

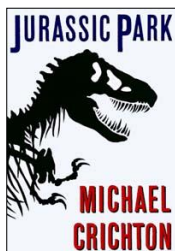


CORSO DI FORMAZIONE
PER INTERMEDIARI ASSICURATIVI
RISK MANAGER E INSURANCE MANAGER
LE RESPONSABILITÀ DEI PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ
12 MARZO 2010

LA RESPONSABILITÀ DELLA STRUTTURA E DEL SANITARIO

Il rapporto di responsabilità tra Azienda Ospedaliera e medico

Umberto Genovese

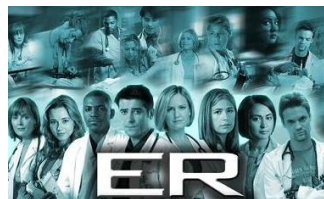


Michael Crichton
autore del best seller *Jurassic Park*

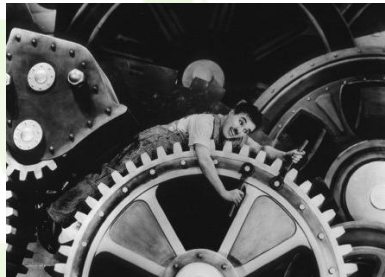
"... I sistemi complessi tendono a situarsi in un punto che definiremo il marginale del caos.

Immaginiamo questo punto come un luogo in cui vi è sufficiente innovazione da dare vitalità al sistema, sufficiente stabilità da impedirgli di precipitare nell'anarchia.

E' una zona di scompiglio e di conflitto dove vecchio e nuovo si scontrano continuamente..."



Settore sanitario = “sistema occupazionale complesso”, formato da una trentina di occupazioni che agiscono nel sistema sanitario come importanti soggetti collettivi, dotati di proprie strategie e non di rado in conflitto tra loro.



LAVORATORI PARZIALI

C. Marx

**ciascuno svolge pochi compiti lavorativi,
raggruppati in una mansione e
governati da una logica esterna al lavoratore.**



Gli ospedali sono organizzazioni **complesse e stratificate**, che crescono non in base ad un **piano di sviluppo**, ma in dipendenza di **spinte differenti**: **politiche, professionali, economiche, sociali, commerciali e tecniche**.

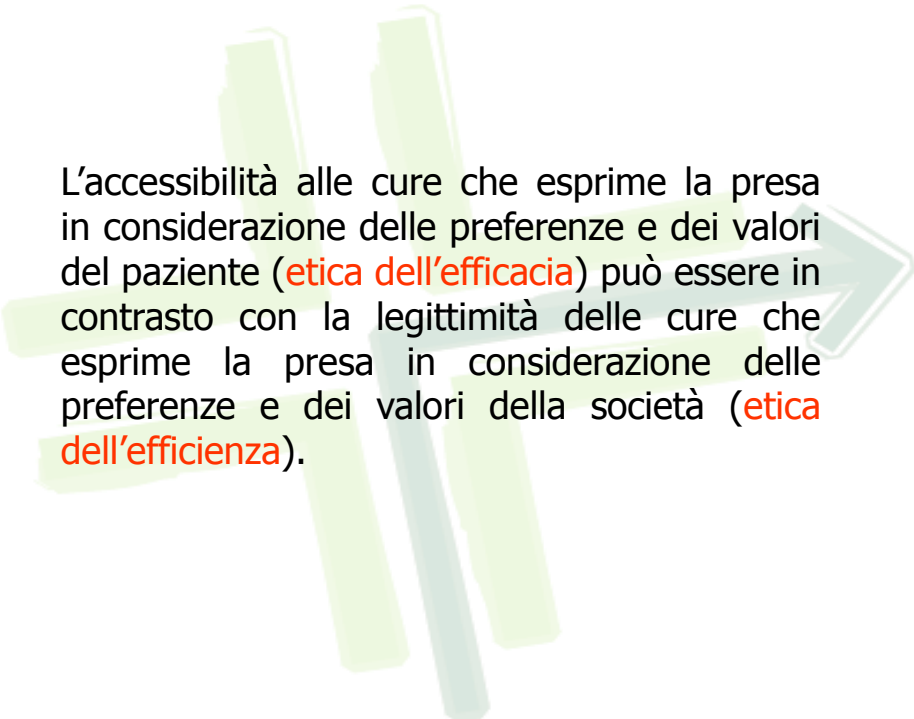
L'organizzazione è più **ecologica** (sopravvivenza in ambiente avverso), che **strutturata**.

Krogstad U, Continuity in hospital care: beyond the question of personal contact, BMJ, 2002, 324.




La **struttura** non è *altro* dal **medico** e viceversa.

P. Gaeta, 2004
Magistrato, Assistente di studio presso la Corte Costituzionale, Roma



L'accessibilità alle cure che esprime la presa in considerazione delle preferenze e dei valori del paziente (**etica dell'efficacia**) può essere in contrasto con la legittimità delle cure che esprime la presa in considerazione delle preferenze e dei valori della società (**etica dell'efficienza**).

Italiani e sanità



Secondo l'analisi Censis/Dexia Crediop, **la Sanità è al vertice delle preoccupazioni** degli italiani: il **41,4%** degli intervistati ritiene che il settore dovrebbe essere riformato in modo radicale e tempestivo.

Italiani e sanità: uniti sull'ospedale (1)

L'**88,5%** degli italiani giudica come "**sostanzialmente positiva**" l'esperienza propria, o di un familiare, in ospedale. E tale valutazione positiva riguarda: l'impegno e la serietà professionale dei medici (84,1%) e degli infermieri (78,2%), l'esito delle cure (83,6%), e la qualità/disponibilità di attrezzature tecnologiche (78,1%).

Il punto dolente risiede nelle "**procedure di accesso**", poiché: oltre il **55%** per accedere alle prestazioni ha fatto "**ricorso a conoscenze**", il 47,2% è stato "costretto a cambiare strutture", il 24,7% è arrivato tramite il Pronto Soccorso, il 23,5% dice di essere stato dimesso troppo presto e il 21,3% di essere stato trasportato con l'ambulanza in più strutture. L'**8,7%** dichiara di aver dovuto fare **regali anche in denaro** per accedere alle prestazioni ospedaliere.

