



*Comunità Sperimentale di Riflessione Infermieristica*

**POLITICA PROFESSIONALE – I FILONI DI INTERESSE**

## **MANAGERIALISMO, PROFESSIONALISMO E POLITICA PROFESSIONALE**

a cura di Marco Enrico Grazioli<sup>1</sup>

[con il contributo di Johnny Acquaro, Irina Cazzaniga, Rachele Ferrua]<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Infermiere laureato magistrale, Responsabile dei processi innovativi Direzione Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Lodi – Membro della Comunità Sperimentale di Riflessione Infermieristica di Torino

<sup>2</sup> Membri della Comunità Sperimentale di Riflessione Infermieristica di Torino

## Premessa

La complessità dei sistemi sanitari evolve con la modifica dei bisogni di salute dei cittadini e con l'aumentata richiesta di specializzazione manageriale e di governo. Parallelamente, va evolvendosi anche il ruolo di chi coordina/dirige servizi sanitari.

Si precisa, a questo proposito, che la funzione di coordinamento e quella di direzione appartengono a un unico asse manageriale, pur nella distinzione dei differenti livelli di responsabilità. Pertanto in questo documento, che considera più le funzioni che i ruoli, laddove si parla di dirigenza la si intende comprensiva anche della funzione di coordinamento.

Concetti tipicamente manageriali come efficienza, funzionalità, produttività, competitività e gestione aziendale, vanno di pari passo, e dovrebbero equilibrarsi, con quelli prettamente sanitari di diritto alla tutela della salute, efficacia, appropriatezza, equità, politica sanitaria e livelli essenziali di assistenza. Gli infermieri, sempre maggiormente inseriti a livello decisionale e strategico nei sistemi di governo sanitario, stanno acquisendo un'importante consapevolezza del ruolo che essi possono giocare per garantire tale equilibrio.

Non è infrequente constatare, però, nelle nostre realtà, uno sbilanciamento tra funzioni amministrative (esercitabili trasversalmente da molte professioni o occupazioni anche non sanitarie) e funzioni professionali (esercitabili specificamente da un infermiere) a vantaggio delle prime.

Alla luce di ciò è doveroso porsi alcune domande: è possibile coniugare in modo equilibrato la funzione manageriale con quella professionale? E come? Quale valore aggiunto può essere apportato da un professionista, in qualità di infermiere, nell'esercizio della funzione di coordinamento di un dipartimento/struttura o di dirigenza?

Provare a rispondere a questi quesiti può contribuire a elaborare spunti di riflessione orientati a individuare le caratteristiche/condizioni necessarie per intraprendere l'attività di coordinamento/dirigenza non solo come *manager*, ma anche come professionisti consapevoli delle specificità della professione infermieristica, guidati da una visione di crescita culturale, di riconoscimento, di meritocrazia basata sulla competenza e sui risultati e non solamente sulle attività, sull'efficienza e sulla sola esperienza.

## Infermieri dirigenti e paradigmi gestionali: un *background* da conoscere e riconoscere

### *Note sull'infermiere dirigente*

Innanzitutto è opportuno richiamare il significato etimologico del termine dirigente, a cui si associa anche la parola direzione, che derivano dal verbo dirigere (dal latino *dirigere* composto di "*dis*" e "*regere*") che vuol dire "reggere, governare". Ma non solo. Il termine direzione richiama anche il significato di "senso di marcia" che ben si collega con la parola governo (dal latino "*gubernum*" che vuol dire "timone").

La nascita della figura del dirigente infermieristico è stata alquanto travagliata nel tempo. Il termine, già esistente fin dal 1925 sotto forma di "Direttrice" nelle scuole per infermieri professionali, compare per la prima volta, a cavallo degli anni '60 e '70 del secolo scorso, nei titoli di studio rilasciati dalla prime storiche Scuole Universitarie dirette a fini speciali di Roma (Università la Sapienza e Università Cattolica) e di Milano (Università statale): Dirigente dell'assistenza infermieristica (DAI) e Infermiere Insegnante Dirigente (IID). A questi, fecero poi seguito, negli anni '90, il titolo di Dirigente e Docente in Scienze infermieristiche (DDSI) rilasciato da altre sedi universitarie. Il termine dirigente è storicamente ritrovabile anche nel DPR 761/79<sup>3</sup>, laddove veniva previsto il ruolo di Operatore Professionale Dirigente (OPD). Ma, in tutte le situazioni sopra citate, al termine dirigente non corrispondeva un effettivo valore formale e contrattuale.

---

<sup>3</sup> DPR 761/79 "Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali"

Infatti, lo stesso DPR 761/79 collocava tale titolo all'interno dei livelli contrattuali del cosiddetto comparto, che erano più bassi rispetto a quelli superiori dell'effettiva dirigenza.

