



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

---

Corso di Laurea triennale in Economia e Commercio

**IL CAMBIAMENTO STRATEGICO E IL SUO  
RUOLO NEI SISTEMI SOCIO-SANITARI**

**THE STRATEGIC CHANGE AND ITS ROLE IN  
SOCIO-SANITARY SYSTEMS**

Relatore:

Prof.ssa Maria Giovanna Vicarelli

Rapporto Finale di:

Annalisa Rossi

Anno Accademico 2019/2020

## INDICE

Introduzione.....	3
1.IL CAMBIAMENTO STRATEGICO	
1.1. Caratteristiche generali.....	6
1.2. Le dinamiche comportamentali di difesa.....	9
1.3. Le principali teorie.....	12
1.4. I presupposti e le fasi del processo di change management.....	16
2.IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE IN ITALIA	
2.1. Le principali leggi e riforme emanate: da Crispi alla riforma del 1992.....	18
2.2. Caratteristiche del modello organizzativo brain-intensive dell'azienda sanitaria.....	22
2.3. Differenze e similitudini delle aziende sanitarie brain-intensive pubbliche e private.....	25
3.IL RUOLO DEL PROCESSO DI CHANGE MANAGEMENT PER L'INNOVAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE	
3.1.Gli ambiti oggetto del processo di change management.....	29

3.2.Le possibili resistenze.....	32
3.3.Gli strumenti: ruolo del digital, dello skill mix change e dei processi di marketing.....	34
3.4.Criticità emerse in seguito all'emergenza Covid-19.....	38
Conclusione.....	41
Bibliografia.....	43
Sitografia.....	44

## INTRODUZIONE

Alla base dell'elaborato vi è l'analisi del processo di cambiamento strategico al quale può andare in contro una qualsiasi realtà aziendale al fine di attuare una nuova o una diversa strategia aziendale. Nello specifico la realtà aziendale oggetto di studio è quella delle aziende sanitarie, pubbliche e private, strutture alla base del Sistema Sanitario Nazionale il quale, in Italia, è lo strumento operativo per garantire la tutela della salute.

L'elaborato è il frutto del forte interesse relativo ai processi di innovazione e cambiamento ai quali possono andare incontro le organizzazioni aziendali, talvolta necessari al fine di garantire la sopravvivenza dell'organizzazione stessa. A questo interesse si collega inoltre la curiosità di capire come tali processi possano essere applicati nelle realtà delle aziende sanitarie, realtà che, ora più che mai, necessitano dell'attuazione di un cambiamento volto soprattutto all'innovazione al fine di garantire in modo efficiente ed equo la tutela della salute su tutto il territorio nazionale.

L'obiettivo è quello di conoscere il ruolo del processo di cambiamento strategico nei vari ambiti ai fini dell'innovazione del Sistema Sanitario Nazionale, con particolare attenzione alle possibili resistenze che possono emergere da parte dei soggetti interni dell'organizzazione e agli strumenti utilizzabili; questi ultimi

comprendono le soluzioni digitali per il supporto della revisione dei modelli organizzativi e della presa in carico dei pazienti, la modifica dello skill mix che può riguardare sia il cambiamento dei ruoli dei professionisti sia il cambiamento dell'interfaccia dei servizi e, in ultima analisi, la valorizzazione dei processi di marketing sanitario e della comunicazione al fine di promuovere la salute e contrastare la disinformazione.

L'analisi della tema si basa sulla consultazione di testi aventi per oggetto lo studio dei processi di change management, delle diverse teorie formulate in merito e di articoli scientifici aventi per oggetto le tematiche riguardanti lo stato attuale e futuro del SSN.

Il rapporto finale è articolato in tre capitoli: nel primo capitolo è affrontato il tema del cambiamento strategico attraverso un'analisi delle caratteristiche che lo contraddistinguono e delle principali teorie formulate in merito; infine è presente una descrizione delle fasi e delle dinamiche comportamentali antagoniste del processo di cambiamento. Nel secondo capitolo viene invece effettuata una panoramica sulla nascita e sviluppo del SSN seguita dalla descrizione delle caratteristiche del modello organizzativo proprio delle aziende sanitarie pubbliche e private, per le quali si effettua un confronto tra analogie e differenze. Nel terzo capitolo infine viene analizzato il ruolo del change management nel Sistema

Sanitario Nazionale con approfondimenti in merito agli ambiti oggetto del processo, alle possibili resistenze al cambiamento e ai possibili strumenti utilizzabili al fine di favorire l'innovazione; l'ultimo capitolo comprende anche un breve accenno alle criticità emerse durante l'emergenza Covid-19.

# **1. IL CAMBIAMENTO STRATEGICO**

## **1.1. CARATTERISTICHE GENERALI**

Il cambiamento può essere definito come la risposta dell'impresa ad un qualsiasi evento, frutto di forze esterne o interne, che comporta una modifica degli obiettivi aziendali o delle loro modalità di raggiungimento a tutti i livelli dell'organizzazione. E' un fenomeno evolutivo, risultato della combinazione di forze endogene che derivano dal contesto organizzativo interno e da forze esogene che derivano invece dal contesto ambientale esterno. Tra i vari input esogeni del cambiamento ricordiamo:

1. I clienti: sempre più esigenti, possono richiedere prodotti e servizi che meglio ricoprano i propri bisogni;
2. Il progresso tecnologico: grazie ad esso si genera la necessità di innovare sia in termini di prodotto sia in termini di processi produttivi;
3. La concorrenza: grazie alla globalizzazione si è verificata una sovrapposizione dei mercati che ha comportato il confronto a livello mondiali delle imprese su vari aspetti come il prezzo, la qualità, la quantità dei servizi e dei prodotti offerti;
4. I cambiamenti demografici e sociali: essi influenzano in modo particolare i modelli di consumo, ai quali poi le imprese stesse debbono adattarsi in modo da garantire un'offerta adeguata dalla domanda;

5. Le novità legislative: le scelte dell'impresa sono fortemente influenzate dalla normativa vigente che ha come scopo principale quello di indirizzare le attività di produzione verso la creazione di prodotti e servizi che possano soddisfare al meglio il consumatore.

Per quanto riguarda invece gli input endogeni del cambiamento:

1. Utilizzo di risorse non adeguato;
2. Tensioni interne;
3. Dinamiche organizzative.

Il cambiamento, in una visione tradizionale, è visto come un processo di adattamento causato da una crisi che causa una perdita e nei confronti della quale l'impresa risponde con la generazione di un nuovo status quo; in una visione invece evolutiva il cambiamento è visto come la risposta ad un ambiente dinamico attraverso lo sviluppo progressivo delle capacità. Rappresenta infatti un'occasione di crescita dalla quale trarre il massimo vantaggio, grazie alla possibilità di affrontare nuove sfide durante le quali è possibile esprimere il massimo potenziale dell'organizzazione. Ovviamente le due visioni dipendono fortemente dai modelli organizzativi di riferimento.

