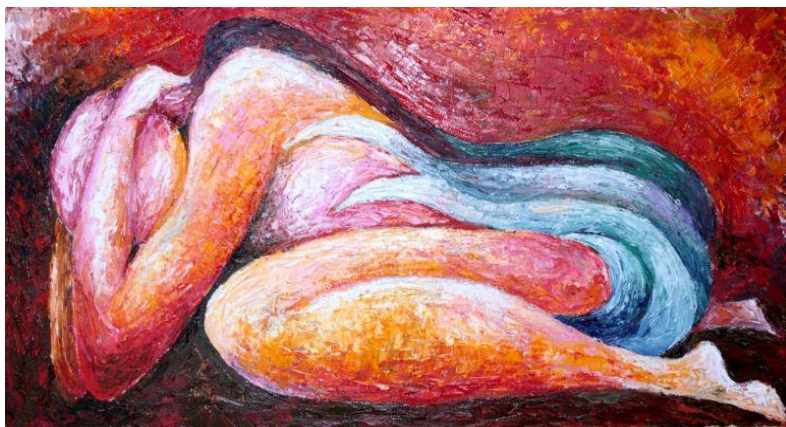


Rivalorizzare la funzione di coordinamento



Mario Fontana: la caduta, la rinascita

Report finale gruppo di lavoro

Coordinatrice del gruppo:

Maria Carmela SCAFFIDI

Documento redatto da:

Laura BARBOTTO, Maria Pia BONA, Anna Rita DE LUIGI,
Cristina FAENZI, Erminia FERRANTE, Mirella FONTANA, Lorella
GAMBARINI, Giuseppe MARMO, Carmela PARENTE, Maria
Carmela SCAFFIDI

Hanno partecipato ai lavori del gruppo:

Fabrizio POLVERINI, Carla SARALE, Cristian SAROTTO, Marcello
SENESTRARO

INDICE

1. INTRODUZIONE

2. PREMESSA METODOLOGICA

3. RAZIONALE

3.1 Sulle linee evolutive del sistema organizzativo

3.2 Sulla funzione di coordinamento

3.3 Sulla percezione di malessere del coordinatore

3.4 Sulla necessità di un ripensamento e sulle sue prospettive

3.5 Sulle coordinate per un ripensamento

3.5.1 Considerare la teoria e la pratica della cura come ancoraggi fondamentali del coordinamento infermieristico

3.5.2. Abbandonare il pensiero unico che induce risposte standardizzate

3.5.3 Opporre forza intellettuale alle resistenze culturali e organizzative

3.5.4 Rendere espliciti a sé e agli altri attività e risultati di pertinenza

3.5.5 Perfezionare un linguaggio appropriato

3.5.6 Pensare e parlare insieme

3.5.7 Considerarsi come agenti culturali, “estrattori” di senso e, come tali, presidiatori dell’orientamento del sistema

3.5.8 Considerare con pari dignità la cura dei curanti, portatori di responsabilità

4. LO STUDIO

4.1 Indagine 1

4.1.1 La costruzione del questionario n. 1

4.1.2 Fase di raccolta dati

4.1.3 I risultati

4.1.4 Discussione dei risultati

4.2 Indagine 2

4.2.1 La costruzione del questionario n. 2

4.2.2 La raccolta e l'analisi dei dati

4.3.3 I risultati

5. COORDINATE CONCETTUALI DI ORIENTAMENTO

5.1 La mappa

5.2 I concetti

5.2.1 leadership

5.2.2 processi

5.2.3 delega

5.2.4 empowerment

6. CONCLUSIONI

1. INTRODUZIONE

L'evoluzione del contesto ambientale, politico, sociale ed economico, ha inciso fortemente sulla domanda di salute della popolazione moderna, sempre più complessa e consapevole. Le stesse variabili hanno inciso sull'organizzazione dell'offerta sanitaria, in termini sia quantitativi sia qualitativi. La crescita delle aspettative di salute dei cittadini e la pressione sociale che ne deriva stanno sollecitando una riflessione nel sistema di risposta/offerta di servizi e un'evoluzione del suo paradigma, considerando nuovi concetti quali resilienza, sussidiarietà, *accountability*, e inducendo un passaggio da un approccio mono professionale o mono specialistico (frammentato) a uno multi specialistico e multi professionale (integrato).

Un'ulteriore variabile da considerare in questo quadro complesso è rappresentata dalla limitatezza delle risorse a disposizione del sistema sanitario, che rende sempre più difficile garantire il diritto alla tutela della salute, come previsto dall'articolo 32 della Costituzione Italiana, attraverso l'universalità delle cure. Però, rendere sostanziale tale diritto ha, in ogni caso, un alto valore etico, nonostante tali limiti. Ciò comporta necessariamente il ripensare alle modalità di risposta ai bisogni di salute e di assistenza, canalizzando le risorse a disposizione secondo un criterio di appropriatezza. Valore aggiunto in tale sistema, infine, è il ruolo attivo e partecipe del cittadino nel progettare il suo percorso di cura.

Tale scenario non può prescindere dal considerare l'evoluzione delle competenze dei professionisti sanitari in termini di contenuto scientifico, tecnologico e comportamentale. Le professioni sanitarie sono oggi, per formazione, responsabilità e potenzialità professionale, pronte a raccogliere la sfida di impegnarsi a garantire un livello appropriato di offerta assistenziale a fronte di una limitatezza di risorse. Esse operano nel sistema, contribuendo a ripensarlo e innovarlo secondo le principali direttrici della sostenibilità del sistema stesso:

- *l'asset management*: l'efficienza della gestione operativa, che prevede la rimodulazione dei *setting* assistenziali, con potenziamento dell'assistenza territoriale;
- il *knowledge management*: la specializzazione e gestione delle competenze, il riallineamento culturale e professionale di tutti gli operatori che agiscono nel sistema, la valutazione e il potenziamento delle loro performance;
- il *disease management*: l'efficacia e l'appropriatezza dei percorsi di cura sulla base di risposte organiche e di *audit* dei processi clinico assistenziali.

Il mondo infermieristico ha dimostrato nel tempo, pur tra difficoltà, tale capacità d'innovazione, diventando una comunità professionale in grado di ripensare la competenza agita ai vari livelli di articolazione dei ruoli, delle autonomie e delle responsabilità a esse connesse.

In ragione di ciò e in linea con gli indirizzi nazionali, scaturiti dai lavori svolti dalla Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, presentati dalla stessa in occasione dei Seminari Ipasvi tenutisi nel periodo maggio-giugno 2015, il Coordinamento Regionale dei Collegi Ipasvi del Piemonte ha individuato tra le tematiche prioritarie da affrontare in termini di ripensamento, quella della “crisi” del Coordinatore che opera nelle strutture sanitarie regionali, percepita ed espressa da molti di coloro che ricoprono tale ruolo.

È scaturita, quindi, la necessità di riflettere su nuovi modelli concettuali, funzionali ai contesti organizzativi emergenti, per riallineare, con un progetto da mettere a punto, le competenze del Coordinatore che, per la posizione che occupa nel sistema, è un fattore critico di successo dell’attuale contesto organizzativo/professionale .

