condizioni di funzionamento largamente inattese. Anche in questo caso, però, è possibile chiedersi se e come l'esperienza possa essere capitalizzata a partire da quella che a questo punto sembra essere stata una costante sottovallutazione delle potenzialità e una difficoltà del management nell'attivare tutte le energie disponibili e nel promuovere e guidare i processi di cambiamento.

Il governo delle aziende: tra meccanismi e relazioni

In parte collegato ai punti precedenti è il tema del complesso equilibrio nei processi di governo tra uso di meccanismi e ricorso alle relazioni con le persone. Anche se non perfettamente coincidente, il tema richiama quello della distinzione tra sistemi di orientamento indiretti, principalmente i meccanismi operativi aziendali, come per esempio il budget, e sistemi diretti che si basano sul rapporto tra le persone: dalle relazioni gerarchiche, ai processi comunicativi, ai fenomeni di leadership. Guidare le aziende implica sempre l'utilizzo di un certo mix tra i due sistemi, mix che può variare, in relazione a molteplici fattori, anche in modo significativo.

In generale, e molto spesso, il management delle aziende sanitarie pubbliche è stato sovrapposto allo sviluppo dei sistemi indiretti, e dei meccanismi di programmazione e controllo in particolare. Alla base di una "naturale inclinazione" verso i sistemi indiretti o, da un diverso punto di vista, di una scarsa fiducia verso quelli diretti, vi sono molte caratteristiche delle aziende sanitarie pubbliche a partire dalle loro dimensioni, per passare all'autonomia che contraddistingue lo status di professionista, fino alla matrice pubblica che continua ad avere nell'impersonalità, nell'oggettività e nella formalizzazione valori fondanti.

La crisi è intervenuta offuscando, di fatto, i meccanismi indiretti e mettendo decisamente in primo piano quelli diretti. Ciò pone per il futuro due problemi speculari che è bene affrontare distintamente. Il primo è il ripristino dei meccanismi indiretti, come per esempio i processi di budget e la loro capacità di orientare i comportamenti, dopo un prolungato periodo di "catene corte" e di interlocuzione diretta. Il secondo è quello di come costruire e rafforzare pratiche e concettualizzazioni di un management più orientato alle persone anche in ambito pubblico.

L'effettività e la reversibilità delle decisioni

È noto come il contesto nel quale le aziende pubbliche operano, a differenza di quanto non avvenga nelle situazioni di mercato, spostati maggiormente l'attenzione del sistema aziendale verso le decisioni rispetto agli effetti che da queste derivano. Si tratta delle conseguenze, da una parte, della formalizzazione del processo decisionale (il modello deliberativo) e, dall'altra, della diversa natura che le relazioni con l'ambiente assumono nel segnalare la realizzazione della missione e assicurare la sostenibilità economica.

Il Covid ha radicalmente mutato il quadro appena delineato sia per una minore rilevanza attribuita alle procedure formali, ma soprattutto per il ruolo e la più chiara "decifrabilità" che caratterizzano gli effetti in una situazione di crisi. Le decisioni nella crisi sono, infatti, guidate dall'urgenza di generare effetti immediati, che risultano poi facilmente valutabili in termini di utilità prodotta rispetto a problemi circoscritti. Da questo punto di vista tutte le interviste hanno

registrato una o più occasioni di sequenze decisionali “corte”, occasioni nelle quali il DG è intervenuto e ha governato direttamente un intero processo: dall’individuazione del problema, alla decisione, allo svolgersi delle azioni, alla produzione degli effetti e alla loro valutazione, il tutto in un arco temporale breve.

È evidente l’eccezionalità di tali fattispecie rispetto a un’ordinarietà che vede il DG, e il *top management* in generale, prevalentemente impegnati in un ambito che potrebbe essere definito come “meta-decisionale”: di produzione delle condizioni che consentano all’azienda di rispondere adeguatamente e per archi temporali non brevi, alle attese dell’ambiente e ai suoi costanti mutamenti. Una significativa esperienza di sequenze decisionali corte potrebbe portare a estendere l’attenzione verso gli effetti anche in situazioni diverse, di maggiore ordinarietà. In altri termini, il management delle aziende sanitarie pubbliche dovrebbe coltivare maggiormente, come è accaduto durante la crisi e senza perdere il suo peculiare ruolo meta-decisionale, un’attitudine al controllo degli effetti rispetto a un’astratta bontà delle decisioni.