Pertanto, si può affermare che un primo passo verso l'effettiva dirigenza avviene normativamente con la Legge 251/2000<sup>4</sup>, nella quale si stabilisce, all'art. 7<sup>5</sup>, un riconoscimento formale, in termini di ruolo aziendale, della dirigenza infermieristica. Riconoscimento ancora debole considerato il verbo "possono" utilizzato nel testo.

A tali ruoli sono attribuite la responsabilità e la gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni, nonché la revisione dell'organizzazione del lavoro incentivando modelli di assistenza personalizzata.

### *Note sui paradigmi gestionali*

A partire dagli anni '90 del secolo scorso si è assistito a un cambiamento di paradigma gestionale delle strutture sanitarie. Con l'applicazione dei DLgs. 502/92 e 517/93, a cui hanno fatto seguito altri provvedimenti attuativi, tra cui la cosiddetta "riforma ter" del giugno 1999 (D.Lgs. 229/99), si avvia il processo di cambiamento del SSN, con il passaggio dalle Unità Sanitarie Locali (USL) alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e/o Aziende ospedaliere (AO).

L'aziendalizzazione e la maggiore regionalizzazione<sup>6</sup> hanno portato le Aziende a essere guidate da *manager*, ad acquisire ampia autonomia e a provvedere a riorganizzazioni interne con obiettivi di razionalizzazione delle risorse e di integrazione tra i diversi Servizi.

Queste nuove modalità di gestione sono riconducibili al *New Public Management* (NPM), stile di *governance* emerso nei primi anni '80 del secolo scorso nei lavori di alcuni studiosi statunitensi. Il NPM può essere interpretato secondo quattro approcci differenti:

- *efficiency drive*, ispirato al concetto di efficienza e orientato all'introduzione nella pubblica amministrazione di modelli di *business*;
- *downsizing* (ridimensionamento) *and decentralization* (decentramento), caratterizzato dallo snellimento e decentramento delle grandi e verticalmente integrate strutture organizzative;
- *search of excellence* (ricerca dell'eccellenza), centrato sull'idea di innovazione e cambiamento basato sulla cultura, sui valori e sui simboli che caratterizzano il funzionamento delle organizzazioni e il comportamento delle persone;
- *public service orientation* (orientamento al servizio), orientato all'introduzione di politiche e strumenti di *accountability* dei servizi verso i cittadini. (Ferlie et al. 1996).

I principi e valori fondamentali del NPM sono noti come modello delle "5R": ristrutturare, riprogettare, reinventare, riallineare e ripensare (Jones e Thompson 1997) e dottrina delle "3E": economia, efficienza ed efficacia (Maesschalck 2004).

Nel corso degli anni, al modello del NPM ha fatto seguito la *New Public Governance* (NPG), un'evoluzione che «[...] sposta il baricentro dell'attenzione dall'azienda [...] al sistema socio- economico in cui questa è collocata» (Sforza 2014 p.81).

La NPG, caratterizzata dai principi di apertura, partecipazione, responsabilità, efficacia, coerenza, sussidiarietà e proporzionalità (EU 2001), determina un cambiamento nella gestione del rapporto tra l'organizzazione e i cittadini, tradotto nel concetto di *public accountability*. Questa forma di rendicontazione, che richiede alle organizzazioni sanitarie un cambiamento culturale e strategico, attento ai

---

<sup>4</sup> Legge 251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"

<sup>5</sup> "Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio"

<sup>6</sup> veicolata dalla riforma del Titolo V della Costituzione promulgata con legge costituzionale 3/2001

bisogni della popolazione, determina un'ulteriore evoluzione: il passaggio dalla NPG al *New Public Service* (NPS). Cambia la funzione, anche perché il sistema di assistenza tradizionale non è più in grado di rispondere ai bisogni attuali di salute. Emerge la necessità da parte delle istituzioni di sviluppare la capacità di muoversi in rete, in modo omogeneo su tutto il territorio. Il cittadino torna a essere parte attiva nei rapporti con la pubblica amministrazione, come persona più che come cliente (Marcon 2011).

L'analisi della transizione verso il NPM e verso la NPG vede la costante presenza di elementi di managerialismo; ma anche le politiche orientate al NPS ne mettono in luce alcuni aspetti nella loro declinazione sul campo.

Si pensi alla gestione delle malattie croniche. Attraverso l'*empowerment*, la *partnership* e l'orientamento all'auto-cura del cittadino malato cronico, la pubblica amministrazione supera la visione assistenzialistica e mette in atto politiche sanitarie orientate alla logica NPS e individua nell'infermiere la funzione di *care manager* (PNC 2016). Il *care manager*, chiamato a gestire risorse umane, organizzare il lavoro (valutando costi e benefici) e a ottimizzare la distribuzione delle risorse (D'addio 2011) assume funzioni manageriali ascrivibili al fenomeno della *soft bureaucracy* (Courpasson, 2000) ovvero, allo strato-cuscinetto di natura ibrida, dei professionisti-*manager* che cercano di far dialogare la logica professionale e quella manageriale. Coinvolto appieno nel suo ruolo di *care manager*, l'infermiere si relaziona e collabora con diversi professionisti e rendiconta il suo operato all'interno della comunità professionale e, all'esterno, a *manager* e pazienti.