A tal fine si è costituito un gruppo di lavoro per l’avvio del progetto, con il mandato iniziale di mettere a punto un documento di orientamento, utile al Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Piemonte per studiare e realizzare una strategia di riallineamento e di rivalorizzazione della funzione di coordinamento infermieristico.

2. PREMESSA METODOLOGICA

Il gruppo di lavoro, costituitosi in data 9 aprile 2015, si è riunito, sia in sessioni specifiche sia in sessioni plenarie, con gli

altri gruppi attivati dal Coordinamento dei Collegi Ipasvi della Regione Piemonte, nelle seguenti date:

- 9 aprile 2015
- 11 giugno 2015
- 30 giugno 2015
- 7 luglio 2015
- 2 settembre 2015
- 23 novembre 2015
- 29 gennaio 2016
- 12 febbraio 2016
- 2 aprile 2016
- 30 aprile 2016

Il gruppo ha articolato le sue attività seguendo il percorso qui di seguito riassunto:

FASE INTRODUTTIVA

In questa fase, dopo un approfondito dibattito in merito alla criticità vissute da chi svolge funzioni di coordinamento, il gruppo ha:

- precisato i punti dello scenario generale sanitario e professionale utili per adottare un quadro interpretativo comune;
- condiviso alcune “attese” che si stanno sviluppando nella comunità professionale e che sono state assunte come elementi portanti del razionale del progetto;

- valutato necessario costruire il documento di orientamento, come da mandato, a partire dalla “voce” dei coordinatori oltre che da riferimenti di letteratura.

INDAGINE 1

Fase preparatoria

A partire dall’ultima considerazione, il gruppo ha:

- deciso, di realizzare un’indagine *on line*, che è stata messa a punto grazie al contributo di una studentessa del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell’Università Cattolica e del supporto tecnico-informatico del Collegio Ipasvi di Cuneo;
- messo a punto un insieme di interrogativi utili per la costruzione del questionario (vedi paragrafo 4.1.1)
- preso visione della prima bozza del questionario, alla cui stesura ha collaborato anche una sociologa, dei risultati del test e del perfezionamento dello strumento (vedi allegato 1);
- concordato le modalità di diffusione dell’informativa a tutti i coordinatori delle strutture pubbliche piemontesi, coinvolgendo i rispettivi infermieri dirigenti, con funzione di sollecitazione della compilazione e monitoraggio della restituzione.

Fase di raccolta dati

In questa fase, che è durata dal 21/07/2015 al 14 /09/ 2015, il gruppo è rimasto in attesa della conclusione delle restituzioni

ed è stato informato periodicamente dell'andamento delle risposte da parte del Collegio Ipasvi di Cuneo, che ha gestito la parte tecnico-informatica di questa parte del lavoro.

Fase di analisi dei dati 1

Il gruppo, sulla base di un primo report dei dati, ha preso atto delle risposte e ha sviluppato una serie di riflessioni anche in base ad alcune correlazioni ritenute significative.

Uno dei problemi che è emerso con maggior evidenza dalle risposte dei coordinatori è la valutazione da essi espressa di una certa debolezza della rete informativa e del correlato sistema di confronto su obiettivi, problematiche e strategie operative.

Il gruppo ha condiviso il fatto che tali problematiche possono essere affrontate efficacemente fruendo delle tecnologie informatiche. Però, l'ancora scarsa familiarità d'uso delle stesse consiglia prudenzialmente, prima di intraprendere qualsiasi iniziativa progettuale in tal senso, onerosa anche sul piano economico, un supplemento d'indagine con l'obiettivo di valutare il livello di importanza e di utilità attribuito dai coordinatori alle tecnologie informatiche e di evidenziare i problemi, reali e potenziali, da essi individuati nel loro utilizzo.

INDAGINE 2

Il gruppo, pertanto, ha deciso di realizzare tale supplemento di indagine, che si è svolta dal 21 febbraio al 30 marzo 2016 con il contributo di un'altra studentessa del Corso di Laurea

Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università Cattolica, che ha predisposto un secondo questionario *on line* (vedi allegato 2). Le modalità di diffusione adottate e i supporti tecnici utilizzati sono stati gli stessi dell'indagine precedente.

Fase di analisi dei dati 2

Il gruppo ha preso visione di quanto emerso dalla seconda indagine e ha integrato le riflessioni già formulate precedentemente.

FASE DI COSTRUZIONE DEL QUADRO CONCETTUALE DI ORIENTAMENTO

Il gruppo, sulla base delle "attese" espresse nel rationale del progetto (approccio *top down*) poste in relazione con alcuni concetti, selezionati per la loro importanza teorica e per le criticità interpretative emerse delle indagini (approccio *bottom up*), ha provveduto a mettere a punto una sintetica mappa concettuale e a condividere alcune significati essenziali con l'obiettivo di fissare alcuni "paletti" di riferimento utili per studiare il successivo orientamento strategico.

FASE DI COSTRUZIONE DEL REPORT FINALE

Il gruppo condivide i contenuti del report finale e la sua impostazione secondo la seguente struttura:

- Introduzione

- Premessa metodologica (che riporta il percorso fatto dal gruppo e le scelte metodologiche effettuate)
- Razionale del progetto (che riporta le “attese” di carattere generale riferite alle funzioni di coordinamento)
- Lo studio (che riporta i risultati delle due indagini condotte e alcuni elementi di discussione)
- Il quadro concettuale di orientamento
- Le conclusioni

3. RAZIONALE DEL PROGETTO

3.1 Sulle linee evolutive del sistema organizzativo

L'attuale scenario sanitario si connota per la presenza di una molteplicità di soggetti e di strumenti, nonché di nuovi modelli organizzativi, sempre più “morbidi”, caratterizzati da elevata complessità (strutturale e organizzativa) e intensa specificità (legata alle persone e alle professionalità) che non hanno riscontro in altri settori.

In tutto ciò entrano a pieno titolo le funzioni sia di dirigenza infermieristica sia di coordinamento delle professioni sanitarie infermieristiche; funzioni sempre più strategiche per un sistema organizzativo a elevata componente professionale, che impegna nell'assistenza, sia territoriale sia ospedaliera, circa il 70 % di tutto il capitale umano dell'azienda, e che tende:

- a superare progressivamente le strutture puramente gerarchiche a favore di strutture più orizzontali e policentriche;
- a declinare le modalità di gestione secondo l'equilibrio dei

principi di accentramento, decentramento e *clinical governance*;

- a valorizzare lo sviluppo dell'*empowered work team*, ossia di gruppi di lavoro con parziale o totale autonomia organizzativa, decisionale e gestionale¹;
- a superare il concetto tradizionale di *manager* che interpreta il proprio ruolo attraverso complicate procedure di comando e controllo a favore del concetto di *leader*, capace di influenzare l'orientamento e lo sviluppo dei collaboratori, coinvolgendoli rispetto alle scelte e alle sfide dell'amministrazione, con stili relazionali appropriati, in grado di incoraggiarli, consentendo loro di lavorare al meglio delle proprie possibilità, rafforzando il loro sentimento di autoefficacia.