La gestione del cambiamento in azienda è definito Change Management ed è, nello specifico, l'insieme delle attività strutturate volte a costruire un percorso di transizione che, da una data situazione, fissa un obiettivo e favorisce il passaggio verso una nuova condizione. Attraverso questo delicato e complesso processo



l'impresa decide di affrontare in maniera proattiva le novità che investono il sistema in cui opera, definendo e attuando le strategie necessarie per potersi adattare ponendo in essere quindi un vero e proprio cambiamento strategico.

E' però la predisposizione organizzativa ad una cultura del cambiamento a rendere tale cambiamento strategico uno standard duraturo. Nello specifico "il cambiamento si produce quando sono allineati visione (la strategia, gli obiettivi, i punti di arrivo), cultura (intesa come comprensione del perché cambiare rispetto alla visione), struttura (un gruppo di attori, di agenti del cambiamento che si fa carico di pianificare e governare l'intero processo di cambiamento) e risorse (gli investimenti in formazione, in tecnologia ecc. necessari per sostenere il cambiamento). Quando manca uno degli elementi, invece dei risultati si producono effetti indesiderati – confusione, resistenza o resilienza, ansia, frustrazione – e il cambiamento fallisce, o richiede più tempo e risorse" (Lega p.144, 2016).

Tale processo ha un forte impatto soprattutto sui dipendenti dell'organizzazione aziendali, un impatto che investe diverse dimensioni dell'individuo come la dimensione motivazionale, cognitiva, emotiva, operativa e relazionale. Non a caso l'individuo è considerato il fulcro del processo di cambiamento organizzativo a tal punto da causarne il fallimento quando le resistenze da esso generate sono tali da impedire il raggiungimento degli obiettivi di performance aziendale e di soddisfazione individuale.

## 1.2 LE DINAMICHE COMPORTAMENTALI DI DIFESA

I processi di cambiamento possono generare negli individui diversi atteggiamenti in base alla percezione che hanno del cambiamento stesso. Se la percezione è positiva si genera un'aspettativa che sfocia nell'adesione al processo; al contrario, se la percezione è negativa, si genera un rifiuto e la nascita di diverse resistenze che possono determinare il fallimento dello stesso processo.

Queste dinamiche comportamentali di difesa sono del tutto naturali perché, ogni individuo, è portato a conservare quanto appreso dall'esperienza, ed è quindi poco incline a disimparare per acquisire nuove competenze.

L'incertezza riguardo gli obiettivi e gli esiti futuri generano paura del cambiamento e sta all'organizzazione stessa riuscire a motivare e creare un atteggiamento proattivo nei confronti del cambiamento.

Durante il processo di change management si generano resistenze fisiologiche sia individuali, sia di gruppo.

Ai fini dell'analisi dei comportamenti di difesa è utile far riferimento al modello di apprendimento del pedagogo Tom Senninger (Cucchi, 2016),

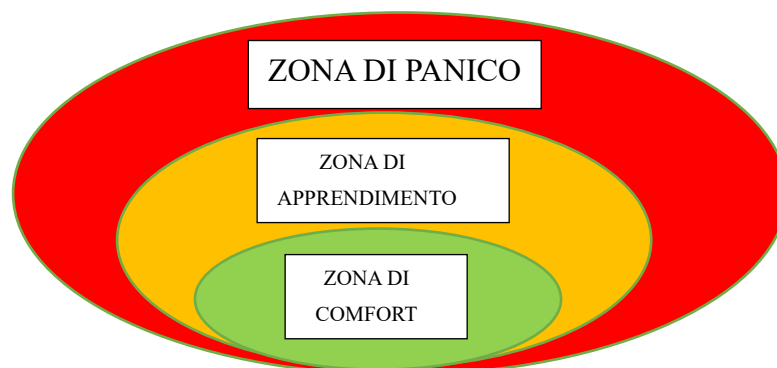


Fig. 1.1: Modello di apprendimento

Questo modello di apprendimento individua tre zone:

1. *Zona di comfort*: è una condizione mentale di stabilità, familiarità e sicurezza nella quale la persona non percepisce nessun pericolo e si trova a suo completo agio; è la zona nella quale permangono i membri dell'organizzazione che percepiscono il cambiamento come evento negativo e le resistenze comportamentali messe in atto sono fondamentalmente tre : l'autocompiacimento, generato da falso orgoglio e arroganza; l'irrigidimento sulle proprie posizioni generato dall'ira; l'immobilismo ispirato dall'autoconservazione (Kotter, 2003). Tutto ciò impedisce la creazione di una motivazione al cambiamento, quel senso di urgenza, di ansia da sopravvivenza (Schein, Edgar H., 2000) che permetta di abbandonare la zona di comfort e passare al livello successivo.

2. *Zona di apprendimento*: è la zona nella quale si abbandonano le proprie certezze, correndo il rischio di essere giudicati-, allo stesso tempo è una situazione di opportunità per favorire la propria crescita personale. In questa fase si può sperimentare l'ansia da apprendimento (Schein, Edgar H., 2000) generata da diverse paure come quella di incompetenza temporanea, di una punizione per incompetenza, di perdere l'identità personale o di perdere l'appartenenza al gruppo. In risposta a questo tipo di sentimento possono emergere ulteriori meccanismi di difesa volti a impedire il processo di apprendimento. Essi sono:

- Rifiuto: ci si convince che le motivazioni che hanno generato l'ansia da sopravvivenza e la conseguente fuoriuscita dalla zona di comfort non siano

valide o solo temporanee;

- Fare scaricabarile: si imputa la necessità di cambiamento ad altri settori e non al proprio;
- Attuazione di manovre di negoziazione: si richiedono particolari compensi per lo sforzo e si vuole essere convinti che nel lungo periodo si avranno dei vantaggi.

Solo se l'organizzazione è capace di generare negli individui una certa sicurezza psicologica le resistenze verranno vinte e si dà il via ad un apprendimento trasformativo che permette il cambiamento.

*4.Zona di panico:* è la zona nella quale la persona non sperimenta il senso del controllo e le sfide che devono essere affrontate richiedono un rischio troppo elevato. Non è favorito l'apprendimento in quanto il sentimento prevalente è la frustrazione, atteggiamento mentale che impedisce alla persona di poter acquisire nuove competenze.