Nella medesima linea di riflessione si colloca il tema della reversibilità delle decisioni. Sequenze più corte normalmente implicano un’evidente minore reversibilità che, a parità di altre condizioni, espone l’intero processo a rischi maggiori e fisiologicamente influenza i parametri decisionali. Sequenze più lunghe possono portare a sottovalutare il tema della irreversibilità ovvero di come alcune decisioni possano mettere in moto processi non riaggiustabili. Anche in questo caso l’esperienza della crisi potrebbe aiutare il management a prestare maggiore attenzione nell’individuazione di decisioni a contenuto strategico, caratterizzati da effetti di lungo periodo e da scarsa reversibilità, decisioni di cui talvolta sfugge la reale natura.

L’importanza dei quadri cognitivi

Un’ultima riflessione su quanto accaduto, così come emerge dalla ricerca, è rivolta prevalentemente agli studiosi e alla concettualizzazione sulle pratiche manageriali. Spesso le analisi, e le indicazioni che ne derivano, tendono ad assumere implicitamente un’impostazione segnata da approcci marcatamente razionali che focalizzano l’attenzione sull’utilizzo delle informazioni a disposizione per ottenere la migliore decisione possibile o una decisione comunque ritenuta soddisfacente dal decisore. La crisi, soprattutto nelle prime fasi, ha fatto nitidamente emergere come i processi decisionali in carenza di informazioni siano fortemente influenzati dai quadri cognitivi pregressi, costruiti sia attraverso un background di studi (per esempio medicina vs altri percorsi) sia attraverso esperienze analoghe.

Il tema di come i processi decisionali del management vengano strutturati attraverso sistemi e strategie cognitive dei decisori, come tali sistemi e strategie si formino e come intervengano nelle decisioni è un’area di studi probabilmente

poco sviluppata rispetto alla rilevanza che ha mostrato di avere nella concreta realtà delle aziende. Se una maggiore attenzione in tale direzione è una responsabilità degli studiosi, quanto appena sottolineato può essere di qualche utilità, sia per i manager, che da una maggiore consapevolezza su ciò che è alla base dei propri comportamenti potrebbero trarre elementi utili per l'apprendimento e il miglioramento, sia per chi ha responsabilità di selezionare i manager stessi.

Bibliografia

- Al-Dabbagh Z. S. (2020), «The Role of Decision-maker in Crisis Management: A qualitative Study Using Grounded Theory (COVID-19 Pandemic Crisis as A Model)», *Journal of Public Affairs*, 20(4), e2186, pp. 1-11.
- Al-Kharabsheh A. A., Ahmad Z. A., Kharabsheh A. (2014), «Characteristics of Crisis and Decision Making Styles: The Mediating Role of Leadership Styles», *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 129, pp. 282-288.
- Arpan L. M., Pompper D. (2003), «Stormy weather: Testing “stealing thunder” as a crisis communication strategy to improve communication flow between organizations and journalists», *Public Relations Review*, 29(3), pp. 291-308.
- Austin L., Liu B. F., Jin Y. (2012), «How Audiences Seek Out Crisis Information: Exploring the Social-Mediated Crisis Communication Model», *Journal of Applied Communication Research*, 40(2), pp. 188-207.
- Bass B. M. (1985), *Leadership and performance beyond expectation*, New York, Free Press.
- Bass B. M. (1998), *Transformational leadership: Industrial, military, and educational impact*, Mahwah, Erlbaum.
- Billings R. S., Milburn T. W., Schaalman M. L. (1980), «A Model of Crisis Perception: A Theoretical and Empirical Analysis», *Administrative Science Quarterly*, 25(2), pp. 300-316.
- Boin A., Hart P., Stern E., Sundelius B. (2005), *The Politics of Crisis Management. Public Leadership under Pressure*, Oxford, Oxford University Press.
- Bundy J., Pfarrer M. D. (2015), «A burden of responsibility: The role of social approval at the onset of a crisis», *Academy of management review*, 40(3), pp. 345-369.