3.2 Sulla funzione di coordinamento

Nel dizionario della lingua italiana coordinare significa: "ordinare, disporre, legare insieme per costituire un insieme coerente e organico più adatto al risultato che si vuole raggiungere".

Il coordinamento ha valore ed è necessario quando l'organizzazione è complessa, perché sua funzione precipua è quella di connettere, in un insieme, parti che, se rimanessero separate, non riuscirebbero a far conseguire il risultato auspicato. Mintzberg precisa: "*Una persona che lavora da sola*

¹ Arnold JA, Arad S, Rhoades JA, Drasgow F. *The empowering Leadership Questionnaire: the construction and validation of a new scale for measuring leader behaviors. Journal of Organizational Behavior* 2000, 21: 249-269

non ha bisogno di alcun coordinamento perché questo avviene nel suo cervello. Se aggiungiamo una seconda persona, la situazione cambia in modo significativo: il coordinamento deve essere raggiunto fra cervelli, anche informalmente. Ma, a mano a mano che si allarga, il gruppo diventa meno capace di coordinarsi informalmente.”²

Coordinare non vuol dire adottare un unico stile ritenuto il migliore, adottare un unico metodo ritenuto il più efficace; non significa neanche comandare o imporre. Il coordinare è un processo fluido che tende ad armonizzare un insieme e non solo a mantenere l'ordine o a mettere in ordine secondo logiche o criteri precostituiti.

3.3 Sulla percezione di malessere del coordinatore

Chi svolge funzioni di coordinamento vive spesso una realtà turbolenta, affaticante, deludente. Molti segnalano, nel quotidiano, difficoltà e disorientamento nel loro fare/agire. Anche se fare e agire non sono sinonimi.

Salvatore Natoli afferma: *“Per Aristotele ‘agire’ vuol dire eleggere fini, dare senso e direzione alle nostre azioni, mentre ‘fare’ significa produrre o eseguire prestazioni, il cui criterio di valore è, semplicemente, ‘ben fatto’ o ‘fatto male’. Data questa distinzione, viene da chiedersi se e quanto, in quel che abitualmente facciamo, siamo padroni di noi stessi o, viceversa, ci conformiamo a ciò che genericamente “si fa”, a*

² H. Mintzberg, *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino. Bologna, 1996, p. 43

ciò che l'organizzazione sociale richiede, salvo poi sentirci poco motivati o delusi.”³

Il fare quotidiano è spesso affannato, turbolento, con marcati livelli di ansia percepibili nelle relazioni e nei volti delle persone che lavorano e che si “danno molto da fare”. *“Se da una parte il darsi da fare esprime una certa vitalità, dall'altra dice poco o nulla circa la qualità di quel che si fa. Non è detto che chi si dà da fare faccia le cose che sa fare meglio, o che potrebbe fare, e che questa sia invece una scorciatoia per tirare a campare, per sfuggire alla marginalità. L'essere attivi, impegnati in qualcosa ci fa sentire in un certo modo protagonisti, padroni di noi stessi: soggetti. Ma lo siamo davvero? Il nostro fare è un 'agire', o non piuttosto, semplicemente un 'eseguire'?”⁴*

C'è dato spesso constatare che facciamo le cose semplicemente perché “si fanno” o, più spesso, perché si “devono fare”. Il fare è spesso abitudine.

Di norma le abitudini ci proteggono e per questo, lungi dal limitarci, costituiscono il terreno sicuro, la base certa per tentare il nuovo. È anche vero, però, che, alla lunga, le abitudini inevitabilmente annoiano. Le azioni ripetute nel tempo perdono di significato, il che genera un'atmosfera greve. Magari si continua a fare quel che si fa, ma con sempre minori motivazioni. Quando si giunge a questo punto nasce la domanda “ma ha senso quel che faccio? Quel che ho fatto fino a ora?”

³ S. Natoli, *Il buon uso del mondo*, Mondadori editore, Milano, 2010, p. 4

⁴ *ibidem*. p. 9

Queste domande e, soprattutto, la ricerca di risposte, trasformano il malessere in un percorso di ripensamento.

3.4 Sulla necessità di un ripensamento e sulle sue prospettive

Ripensare, in questo contesto, la funzione di coordinamento comporta:

- a) una preliminare quantificazione e qualificazione del malessere percepito;
- b) un processo collettivo di riconcettualizzazione della pratica. *“Il concetto di pratica connota il fare; non solo il fare in sé e per sé, ma anche l’agire in un contesto storico e sociale che dà struttura e significato alla nostra attività. In questo senso, la pratica è sempre pratica sociale Essa include il linguaggio, gli strumenti, i documenti, le immagini, i simboli, i ruoli ben definiti, i criteri specifici, le procedure codificate, le normative interne ma anche le relazioni implicite, le convenzioni tacite, le allusioni sottili, le regole empiriche inesprese, le intuizioni riconoscibili, le percezioni specifiche, le sensibilità consolidate, le intese implicite, gli assunti sottostanti e le visioni comuni del mondo”⁵;*
- c) un’esplorazione delle potenzialità della funzione. La potenzialità è una capacità latente, non ancora pienamente espressa. La parola ha radici nei termini potere/potenza che, seppur simili, non sono coincidenti. Il potere, spesso, si associa a elementi statici, conservatori,

⁵ E. Wenger, *Comunità di pratica*, RaffaelloCortina editore, Milano, 2006, p. 58

frequentemente legati al controllo della situazione. La parola potenza, invece, contiene un principio di dinamicità, riassunto dalla definizione che ne dà la fisica: forza capace di superare una resistenza. La potenza è quindi espressione di azioni dinamiche in direzione di qualcosa, innovative e portatrici di cambiamento. Ed è proprio dalla parola potenza che deriva “potenzialità”, che sta alla base del concetto di *empowerment* espressione contratta della locuzione “*give them power*”, dare alle persone la “potenza di...”, liberare le risorse profonde ed uniche di cui ognuno è portatore.

3.5 Sulle coordinate per un ripensamento

3.5.1 Considerare la teoria e la pratica della cura come ancoraggi fondamentali del coordinamento infermieristico.....

.....perché il coordinamento non può essere considerato un processo neutrale rispetto alla specificità professionale da cui origina e verso cui si applica. Quindi, poiché è nella cura che ritroviamo l'essenza dell'assistenza infermieristica, nella stessa cura ritroviamo l'essenza del risultato che il coordinamento deve garantire. E quindi è assolutamente necessario che chi coordina espliciti la concezione di cura che intende realizzare e si confronti sulla stessa con coloro che dovranno realizzarla,

perché *“la pratica della cura assume forme differenti a seconda dell’intenzione che la guida”*⁶

3.5.2. Abbandonare il pensiero unico che induce risposte standardizzate.....

.....perché confrontarsi con più saperi consente di non far avvizzire il pensiero e di allargare gli orizzonti culturali. Considerare più prospettive consente l’amplificarsi delle possibilità di ricerca e di azione. E ciò può avvenire solo se sono ricercati, definiti e utilizzati nella realtà, innanzitutto dagli stessi coordinatori, congrui spazi di studio e di riflessività. *“L’asse della riflessività è l’asse del distanziamento cognitivo e affettivo di sé dal contesto. Corrisponde alla meta-cognizione, ossia al ritorno riflessivo del soggetto sia sulle proprie pratiche sia sulle risorse che possiede e utilizza. Distanziarsi vuol dire porre una distanza tra se stessi, la propria attività e le proprie risorse. Ponendosi in una situazione di exteriorità, il soggetto non si trova più immerso all’interno di un problema, ma si posiziona di fronte al problema. Questo è l’asse della concettualizzazione dell’azione. Questa traduzione in concetti è necessaria per poter riutilizzare schemi di comprensione o di azione nell’ambito di contesti vari. Un concetto è più che una semplice conoscenza. È uno strumento operativo che consente, in maggior o minor misura a seconda della sua pertinenza, di comprendere la realtà”*⁷.