Italiani e sanità: uniti sull'ospedale (2)

In media, i cittadini italiani hanno un ospedale a circa 8 km da casa, il 55,9% ne ha uno nel comune di residenza, il 36,6% nella provincia di residenza.

In caso di malattia grave il 9,0% (circa 4 milioni di italiani) si rivolgerebbe ad un ospedale all'estero, il 38,5% al più importante nella propria regione e il 29,6% al più importante in Italia, **il 23,2% si rivolgerebbe a quello più vicino.**

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

“Per molti anni l’ospedale ha rappresentato nella sanità il principale punto di riferimento per medici e pazienti: realizzare un Ospedale ha costituito per piccoli e grandi Comuni italiani un giusto merito, ed il poter accedere ad un Ospedale situato a breve distanza dalla propria residenza è diventato un elemento di sicurezza e di fiducia per la popolazione, che ha portato l’Italia a realizzare ben 1.440 Ospedali, di dimensioni e potenzialità variabili.

...

(Oggi) **un Ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza**, in quanto spesso **non può disporre delle attrezzature e del personale che consentono di attuare cure moderne e tempestive”**.

Negli ospedali piccoli od isolati

- mancano alcune strutture essenziali
- mancano aree critiche
- mancano importanti strutture diagnostiche

I pazienti acuti

- non devono essere ricoverati in questi ospedali

La carenza di letti per acuti

- rende frequente il ricovero (o il trasferimento) di pazienti acuti in questi ospedali

I pazienti ricoverati in questi ospedali

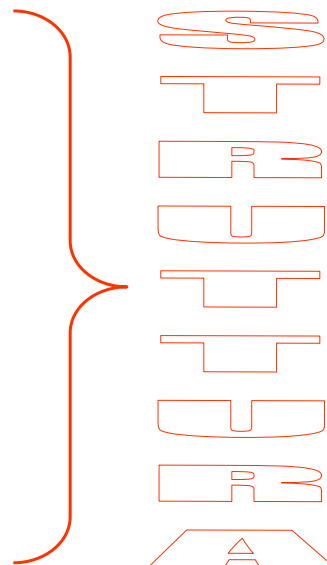
- sono a rischio di complicanze acute
- spesso abbisognano di trasferimenti urgenti
- hanno diagnosi e terapie in ritardo

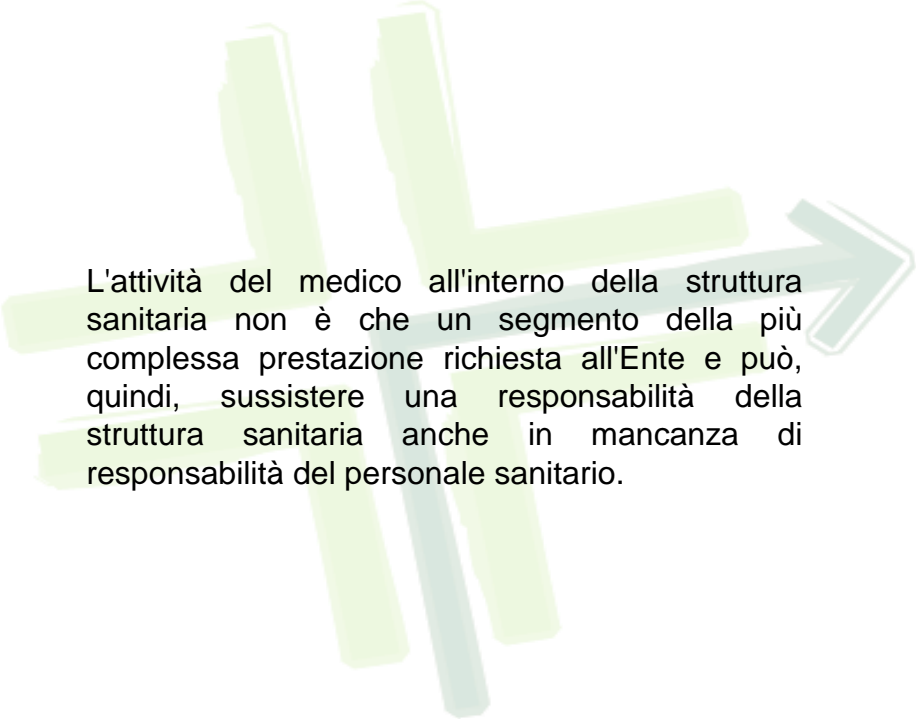
Secondo un'analisi condotta dal Censis insieme ad Assomedico, negli episodi di "malasanità", il 48% è dovuto ad errore umano, il **33%** dipende dalle **strutture sanitarie** e il 5,4% dai ritardi nei soccorsi.

Secondo altri studi, di origine statunitense, la proporzione di errore umano può essere ulteriormente ridotta: circa l'**85%** dei problemi derivano da **difetti organizzativi dei sistemi e non da incompetenza degli operatori.**