- Bundy J., Vogel R. M., Zachary M. A. (2017), «Organization–stakeholder fit: A dynamic theory of cooperation, compromise, and conflict between an organization and its stakeholders», *Strategic Management Journal*, 39(2), pp. 476-501.
- Carpenter M. A., Geletkanycz M. A., Sanders W. G. (2004), «Upper echelons research revisited: Antecedents, elements, and consequences of top management team composition», *Journal of management*, 30(6), pp. 749-778.
- Carson J., Waddingham J., Mackey J. D. (2020), «Organization member action proximity and attributions for managerial crisis response failure», *Management Decision*, 58(10), pp. 2177-2193.
- Christianson M. K., Farkas M. T., Sutcliffe K. M., Weick K. E. (2009), «Learning through rare events: Significant interruptions at the Baltimore & Ohio Railroad Museum», *Organization Science*, 20(5), 846-860.
- Claeys A. S., Cauberghe V. (2012), «Crisis response and crisis timing strategies, two sides of the same coin», *Public Relations Review*, 38 (1), pp. 83-88.
- Comfort L. K. (2007), «Crisis Management in Hindsight: Cognition, Communication, Coordination, and Control», *Public Administration Review*, 67(1), pp. 189-197.
- Coombs W. T. (2010), «Crisis communication: A developing field» in R. L. Heath, *Handbook of public relations*, Thousand Oaks, Sage, pp. 477-488.
- Coombs W. T. (2015), «The value of communication during a crisis: Insights from strategic communication research», *Business Horizons*, 58, pp. 141-148.
- Del Vecchio M., Romiti A. (a cura di) (2020), *Governare le aziende sanitarie in cambiamento. Top e middle management alla prova delle nuove dimensioni*. Milano, Egea.
- Dionne S. D., Gooty J., Yammarino F. J., Sayama H. (2018), «Decision making in crisis: A multilevel model of the interplay between cognitions and emotions», *Organizational Psychology Review*, 8(2-3), pp. 95-124.
- Dutton J. E., Frost P. J., Worline M. C., Lilius J. M., Kanov J. (2002), «Leading in times of trauma», *Harvard Business Review*, January, pp. 54–61.
- Fleishman E. A., Salter J. A. (1963), «Relationship between the leader's behavior and his empathy toward subordinates», *Journal of Industrial Psychology*, 1, pp. 79–84.

- Hadley C. N., Pittinsky T. L., Sommer S. A., Zhu W. (2011), «Measuring the efficacy of leaders to assess information and make decisions in a crisis: The C-LEAD scale», *The Leadership Quarterly*, 22(4), pp. 633-648.
- Hambrick D. C., Mason P. A. (1984), «Upper Echelons: The Organization as a Reflection of Its Top Manager», *The Academy of Management Review*, 9(2), pp. 193-206.
- Heath R. (1998), *Crisis Management for Managers and Executives*, Financial Times, Pitman Publishing, London.
- James E. H., Wooten L. P. (2005), «Leadership as (Un)usual: How to Display Competence in Times of Crisis», *Organizational Dynamics*, 34(2), pp. 141-152.
- James E. H., Wooten L. P., Dushek K. (2011), «Crisis Management: Informing a New Leadership Research Agenda», in Walsh, J.P. e Brief, A.P., *Academy of Management Annals*, New York, Routledge, pp. 455-494.
- Jin Y., Pang A. (2010), «Future directions of crisis communication research: Emotions in crisis. The next frontier», in Coombs, W.T. e Holladay, S.J., *The handbook of crisis communication*, Malden, Blackwell, pp. 677-682.
- Judge T. A., Heller D., Klinger R. (2008), «The Dispositional Sources of Job Satisfaction: A Comparative Test», *Applied Psychology: An International Review*, 57 (3), pp. 361-372.
- Kahn W. A., Barton M. A., Fellows S. (2013), «Organizational Crises and the Disturbance of Relational Systems», *The Academy of Management Review*, 38(3), pp. 377-396.
- Karim A. J. (2016), «The indispensable styles, characteristics and skills for charismatic leadership in times of crisis», *International Journal of advanced engineering, management and science*, 2(5), pp. 363-372.
- Kelly M. L. (2005), «Academic advisers as transformational leaders», *The Mentor: An Academic Advising*, 5, DOI: 10.26209/MJ561674.
- Kerrissey M. J., Edmondson A. C. (2020), «What good leadership looks like during this pandemic», *Harvard Business Review*, 13(1), pp. 1-8.
- Khatri N., Ng H. A. (2000), «The role of intuition in strategic decision making», *Human Relations*, 53(1), pp. 57-86.