⁶ L. Mortari, *La pratica dell’aver cura*, Bruno Mondadori. Milano, 2006, p. 46

⁷ Guy Le Boterf, *Costruire le competenze individuali e collettive*, Alfredo Guida Editore, Napoli, 2008, p. 129

La logica riflessiva dipanata sulla pratica del “prendersi cura” consente l’esercizio di un pensiero orientato alla ricerca dei veri significati connessi all’azione e alla realizzazione di azioni non standardizzate; purché si trattino i problemi complessi, tipici della realtà del prendersi cura in un contesto organizzativo spesso turbolento, non come problemi semplici. Adottare soluzioni standardizzate, tipiche dei problemi semplici quando ci troviamo di fronte a problemi complessi, ci fa cadere nella trappola che P. Watzlawick⁸ ha egregiamente riassunto in due affermazioni: “le semplificazioni terribili” e “più di prima, ovvero quando la soluzione diventa il problema”

3.5.3 Opporre forza intellettuale alle resistenze culturali e organizzative.....

.....perché non è vincente il solo reagire agli eventi, facendo prevalere la componente emotiva del nostro essere, che ci induce a oscillare tra due orientamenti estremi: quello passivo del “basta, tanto non ne vale la pena” e quello aggressivo del “chi non è con me è contro di me”. Per superare le resistenze culturali e organizzative, oltre alla pazienza e alla perseveranza, due virtù fondamentali nei processi evolutivi, è necessaria la potenza delle convinzioni, del dialogo e delle argomentazioni. Argomentare dialogicamente è una pratica intellettuale e relazionale necessaria quando si affrontano situazioni, problemi, proposte, progetti, perché induce a considerare e ri-considerare riferimenti valoriali, coordinate

⁸ P. Watzlawick, *Change, Sulla formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio – 1974, parte seconda, cap. 3, 4

concettuali, risultati di ricerche più che ricette-verità da applicare e da difendere a ogni costo. *“Quando assumiamo un’idea come adeguata a fare da orientamento alla nostra esperienza, è necessario considerarla sempre come un punto provvisorio, come qualcosa da rimettere in discussione ogni volta che l’urto con l’esperienza ne mostri la parzialità o inattendibilità”*⁹.

3.5.4 Rendere espliciti a sé e agli altri attività e risultati di pertinenza.....

.....perché il coordinamento è una funzione che si sviluppa grazie a professioni di servizio che garantiscono un servizio, appunto, che chiamiamo “cura”. E servire, vuol dire “essere utile”. E l’utilità si apprezza solo quando si apprezzano i risultati. Quindi, è determinante per una buona funzione di coordinamento, esplicitare, in un progetto di servizio, quali esiti sensibili all’assistenza si intendono perseguire.

3.5.5 Perfezionare un linguaggio appropriato.....

.....perché il linguaggio veicola concetti e i concetti costituiscono i tasselli fondamentali delle nostre rappresentazioni mentali che, a loro volta alimentano, la cultura professionale e organizzativa di appartenenza. E allora non è indifferente usare un termine o un altro, perché attraverso quei termini noi veicoliamo significati diversi.

⁹ L. Mortari, *Aver cura di sé*, Bruno Mondatori. Milano, 2009, p. 153

3.5.6 Pensare e parlare insieme

.....perché è cosa ben nota che l'efficacia del nostro comportamento deriva fundamentalmente da come ci rappresentiamo una certa realtà, più che dalle sue caratteristiche, oggettive e intrinseche. E noi ci costruiamo la rappresentazione della realtà in parte per contaminazione con la nostra cultura di appartenenza, in parte riflettendo e confrontando le proprie visioni con quelle di coloro con cui condividiamo la nostra vita. Saper vedere la realtà con "occhiali condivisi" è, quindi, un prerequisito fondamentale per comprendersi, per rafforzare una comunità e per costruire cultura.

3.5.7 Considerarsi come agenti culturali, "estrattori" di senso e, come tali, presidiatori dell'orientamento del sistema.....

.....perché non è sufficiente che un coordinatore dia un senso al suo agire. E' anche necessario che egli ricerchi e solleciti la ricerca del senso che i propri collaboratori danno al loro agire. Pena un'asincronia d'intenti che rende disfunzionale e confuso l'agire del sistema.

3.5.8 Considerare con pari dignità la cura dei curanti, portatori di responsabilità.....

.....perché non si può ragionare sul coordinamento senza contestualmente ragionare sull'assistenza; da cui il fatto che non si può ragionare sulla cura senza considerare anche la

cura dei curanti. Questo comporta il ri-considerare il concetto di risorse umane. Se le persone sono risorse dell'azienda, allora persone e azienda sono entità effettivamente differenti. Ma, veramente le persone sono risorse dell'azienda? O sono, invece, l'azienda stessa? Forse sono le persone a gestire le risorse aziendali e non l'azienda a gestire le risorse umane. Modificare il vocabolario superando l'espressione risorse umane è un primo passo per promuovere il superamento della cultura del conflitto e avvicinarsi alla cultura della condivisione.

“Sono le competenze che a livelli uguali di tecnologia spesso fanno la differenza. Per questo i dipendenti non possono essere più considerati solo come generatori di costi o di spese. Essi sono anche e principalmente generatori di valore. Non è allora impossibile che la nozione di “risorse umane” venga rimpiazzata da quella di “ricchezze umane”¹⁰.

Questo concetto sta alla base della cultura del valore aggiunto della persona all'interno di un'organizzazione. Cultura che si fonda su un principio fondamentale: il professionista a cui, come coordinatore, destino il mio lavoro è un mio “cliente”. Promuovere la cultura del “cliente interno” non significa solo esprimere questo principio in modo dichiaratorio, bensì anche trasmettere a tutte le persone dell'organizzazione il valore della qualità come valore personale e sociale prima ancora che aziendale.