FATTORI CHE INFLUENZANO LA PRATICA CLINICA

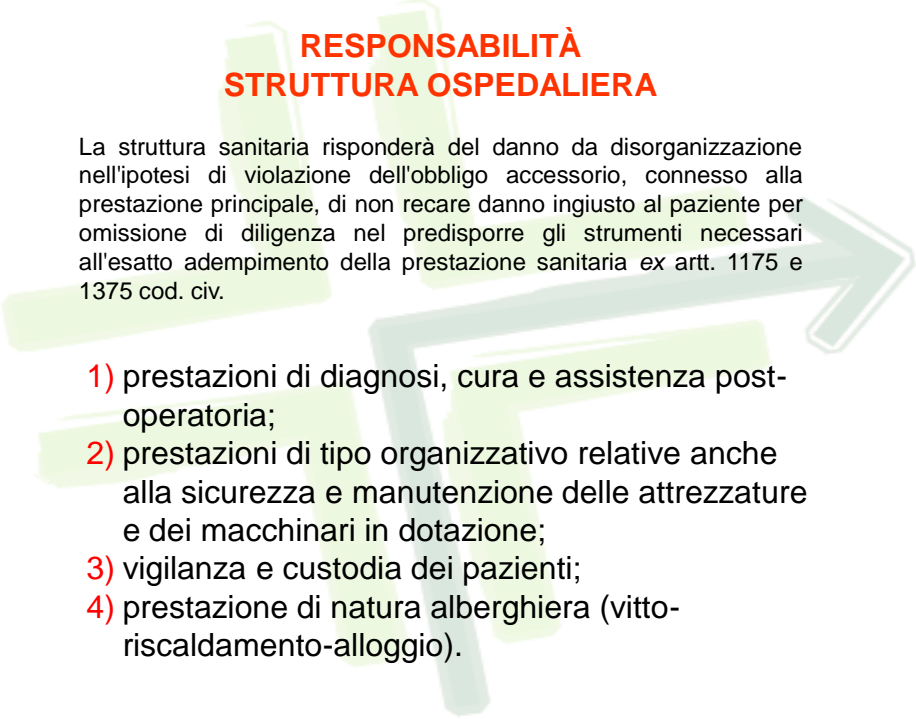
CONTESTO ISTITUZIONALE <ul style="list-style-type: none">contesto economico e delle regole del SSN
FATTORI GESTIONALI ED ORGANIZZATIVI <ul style="list-style-type: none">risorse e vincoli finanziaripolitiche, standard ed obiettivicultura della sicurezza e delle priorità
AMBIENTE DI LAVORO <ul style="list-style-type: none">dotazioni di personale e mix delle competenzecarichi di lavoro e modalità di turnazioneprogettazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzaturesupporto amministrativo e gestionale
FATTORI LEGATI AL TEAM DI LAVORO <ul style="list-style-type: none">comunicazione verbalecomunicazione scrittasupervisione ed opportunità di aiutostruttura del team
FATTORI LEGATI ALLE INDIVIDUALITÀ DEL PERSONALE <ul style="list-style-type: none">conoscenze ed abilitàmotivazionesalute fisica e mentale
FATTORI LEGATI AL COMPITO <ul style="list-style-type: none">progettazione e chiarezza strutturale del compitodisponibilità ed utilizzo di proceduredisponibilità ed accuratezza dei risultati dei test
CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE <ul style="list-style-type: none">condizioni (complessità e gravità)lingua e comunicazionepersonalità e fattori sociali





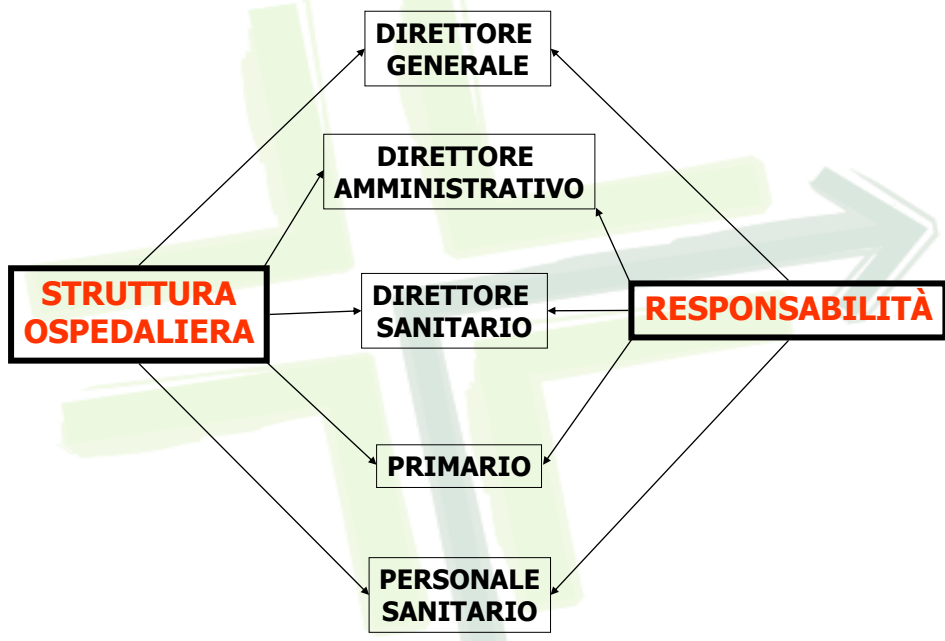
L'attività del medico all'interno della struttura sanitaria non è che un segmento della più complessa prestazione richiesta all'Ente e può, quindi, sussistere una responsabilità della struttura sanitaria anche in mancanza di responsabilità del personale sanitario.

RESPONSABILITÀ STRUTTURA OSPEDALIERA



La struttura sanitaria risponderà del danno da disorganizzazione nell'ipotesi di violazione dell'obbligo accessorio, connesso alla prestazione principale, di non recare danno ingiusto al paziente per omissione di diligenza nel predisporre gli strumenti necessari all'esatto adempimento della prestazione sanitaria ex artt. 1175 e 1375 cod. civ.

- 1) prestazioni di diagnosi, cura e assistenza post-operatoria;
- 2) prestazioni di tipo organizzativo relative anche alla sicurezza e manutenzione delle attrezzature e dei macchinari in dotazione;
- 3) vigilanza e custodia dei pazienti;
- 4) prestazione di natura alberghiera (vittoriscaldamento-alloggio).



DIRETTORE GENERALE

ha **poteri di gestione e funzionamento**, di **verifica** della corretta gestione delle risorse, è responsabile delle **scelte strategiche** (tipo e qualità prestazioni)

DIRETTORE SANITARIO

è portatore ex lege di una posizione di garanzia, obblighi ... concernenti l'**organizzazione dei servizi sanitari** nella struttura cui è preposto in qualità di dirigente (Cass. Sez.IV 2.3.2000, n. 9638)

coadiuvato
(art.3 del D.lg 592/1992)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Ha compiti dirigenziali in ordine alla **gestione** dell'Ente ospedaliero sotto il profilo giuridico ed economico.

MANAGERIALI

FIGURE

APICALI

PRIMARIO

direttore di struttura complessa o semplice

Posizione apicale (Art.7 D.P.R. 761/1969 ed art.63 D.P.R. n.761/1979) per cui gli competono all'interno del reparto:

- il **coordinamento** ed il **controllo** dei servizi ospedalieri;
- le **funzioni di indirizzo** e di **verifica** sulle **prestazioni di diagnosi e cura**.

Responsabilità per **insufficienza, inefficienza e difetti delle strutture o attrezzature sanitarie** (attrezzature obsolete, strumentazione e/o attrezzature sanitarie non idonee, indisponibilità di strumenti di uso complesso, deficit della manutenzione dei medesimi, ecc.) da individuare nelle figure professionali dei manager con particolare riferimento a quelle del **Direttore Sanitario** e del **Direttore Generale**.