Si evidenziano pertanto per l'infermiere quegli aspetti caratteristici della transizione dal professionalismo tradizionale al nuovo professionalismo.

#### *Note sul nuovo professionalismo*

Nel definire il nuovo professionalismo, facciamo un breve riferimento a quanto descritto da W. Tousijn (2013, 2017) in alcune sue pubblicazioni, con particolare riguardo al professionalismo organizzativo descritto da Evetts (2011), al professionalismo ibrido di Noordegraf (2007, 2015) e a quello comunitario di Adler (2008).

Evetts (2011) distingue il modello professionale tradizionale, descritto come "occupazionale", da un nuovo modello "organizzativo". Egli individua alcuni elementi di continuità tra i due modelli, quali l'autonomia professionale nella gestione di casi complessi e la rilevanza delle conoscenze scientifiche; ma anche elementi caratteristici del nuovo modello come le procedure di lavoro standardizzate, la presenza di forme esterne di regolazione, di indicatori di qualità e di altri elementi riconducibili ad aspetti manageriali.

Un'idea simile si delinea inoltre negli scritti di Noordegraf (2007, 2015) che definisce un nuovo professionalismo "ibrido", poi successivamente evoluto in "organizzativo", in cui funzioni e attività organizzative e manageriali non sono obbligatoriamente in opposizione con il lavoro professionale. «*Al fine di salvaguardare la molteplicità di qualità del servizio (un buon trattamento, la tempestività, l'efficienza, la soddisfazione, i costi), un margine di manovra professionale, coordinamento interno e responsabilità verso l'esterno devono essere combinati; anche dai professionisti stessi. In questo senso, 'il professionalismo organizzativo' è una nuova forma concettuale e pratica di professionalismo*» (Noordegraf 2015 p. 16).

A differenza del professionalismo tradizionale, che ha considerato mercato, gerarchia e comunità come tre elementi indipendenti, il professionalismo di oggi è la combinazione di queste tre modalità regolative (Adler et al 2008). «*Oggi mercato e gerarchia aumentano la loro influenza sul lavoro dei professionisti ma senza distruggere il principio della comunità, bensì trasformandolo*». (Tousijn 2013 p. 186).

Il nuovo professionalismo risulta caratterizzato da: assunzione di funzioni manageriali, nuovi rapporti interprofessionali, autoregolazione collettiva basata sull'*accountability* senza tralasciare però aspetti

tradizionali come le conoscenze tecnico-scientifiche elevate e una discreta discrezionalità<sup>7</sup> (Tousijn 2017). In merito alla logica manageriale, nonostante questa non sembri rappresentare una minaccia esterna alla professione, ma, anzi, sembri camminare con le gambe dei professionisti (Tousijn, 2013) integrandola e facendola convivere con la logica professionale, resta il timore che il suo impatto sulla professione infermieristica crei uno sbilanciamento tra funzioni amministrative e funzioni professionali a vantaggio delle prime.

### **L'infermiere con funzioni manageriali: un effettivo valore aggiunto?**

Le funzioni che l'infermiere dirigente dovrebbe assumere all'interno dell'organizzazione sono descritte all'interno del testo "*Scope and standard for Nurse Administrators*" (ANA 2009) e collimano con una posizione di supervisione e sostegno alla pratica infermieristica per il raggiungimento dei migliori standard di qualità. Nel particolare, l'infermiere dirigente si può dire dedito a tre tipologie di attività:

- l'amministrazione partecipativa dei processi assistenziali, basata sulla collaborazione con tutte le figure coinvolte e sulla collegialità delle decisioni;
- la valutazione delle performance, in termini sia di processo (appropriatezza ed efficienza), sia di risultati (efficacia e adeguatezza);
- lo sviluppo, sia a livello micro con la progressione degli infermieri, sia a livello macro come miglioramento continuo della pratica assistenziale.

Secondo il *Magnet Recognition Program*<sup>8</sup> (MRP) la *leadership* infermieristica costituisce una delle componenti fondamentali delle "strutture magnet" o, più precisamente, una delle forze del magnetismo in grado di attrarre e trattenere professionisti di alto livello.

Questa forza attrattiva non è prerogativa del solo MRP, ma è stata documentata anche da una revisione della letteratura piuttosto recente (Balsanelli, Cunha 2014): la dirigenza infermieristica di qualità si associa a maggiore soddisfazione lavorativa, minor livello di assenteismo e di *turn over*.

L'esercizio della *leadership* da parte degli infermieri, inoltre, è predittiva del raggiungimento effettivo dei risultati di efficienza ed efficacia.