¹⁰ Guy Le Boterf, *Costruire le competenze individuali e collettive*, Alfredo Guida Editore, Napoli, 2008, p. 49

“Le competenze si riferiscono sempre a delle persone e non devono far dimenticare i portatori di competenze. Non esiste la competenza senza l’individuo. Di più, le pratiche professionali reali sono delle costruzioni singolari, specifiche di ciascuno. Essendo il risultato di un saper agire, di un voler agire, di un poter agire, la produzione di un’azione competente deriva da una responsabilità condivisa tra la persona stessa, il management, il contesto di lavoro e i dispositivi di formazione. La motivazione e il contesto sono altrettanto importanti quanto l’attitudine a saper agire”¹¹

Ora, poiché la responsabilità professionale deriva etimologicamente da *respondeo*, cioè “rispondo”, e “rispondere” non significa solo dar conto di quel che si è fatto ma anche dare risposta alle domande dell’altro, alle sue richieste, ai suoi bisogni, allora il quadro infermieristico, sia esso di prossimità, intermedio, trasversale, superiore o ancora di direzione, esercita una funzione essenziale nella capacità che avranno gli infermieri, in contatto diretto con la persona assistita, a esercitare la loro arte di rispondere.

Però esiste un forte rischio di deriva allorquando, insidiosamente, si instaura uno spostamento di interesse che rende il quadro preoccupato più per la “cosa amministrativa”, gestionale o organizzativa, che per la pratica assistenziale. Il fatto è che non conviene sbagliarsi sulle finalità.

Se l’amministrazione, la gestione, l’organizzazione sono elementi indispensabili al buon funzionamento del servizio,

¹¹ Guy Le Boterf, *Costruire le competenze individuali e collettive*, Alfredo Guida Editore, Napoli, 2008, pp. 63-64

tuttavia queste funzioni non hanno alcuna pertinenza se non nella misura in cui sono al servizio della finalità assistenziale, laddove esse facilitano la pratica e l'arte di assistere.

La missione del quadro, quindi, è quella di dedicare attenzione al personale del suo servizio al fine di offrire le migliori condizioni possibili perché quest'ultimo possa esercitare la sua funzione, svilupparla e viverla piacevolmente. Si tratta dunque di predisporre le condizioni perché gli infermieri e coloro che contribuiscono all'assistenza possano apportare il loro aiuto, nel miglior modo possibile, alle persone di cui si prendono cura. Da ciò consegue che sono proprio i professionisti che devono essere al centro delle attenzioni e delle cure dei quadri e non i pazienti e i loro famigliari. Non perché questi ultimi non debbano più avere importanza per il quadro ma perché conviene non confondere la missione dei quadri con quella degli infermieri.

Il quadro è colui che si prende cura di chi cura.

È ovvio che tutto ciò è complesso e trova difficoltà nel quotidiano; ma non è produttivo confinarsi solo nel recinto delle dotazioni di personale; perché, comunque, indipendentemente dai numeri, i professionisti non possono mai comportarsi come macchine-utensili e sfuggire alla pressione emozionale ingenerata dall'incontro e dall'accompagnamento di una persona, spesso sofferente, che necessita di aiuto.

Tutto questo induce ad auspicare che i quadri, nella prospettiva del prendersi cura, siano capaci di essere immaginativi, creativi, audaci non solo per riformare le

modalità organizzative esistenti, quanto per ripensare la pratica a partire dalla natura profonda dell'assistere, per riconsiderare il concetto di risorse umane come abitato da persone, vero valore aggiunto all'interno di un'organizzazione, e per, quindi, potenziare l'*empowerment* dei professionisti e la valorizzazione delle loro competenze.

“Il mio obiettivo personale è di fornire agli Infermieri gli strumenti necessari per fare bene il loro lavoro. Io non curo i pazienti – loro li curano. Il mio lavoro è di prendermi cura di loro in modo che loro possano prendersi cura dei pazienti”¹².

4. LO STUDIO

Lo studio si è distinto in due filoni di indagine, il secondo dei quali ha avuto origine da alcune riflessioni scaturite dall'analisi dei dati del primo.

4.1 Indagine 1

4.1.1 La costruzione del questionario n.1

Come anticipato nelle pagine precedenti, il primo passo che il gruppo ha fatto è stato quello di mettere a punto uno studio per quantificare e qualificare il disagio espresso o latente dei coordinatori infermieristici.

¹² Upenieks V. *What constitutes successful nurse leadership? A qualitative approach utilizing Kanter's theory of organizational behaviour.* Journal of Nursing Administration. 2002; 32 (12), 622-

L'obiettivo dello studio è stato quello di rilevare il pensiero degli stessi in merito alla loro condizione professionale e di estrapolare elementi utili per predisporre il documento finale.

Si è deciso, quindi, di costruire un questionario sulla base di alcuni interrogativi, scaturiti dalle riflessioni espresse nel rationale e che vengono qui di seguito sintetizzati:

- Le strutture sanitarie vivono un periodo di profonda crisi su molti versanti. Per governare in tempo di crisi occorre una visione e una *leadership* strategica.

Quali difficoltà ha il coordinatore nel contribuire a costruire o nel condividere una visione strategica, nel declinare un progetto di cambiamento, nel sentirsi parte di una leadership strategica e nell'esercitarla?

- Il coordinatore ha anche, oltre a una dimensione manageriale, una matrice professionale infermieristica ben definita.

Quale visione dell'assistenza infermieristica guida il coordinatore nella sua attività? Quale difficoltà egli ha nel tradurla e nel farla tradurre nella pratica?

- Il coordinatore si trova oggi esposto a difficoltà connesse alle dotazioni organiche, sempre più esigue, all'innalzamento dell'età media degli operatori, a un progressivo aumento delle limitazioni a carico degli stessi. Ciò comporta il dilemma di definire le priorità.

Quali difficoltà ha il coordinatore nel definire le priorità, nel decidere ciò che è essenziale da ciò che non lo è sul piano organizzativo e assistenziale?

- Spesso tempo e routine sono adottati come vincoli che giustificano l'affanno che si vive nella realtà operativa.

Quanto ciò è ritenuto vero dal coordinatore?

- Il coordinatore infermieristico è l'anello di congiunzione tra il vertice e la base operativa; come tale, è al centro di notevoli flussi informativi che costituiscono l'anima dell'organizzazione.

Quali sono le difficoltà che egli vive nel governo di tali flussi e nel garantire una reale diffusione delle informazioni?

- Il coordinatore è anche al centro di processi di lavoro che coinvolgono gruppi multiprofessionali.

Quali difficoltà il coordinatore vive nelle relazioni multiprofessionali?

- L'attività di preposto del coordinatore comporta obblighi onerosi in merito alla sicurezza sul lavoro.

Quali sono le difficoltà che egli vive nell'esercizio di tale funzione?

- La crescita esponenziale delle prestazioni amministrative che è chiamato a svolgere distaccano sempre più il coordinatore dall'assistenza e dall'equipe infermieristica.

Ciò spesso comporta l'indebolimento della funzione di leader e un crescente isolamento professionale.

Come e quanto il coordinatore percepisce questo isolamento?

- La solitudine che accompagna spesso il coordinatore è anche derivata da un'assenza o da una povertà di reti di relazioni, anche tra pari.

Come e quanto il coordinatore percepisce questa assenza/povertà di reti di relazioni?

- Una delle dimensioni più qualificanti della funzione di coordinamento è quella relativa allo sviluppo delle risorse umane.

Quali sono le difficoltà che il coordinatore ha nell'esercitarla?