Responsabilità per l'**organizzazione interna della Divisione** (organizzazione dei turni lavorativi, disposizioni interne per il personale, carenze organizzative e di personale, verifica attività) da individuare nella figura del **Primario**.



**INDAGINE MEDICO-LEGALE RIVOLTA
A FORNIRE ELEMENTI TECNICI UTILI
ANCHE
ALL'IDENTIFICAZIONE**

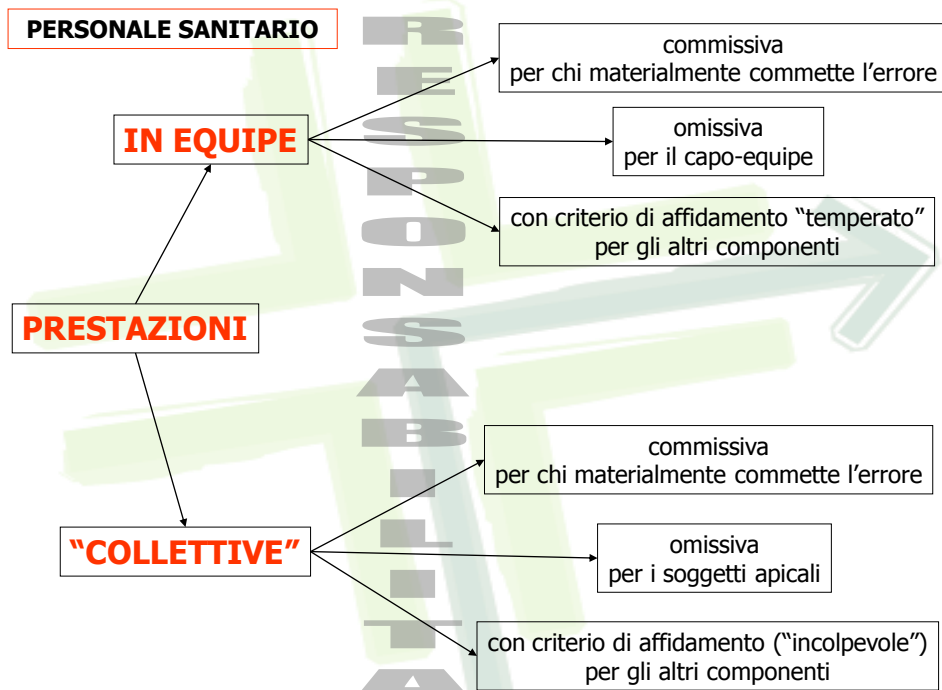
- di come si lavora,
- di come e da chi vengono prese le decisioni,
- del coordinamento delle risorse professionali e delle varie competenze,
- dei compiti di verifica e di controllo.



**Valorizzare la responsabilità della Struttura
non significa
deresponsabilizzare il Sanitario.**

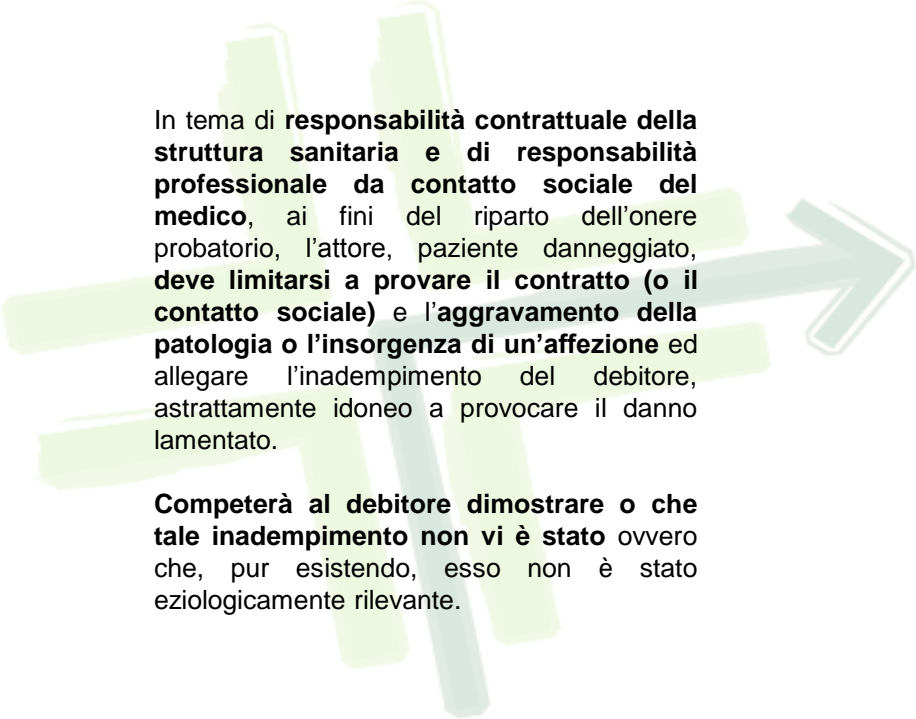
“I medici non possono più restare in silenzio e lasciare ad un piccolo gruppo di politici dell’ambiente medico il compito di gestire la loro professione. Non possono pensare di avere la fiducia della popolazione o il sostegno dei governi finché non saranno disposti a partecipare al dibattito pubblico sul tipo di società che auspicano per malati e indigenti. **E’ necessario che un numero maggiore di medici scenda in campo e prenda parte al dibattito pubblico**”.