Le dinamiche di difesa dei gruppi, come dei singoli, sono quindi posti in essere in quanto gli individui sono<sup>7</sup>:

- *Problem searcher*, ovvero affrontano un problema solo quando ne percepiscono l'urgenza, altrimenti continuano ad assumere i comportamenti consueti;
- *Satisficing*, ovvero lavorano secondo logiche da sistema chiuso, a livelli di performance ritenuti accettabili, non ricercando il miglioramento ma

portando avanti prassi, consuetudini che utilizzano come protezione;

- *Retention of solutions*, ovvero hanno la tendenza a pescare le soluzioni adottate in passato per problemi simili con l'idea che ciò che ha funzionato in passato possa essere valido per il futuro; questo innesca il meccanismo di trappola della competenza che impedisce di adottare soluzioni diverse maggiormente efficaci. (Lega, 2016)

### **1.3 LE PRINCIPALI TEORIE**

Quattro sono i principali modelli teorici formulati in merito:

- Modello di Lewin
- Modello di Kotter
- Modello di ADKAR

#### 1.3.1 Modello di Lewin

Il modello ideato da Kurt Lewin e illustrato nell'opera "Teoria e sperimentazione in psicologia sociale" del 1951, prevede tre distinte fasi grazie alle quali è possibili porre in essere un cambiamento. Esse sono:

1. *Scongellamento*. È la fase nella quale si abbandonano vecchie consuetudini per consolidarne di nuove e si crea la motivazione al cambiamento. Inoltre, si crea la sicurezza psicologica necessaria per superare le resistenze.

2. *Cambiamento*. E' la fase dell'apprendimento durante la quale viene realizzata la formazione dei dipendenti con lo scopo di permettere l'acquisizione di nuovi concetti.
3. *Ricongelamento*. E' la fase di interiorizzazione della nuova cultura aziendale e di sostituzione delle vecchie pratiche con i nuovi sistemi comportamentali.

### 1.3.2 Modello di Kotter

Il modello ideato da John Paul Kotter, proposto nel 1996 e illustrato nell'opera "Leading Change", si basa fundamentalmente sul concetto di leadership. Egli propone 8 passi da compiere per l'attuazione di un cambiamento organizzativo, individuati negli otto errori più comuni commessi che ne determinano il fallimento. Essi sono:

1. *Creazione di un senso di urgenza*. Questo primo passo ha lo scopo di muovere all'azione gli individui riguardo problemi e opportunità e ridurre le resistenze rappresentate dall'autocompiacimento, l'ira e la paura;
2. *Costruire un team che guiderà il cambiamento*. Passaggio nel quale si crea un gruppo composto dalle giuste persone che possiedono il potere di dirigere lo sforzo del cambiamento, comportandosi con fiducia reciproca e trasporto emotivo;
3. *Creare una visione motivante*. La visione deve essere audace a tal

punto da trainare lo sforzo del cambiamento e il team-pilota deve essere aiutato a trasformare tale visione in realtà;

4. *Comunicare per ottenere il consenso.* Passaggio nel quale si devono creare messaggi chiari nella descrizione della direzione del cambiamento, capaci di creare un consenso sincero, attraverso l'uso di parole, fatti e nuove tecnologie che permettano il superamento della confusione.
5. *Consentire l'azione attraverso l'empowerment.* Delicato passaggio nel quale devono essere rimosse tutte le barriere che ostacolano coloro che hanno accettato la nuova visione, sia a livello organizzativo sia a livello emotivo.
6. *Creare piccoli successi nell'immediato.* Questo passo ha lo scopo di attenuare il cinismo e il pessimismo attraverso la creazione di una serie di piccoli successi visibili in tempi brevi capaci di creare un certo senso di slancio.
7. *Consolidare i progressi.* In questo passaggio le persone devono essere aiutate a portare avanti cambiamento progressivi fino a quando la visione non diventa realtà, non tralasciando mai il senso di urgenza ed eliminando i lavori inutili che potrebbero generare troppa stanchezza.
8. *Far attecchire il cambiamento.* Fare in modo che i collaboratori continuino a lavorare con nuove modalità, radicando i nuovi

comportamento nella cultura aziendale, utilizzando inoltre la leva delle promozioni e la forza delle emozioni per rinforzare norme e valori condivisi dal gruppo. (Kotter, John P., 2003)

### 1.3.3 Teoria di ADKAR

Questo modello di gestione del cambiamento è stato sviluppato a partire dagli anni '90 da Jeff Hiatt, illustrato poi nell'opera "ADKAR: a model for change in business, government and our community", ed ha al centro l'individuo.

ADKAR è un acronimico che proviene dalle parole inglesi: Awareness, Desire, Knowledge, Ability, Reinforcement. Esse corrispondono ai cinque step del modello; i risultati raggiunti in ogni step permettono di raggiungere quello successivo. Segue l'analisi di ogni step:

- *Awareness (Consapevolezza)*: step nel quale si costruisce la consapevolezza della necessità del cambiamento attraverso una efficace comunicazione volta a smantellare le sicurezze e il comfort che derivano dal non cambiare ed aperte discussioni di chiarimenti su eventuali dubbi;
- *Desire (Desiderio)*: tale step è raggiunto quando nasce negli individui il desiderio supportare e far parte del processo di cambiamento poiché si sono compresi i pericoli nel rimanere in una situazione di stallo. Si ha successo in questo step quando si chiarisce all'individuo cosa lo attenderà alla fine del processo di cambiamento;
- *Knowledge (Conoscenza)*: step nel quale si acquisiscono conoscenze sulle



proprie capacità e sul proprio ruolo nella formazione grazie alla formazione e all'esperienza sul campo principalmente;

- *Ability (Capacità)*: grazie all'applicazione della conoscenza si raggiungono risultati grazie alle proprie capacità, capacità che devono essere ottimizzate con la pratica ed il tempo. Solitamente entra in gioco un supervisore che verifica la corretta applicazione delle conoscenze al fine di ottenere quei risultati individuali in linea con quelli dell'organizzazione;
- *Reinforcement (Rinforzo)*: è lo step della celebrazione dei risultati raggiunti tramite un riconoscimento del proprio lavoro favorito da un sistema di feedback. È la fase che più nasconde pericoli di insuccesso qualora tale riconoscimento non andasse a buon fine.

#### **1.4 I PRESUPPOSTI E LE FASI DEL PROCESSO DI CHANGE MANAGEMENT**

Il cambiamento è prima di tutto un cambiamento di persone ed è per questo che, affinché il processo sia condotto secondo gli schemi proposti, deve essere guidato da una leadership di alto profilo; inoltre deve essere necessariamente attuata una politica di valorizzazione dei talenti, dei giovani emergenti i quali potrebbero assumere la leadership operativa del cambiamento in quanto fortemente motivati.

(Lega, 2016)

Se valgono tali presupposti è possibile procedere all'attuazione delle principali tre

fasi del processo individuate sommariamente da quasi tutte le teorie: fase di pianificazione, implementazione e consolidamento.

- *Pianificazione*: è la fase nella quale avviene la presa di coscienza della necessità di cambiare a causa di un problema al quale si associa un nome (naming) e per il quale si definisce il quadro in cui si inserisce (framing) per determinare le opzioni di intervento. In ultima istanza in questa fase avviene la scelta condivisa del percorso di azione ritenuto migliore;
- *Implementazione*: è la fase nella quale si sviluppa e si implementa il piano e le strategie scelte;
- *Consolidamento*: fase di gestione della transizione attraverso il consolidamento del cambiamento con azioni di rinforzo dei nuovi processi, responsabilità, prassi introdotti. Inoltre vengono valutati i risultati raccolti.