Sebbene tale revisione non abbia identificato, a partire dagli studi esistenti, una correlazione tra dirigenza infermieristica e *performance* nei gruppi di lavoro, il MRP sostiene che l'esercizio della *leadership* infermieristica concorre, insieme alle altre forze del magnetismo, al raggiungimento di una maggiore qualità assistenziale a partire da specifici indicatori: minore incidenza di lesioni da pressione, infezioni delle vie urinarie, polmoniti nosocomiali, cadute accidentali, trombosi venosa profonda; maggiore soddisfazione dei pazienti per l'assistenza.

Questa relazione tra esercizio della *leadership* infermieristica e *nursing sensitive outcomes* sarebbe fondata su almeno due elementi:

---

<sup>7</sup> Per approfondimenti sulla discrezionalità si rimanda al concetto di *Street level bureaucracy* (Lipsky 1980) Lipsky M. (1980), *Street-level bureaucracy Dilemmas of individuals in the Public Service*, New York, Russel Sag Foundation.

<sup>8</sup> Il *Magnet Recognition Program* è il programma di riconoscimento e designazione dei cosiddetti "ospedale magnet", ovvero delle strutture in grado di attrarre professionisti di alto livello e di prestare, di conseguenza, un provato livello di eccellenza nell'assistenza infermieristica.

Tale programma, avviato a partire da uno studio condotto negli anni '80 dall'Accademia Americana di Infermieristica (Mc Cloure et al. 1983), e sostenuto da numerosi altri studi successivi (ad esempio: Buchan 1999; Scott, Sochalski, Allen 1999; Havens, Aiken, 1999) oltre a generare nei servizi infermieristici miglioramento continuo e promozione di *best practices*, aiuta l'utenza a individuare le organizzazioni che forniscono assistenza infermieristica di massima qualità.

Tale riconoscimento viene rilasciato a partire dal dimostrato possesso da parte delle strutture di 14 elementi, dette forze del magnetismo: 1) Leadership infermieristica di qualità; 2) Struttura organizzativa; 3) Stile manageriale; 4) Politiche e programmi per il personale; 5) Modelli di assistenza professionale; 6) Qualità dell'assistenza percepita; 7) Miglioramento della qualità; 8) Consulenze e risorse disponibili; 9) Autonomia infermieristica; 10) Rapporti con la comunità; 11) Infermieri come insegnanti; 12) Immagine dell'infermieristica; 13) Relazioni interdisciplinari; 14) Sviluppo professionale

- la capacità del *leader* di attirare e trattenere i professionisti più qualificati, in grado di offrire assistenza di qualità, già descritta in precedenza;
- l'utilizzo da parte del *leader* della logica di processo, in quanto egli dispone, a differenza di altri professionisti, non solo della conoscenza del processo assistenziale, ma anche di una *forma mentis* processuale, frutto di percorsi formativi ed esperienziali specifici, che lo rende in grado di porsi come supervisore dello stesso.

In questo senso è possibile sostenere che la componente professionale corrobora a tal punto la funzione manageriale da renderla efficace anche in termini di contenuti assistenziali.

### **Funzioni amministrative e professionali: amore impossibile o connubio auspicabile?**

#### *Quali sfide?*

Scarsa chiarezza del proprio specifico professionale, fragilità identitaria e prestazionismo sono solo alcune delle problematiche odierne che affliggono la professione infermieristica, sintomatiche di un cammino professionale ancora in divenire che non può essere determinato e sostenuto solo da strategie manageriali: sono indispensabili contenuti, analisi, strategie professionali; in altri termini, scelte di politica professionale. All'interno di questo panorama, significativamente definito della *post-ausiliarità* (Cavicchi 2010), fare politica professionale è un impegno molto articolato e complesso perché molte sono le sfide ancora da affrontare per sincronizzare l'emancipazione "normata" degli infermieri, in termini di autonomia e responsabilità, con quella "agita".

È suggestivo identificarne alcune trasformando in positivo alcuni punti critici che Ivan Cavicchi evidenzia in una sua analisi riferita alla "questione infermieristica" (D'Angelo 2015):