- Si ipotizza che la crisi d'identità del coordinatore possa essere favorita anche dalla presenza di figure infermieristiche emergenti, con competenze avanzate o specialistiche.

Quanto il coordinatore vive questa dimensione? Quanto il coordinatore vede nell'infermiere specialista o laureato magistrale un concorrente o un alleato?

Il questionario (vedi allegato 1) è stato strutturato in cinque sezioni:

- sezione anagrafica: dedicata a rilevare la condizione socio-anagrafica del professionista e a rilevare i modelli organizzativi maggiormente impiegati;

- sezione *leadership* strategica: dedicata a indagare la *leadership* impiegata dai coordinatori, la delega e il lavoro per processi;
- sezione comunicazione/reti di relazione: dedicata a investigare le reti di relazione che intreccia il coordinatore nel suo operare;
- sezione criticità/opportunità: dedicata alle attività che impegnano il coordinatore per più tempo, all'uso dello straordinario, all'incisività percepita degli infermieri con formazione avanzata;
- sezione identità professionale: dedicata a esplorare emblematicamente l'identità professionale percepita e desiderata dal coordinatore, ricorrendo a figure retoriche di animali il cui significato figurato è noto.

4.1.2 La raccolta e l'analisi dei dati

Il questionario è stato inviato *on-line*, per il tramite degli infermieri dirigenti, ai coordinatori infermieri¹³ impiegati nelle strutture sanitarie pubbliche piemontesi. Il periodo per la compilazione è durato dal 21/07/2015 al 14 /09/ 2015.

La strutturazione informatica del questionario ha generato automaticamente la matrice d'imputazione delle risposte con

¹³ Si precisa che tra i coordinatori destinatari del questionario sono stati compresi, oltre quelli che svolgono la loro funzione delle strutture semplici e complesse, anche i coordinatori di dipartimento [che assumono, a seconda delle sedi, terminologie diverse quali, tra le altre, Responsabili Infermieristici di Dipartimento (RID) che sarà il termine e l'acronimo utilizzato nello studio] assimilati ai coordinatori che operano negli uffici dei Servizi Infermieristici (o in analoghe strutture con altra denominazione) e a coloro che ricoprono una funzione di coordinamento in servizi di staff, quali la formazione, la qualità, il *risk management*.

il programma Excel di Microsoft Office 2013. Le informazioni sono state elaborate con misure di statistica descrittiva. L'indagine è stata condotta su base volontaria. I dati sono stati utilizzati per i soli scopi di indagine nel rispetto dell'anonimato.

4.1.3 I risultati

Il questionario ha fornito un identikit del coordinatore infermiere della Regione Piemonte sufficientemente significativo, considerata la numerosità campionaria raggiunta: 1182 questionari compilati su una popolazione totale di circa 1600 coordinatori infermieri attualmente impiegati nelle strutture pubbliche sanitarie della Regione Piemonte.

Si riporta una sintesi dei risultati dell'indagine in rapporto alle cinque sezioni su cui è stato articolato il questionario.

Condizione socio-anagrafica rapportata ai modelli organizzativi utilizzati

Il coordinatore che viene rappresentato è *over* cinquanta, opera prevalentemente nei settori di cura e la sua formazione per il 43% è rappresentata dal possesso del Certificato di Abilitazioni a Funzioni Direttive. Il Master di Coordinamento è posseduto da meno del 30% dei coordinatori, mentre solo il 10% dei coordinatori *over* cinquanta ha conseguito la Laurea Magistrale.

Il modello assistenziale maggiormente impiegato è risultato il modello funzionale con lievi differenze in base agli ambiti operativi.

I coordinatori che operano sul territorio dichiarano per il 35% che il modello per piccole équipes è quello più impiegato, a differenza dei colleghi dell'area medica e chirurgica ospedaliera che dichiarano per il 50% di utilizzare il modello funzionale.

Incrociando il titolo di studio posseduto con il modello assistenziale impiegato si constata che i coordinatori in possesso del Master di Coordinamento che hanno conseguito anche la Laurea Magistrale dichiarano di applicare il modello per piccole équipes nel 56% dei casi.

La leadership dei coordinatori, la delega e il lavoro per processi.

Emerge il ridotto coinvolgimento che il coordinatore, soprattutto dei servizi di cura, vive rispetto alla formulazione degli obiettivi aziendali (67%); solo il 31% di loro ha dichiarato di conoscerli; la percentuale di coloro che dichiarano un coinvolgimento nella formulazione degli obiettivi sale a 57% per i RID/Coordinatori Servizio infermieristico.

Il potere di influenza del coordinatore sullo stile professionale del personale infermieristico che coordina è ritenuto pregnante solo dal 22% degli intervistati; il 64% non ritiene che il personale sia pienamente influenzato dal proprio stile professionale. La percezione del proprio potere d'influenza si

riduce ulteriormente (11%) se si prende in considerazione la relazione esistente tra i RID/coordinatori del Servizio Infermieristico e i coordinatori di struttura.

Questo dato potrebbe avere una duplice interpretazione: la prima, si riferisce al fatto che il coordinatore infermiere sembrerebbe esercitare una *leadership* poco autorevole, debole, in grado di raccogliere pochi consensi, tanto più se si sale nella scala gerarchica; la seconda potrebbe essere riconducibile alla crescita dell'autonomia professionale del personale infermieristico operante nei servizi di cura che risulterebbe meno vincolato dalla leadership del coordinatore. L'impiego della delega di funzioni da parte del coordinatore è risultata sotto-utilizzata; infatti solo il 15% di loro ha dichiarato di ricorrervi regolarmente. Il 15% circa dei RID/coordinatori del Servizio infermieristico ha dichiarato invece che la delega di funzioni non è pertinente al proprio ruolo.

L'ultima domanda della sezione ha trovato ispirazione dalla norma ISO 2015, che considera *gold standard* per i servizi sanitari il coordinamento per processi. Il 23% degli intervistati ha risposto che la trasformazione da coordinatore di risorse a coordinatore di processi è poco/per niente fattibile, indicando come prime cause di tale valutazione la formazione inadeguata dei coordinatori e del personale infermieristico e una scarsa motivazione al cambiamento da parte degli infermieri. L'83% di chi ha fornito questa risposta è impiegato nei servizi di cura. Meno del 20% è la percentuale dei coordinatori che crede molto in questa trasformazione e tra le strategie che essi annoverano come favorevoli al cambiamento

la più rilevante è la loro partecipazione attiva alla progettazione dei nuovi modelli gestionali, seguita da programmi di formazione mirati all'obiettivo e riconoscimenti professionali pesati in base alle responsabilità attribuite.

Le reti di relazione che intreccia il coordinatore nel suo operare.

I coordinatori di struttura ritengono molto utile il confronto tra pari per la soluzione di criticità (43% del totale). Se si isolano i RID/coordinatori del Servizio rispetto ai coordinatori dei servizi di cura la percentuale raggiunge il 66%. E' possibile attribuire in parte ciò a un motivo logistico: i RID si confrontano tra loro attraverso *briefing* e riunioni di lavoro come modalità operativa quotidiana. Interessante è la percentuale (30%) di coordinatori che affermano di confrontarsi molto con il proprio referente; la stessa percentuale si raggiunge con chi ha risposto poco/per niente . Non emergono differenze significative tra la popolazione di coordinatori che ha risposto poco/per niente e quella che ha risposto molto in merito alla domanda sopra riportata rispetto all'età, al titolo professionale conseguito, all'ambito lavorativo in cui opera.