## **CAP.2 IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE IN ITALIA**

### **2.1. LE PRINCIPALI LEGGI E RIFORME EMANATE: DA CRISPI ALLA RIFORMA DEL 1992**

Una prima visione della natura collettiva e pubblica associata al bene salute in Italia l'abbiamo però solo con l'emanazione, nel 1890, della Legge Crispi dal titolo "*Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*" attraverso la quale tutti gli enti ospedalieri, pubblici e privati, sono ricondotti sotto il controllo dello Stato. Nello specifico le opere pie, enti con diverse finalità ma tutte riconducibili all'assistenza al bisognoso, vengono trasformate in Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza (IPAB).

Con la caduta del Fascismo e l'approvazione della Costituzione della Repubblica Italiana, i temi sanitari e sociali vengono affrontati negli artt. 32 e 38.

L'art. 32 definisce il diritto alla salute:” *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.*

L'art. 38 invece afferma il diritto all'assistenza sociale:” *Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati*

*mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera”.*

Il ruolo centrale è del Ministero della Sanità anche se, fino alla fine degli anni Settanta, l'assistenza permane in capo alle IPAB; la stessa Costituzione prevedeva inoltre un ruolo centrale delle Regioni nella gestione del settore salute, ruolo rimasto inattuato però fino all'istituzione delle amministrazioni regionali nel 1970 quando venne conferito ad esse maggior potere legislativo, anche se pur sempre limitato.

Negli anni Cinquanta e Sessanta si afferma il ricorso all'assistenza mutualistica con la conseguente nascita di molti enti mutualistici presenti sul territorio; le prestazioni venivano fornite principalmente in forma diretta , ossia, senza che l'assicurato ne anticipasse il costo e secondo una logica assistenzialista che si limitava all'intervento diagnostico e terapeutico, tralasciando l'intervento di prevenzione. Gli ospedali erano inoltre convenzionati con gli enti mutualistici. (Lega, 2016)

A causa delle inadeguatezze dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria a causa della mancata attività di prevenzione, della natura corporativa, della natura essenzialmente burocratica e dell'inesistenza di un sistema di finanziamento che

permettesse il controllo della spesa sanitaria, prese avvio un processo di riforma che si è concretizzato con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale in base alla legge 833/78.

La riforma del 1978 rappresenta un vero e proprio punto di rottura con il passato; mirava al perseguimento di obiettivi di equità sociale attraverso l'estensione del diritto alla tutela della salute a tutta la popolazione e in condizioni di parità. La riorganizzazione del sistema sanitario prevista consisteva “nella realizzazione a livello territoriale di un centro unitario di gestione di tutte le competenze preventive (dato che la legge di riforma aveva anche inteso ri-orientare l'attività sanitaria verso la prevenzione), diagnostico-curative e riabilitative costituito dalle Unità Sanitarie Locali (USL)”(Lega, 2016, p.26); queste ultime di fatto erano concepite come strumenti operativi dei comuni stessi.

Tre erano i livelli di governo individuati dalla legge: a livello nazionale (governo, parlamento e Consiglio Sanitario Nazionale); a livello regionale (organismi regionali); a livello locale (USL).

Il sistema di finanziamento previsto dalla legge si basava sulla creazione del Fondo Sanitario Nazionale annuale da destinare alla sanità, che veniva formalmente definito nella legge finanziaria annuale. (Lega, 2016)

Di fatto il SSN cercava di soddisfare tutti i bisogni socio sanitari che si era in grado di curare attraverso l'utilizzo di tutta la conoscenza e la tecnologia a disposizione, generando quindi un'ingente crescita della spesa sanitaria a causa

della totale assenza di una programmazione finanziaria, con la conseguente creazione di ingenti disavanzi delle USL. In risposta a questa situazione si è provveduto a riorganizzare il settore della sanità attraverso l'emanazione del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni.

La legge 502/92, pietra miliare del processo di managerializzazione della sanità italiana, può essere riassunta in pochi principi:

1. *Creazione dei quasi mercati*; le aziende ospedaliere autonome, istituite da ospedali precedentemente gestiti dalle USL ed autonome dalla ASL, in virtù di questo principio, sono sul “mercato” in quanto i pazienti possono liberamente scegliere dove ricoverarsi e la ASL di appartenenza provvederà a pagare la relativa tariffa all'AO; il fatturato di quest'ultimo è quindi determinato dall'attrazione dei pazienti (money follows the patient);
2. *Aziendalizzazione* : si intende il processo di maggior responsabilizzazione di ASL e AO per quanto riguarda la loro stessa gestione; vengono qualificate con la riforma come aziende dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica;
3. *Regionalizzazione dei servizi sanitari*: le regioni ricevono annualmente dallo stato un fondo fisso in base al numero dei propri cittadini e diventano quindi responsabili della programmazione finanziaria e della distribuzione

delle risorse sul territorio tra le unità eroganti servizi, le aziende sanitarie locali (ASL) e le aziende ospedaliere.

La riforma del 1992 è stata poi oggetto di ulteriori provvedimenti di modifica e di aggiornamento; il più importante di questi è stato il D.Lgs 229/99 conosciuto anche come legge Bindi o riforma-ter, il quale spinse il sistema ad adottare il modello dipartimentale e ad affrontare per la prima volta il tema dell'esclusività nel rapporto di lavoro del medico pubblico, sancendo l'obbligo di esclusività nel rapporto di lavoro dei medici assunti dal 1° Gennaio 2000 nei confronti delle strutture del SSN.

## **2.2 CARATTERISTICHE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO BRAIN-INTENSIVE DELL'AZIENDA SANITARIA**

Le aziende ad alta intensità di capitale intellettuale e di professionisti sono identificate come aziende brain-intensive o knowledge intensive.

I dipendenti, knowledge workers, possiedono un elevato grado di expertise e istruzione, e la loro attività principale riguarda la creazione, distribuzione e applicazione del sapere.

Le università, le società di consulenza, gli studi legali e professionali, le imprese assicurative e di revisione, le aziende di servizi sociali, i centri di ricerca e le agenzie ad alto contenuto professionale come le aziende sanitarie, presentano una natura di questo tipo e sono state protagoniste di una crescita, a partire dalla

seconda metà del secolo scorso, sia per dimensione che per differenziazione organizzativa interna, crescita che ha messo in crisi le basi del modello e apre la strada a nuove idee di management.