Richard Horton
Direttore di Lancet
2002



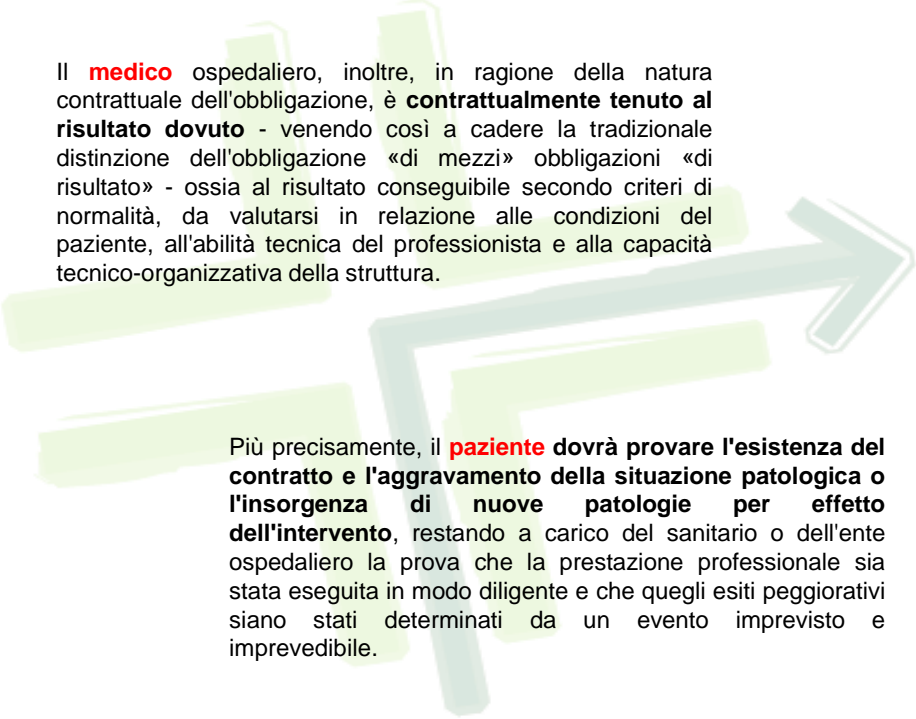
Responsabilità struttura sanitaria
 La **responsabilità della struttura sanitaria nella responsabilità contrattuale**, sul rilievo che l'**accettazione del paziente in ospedale**, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto

Responsabilità medico dipendente
 L'obbligazione del **medico dipendente dalla struttura sanitaria** nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul contatto sociale, **ha natura contrattuale.**



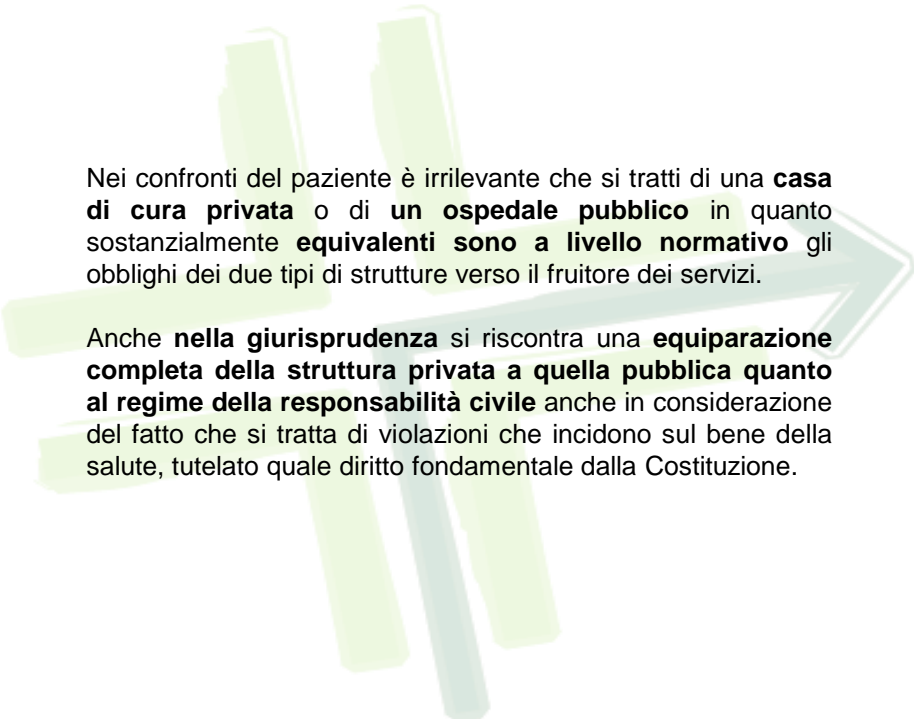
In tema di **responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico**, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore, paziente danneggiato, **deve limitarsi a provare il contratto (o il contatto sociale) e l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di un'affezione** ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato.

Comperà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante.



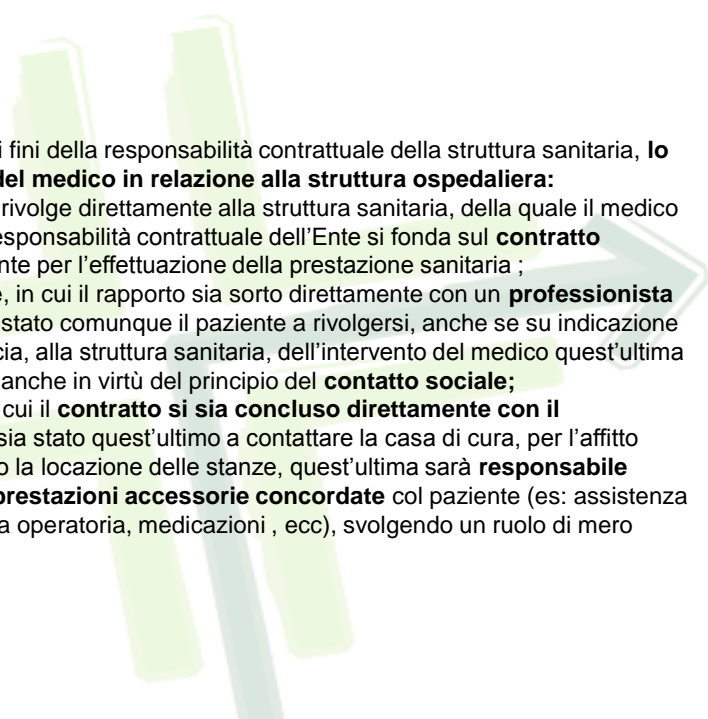
Il **medico** ospedaliero, inoltre, in ragione della natura contrattuale dell'obbligazione, è **contrattualmente tenuto al risultato dovuto** - venendo così a cadere la tradizionale distinzione dell'obbligazione «di mezzi» obbligazioni «di risultato» - ossia al risultato conseguibile secondo criteri di normalità, da valutarsi in relazione alle condizioni del paziente, all'abilità tecnica del professionista e alla capacità tecnico-organizzativa della struttura.