Attività che impegnano il coordinatore per più tempo, uso dello straordinario, incisività percepita di infermieri con formazione avanzata.

L'attività prevalente svolta dal coordinatore dei servizi di cura è risultata quella organizzativa (45%), seguita da quella relazionale (35%) e amministrativa (20%) Il RID, invece, ha dichiarato come attività prevalente quella relazionale (50% circa), seguita da quella amministrativa (30%) e, come terza, da quella organizzativa (20%).

Le attività ritenute rilevanti dai coordinatori dei servizi di cura risultano essere, nell'ordine, quelle relazionali, quelle organizzative e quelle di verifica e controllo. Mentre per i RID le attività di verifica e controllo sono risultate più rilevanti rispetto a quelle organizzative.

I coordinatori che ricorrono frequentemente allo straordinario per completare le loro attività sono il 50% del totale. Non vi sono differenze significative tra i coordinatori dei servizi di cura e i RID/coordinatori del Servizio infermieristico.

Il 25% dei coordinatori non considera rilevante l'incidenza che la presenza di Laureati Magistrali e/o infermieri in possesso di Master Clinici ha sulla qualità assistenziale. La percentuale si riduce al 15% se l'incisività presunta dei Laureati Magistrali e infermieri con Master è riferita all'organizzazione.

Identità professionale percepita e desiderata dal coordinatore

I coordinatori per il 24% si sentono come una formica operosa che richiama chi, dedito diligentemente al lavoro e teso all'incremento della produttività, è privo, però, della visione d'insieme.

Al secondo posto, con il 10% delle preferenze, emerge il cavallo di razza, cioè il simbolo di un professionista di qualità. Il 7.5% dei coordinatori, terza opzione più cliccata, ha dichiarato di sentirsi come un lupo solitario, simbolo di chi vive il proprio ruolo in solitudine.

Per quanto attiene l'identità attesa, il 20% dei coordinatori sogna di diventare un cavallo di razza; desidera, in altri termini, acquistare prestigio, autorevolezza e autonomia.

Al secondo posto, il coordinatore identifica il falco delle alte vette (15%), espressione del suo desiderio di salire in alto e di riscattarsi, oltre che espressione di massima libertà di movimento.

Al terzo posto, con il 13% delle preferenze, ricompare la formica operosa: segno che una parte di coordinatori è soddisfatta della propria condizione.

4.1.4 Discussione dei risultati

In sintesi, il questionario ha messo in luce alcune criticità da tenere in considerazione per formulare una proposta concettuale di riorientamento della visione del coordinamento infermieristico:

- *l'età avanzata dei coordinatori dei servizi di cura*: si rileva come il primo ricambio generazionale significativo si verificherà solo tra 7-10 anni e interesserà il 25% dei coordinatori dei servizi di cura. Questa proiezione pone in evidenza come, a fronte di possibili paure rispetto ai veloci cambiamenti che stanno caratterizzando i contesti

organizzativi, esista un consistente potenziale esperienziale dei coordinatori attivi che dovrà essere rivalorizzato e riorientato verso la nuova visione del coordinamento;

- *la crisi della leadership*: si evince dalla considerazione non brillante che il coordinatore ha del suo ruolo e di come si rapporta con gli altri professionisti;
- *la scarsa convinzione nel lavoro per processi*: lo si comprende dalla difficoltà espressa dai coordinatori nel concepire un coordinamento più di processi che di risorse e dal fatto che il modello organizzativo prevalente è rappresentato da quello funzionale;
- *la scarsa condivisione degli obiettivi aziendali e delle strategie per raggiungerli*: ciò pone in forte discussione l'efficacia dei flussi informativi *top-down* che parrebbero interrompersi a livello di RID;
- *la formazione professionale*: ritenuta non più corrispondente alle competenze professionali richieste dalle esigenze organizzative emergenti;
- *il rapporto con figure professionali infermieristiche di nuova formazione*: i coordinatori risultano scettici in merito alla possibilità che le nuove figure infermieristiche, frutto di una formazione avanzata e specialistica, possano influire in maniera rilevante sull'organizzazione clinico-assistenziale nel processo di innovazione;
- *l'intenzione latente di evolvere*: elemento strategico sul piano culturale che se ben intercettato può alimentare la

motivazione al cambiamento e ridurre le possibili resistenze.

L'indagine svolta ha messo in luce la necessità di attuare una politica di rivitalizzazione del coordinatore, affinché possa diventare attore della trasformazione gestionale del sistema organizzativo e fungere da anello di congiunzione tra la linea operativa e il vertice strategico.

I suggerimenti che i coordinatori, coinvolti dall'indagine, hanno fornito riguardo alla formazione, alla partecipazione alla formulazione degli obiettivi aziendali e alle strategie per raggiungerli, al miglioramento del rapporto con i RID, sono i punti da cui partire per un processo di ripensamento.

In particolare, si pongono in evidenza:

- la formazione mirata allo sviluppo delle competenze manageriali;
- la valorizzazione della figura del coordinatore nella stesura di percorsi di cura;
- la richiesta di collaborazione all'identificazione di nuovi aspetti di valorizzazione dei vari ruoli della professione infermieristica;
- l'identificazione di una rete informativa efficace, che garantisca la diffusione delle informazioni sia a livello micro sia a livello macro;
- la divulgazione di esperienze positive in merito a modelli organizzativi innovativi.

4.2 Indagine 2

4.2.1 La costruzione del questionario n. 2

Gli ultimi due punti dell'elenco precedente evidenziano come sia un problema rilevante per i coordinatori la percezione di una certa debolezza della rete informativa e del correlato sistema di confronto su obiettivi, problematiche e strategie operative.

Il gruppo ha condiviso il fatto che tali problematiche possono essere affrontate efficacemente fruendo delle tecnologie informatiche, ma che la scarsa familiarità d'uso delle stesse consiglia, prudenzialmente, prima di intraprendere qualsiasi iniziativa progettuale in tal senso, onerosa anche sul piano economico, un supplemento di indagine con l'obiettivo di valutare il livello di importanza e di utilità attribuito dai coordinatori alle tecnologie informatiche a supporto dell'apprendimento cooperativo in rete e di evidenziare i problemi reali o potenziali da essi individuati nel loro utilizzo.

È stato, quindi, costruito un questionario *on line ad hoc* (Allegato 2) in base alle evidenze della letteratura.

I contenuti sono stati strutturati in tre sezioni :

- sezione 1: informazioni socio-anagrafiche e professionali;
- sezione 2: familiarità con le tecnologie informatiche e risorse *online*;
- sezione 3: orientamento circa l'utilizzo e la potenzialità percepita delle tecnologie collaborative in rete.

4.2.2 La raccolta e l'analisi dei dati

L'indagine è durata dal 21 febbraio al 30 marzo 2016 e si è svolta con le stesse modalità e con gli stessi interlocutori di quella precedente.