- puntare all'interdipendenza con la professione medica, superando storiche contrapposizioni, in un'ottica co-evolutiva, che sfuma le dominanze a vantaggio degli obiettivi comuni;
- aggiornare e contestualizzare il campo di competenza dell'infermiere, declinando le specificità delle attività generali contenute all'interno del proprio profilo professionale (DM 739/94), evitando l'attribuzione della titolarità di attività poco professionalizzanti (basti pensare alle attività amministrative) e l'attribuzione ad altri – attiva o passiva - di attività caratterizzanti, con le relative responsabilità;
- dare compimento alla metamorfosi prevista dalla norma 42/99, che prevede il passaggio da compiti ad attività, al governo dei processi assistenziali e alla valutazione dei risultati (Hood 1995);
- prevedere un cambiamento di approccio organizzativo, sempre più decentrato, meno legato alle oligarchie così come sono intese oggi all'interno delle aziende sanitarie;
- evitare di sopravvalutare l'importanza degli aspetti assistenziali quantificabili e unidimensionali - veicolati dalla necessità di rendicontazione - rispetto agli obiettivi di cura, il cui valore e la cui efficacia non sono sempre misurabili, anche in termini economici;
- mettere a punto reti che consentano di gestire le relazioni e le interdipendenze su tre livelli: intra-organizzativo, inter-organizzativo, inter-istituzionale. Il livello intra-organizzativo può essere inteso come quello intercorrente, ad esempio, tra diversi reparti ospedalieri o diverse unità afferenti ad un unico dipartimento; il livello inter-organizzativo si riferisce, invece, all'operato e alle relazioni tra e dei professionisti; quello inter-istituzionale riguarda le dinamiche di interdipendenza che si verificano nel caso di integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali (Tamburisi, Bonacci 2011);
- implementare sistemi ICT (*Information and Communications Technology*), indispensabili nella gestione sistemica aziendale, nella micro-organizzazione e nella pratica clinica;
- sostenere, sul piano clinico, l'*evidence based*, modello di intervento che vede tra i suoi principi fondamentali la standardizzazione delle pratiche attraverso manuali e linee guida (8 marzo 2017 n.24

Legge Gelli), la dimostrazione della loro efficacia attraverso misurazioni oggettive (Mullen e Streiner 2004);

- sviluppare l'utilizzo da parte dei professionisti di strumenti di governo clinico come i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), che hanno la finalità di assicurare la presa in carico, l'appropriatezza delle cure, la continuità assistenziale, la "standardizzazione" dei costi.

Muoversi in questa prospettiva, accettare le predette sfide – alcune tra le tante - prevede la capacità da parte dell'infermiere che dirige – e qui si fa riferimento alla sua dimensione professionale più che a quella manageriale - di saper leggere le sfumature e di considerare le diversità lasciandosi ispirare dalla logica della personalizzazione dell'assistenza.

Utilizzando un'analogia, si pensi alla rilevazione del dolore che non potrà certo limitarsi a constatare se il dolore è presente o non presente. Im e Chee (2003) sostengono che le questioni infermieristiche includono complessità e sfumature. Parole come "lieve", "acuto", "urente", che descrivono il dolore, sono complesse perché includono diverse dimensioni come l'origine, l'intensità e la percezione del dolore stesso. Non possono essere definite in modo precipitoso né definite con precisione. Forzare una risposta del tipo sì o no è possibile, ma nel farlo si perdono alcune informazioni.

In questo senso occuparsi di politica professionale vuol dire occuparsi delle sfumature collegate alle persone sia quelle destinatarie dell'assistenza sia quelle erogatrici di assistenza. E ciò richiede non solo competenze manageriali "asettiche" ma anche contenuti professionali che ispirano analisi, scelte, valutazioni.

Tutto questo si inserisce nella cosiddetta logica *fuzzy* nota anche come logica sfocata o logica sfumata. Appartenente alla scienza matematica, la logica fuzzy attribuisce a ciascuna proposizione un grado di verità compreso tra 0 e 1. Si tratta di una logica polivalente, in cui sono presenti più valori di verità, in cui un determinato valore può essere considerato non solo come appartenente in modo esclusivo a un singolo insieme, ma come allo stesso tempo appartenente, anche se in misura differente, a più insiemi differenti. (Treccani 2017)

Oltre che per gli aspetti clinici, la logica *fuzzy* si ritrova anche in ambito organizzativo e nel rapporto tra professioni. I confini tra professioni e professionisti piuttosto che quelli tra strutture sanitarie e sociali, essendo tra loro in parte sovrapposti e in mutamento continuo, non possono che essere sfocati. In merito ai confini Tousijn (2013) ha documentato l'ampia gamma di reazioni strategiche messe in atto dai medici e dalle altre figure professionali per presidiare i propri confini.

Come già citato a riguardo del nuovo professionalismo, gli aspetti di natura manageriale si integrano e convivono con la logica professionale ed è con la capacità di muoversi in territori di confine e di cogliere le sfumature secondo la logica *fuzzy* che l'infermiere diventa «*portatore di conoscenze e competenze nelle politiche della salute*» (Cotichelli 2013).

### *Le criticità da affrontare*

I nuovi modelli organizzativi, i nuovi impatti dell'*Information and Communications Technology*<sup>9</sup> (ICT), l'evoluzione dell'*Health Technology Assessment*<sup>10</sup> (HTA) e, in ultimo, anche i risvolti della crisi finanziaria, hanno determinato un crescente livello di *governance* della figura del coordinatore/dirigente, il quale deve sviluppare il proprio livello di coordinamento all'interno di un sistema organizzativo caratterizzato da una diversa gradazione di complessità.