Per quanto riguarda il modello brain-intensive tipico delle aziende sanitarie è bene dire che durante tutto il secolo scorso le strutture ospedaliere erano fondate sul potere del medico; di fatto l'ospedale era la somma delle articolazioni gestite dagli stessi primari e la struttura a padiglioni confermava questo tipo di organizzazione; ogni padiglione era un'isola governata da un medico. (Lega, 2016)

L'ospedale era quindi governato dalla logica del professionalismo ovvero esso era il mezzo per la crescita professionale del professionista stesso, la cui etica guidava la crescita dell'organizzazione. Il meccanismo dominante di coesione organizzativa e di controllo sociale era quello del "modello fiduciario" ovvero basato sulla fiducia tra il professionista leader e i suoi collaboratori. (Lega, 2016)

A partire dagli anni Sessanta, a causa dell'elevata complessità organizzativa e ambientale (regolamentazione) a cui si è andati in contro, le aziende sanitarie si sono evolute verso un modello ben rappresentato da Mintzberg nella configurazione della "burocrazia professionale". Secondo questo modello il nucleo operativo è costituito dai professionisti che utilizzano procedure complesse apprese grazie ad anni di formazione e poi applicate al contesto organizzativo; tale nucleo è poi affiancato dal lavoro di uno staff amministrativo per la gestione dei processi di supporto e l'esecuzione di una parte delle scelte decisionali. In base a



questo modello il professionista ha essenzialmente due compiti:

1. Formulare la diagnosi e capire quale programma standard essere applicato in base al caso specifico del cliente;
2. Applicare il programma standard, indirizzando eventualmente il cliente dallo specialista più adatto;

Questo è il processo standard svolto dal medico e qualora il caso del cliente non rientri tra le sue competenze può cercare la soluzione tramite lo studio di linee-guida, protocolli etc.

Numerosi sono però gli elementi di criticità emersi nelle logiche della burocrazia professionale tipica dei modelli aziendali brain-intensive.

Primo fra tutti lo scontro tra la cultura professionale e quella manageriale: (Lega, 2016). I professionisti tollerano ben poco il controllo discrezionale della componente amministrativa e al tempo stesso quest'ultima soffre la dinamicità, lo spirito creativo e di innovazione che può mettere in discussione l'organizzazione stessa. La situazione diventa ancora più complessa se si considera il fatto che, soprattutto nelle aziende sanitarie pubbliche, alle due precedenti culture si somma quella giusburocratica.

Di fatto l'azienda brain-intensive in questo contesto è un'arena politica dove i gruppi professionali lottano tra di loro rendendo la battaglia ancora più aspra nel momento in cui entrano in gioco, nelle singole unità professionali, logiche di organizzazione missionaria; questo tipo di logica fa sì che i gruppi guidati da un

leader carismatico possano andare contro l'orientamento strategico e le priorità aziendali.

Tuttavia queste dinamiche sono in via di attenuazione a causa de:

1. la crisi del "baronato";
2. la crisi del modello fiduciario.

### **2.3. DIFFERENZE E SIMILITUDINI DELLE AZIENDE SANITARIE BRAIN-INTENSIVE PUBBLICHE E PRIVATE**

La gestione delle organizzazioni professionali quali le aziende sanitarie varia in base alla natura pubblica o privata delle stesse.

Le caratteristiche che accomunano le due tipologie di organizzazioni sono: l'apicalità scientifica, la discrezionalità rivendicata dal professionista, la resistenza al coordinamento professionale e la scarsa propensione all'innovazione. (Lega, 2016)

#### *a) Apicalità scientifica*

Nelle aziende sanitarie i migliori (in termini di esperienza, competenze e anzianità) dovrebbero dirigere i gruppi di professionisti in quanto considerati idonei. Purtroppo spesso il livello delle competenze professionali non eguaglia quello delle competenze manageriali richieste in un modello di burocrazia professionale, sia nell'ambito pubblico e privato. I professionisti spesso sono infatti chiamati a ricoprire ruoli di tipo manageriale il cui svolgimento può

generare demotivazione; allo stesso tempo c'è la tendenza a respingere ipotesi di subordinazione a manager puri;

*b) Discrezionalità*

Nello svolgimento della sua attività lavorativa il professionista ha piena autonomia decisionale nel contesto della burocrazia professionale, dove applica competenze standard sulla base delle valutazioni individuali posti in essere per ogni singolo caso, alla ricerca di soluzioni che porterebbero maggior beneficio al cliente.

Le capacità professionali vengono poi implementate grazie ad aggiornamenti professionali ai quali i professionisti possono partecipare sulla base di scelte individuali o quando l'azienda lo ritiene necessario.

*c) Resistenza al coordinamento*

La standardizzazione delle capacità nelle aziende brain-intensive permette il coordinamento, il quale però a volte risulta molto blando soprattutto quando casi di alcuni clienti non possono essere specificatamente classificati ad un'area disciplinare o richiedono le competenze di due o più professionisti. Questo genera delle vere e proprie guerre di territorio tra aree professionali, le quali vengono alimentate quando l'azienda sanitaria assume le sembianze di arena politica come accade nell'ambito pubblico.

*d) Scarsa propensione all'innovazione*

Nella realtà solo una parte dei professionisti ha un'inclinazione ad innovarsi, a perfezionarsi e a tenersi aggiornati continuamente. Questa tendenza probabilmente nasce a causa del dover intraprendere percorsi formativi spesso lunghi e impegnativi e del dover effettuare uno sforzo interdisciplinare e di cooperazione tra vari professionisti che spesso sono riluttanti nel lavorare insieme.

Per quanto riguarda invece le differenze, tre sono quelle estremamente accentuate nell'azienda sanitaria pubblica rispetto a quella privata:

1. *La tenure*: i medici pubblici godono un'alta protezione contrattuale che rende difficile il licenziamento o qualsiasi penalizzazione in caso di scarso rendimento. Nell'ambito privato valgono invece le disposizioni del CCNL.
2. *Il coordinamento strategico*: i problemi di gestione dell'azienda sanitaria pubblica derivano dalla sua configurazione di arena politica come precedentemente evidenziato; a questo fenomeno si somma il problema del multilateralismo, che consiste nell'accentuata divergenza di interessi circa la direzione e la definizione della finalità dell'azienda, e il fenomeno delle triangolazioni ovvero la tendenza del professionista ad influenzare le decisioni non condivise del vertice aziendale tramite la ricerca di aiuti esterni.
3. *Strumentalità della struttura organizzativa*: molto spesso le scelte organizzative prese dai dirigenti o dai responsabili delle singole articolazioni organizzative non vengono effettuate con l'obiettivo di

ottimizzare il funzionamento dell'organizzazione ma per garantire gli equilibri dei gruppi professionali createsi nel tempo; ciò avviene molto spesso a causa del blocco della variabile contributiva nel pubblico impiego che porta i singoli professionisti a compensare e mantenere alta la motivazione di appartenenza all'azienda attraverso scelte che favoriscono gli individui dei gruppi professionali più che l'organizzazione nel suo insieme. Al contrario nell'ambito privato le decisioni aziendali riflettono per lo più le finalità organizzative dell'azienda stessa grazie alla presenza di variabili che mantengono alta la motivazione dei professionisti impedendo loro di far leva sugli equilibri micro-organizzativi.

### **3. IL RUOLO DEL PROCESSO DI CHANGE MANAGEMENT PER L'INNOVAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE**

#### **3.1 GLI AMBITI OGGETTO DEL PROCESSO DI CHANGE MANAGEMENT**

In una situazione di forte divario tra le risorse fornite dal Sistema Sanitario Nazionale e i bisogni crescenti della popolazione, l'innovazione gioca un ruolo chiave e può essere supportata grazie agli interventi di cambiamento strategico.