Più precisamente, il **paziente** dovrà provare l'esistenza del **contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento**, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile.



Nei confronti del paziente è irrilevante che si tratti di una **casa di cura privata** o di un **ospedale pubblico** in quanto sostanzialmente **equivalenti sono a livello normativo** gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi.

Anche **nella giurisprudenza** si riscontra una **equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica quanto al regime della responsabilità civile** anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione.



❑ **È irrilevante**, ai fini della responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, **lo status giuridico del medico in relazione alla struttura ospedaliera:**

✓ se il paziente si rivolge direttamente alla struttura sanitaria, della quale il medico è dipendente, la responsabilità contrattuale dell'Ente si fonda sul **contratto** stipulato dal paziente per l'effettuazione della prestazione sanitaria ;

✓ nel caso, invece, in cui il rapporto sia sorto direttamente con un **professionista di fiducia**, ma sia stato comunque il paziente a rivolgersi, anche se su indicazione del medico di fiducia, alla struttura sanitaria, dell'intervento del medico quest'ultima sarà responsabile anche in virtù del principio del **contatto sociale**;

✓ solo nel caso in cui il **contratto si sia concluso direttamente con il professionista** e sia stato quest'ultimo a contattare la casa di cura, per l'affitto delle attrezzature o la locazione delle stanze, quest'ultima sarà **responsabile solamente delle prestazioni accessorie concordate** col paziente (es: assistenza infermieristica, sala operatoria, medicazioni , ecc), svolgendo un ruolo di mero ausilio strutturale.

**“Questa è senz’altro la soluzione,
ma ricordatemi dunque:
qual’è il problema?”**



Woody Allen

IL PROBLEMA “ASSICURAZIONE”





Regione Lombardia

**Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità**

Ai Direttori Generali
• Aziende Sanitarie Locali
• Aziende Ospedaliere

Ai Commissari Straordinari
• IRCCS di diritto Pubblico

Milano, 27.12.2004

Oggetto: Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario



Regione Lombardia

Linee di indirizzo per il 2005 elaborato da gruppo di lavoro costituito da Direzione Generale Sanità, Aziende Sanitarie e Compagnie Assicuratrici.

1° obiettivo: “**mappatura rischi RCT/O**” dati 1999-2004 e I semestre 2005. Scadenze 28.02 e 15.07.2005.

2° obiettivo: attivazione risk management. Nomina di un coordinatore (*in grado di **analizzare e valutare la sinistrosità***); costituzione di un comitato ristretto (*con componente esterno con idonea professionalità*). Scadenza 31.10.2005 (progetto entro il 30.06.2005).

3° obiettivo: sfera del rapporto struttura/paziente, con particolare attenzione a consenso informato e cartella clinica.

CLINICAL RISK MANAGEMENT

Attività cliniche ed amministrative intraprese per

identificare, valutare e ridurre

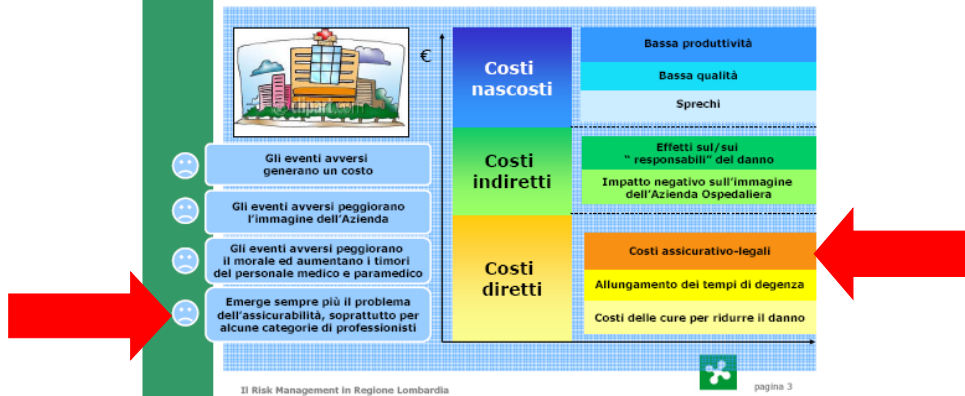
- A) i rischi per i pazienti, per lo staff, per i visitatori
- B) i rischi di perdita per l'organizzazione stessa

JCAHO, 2001

CHE TIPO DI PERDITA?

ECONOMICA

Dal punto di vista dell'Azienda Ospedaliera/ Sanitaria ...



Le amministrazioni ospedaliere sia pubbliche, sia private sono tenute, **solidalmente con il responsabile**, al risarcimento dei danni subiti dai pazienti e causati dagli operatori sanitari che agiscono per l'ente.

46/SAN e Linee Guida successive Il Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS)

- **Indirizzi sulla composizione**
- **Indirizzi sui compiti**
- Il CVS opera in **stretta integrazione e collaborazione** con il Gruppo di Coordinamento
- Ha **obiettivo** di contenimento del costo del sinistro attraverso una sua pronta gestione:
 - Pronta raccolta dati e analisi
 - Pronto accertamento di responsabilità
 - Stima del danno potenziale (medico legale)
 - Allocazione adeguate riserve

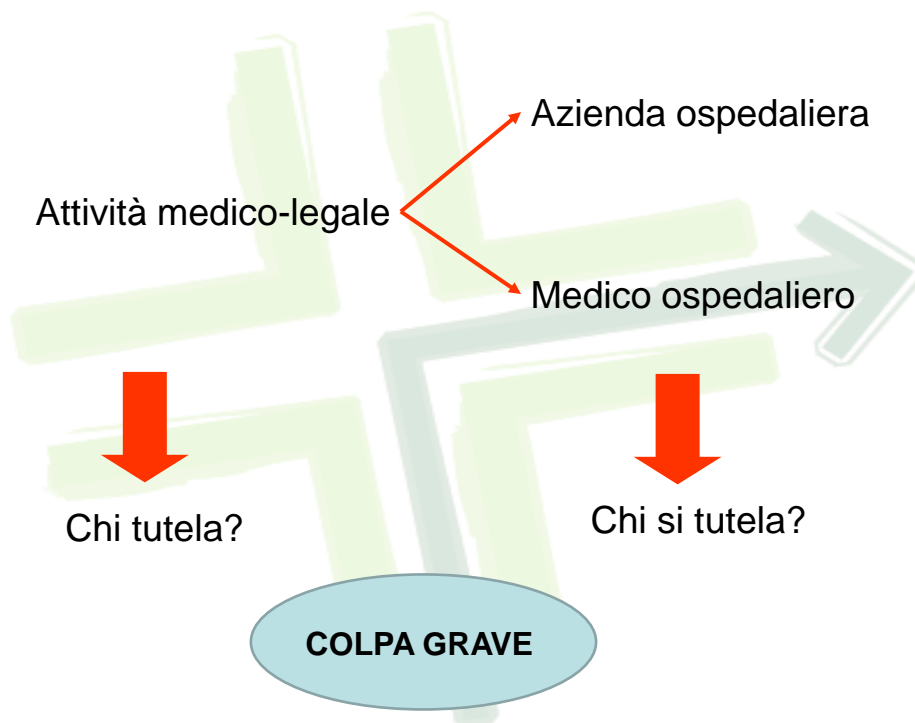
Il CVS ha un ruolo fondamentale nel processo di gestione dei sinistri