---

<sup>9</sup> Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (in inglese Information and Communications Technology[1], in acronimo ICT), sono l'insieme delle metodologie delle tecnologie che realizzano i sistemi di trasmissione, ricezione ed elaborazione di informazioni (tecnologie digitali comprese).

<sup>10</sup> L'Health Technology Assessment è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società

Si assiste, non di rado, alla coesistenza, negli ambiti lavorativi, di infermieri che, avendo formazione diversa, “viaggiano” a differenti velocità. In alcune realtà, si assiste paradossalmente a contesti in cui il coordinatore infermieristico, in possesso o no di master in coordinamento, coordina infermieri laureati magistrali. Lo squilibrio culturale dettato dall'incongruenza tra formazione e ruolo formale può dare origine a conflittualità pericolose e frustranti.

Il cambiamento culturale inerente la formazione, avvenuto negli ultimi vent'anni, infatti, ha spiazzato coloro che nel tempo non si sono costantemente aggiornati e rappresenta una criticità, considerato che il coordinatore/dirigente gioca un ruolo importante nella trasmissione dei valori e della cultura, della *vision* e della *mission* aziendale e professionale.

La cultura di un'organizzazione è influenzata dalle persone che vi operano, dal loro stile cognitivo<sup>11</sup>, dall'etica, dalle forme contrattuali che regolano i rapporti di lavoro e dal tipo di struttura che viene impiegata. È possibile imitare la struttura di un'altra organizzazione, ma è più difficile imitarne la cultura, in quanto essa è radicata nelle interazioni e nell'operatività quotidiana del personale funzionale (Garreth Jones 2013). I cambiamenti culturali sono difficili, lenti e sedimentati nel tempo. Infatti, ancora oggi, spesso, le potenzialità degli infermieri, dei coordinatori e dei dirigenti infermieristici, sono sottovalutate dal sistema sanitario. Sono molto più frequenti, infatti, i casi di svilimento professionale che di valorizzazione delle competenze.

A tal proposito, a titolo esemplificativo, è stata condotta un'indagine che si è sviluppata su tre fronti:

- ricerca bibliografica;
- visione, a titolo emblematico, di alcuni programmi formativi del Master in coordinamento infermieristico *on line*;
- intervista, a titolo emblematico, ad alcuni coordinatori infermieristici.

Nella ricerca bibliografica è stata indagata la presenza di studi che esplorassero i livelli di soddisfazione lavorativa dei coordinatori infermieristici e il loro ruolo nel processo di professionalizzazione degli infermieri.

I quesiti iniziali dell'indagine sono stati:

- sono presenti studi che indagano la soddisfazione del coordinatore/dirigente infermieristico?
- il coordinatore/dirigente infermieristico riveste il ruolo di propulsore nel processo di professionalizzazione dell'infermiere?

Le *key words* utilizzate sono state: *chief nursing officer, manager, organization role, satisfaction, nurse professionalization, hospital management, leadership, nursing, nursing management, organisational behaviour, role conflict, ward sister*.

Sono stati selezionati cinque articoli, di cui due revisioni sistematiche di letteratura, tutti inerenti la soddisfazione del coordinatore e nessuno sul ruolo nel processo di professionalizzazione.

L'esito della ricerca evidenzia che la soddisfazione del coordinatore infermieristico è legato al processo di *empowerment*, collocandosi in un equilibrio tra cure infermieristiche di alta qualità ed esigenze del lavoro amministrativo.

Considerando che ormai è chiaro da tempo che l'*empowerment* strutturale e individuale degli infermieri influisce sulla soddisfazione professionale e, di conseguenza, sulla qualità del servizio offerto (Cicolini,

---

<sup>11</sup> Lo stile cognitivo può essere definito come una modalità preferita di pensare (Sternberg, 1997), una tendenza generale del soggetto ad adottare strategie di un certo tipo più frequentemente di altre (Antonietti, 2003). Lo stile cognitivo si configura come una dimensione trasversale che caratterizza in maniera pervasiva e costante il funzionamento cognitivo del soggetto nel corso di compiti diversi (Ausburn e Ausburn, 1978; Riding et al., 1993), pertanto definisce una determinata propensione nell'uso delle proprie abilità, ma non può essere confuso con le abilità stesse (Huteau, 1987). Infatti, mentre le abilità vengono misurate in termini di livello di performance, gli stili cognitivi sono identificati dalla modalità che caratterizza tale performance. Le abilità, inoltre, costituiscono delle dimensioni unipolari, laddove gli stili cognitivi rappresentano sovente dimensioni bipolari o multipolari (Antonietti, 2003).



Comparcini, Simonetti 2013), sono stati anche visionati, a titolo emblematico, alcuni programmi formativi del Master in coordinamento infermieristico *online*, per verificare l'eventuale trattazione del ruolo del coordinatore nel processo di professionalizzazione infermieristica. L'esito è stato negativo.