- Kirkpatrick I., Bernadette B., Lega F., Mike D. (2013), «The Translation of Hospital Management Models in European Health Systems: A Framework for Comparison», *British Journal of Management*, 24(1), pp. 48-61.
- König A., Graf-Vlachy L., Bundy J., Little L. M. (2020), «A blessing and a curse: How CEOs' trait empathy affects their management of organizational crises», *Academy of Management Review*, 45(1), pp. 130-153.
- Maitlis S., Sonenshein S. (2010), «Sensemaking in Crisis and Change: Inspiration and Insights From Weick (1988)», *Journal of Management Studies*, 47(3), pp. 551-580.
- Mintzberg H., Raisinghani D., Théorêt A. (1976), «The Structure of “Unstructured” Decision Processes», *Administrative Science Quarterly*, 21(2), pp. 246-275.
- Norris J. I., Casa de Calvo M. P., Mather R. D. (2020), «Managing an existential threat: how a global crisis contaminates organizational decision-making», *Management Decision*, 58(10), pp. 2117-2138.
- Okoli J., Watt J. (2018), «Crisis decision-making: the overlap between intuitive and analytical strategies», *Management Decision*, 56(5), pp. 1122-1134.
- Papadakis V. M., Lioukas S., Chambers D. (1998), «Strategic decision-making processes: the role of management and context», *Strategic management journal*, 19(2), pp. 115-147.
- Papadakis V. M., Kaloghirou Y., Iatrelli M. (1999), «Strategic Decision Making: from Crisis to Opportunity», *Business Strategy Review*, 10(1), pp. 29-37.
- Pearson C. M., Mitroff I. I. (1993), «From crisis prone to crisis prepared: a framework for crisis management», *Academy of Management Executive*, 7(1), pp. 48-59.
- Pearson C. M., Clair J. A. (1998), «Reframing Crisis Management», *Academy of Management Review*, 23(1), pp. 59-76.
- Romiti A., Del Vecchio M., Milani C., Sartor G., «Italian Healthcare Organizations Facing New Dimensions: Changes in Governance Structure», *Journal of Management & Governance*, in corso di pubblicazione.
- Salas E., Klein G. A. (2001), *Research, Methods and Applications of Naturalistic Decision Making Principles*, Mahwah NJ, Erlbaum.
- Salovey P., Mayer J. D. (1990), «Emotional Intelligence», *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), pp. 185-211.

- Sayegh L., Anthony W. P., Perrewé P. L. (2004), «Managerial decision-making under crisis: The role of emotion in an intuitive decision process», *Human Resource Management Review*, 14, pp. 179–199.
- Schulz-Hardt S., Brodbeck F. C., Mojzisch A., Kerschreiter R., Frey D. (2006), «Group decision making in hidden profile situations: dissent as a facilitator for decision quality», *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(6), pp. 1080-1093.
- Slatter S., Lovett D. (1999), *Corporate turnaround: Managing companies in distress*, England, Penguin Books.
- Smith C. A., Ellsworth P. C. (1985), «Patterns of cognitive appraisal in emotion», *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(4), pp. 813–838.
- Sutcliffe K. M., Vogus T. J. (2003), «Organizing for Resilience» in Cameron K., Dutton J. E., Quinn R. E. (Eds.), *Positive Organizational Scholarship*, San Francisco, Berrett-Koehler, pp. 94-110.
- Tanese A. (2021), «L'incertezza del presente», *Panorama della sanità*, 5/21.
- Terlizzi A. (2019), *Health System Decentralization and Recentralization. Ideational and Institutional Dynamics in Italy and Denmark*, Londra, Palgrave Macmillan.
- Thürmer J. L., Wieber F., Gollwitz P. M. (2020), «Management in times of crisis: Can collective plans prepare teams to make and implement good decisions?», *Management Decision*, 58(10), pp. 2155-2176.
- Wooten L. P. (2007), «Leadership in a crisis situation: An opportunity for framing to learn», *Human Factor*, 2(1), pp. 76-80.
- Yukl G. (1998), «Managerial Leadership: A Review of Theory and Research», *Journal of Management*, 15, pp. 251-289.
- Yin R. K. (2003), *Case Study Research: Design and Methods*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Zohar D., Luria G. (2004), «Climate as a social– cognitive construction of supervisory safety practices: Scripts as proxy of behavior patterns», *Journal of Applied Psychology*, 89, pp. 322–333.