- **Analisi puntuale del sinistro**
 - **Analisi di responsabilità**
 - **Analisi delle cause alla radice**
(collegamento con il Gruppo di Coordinamento)
- **Definizione della strategia di gestione del sinistro**
- **Quantificazione economica e condivisione con la Compagnia ... stima di riserve adeguate**
- **Integrazione delle aree amministrativa e sanitaria**



**Presidio continuo del processo di
gestione dei sinistri**



La **struttura** non è *altro* dal **medico** e viceversa **?**

Al medico che opera in una Azienda ospedaliera sono in capo diversi tipi di **responsabilità**:

- 1) **Responsabilità penale**
- 2) **Responsabilità civile**
- 3) **Responsabilità amministrativa**

4) **RESPONSABILITA' DIRIGENZIALE**

La responsabilità dirigenziale è **connessa all'incarico di funzione dirigenziale cioè alla nuova figura dirigenziale del medico ospedaliero, collegata all'attività amministrativa e gestionale verso il raggiungimento degli obiettivi proposti.**

Ne derivano al medico **nuove responsabilità**, oltre alle tradizionali:

- la responsabilità in vigilando e dirigendo come datore di lavoro
- la responsabilità dei risultati della gestione finanziaria, tecnico e amministrativa
- la responsabilità della realizzazione dei programmi rispetto agli obiettivi prefissati, assai spesso imposti.

Funzioni Dirigente Medico Responsabile di Struttura Semplice

- **gestisce:**
 - in sintonia con il Responsabile della struttura di appartenenza le risorse economiche, tecniche e il personale assegnato;
- **risponde:**
 - al Responsabile della Struttura Complessa del raggiungimento degli obiettivi concordati, presidiati con indicatori di efficienza ed efficacia;
- **cura:**
 - l'attuazione dei programmi di formazione e aggiornamento del personale del Settore Specialistico;
- **contribuisce:**
 - alla preparazione dei Piani di Sviluppo del Settore Specialistico;
- **assegna:**
 - gli obiettivi alle funzioni direttamente dipendenti;
- **garantisce:**
 - l'adeguatezza organizzativa del Settore Specialistico;
 - il rispetto dei volumi, dei tempi, e dei costi previsti dai programmi sanitari coordinando le funzioni direttamente dipendenti;
- **assicura:**
 - la tempestività e la completezza dei rapporti periodici richiesti dal Direttore Generale e Sanitario;
 - la conformità alle disposizioni di legge delle attività che si sviluppano nell'ambito del Settore Specialistico;
 - il raggiungimento degli obiettivi previsti dal piano di gestione annuale, espressi attraverso gli indicatori gestionali utilizzati;
 - il miglioramento delle capacità delle risorse umane sia in termini specialistici che globali;
 - la validità tecnica ed economica degli impianti in funzione delle esigenze di mercato coordinando le funzioni direttamente dipendenti;
 - un adeguato livello di Servizio al cliente minimizzando i capitali investiti in scorte coordinando le funzioni direttamente dipendenti;
 - un adeguato livello qualitativo dei servizi forniti, promuovendo un adeguato sviluppo del sistema qualità aziendale nei termini previsti dalla Assicurazione Qualità;
 - una costante informazione sugli obiettivi le priorità e l'andamento delle unità ai suoi diretti collaboratori;
- **promuove:**
 - l'innovazione e lo sviluppo tecnico del settore di competenza, assicurando la coerenza ed il continuo aggiornamento delle modalità di lavoro attraverso il coordinamento delle funzioni direttamente dipendenti;
- **migliora:**
 - costantemente il coinvolgimento e la prestazione delle risorse umane assegnate, curandone l'aggiornamento tecnico e lo sviluppo professionale attraverso il coordinamento delle funzioni direttamente dipendenti ed in accordo con il Responsabile di Struttura Complessa



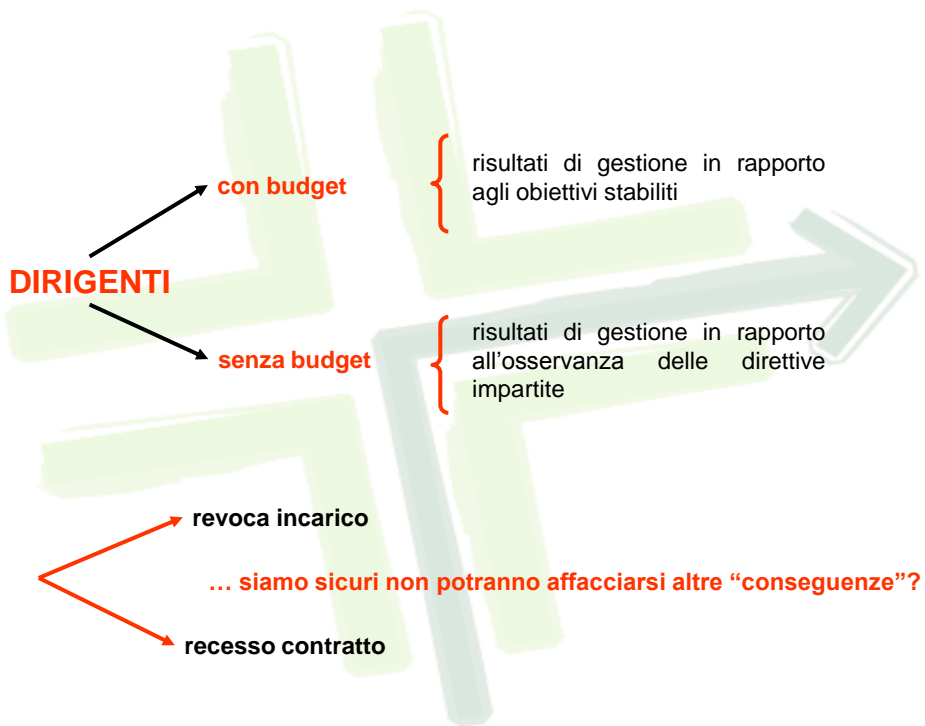
La **graduazione delle funzioni** avviene sulla base dell'affidamento e gestione del **budget** e sulla base della consistenza delle risorse umane, finanziarie e strumentali ricomprese nel budget assegnato.