Non avendo trovato studi significativi che mirassero a indagare la motivazione per la quale i coordinatori sembra che tendano a occuparsi con più facilità di aspetti amministrativi che non organizzativi o di incentivazione alla crescita e sviluppo dei professionisti, sono state condotte, anche in questo caso a titolo emblematico, alcune interviste a coordinatori infermieristici. La domanda posta è stata: "Come favorisci il processo di professionalizzazione del gruppo infermieristico?".

I concetti emersi delle interviste sono stati:

- è più difficile relazionarsi con gli infermieri che non costruirsi l'alibi di doveri amministrativi pressanti;
- non siamo preparati;
- non siamo incentivati;
- la dirigenza per prima richiede spesso al coordinatore infermieristico di svolgere funzioni di tipo amministrativo attribuibili ad altre figure presenti nell'azienda;
- molti infermieri preferiscono attività tecniche e non intellettive;
- non sono i coordinatori a doversi occupare di questo come neppure della formazione degli infermieri.

### ***Riflessioni conclusive in chiave politica***

Il coordinatore/dirigente, oggi, dovrebbe assumere il ruolo di *coach* nei confronti dei suoi collaboratori, allo scopo di ottenere un gruppo di lavoro motivato, favorendo il processo di professionalizzazione, agendo anche attraverso l'*empowerment* e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi (Mitzberg 2009).

Le criticità sopra citate segnalano che ciò non è sempre così. E ciò suscita ulteriori interrogativi.

Ma i dirigenti sono veramente aggiornati sui sistemi di gestione che forniscono maggiori probabilità di successo in termini di qualità di servizio, assistenziale, professionale, organizzativa?

Perché, spesso, essi orientano le loro scelte al mantenimento dello *status quo*?

A questo proposito potrebbe essere utile avviare indagini più strutturate per qualificare e quantificare meglio il fenomeno. Tali ricerche potrebbero contribuire a documentare l'equilibrio possibile tra attività dei coordinatori/dirigenti amministrative e burocratico – procedurali, e attività di gestione del gruppo di lavoro, di realizzazione di progetti condivisi tra più realtà, di potenziamento delle competenze, di governo dei processi assistenziali e organizzativi.

Le criticità da affrontare oggi rispetto alla problematica trattata, certo interpellano la responsabilità dei singoli infermieri che svolgono funzioni di coordinamento e di dirigenza, ma investono direttamente anche la politica professionale, oltre i confini aziendali. Perché la politica professionale è sovradimensionata rispetto ai singoli luoghi di lavoro, ha uno sguardo sistemico e non localistico e ha, quindi, la possibilità di adottare strategie di sistema orientate, da una parte, a sostenere una cultura organizzativa che coniughi il necessario managerialismo con l'altrettanto necessario professionalismo, e, dall'altra, a ispirare a livello locale scelte pertinenti con tale approccio.

È l'esercizio della dimensione politica, infatti, che consente alla professione infermieristica di incidere sul sistema mantenendo l'equilibrio tra le varie dimensioni che lo compongono garantendo coerenza con quanto dichiarato anche nell'ultimo Codice deontologico che all'art. 30 recita "L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.