Tre sono i principali ambiti coinvolti nel processo di change management. Essi sono:

1. Il rinnovamento organizzativo e tecnologico delle aziende sanitarie;
2. L'empowerment del cittadino paziente;
3. Le competenze degli operatori sanitari e le relazioni con i vertici aziendali;

Tali ambiti sono di fatto le quattro direttrici di sviluppo sulle quali far leva ai fini dell'attuazione di un processo di cambiamento sempre più necessario in sanità.

#### *1. Il rinnovamento organizzativo e tecnologico*

I principali soggetti promotori dell'innovazione, dalle riforme degli anni '90, sono state le aziende sanitarie locali e ospedaliere poiché responsabili dirette dell'erogazione dei servizi. Attualmente il SSN si sta trasformando in un sistema

di holding regionali composte da un insieme di aziende di erogazione governate da una capogruppo, la quale, in molti SSR, sta evolvendo sempre di più verso un ruolo direzionale; le diverse capogruppo si sono rafforzate in virtù del loro ruolo di garanti della stabilità economico-finanziaria, soprattutto nelle regioni in Piano di Rientro dal deficit sanitario. Il naturale orientamento al controllo amministrativo ed economico delle strutture regionali ha però causato il sacrificio delle risorse destinate agli investimenti e alle innovazioni dei processi. (Rapporto Oasi, 2019)

Il modello organizzativo delle aziende sanitarie deve quindi raccordarsi con i modelli di governance nazionale, che oggi variano di regione in regione, con i quali è necessario stabilire un coordinamento di presa delle decisioni soprattutto per la presa in carico di pazienti cronici e per le prestazioni sanitarie continuative. Per quanto riguarda poi il ruolo della tecnologia, essa può avere un impatto sull'organizzazione stessa dell'azienda sanitaria, ma manca una visione sistemica e strategica che si esplica in uno scarso coordinamento tra le varie funzioni aziendali promotrici di innovazione, come i sistemi informativi e l'ingegneria clinica.

## *2. L'empowerment del cittadino-paziente*

Con l'espressione "empowerment del cittadino-paziente" si fa riferimento ad un concetto multidimensionale che indica quel processo attraverso il quale il

cittadino acquisisce gli strumenti giusti e la consapevolezza necessaria per poter partecipare alle scelte che riguardano la propria salute, facendosi esso stesso poi ambasciatore di salute.

Grazie all'utilizzo del web e dei social network i cittadini sono in grado di acquisire numerose informazioni: si pensi ad esempio l'accresciuta consapevolezza sociale di quanto alcuni comportamenti siano strettamente connessi al mantenimento della salute e la conseguente diversificazione delle figure professionali in sanità in risposta a tale consapevolezza. (Rapporto OASI 2019)

I cittadini ad oggi presentano bisogni diversificati, con necessità di cure sempre più personalizzate tale da richiedere una riorganizzazione del modello di rete assistenziale: si pensi all'area della Long Term Care che richiede sempre di più la formazione e la presenza di operatori socio-sanitari e figure professionali specializzate in ambito riabilitativo a causa di un lento ma irreversibile processo di invecchiamento della popolazione.

### *3. Le competenze degli operatori sanitari e le relazioni con i vertici aziendali*

L'upgrading professionale di medici e professionisti sanitari è ormai necessario a causa delle dinamiche demografiche ed epidemiologiche, dell'elevata età media dei medici e la loro conseguente diminuzione numerica, dell'elevato livello formativo delle professioni sanitarie e la concentrazione delle casistiche cliniche.



I medici sono chiamati a svolgere compiti sempre più specialistici e focalizzati, ed è richiesto loro un aggiornamento costante sulle innovazioni diagnostiche e terapeutiche. Le professioni sanitarie sono chiamate a un portafoglio di compiti e funzioni più ricco e articolato sia sul lato clinico, sia gestionale, sia nell'utilizzo delle tecnologie. Tutto ciò richiede un lavoro costante relativamente alla cultura professionale dei medici e delle professioni sanitarie, delle mappe cognitive dei pazienti, della comunità, del top management e del middle management. Inoltre l'accresciuta dimensione delle aziende rende complessa la relazione diretta tra top management e le unità operative con la conseguente necessità di dotare le aziende di un livello di governo intermedio. (Rapporto Oasi 2019)

### **3.2 LE POSSIBILI RESISTENZE**

Anche le aziende sanitarie sono caratterizzate da quei vincoli culturali che necessariamente devono essere superati per avviare e portare avanti un cambiamento strategico. Gli individui e i gruppi sono anche anch'essi *problem searcher* (affrontano il problema solo quando si ha la consapevolezza dell'urgenza), *satisficing* (si accontentano di lavorare entro livelli di lavoro ritenuti accettabili) e sono caratterizzati dalla *retention of solutions* (tendenza ad affrontare un problema applicando prima le soluzioni adottate in passato invece che soluzioni più efficaci).

Tali vincoli culturali sono maggiormente acuiti dalla condizione di job for life di

cui godono molti operatori, soprattutto nel settore pubblico, condizione che mette spesso al riparo coloro che non sposano i processi di cambiamento. (Lega 2016)

Nel modello organizzativo della burocrazia professionale che caratterizza le aziende sanitarie, inoltre, emergono elementi gestionali fonte di resistenza al cambiamento a causa della convivenza di diverse culture organizzative: quella manageriale e quella professionale. Di fatto i professionisti, dietro il principio dell'autonomia professionale, hanno sempre ben poco tollerato l'affiancamento di analisti aventi il compito di indirizzare e programmare il loro lavoro attraverso decisioni di spesa, di budget e sistemi di valutazione della performance; al tempo stesso l'area amministrativa ha sempre sofferto la dinamicità dei professionisti che mette in discussione l'ordine organizzativo. (Lega, 2016)

La situazione si complica quando al fianco delle precedenti culture organizzative, si trova ben radicata anche quella giusburocratica tipica dei contesti amministrativi di matrice pubblica che alimenta il conflitto con i professionisti in quanto quest'ultimi spesso non accettano le ragioni burocratiche che impediscono la risoluzione di una problematica evidenziata. Un esempio è quello del blocco del turn over, situazione nella quale la forma impedisce l'assunzione di nuovo personale pur essendo la richiesta del professionista motivata.