Art. 51 CCNL

BUDGET = complesso delle risorse umane, finanziarie e strumentali rese effettivamente disponibili al medico.

Art. 59, III comma del CCNL (area dirigenza medica)

... per cui



Al medico che opera in una Azienda ospedaliera sono in capo diversi tipi di **responsabilità**:

- 1) **Responsabilità penale**
- 2) **Responsabilità civile**
- 3) **Responsabilità amministrativa**
- 4) **Responsabilità dirigenziale**
- 5) **Responsabilità deontologica**

Art. 69 - Medico dipendente o convenzionato

...

Il medico qualora si verifichi **contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente**, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano **salvaguardati i diritti propri e dei cittadini**.

In attesa della composizione della vertenza Egli **deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione** dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e **della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale**.

Art. 70- Direzione sanitaria

Il medico che svolge funzioni di direzione o di dirigenza sanitaria nelle strutture pubbliche o private deve garantire, nell'espletamento della sua attività, **il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera**.

...

Art. 72 - Eccesso di prestazioni

Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni, nonché sul rispetto delle norme deontologiche.

Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato.

Costituzione della Repubblica Italiana

(pubblicata dalla Gazzetta Ufficiale del 7 dicembre 1947)

PARTE I Diritti e Doveri dei Cittadini Titolo III

Art. 46

Ai fini della elevazione economica e sociale del lavoro in armonia con le esigenze della produzione, la Repubblica riconosce il **diritto** dei lavoratori a **collaborare**, nei modi e nei limiti stabiliti dalle leggi, **alla gestione delle aziende**.

Art. 69 - Medico dipendente o convenzionato

...

Il medico qualora si verifichi **contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente**, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano **salvaguardati i diritti propri e dei cittadini**.

In attesa della composizione della vertenza Egli **deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione** dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e **della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale**.

Art. 70- Direzione sanitaria

Il medico che svolge funzioni di direzione o di dirigenza sanitaria nelle strutture pubbliche o private deve garantire, nell'espletamento della sua attività, **il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera**.

...

Art. 72 - Eccesso di prestazioni

Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni, nonché sul rispetto delle norme deontologiche.

Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato.

**Valorizzare la responsabilità della Struttura
non significa
deresponsabilizzare il Sanitario.**

"I medici non possono più restare in silenzio e lasciare ad un piccolo gruppo di politici dell'ambiente medico il compito di gestire la loro professione. Non possono pensare di avere la fiducia della popolazione o il sostegno dei governi finché non saranno disposti a partecipare al dibattito pubblico sul tipo di società che auspicano per malati e indigenti. **E' necessario che un numero maggiore di medici scenda in campo e prenda parte al dibattito pubblico**".

Richard Horton
Direttore di Lancet
2002

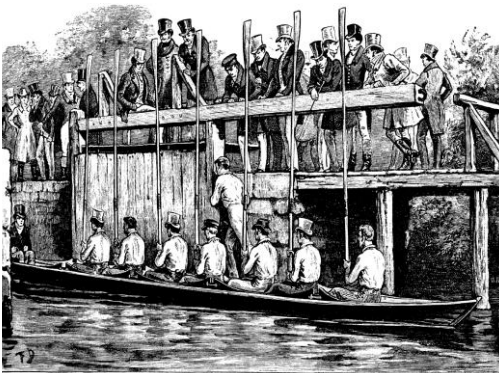


“C’era una squadra italiana di canoa....”

Una società italiana ed una giapponese decisero di sfidarsi in una gara di canoa con equipaggio ad otto uomini. Entrambe le squadre si allenarono e quando arrivò il giorno della gara ciascuna era al meglio della forma, ma i giapponesi vinsero con un vantaggio di un chilometro.

Dopo la sconfitta il morale della squadra italiana era a terra. Il Top manager italiano decise che si sarebbe dovuto vincere l’anno successivo e mise in piedi un gruppo di progetto per investigare il problema. Il gruppo di progetto scoprì, dopo molte analisi, che i giapponesi avevano sette uomini ai remi ed uno che comandava, mentre la squadra italiana aveva un uomo che remava e sette che comandavano.

In questa situazione di crisi il Top manager dette una chiara prova di capacità gestionale: ingaggiò immediatamente una società di consulenza per investigare la struttura della squadra italiana.



Dopo molti mesi di duro lavoro, gli esperti giunsero alla conclusione che nella squadra c’erano troppe persone a comandare e troppe poche a remare. Con il supporto della relazione degli esperti fu deciso di cambiare immediatamente la struttura della squadra. Ora ci sarebbero stati quattro comandanti, due supervisor ed uno ai remi. Inoltre si introdusse una serie di punti per motivare il rematore. “Dobbiamo ampliare il suo bagaglio tecnico, incrementare il suo ambito lavorativo e dargli più responsabilità”.

L’anno dopo i giapponesi si aggiudicarono la sfida con un vantaggio di due chilometri.

La società italiana licenziò immediatamente il rematore a causa degli scarsi risultati ottenuti sul lavoro, ma nonostante ciò pagò un bonus al gruppo di comando come ricompensa per il grande impegno profuso. La società di consulenza preparò una nuova analisi dove dimostrò che era stata scelta la giusta tattica e che anche la motivazione era buona, ma che il materiale impiegato doveva essere migliorato.

Al momento la società italiana è impegnata a progettare una nuova canoa!