## Bibliografia

- Adler, P., Seok-Woo, K., and C., Heckscher (2008), Professional work: The emergence of collaborative community, in «Organization Science», 19, 2, pp. 359-76.
- Aiken LH, Havens DS, Douglas MS. The Magnet Nursing Services Recognition Program: a comparison of two groups of Magnet Hospitals. J Nurs Admin. 2009; 39(0):5-14.
- American Nurses Association. Nursing administration: scope&standards of practice. 2009
- Antonietti A. (2003) Cognitive styles assessment. In: Encyclopaedia of Psychological Assessment (vol. I, 248-253), London, Sage.
- Ausburn L.J. e Ausburn F.B. (1978) Cognitive styles: some information and implication for instructional design. Education and Communication and Technology, 26, 337-354.
- Balsanelli AP, Kowal Olm Cuhna IC. The work environment and leadership in nursing: an integrative review. Rev.Esc.Enferm. USP. 2014; 48(5): 934-40.
- Busso S. (2015) What works. Efficacia e quantificazione nelle politiche sociali in trasformazione. Rivista italiana di sociologia LVI,3-4: 480-501.
- Cavicchi I. (2010) Medicina e Sanità: snodi cruciali . Bari, Dedalo
- Cotichelli G. (2013) Disuguaglianze nella salute e professione infermieristica. Risorse e criticità per l'equità del sistema sanitario. Milano, Franco Angeli.
- D'Addio, L. (2011) L'etica, la deontologia e il case management in Chiari, P. e A. Santullo (a cura di), L'infermiere case manager Milano, McGraw Hill
- D'Angelo C. Il riformatore e l'infermiere: il dovere del dissenso. Pomezia: Quotidiano Sanità Edizioni, 2015.
- Evetts J. (2011), A New Professionalism? Challenges and Opportunities, in «Current Sociology», 59, (4), pp. 406-22.
- Ferlie, E., L. Ashburner, L. Fitzgerald and A., Pettigrew (1996), The New Public Management in Action, Oxford, Oxford University Press.
- Garreth Jones (2013), Organizzazione teoria, progettazione, cambiamento.
- Giancarlo Cicolini RN, MSN, PhD,; Dania Comparcini RN, MSN, Valentina Simonetti RN, MSN. (21 January 2013) jurnal of nursing management Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review First published.
- Havens DS, Aiken LH. Shaping systems to promote desired outcomes: the magnet hospital model. J Nurs Adm. 1999;29(2):14-20.
- [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=1202&area=dispositivimedici&menu=tecnologie](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1202&area=dispositivimedici&menu=tecnologie)
- [http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=32794](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=32794)
- Huteau M. (1987) Style cognitif et personnalité: la dépendance-indépendance à l'égard du champ. Lille (France), Presses Universitaire de Lille.
- Im EO., Chee W.(2003) Fuzzy logic and Nursing. Nursing Philosophy Apr;4(1):53-60.
- Jones, L.L., Thompson, F. (1997), L'implementazione strategica del New Public Management, in «Azienda Pubblica» 6, pp. 567-585.
- Maesschalck, J. (2004), The Impact of New Public Management Reforms on Public Servants' Ethics: Towards a Theory, in «Public Administration», 82 (2): pp.465-489.
- Marcon G. (2011), L'evoluzione delle teorie sui processi decisionali delle amministrazioni pubbliche, premessa per l'interpretazione della riforma della contabilità «Azienda Pubblica» 3 pp.207-221
- Marija Trus MSN, RN, Arturas Razbadauskas PhD, MD, Diane Doran PhD, RN, Tarja Suominen PhD, RN, (8 June 2012), NURSING END HEALTH SCIENCES Work-related empowerment of nurse managers: A

systematic review.

- Ministero della Salute (2016), Piano Nazionale Cronicità Consultabile all'indirizzo: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5885752.pdf>
- Mintzberg H., (2009), Il lavoro manageriale, Franco Angeli, Milano.
- Mullen, E. and Streiner, D. (2004), The Evidence for and against Evidence Based Practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, (2), pp.111-121.
- Noordegraf, M. (2007), From Pure to Hybrid Professionalism: Present- Day Professionalism in Ambiguous Public Domains, in «Administration and Society», 39. pp. 761–85.
- Noordegraf, M. (2015), Hybrid Professionalism and Beyond: (New) Forms of Public Professionalism in Changing Organizational and Societal Contexts, in «Journal of Professions and Organization», 0, pp. 1–20.
- Riding R.J., Glass A., Douglas G. (1993) Individual differences in thinking: cognitive and neurophysiological perspectives. *Special Issues: Thinking. Educational Psychology*, 13 (3, 4), 267-279.
- Scott A1, Timmons S2, *Nurs Manag (Harrow)*, 2017 Mar 30;24(1):31-37. doi: 10.7748/nm.2017.e1569. Tensions within management roles in health care organisations.
- Scott JG, Sochalski J, Aiken L. Review of Magnet hospital research: finding and implications for professional nursing practice. *J Nurs Admin.* 1999;29(1):9-19.
- Sforza, V. (2014), Le competenze economico aziendali del manager pubblico: Fabbisogni e dotazioni nell'amministrazione che cambia, Torino, Giappichelli.
- Sternberg R. (1997) *Thinking Styles*, Boston, Cambridge University Press.
- Stone PW, Mooney-Kane K, Larson EL, et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Med Care.* 2007;45(6):571-578.
- Tambris O., Bonacci I. (2011) Lo sviluppo delle organizzazioni sanitarie reticolari: il ruolo dell'ICT in Capasso A., Pascarella G. (a cura di) *L'azienda sanitaria. Innovazione tecnologica, evoluzione organizzativa e governo clinico*. Milano, Franco Angeli.
- Tousijn W. (2000) *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna: Il Mulino.
- Tousijn W. (2013), Dai mezzi ai fini: il nuovo professionalismo, in Vicarelli G., (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Roma, Carocci.
- Tousijn W. e M. Della Valle (a cura di) (2017), *Logica professionale e logica manageriale. Una ricerca sulle professioni sociali*, Il Mulino, Bologna
- Treccani (2017), *Enciclopedia Online Consultabile* all'indirizzo: <http://www.treccani.it/enciclopedia/logica-fuzzy/> [ultimo accesso 15/11/2107]
- Unione Europea (EU) (2001), *La governance europea. Un libro bianco*, Bruxelles.