Appendice

1 – Come sono state raccolte e utilizzate le informazioni e come hanno condizionato i processi decisionali.

AREE DA INDAGARE

- Quali sono state le principali fonti di informazione sulla crisi (nazionali, regionali, aziendali ecc.)?
- Quali canali ha attivato per reperire le informazioni (personali, regionali ecc.)?
- Come sono state gestite le relazioni con queste fonti (nazionali, regionali, informazioni aziendali)?
- Quali informazioni sono state accessibili e quali no? Perché?
- Quanto si fidava delle informazioni raccolte e quanto dell'intuito?
- Come la qualità e l'affidabilità delle fonti ha influenzato il successivo processo decisionale?
- Quali sono i momenti fondamentali in cui è cambiata la sua percezione della crisi?
- Alla luce di quello che ha scoperto dopo, quali sono state le principali difficoltà in termini di informazione che avrebbe dovuto avere e non ha avuto?
- C'è stato un confronto con altri DG?

2 – Nelle diverse fasi sono cambiati la modalità decisionale e gli strumenti utilizzati per prendere decisioni.

AREE DA INDAGARE

- Natura delle decisioni (operative/strategiche).
- Orizzonte temporale delle decisioni.
- Meccanismi formali/informali.

- Rapporto con la struttura organizzativa.
- È aumentata o diminuita l'autonomia decisionale? Se sì perché e per effetto di quali soggetti (per esempio vincoli/ condizionamenti da parte di Regione o altri soggetti e su quali aree)?
- Sono state create unità di crisi e come sono intervenute sull'autonomia decisionali? Soggetti coinvolti.
- Ruolo delle decisioni pregresse (la pianificazione) nel sistema decisionale.
- Cosa è stato delegato? Con chi ha condiviso la responsabilità della decisione?
- Leadership inattese durante la crisi.
- Modalità con cui ha preso le decisioni durante le diverse fasi della crisi (collegiale/individuale).
- Quali sono stati i principali strumenti di decisione ai quali ha fatto ricorso?
- Quanto ha usato le leve ufficiali e quanto il collegamento diretto "saltando la struttura organizzativa"?
- Come sono state gestite le decisioni durante la crisi?
- Cosa è cambiato nel prendere decisioni nelle varie fasi?
- Quali informazioni hanno orientato le decisioni?

3 – Come sono stati gestiti i processi di comunicazione e le relazioni con gli *stakeholder* nelle diverse fasi.

AREE DA INDAGARE

Comunicazione con gli *stakeholder* interni

- Modalità scelte per la comunicazione (empatia, comunicazione verbale/non verbale, altro).
- Differenze in base agli *stakeholder* (comunicazione verso professionisti)
- Come ha fatto a competere con le fonti informative interne nei confronti degli esterni (per esempio, Regione, conferenze Stato-Regione) – È stata centralizzata la comunicazione interna?
- Ci sono stati tentativi di centralizzazione della comunicazione da parte di alcuni soggetti esterni?
- Strumenti di comunicazione che hanno avuto una ricaduta importante (verbale/non verbale, altro).
- Utilizzo di strumenti di comunicazione digitali per il controllo della crisi (monitoraggio).
- Stili di comunicazione aziendale (strategia-trasparenza, frequenza).

- Target specifici di comunicazione (per esempio verso malati cronici)
- Consapevolezza sull'uso della comunicazione.
- Conta sull'uso della comunicazione per il futuro?

Comunicazione con gli *stakeholder* esterni

- Rapporti col mondo esterno: nel periodo di crisi come sono cambiati i rapporti con la politica (regione, sindaci)?
- Comunicazione verso opinione pubblica.
- Come ha fatto a competere con le fonti informative esterne nei confronti degli esterni?