### **3.3 GLI STRUMENTI: RUOLO DEL DIGITAL, DELLO SKILL MIX CHANGE E DEI PROCESSI DI MARKETING**

Gli ambiti oggetto del cambiamento strategico precedentemente illustrati possono essere propulsori di un rinnovamento solo se supportati da strumenti adatti a garantire un cambiamento di rotta. Nello specifico è possibile individuare tre principali *driver*:

1. L'innovazione tecnologica e digitale;
2. Lo skill mix change;
3. Il marketing;

#### *1. L'innovazione tecnologica e digitale*

Il cambiamento dei modelli organizzativi e dei modelli di presa in carico dei pazienti va supportata da soluzioni digitali. Cinque sono i principali ambiti nei quali la tecnologia è presente in modo pervasivo (vedi Tab. 3.3.1). Essi sono:

- a. L'ambito di accesso, contatto e follow up;
- b. L'ambito delle tecnologie sviluppate ad hoc per supportare lo sviluppo di nuovi modelli di presa in carico dei pazienti, sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- c. L'ambito dell'intelligenza artificiale (IA) e dei sistemi di apprendimento artificiali (machine learning) sviluppate per il supporto dei processi decisionali clinici, di diagnosi e scelta del trattamento;
- d. L'ambito della robotica a supporto dei processi di cura per il quale si hanno

attese elevatissime;

e. L'ambito degli "ambienti intelligenti", legato ai crescenti bisogni di assistenza socio-sanitaria finalizzato ad alleggerire la domanda ad oggi ricadente su aziende sanitarie e/o famiglie. (Rapporto OASI, 2019)

Tab. 3.3.1 **Gli ambiti in cui le tecnologie stanno modificando i modelli di servizio (Rapporto Oasi, 2019)**

Sistemi di accesso, contatto e relazione	Processi di presa in carico e continuità assistenziale	Processi decisionali di diagnosi e scelta del trattamento	Processi sanitari di cura e riabilitazione	Soluzioni a domicilio e «ambienti intelligenti»
<b>Tecnologie coinvolte</b>				
Tecnologie digitali già disponibili e ampiamente diffuse in altri settori che abilitano nuovi canali e servizi	Tecnologie relativamente mature (piattaforme, sistemi esperti e app) sviluppate ad hoc per sostenere nuovi modelli di assistenza	IA (EBM e Big Data) che «automatizzano» la ricerca e sintesi dell'informazione	Robotica, realtà virtuale e aumentata che potenziano l'offerta esistente	IOT e pluralità di tecnologie combinate insieme che abilitano nuovi setting e creano ambienti intelligenti
<b>Target e settori</b>				
Cittadini e <i>outpatient</i> (specialistica ambulatoriale)	Cronici, anziani non autosufficienti e pazienti complessi	Assistenza primaria / territoriale (medicina di base e farmaceutica)	Riabilitazione fisica e neurologica	Pazienti anziani, fragili o con disabilità
<b>Adopter (esempi analizzati)</b>				
Aziende sanitarie territoriali e centri privati ambulatoriali (es: APSS di Trento e Centro Medico Santagostino)	Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere (es: Humanitas e ASST Monza)	Regioni, sistemi pubblici, imprese e utenti finali (es: Babylon UK, Mediloggy)	Centri di riabilitazione (es: Don Gnocchi)	Imprese e aziende di servizi a domicilio e utenti finali (es: Punto Service)

Altro importante driver sono inoltre i social media, ovvero quelle applicazioni che grazie al web permettono la generazione e la condivisione di contenuti tra gli utenti e che di fatto mettono in discussione il paradigma unidirezionale tipico delle organizzazioni pubbliche (Mergel, 2016).

Rappresentano però una doppia opportunità di crescita in quanto, grazie ad essi, i

cittadini possono entrare in contatto con le molteplici informazioni inerenti le attività delle aziende sanitarie ed allo stesso tempo possono agevolare la comunicazione tra professionisti, tra diversi livelli gerarchici oppure tra famiglie professionali differenti. (Rapporto Oasi 2019)

## *2. Lo skill mix change*

Per skill mix si intende il mix di competenze, responsabilità e attività nell'assistenza sanitaria. Il suo cambiamento (*change*) può determinare un miglioramento dell'erogazione dell'assistenza senza aumentarne i costi. (Tsiachristas et al. 2015).

Modificare lo skill mix significa eseguire uno *shift*, ovvero attribuire ad una professione un'attività precedentemente eseguita da un'altra; non vuol dire invece attuare un *upgrading*, ovvero un arricchimento delle mansioni professionali. (Rapporto Oasi 2018)

Il ridisegno delle competenze e della responsabilità da parte dei policymaker e dei manager è ormai necessario per far fronte a una domanda di salute in cambiamento e per accogliere in modo efficace i nuovi modelli organizzativi ed assistenziali. (Rapporto Oasi 2018)

## *3. Il Marketing*

Il marketing è fondamentale in molti settori e lo è in modo particolare nel settore

della sanità. Il suo ruolo però si declina in modo differente in base alla funzione svolta dall'azienda o istituzione del settore sanitario ovvero se la funzione svolta è di produzione di beni e di servizi (azienda ospedaliera, ospedale privato e casa di cura), di regolazione (regione) oppure intermedia tra i due estremi (ASL). In base a queste alternative distinguiamo in sanità il marketing operativo, strategico e istituzionale.

Il marketing operativo concentra la sua attenzione sull'individuazione dei bisogni del cliente e sulla costruzione di un'offerta coerente per caratteristiche del prodotto, attraverso l'applicazione delle conoscenze e delle tecniche di marketing mix.

Il marketing strategico al contrario, parte dall'offerta della struttura sanitaria per canalizzare la domanda desiderata agendo poi sull'offerta per modificare la domanda.

Il marketing istituzionale, ai fini della costruzione di un sistema di offerta equilibrato, si occupa della costruzione e della gestione di una rete di relazioni con medici di medicina generale, per la promozione della reputazione della struttura sanitaria, con altre strutture sanitarie, con aziende farmaceutiche e altre aziende fornitrici per favorire relazioni di partnership e sponsorship su progetti di modernizzazione, con altre imprese o enti con lo scopo di sviluppare attività di fundraising.

La combinazione delle tre tipologie di marketing rappresenta un driver di

supporto al cambiamento organizzativo in quanto può favorire il miglioramento dei servizi erogati e lo svolgimento di campagne di prevenzione come suggerito anche dal padre del marketing moderno Philip Kotler nella sua concezione di Healthcare Marketing; può favorire inoltre l'organizzazione della libera professione intramoenia, la comparazione dei servizi offerti dall'azienda con quelli di altri erogatori di riferimento ed ultimo ma non meno importante aspetto, elaborare strategie per la promozione dei servizi offerti attraverso le funzioni preposte alla comunicazione istituzionale. (Lega, 2016)

#### **3.4 CRITICITÀ EMERSE IN SEGUITO ALL'EMERGENZA COVID-19**

La crisi da Covid-19 ha messo in evidenza la necessità di una guida unica nazionale nei comportamenti e nelle scelte a tutela del Diritto alla Salute nella gestione di uno stato di emergenza. Allo stesso tempo è stato dimostrato come la pratica attuazione delle Linee essenziali di risposta all'epidemia può essere messa in atto solo grazie all'autonomia delle Regioni e delle scelte gestionali delle Aziende Sanitarie. Sulla base delle direttive del Ministero infatti ASL e Aziende Ospedaliere, hanno saputo adattare con rapidità i servizi erogati in coordinamento con il livello regionale, al fine di garantire un'adeguata risposta allo stato di emergenza.

Tuttavia non sono emerse le criticità del caso e le vulnerabilità dei sistemi sanitari nazionali e internazionali, a causa della mancata implementazione del Piano per le

maxi-emergenze elaborato nel 2007 e di un attivo coordinamento tra i principali attori europei.

Tra le principali criticità emerse, vi è stato il sovraccarico degli ospedali durante l'emergenza, causato dalla storica sottovalutazione delle potenzialità delle Cure Primarie, comunemente chiamata medicina del territorio, ossia l'insieme di prestazioni e attività proprie del primo livello di assistenza erogate da Medical Care (MMG, specialisti) e non Medical Care (infermieri, farmacisti, psicologi, etc), che di fatto fungono da filtro per le strutture di secondo livello assistenziale. Tale funzione è stata esplicitata con grande difficoltà soprattutto per la carenza di personale, criticità che ha colpito non solo il primo livello assistenziale ma anche settori specialistici strategici per la gestione dell'emergenza, ovvero la mancata presenza di medici Rianimatori ed Anestesisti.

E' emersa inoltre l'enorme difficoltà, non solo dell'Italia ma anche di altri Paesi, nell'approvvigionamento di strumentazioni sanitarie indispensabili per il contrasto del virus come ventilatori polmonari e dispositivi di protezione individuale, a causa dell'iniziale blocco produttivo in Cina e della successiva impennata della domanda da parte di tutti i Paesi. Nonostante la creazione di centrali di committenza a livello nazionale (CONSIP) che regionale, non è stato sufficientemente sfruttato il potere di acquisto per poter garantire la continuità delle forniture. (V. Vecchi, N. Cusumano, *Ripensare la collaborazione pubblico-privato nel procurement sanitario*, <https://www.sdabocconi.it/it/sda-bocconi->



[insight/ripensare-la-collaborazione-pubblico-privato-nel-procurement-sanitario](#)).

Grande debolezza emersa è stata quella delle carenze tecnologiche, tema ormai centrale in ambito di innovazione nel settore della sanità. E' infatti mancato inizialmente l'utilizzo di sistemi efficaci di governo dei dati per il tracciamento dei contagi. Si è evidenziata in alcuni distretti sanitari la carenza delle tecnologie di Telemedicina, utilizzate per selezionare i casi per i quali non è necessaria la tradizionale visita medica e impedire la diffusione del contagio nei casi di isolamento domiciliare, e le tecnologie di Tele-monitoraggio, normalmente utilizzate per l'osservazione continua dei parametri vitali dei pazienti cronici, come sperimentato dall'ASL Toscana Nord-Ovest a partire dal 2017.

Diverse le criticità emerse, fortemente amplificate da un evento che ha avuto un impatto su scala mondiale, ma che di fatto può rappresentare un'opportunità da cogliere da parte di policy-maker, manager e professionisti.

## CONCLUSIONE

Dalle descrizioni e dalle analisi effettuate nei precedenti capitoli, emerge come le aziende sanitarie, pubbliche e private, possono essere protagoniste a tutti gli effetti di un processo di change management in quanto, seppur nella loro complessità, grazie anche al processo di aziendalizzazione, presentano elementi comuni con altre realtà aziendali che vedono nel cambiamento un'opportunità di crescita e di valorizzazione.

La crisi da Covid-19, mettendo in luce le criticità del sistema sanitario e dei suoi componenti, ha dimostrato come sia ora più che mai necessaria un'inversione di tendenza e l'attuazione di un processo di cambiamento strategico organizzativo volto al miglioramento dei servizi sanitari erogati e alla valorizzazione delle aziende sanitarie erogatrici.

La letteratura in tema di change management aziendale offre i giusti spunti, i giusti strumenti e i giusti casi-studio per poter gestire le varie fasi del processo e le eventuali resistenze che possono essere messe in atto nella complessa organizzazione delle burocrazie professionali e brain-intensive quali sono le aziende sanitarie.

Compito dei policy-maker, manager e professionisti è quello di essere parte attiva di questo processo di cambiamento e di innovazione grazie all'utilizzo ed applicazione dei principali driver (digitale, marketing, riorganizzazione delle competenze) nei principali ambiti che richiedono un'accurata revisione delle

strutture, dei processi e dei ruoli al fine di garantire la sopravvivenza delle stesse organizzazioni, da anni sofferenti non solo per la presenza di diverse culture organizzative che faticano a trovare un equilibrio di coordinamento ma anche a causa del processo di razionamento finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario delle aziende sanitarie.

## **BIBLIOGRAFIA**

CUCCHI G., *“Elementi di soft Hr Management”*, Ancona, Clua Edizioni, 2016.

KOTTER J.P. ,COHEN D. S. (prefazione di Tiziano Botteri e Annalisa Costa), *”Al cuore del cambiamento: come le persone cambiano le organizzazioni “*, Milano, Etas, 2003.

LEGA F., *“Management e leadership dell’azienda sanitaria. Conoscere il settore e il sistema, organizzare i servizi, dirigere i professionisti”*, Milano, Egea, 2016.

SCHEIN E. H., *“Culture d’impresa : come affrontare con successo le transizioni e i cambiamenti organizzativi”*, Milano, R. Cortina, 2000.

## SITOGRAFIA

BOSCOLO P. R., FENECH L., RAPPINI V., ROTOLO A., “*Tecnologia e innovazione nei modelli di servizio in sanità*”, Rapporto Oasi 2019,

[https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/deec6ca1-0867-43a8-a3ad-3278d82d86d5/Cap14OASI\\_2019.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mWPIn5G](https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/deec6ca1-0867-43a8-a3ad-3278d82d86d5/Cap14OASI_2019.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mWPIn5G).

DEL VECCHIO M., MONTANELLI R., TRINCHERO E., “*Skill mix change tra medici, infermieri e operatori di supporto: un’analisi retrospettiva e prospettica a livello italiano*”, Rapporto Oasi 2018,

<https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/dd6ec5b3-98c5-463a-959e-7518c78a0875/Capitolo+12+OASI+2018.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mWDMzUL>.

LONGO F., RICCI A., “*Ridefinire la missione del SSN nell’universo sanitario in espansione: prospettive strategiche per promuovere l’innovazione*”, Rapporto Oasi 2019, [https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/282b216d-6392-47b9-9ac7-5efa076d6890/Cap1OASI\\_2019.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mWPFMg0](https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/282b216d-6392-47b9-9ac7-5efa076d6890/Cap1OASI_2019.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mWPFMg0).

VECCHI V., CUSUMANO N.,” *Ripensare la collaborazione pubblico-privato nel procurement sanitario*”, <https://www.sdabocconi.it/it/sda-bocconi-insight/ripensare-la-collaborazione-pubblico-privato-nel-procurement-sanitario>).