4 – Cambiamenti destinati a sopravvivere alla crisi e cambiamenti che non si protrarranno almeno con riferimento alle seguenti aree generali:

- rapporti azienda-cittadini/pazienti.
- Rapporti istituzionali e con la regione.
- Meccanismi di funzionamento e di gestione interna.
- Ruolo e funzioni del DG.

AREE DA INDAGARE

- Quali dei cambiamenti messi in atto permarranno anche dopo l'emergenza e quali sono destinati a sparire?
- Quali lezioni ha tratto dalla esperienza della pandemia e nelle specifiche fasi?
- Quali eventuali esperienze possono essere consolidate per il futuro?
- Quanta parte delle decisioni è stata influenzata da previsioni a breve termine e quanta da visioni dell'azienda in un futuro più lungo?
- Quando si tornerà alla normalità, cosa sarà cambiato per sempre a causa della pandemia?
- In che modo la crisi ha cambiato quello che fa oggi? Aspetti del suo ruolo che sono maggiormente cambiati (strutturali, operativi, tecnici).
- C'è stato un momento in cui è passato dal concentrarsi sulla contingenza dell'emergenza alla pianificazione di un futuro differente?
- Quali sono stati gli aspetti del proprio ruolo che sono maggiormente cambiati rispetto alle fasi pre-crisi?
- Quali competenze soft/skill ha messo in campo per affrontare la crisi?
- C'è qualcosa che ritiene importante e che riguarda il suo ruolo durante la crisi che ci siamo dimenticati di chiederle?

Ringraziamenti

Si ringrazia il Coordinamento Fiaso delle Aziende del Lazio che ha ideato e promosso l'iniziativa ed in particolare i coordinatori Flori Degrassi e Giuseppe Quintavalle.

Un sentito ringraziamento va ad Alessio D'Amato (Assessore alla sanità della Regione Lazio) e ai Direttori Generali delle Aziende del Lazio, protagonisti della ricerca, sulle cui testimonianze si basa questo testo (le Aziende di appartenenza sono riferite al periodo della prima ondata della pandemia):

- Massimo Annicchiarico (DG AO Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata)
- Marta Branca (DG IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani)
- Giorgio Casati (DG ASL Latina)
- Maria Paola Corradi (DG ARES 118)
- Pierpaola D'Alessandro (DG ff ASL Frosinone)
- Flori Degrassi (DG ASL Roma 2)
- Marinella D'Innocenzo (DG ASL Rieti)
- Daniela Donetti (DG ASL Viterbo)
- Adriano Marcolongo (DG AOU S. Andrea)
- Narciso Mostarda (Comm. Str. ASL Roma 6)
- Vincenzo Panella (DG AOU Policlinico Umberto I)
- Giuseppe Quintavalle (DG ASL Roma 4)
- Francesco Ripa di Meana (DG IRCCS IRE IFO ISG)
- Giorgio Giulio Santonocito (DG ASL Roma 5)
- Angelo Tanese (DG ASL Roma 1).

La Federazione è molto grata al CUSAS (Centro Universitario di Studi in Amministrazione Sanitaria) e segnatamente agli autori Mario Del Vecchio e Anna Romiti dell'Università di Firenze per il grande lavoro svolto di conduzione e analisi della ricerca e di elaborazione e stesura del rapporto.

Si ringraziano i Presidenti di Fiaso Francesco Ripa di Meana prima e Giovanni Migliore poi che hanno promosso e supportato il progetto “parola ai protagonisti: il ruolo del DG in epoca di crisi”.

Si ringrazia infine la tecnostruttura di Fiaso, il Direttore Nicola Pinelli, Piero Borgia per il coordinamento, Stefano Inglese per il contributo all’analisi e alla revisione editoriale, Maurizio Corrado per il supporto, Roberta Scazzocchio e Valerio Noviello per la gestione organizzativa e gli aspetti tecnici, Viviana Monastero per la comunicazione, Eleonora Giordani per le trascrizioni, Giovanna Longa per gli aspetti amministrativi, Diana De Maffutiis per il supporto organizzativo, Maria Teresa Sabella e Flavia di Pasquale per raccolta ed elaborazione dati.