La strutturazione informatica del questionario ha generato automaticamente la matrice d'imputazione delle risposte con il programma Excel di Microsoft Office 2013.

4.2.3 I risultati

Il 100% dei 398 coordinatori che hanno risposto (il 25% di coloro che l'hanno ricevuto) ha dichiarato di utilizzare la tecnologia informatica, in particolare il *Personal Computer* (PC) fisso.

Analizzando nello specifico il livello di competenza degli utilizzatori, emerge come il 59% dichiara di avere un buon livello e il 32 % un livello sufficiente. Nel 44% la tecnologia viene utilizzata per la ricerca d'informazioni su siti *web*. Il 21% finalizza tale ricerca alla condivisione professionale accedendo a piattaforme per la diffusione delle informazioni sia a livello micro sia a livello macro.

Il grado di accordo rispetto all'utilizzo della piattaforma informatica a supporto delle funzioni di coordinamento risulta essere rilevante in quanto si ritiene possa sostenere i professionisti nei momenti di cambiamento e nel confronto tra pari.

L'utilità di tali sistemi risulta essere attribuita dai coordinatori prevalentemente alla programmazione e gestione del

personale, all'implementazione di modelli assistenziali e al confronto sulla specifica funzione di *leadership*.

Esplorando gli aspetti che possono favorire l'utilizzo di una piattaforma informatica, i più favoriti risultano essere “*lo sviluppo di un linguaggio comune*” e “*lo sviluppo riflessivo di esperienze di coordinamento*”.

I professionisti intervistati, soprattutto se di età superiore ai 50 anni, dimostrano di non conoscere o di non reputare fondamentali le modalità informatiche che maggiormente stimolano e sostengono un apprendimento collaborativo e riflessivo *online*, quali spazi di *web forum* o *e-conference*.

Infine, in merito ai problemi che può porre l'utilizzo di una piattaforma informatica, i risultati ottenuti indicano come i coordinatori considerino preoccupanti gli aspetti legati a un costante aggiornamento dell'amministrazione del sistema, alla necessità di un suo utilizzo continuativo e sistematico, e al rischio che l'utilizzo di una piattaforma informatica possa portare a una perdita del valore che il confronto in presenza può dare.

5. COORDINATE CONCETTUALI DI ORIENTAMENTO

Sulla base delle “attese” espresse¹⁴ nel rationale del progetto (approccio *top down*), poste in relazione con alcuni concetti,

¹⁴ Vedi paragrafo 3

selezionati per la loro importanza teorica e per le criticità interpretative emerse dalle indagini¹⁵ (approccio *bottom up*), è stata messa a punto una sintetica mappa concettuale, corredata da brevi argomentazioni che intendono proporre essenziali coordinate di riferimento per un ripensamento mirato della funzione di coordinamento.

5.1 La mappa

Le organizzazioni, che oggi assumono connotati “morbidi”, sono legittimate a esistere nella misura in cui riescono a combinare in modo efficiente e appropriato risorse e processi di lavoro per raggiungere risultati utili alla società e coerenti con la visione, il quadro valoriale di riferimento¹⁶.

In questa combinazione gioca un ruolo essenziale la funzione di coordinamento che, coerentemente con la definizione precedente, si dovrebbe esprimere su due assi portanti, entrambi risultati critici dall’indagine:

- uno relazionale, rappresentato dalla leadership, che è destinata, in un sistema a elevata componente professionale, a influenzare i comportamenti dei collaboratori attraverso la catalizzazione dei loro interessi verso gli obiettivi;

¹⁵ Vedi paragrafo 4.4

¹⁶ Nella prospettiva infermieristica il quadro valoriale può essere concentrato su tre direttrici principali: il diritto alla tutela della salute (ai sensi dell’art. 32 della Costituzione), la personalizzazione dell’assistenza (ai sensi della legge 251/2000), la valorizzazione delle competenze professionali (ai sensi della legge 42/99).

- uno metodologico, rappresentato dai processi di lavoro, che, per definizione, sono dinamici e coerenti con il concetto di “morbidezza” organizzativa e che, al contrario dell’impostazione per funzioni, consentono di generare valore, in termini di risultato, dalle sequenze di attività che li compongono.

È da porre in evidenza come entrambi questi assi convergono sul concetto di risultato¹⁷, che è l’aggregante di ogni decisione, azione e valutazione.

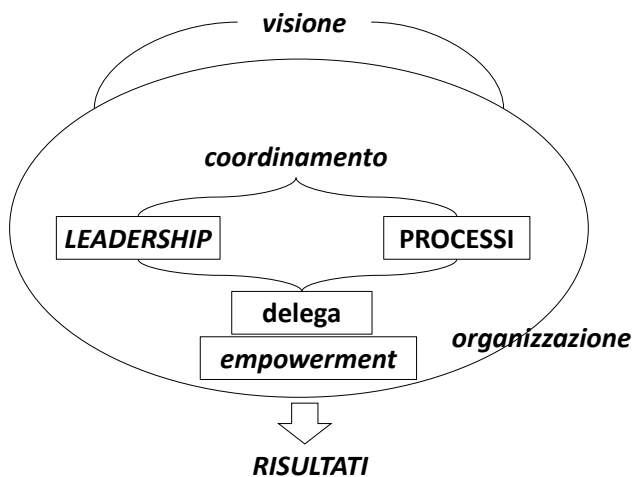


All’interno di tale cornice emergono due approcci comportamentali particolarmente significativi per l’esercizio

¹⁷ Nella prospettiva infermieristica per risultato s’intende il miglioramento dell’autonomia delle persone assistite in rapporto al problema di salute, ai trattamenti, alla loro cultura e al loro progetto di vita.

della funzione di coordinamento e anch'essi risultati critici dall'indagine condotta:

- la delega, che ben si inserisce nel governo dei processi complessi e che è coerente con il concetto di responsabilizzazione diffusa tipico delle organizzazioni a rete;
- l'empowerment, che concepisce il professionista come una persona che nell'organizzazione può trovare fattori di crescita utili sia a se stessa, in termini di soddisfazione personale, sia al sistema organizzato, in termini di competenze e di risultati a esse correlati.

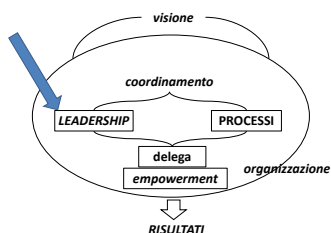


Pertanto, alla luce di quanto appena espresso, quattro sono i concetti che meritano una puntualizzazione di significato: *leadership*, *processi*, *delega*, *empowerment*.

Si precisa che quanto espresso successivamente è da interpretare non in termini analitici, considerando i concetti separatamente, ma in modo integrato, secondo le connessioni proposte dalla mappa. Si fa presente altresì che quanto espresso non ha l'obiettivo di presentare una trattazione esaustiva del tema, ma solo quella di porre in luce alcune suggestioni utili ai fini del lavoro di ripensamento che si sta conducendo¹⁸.

5.2 I concetti

5.2.1 Leadership



¹⁸ Tra gli studi condotti merita menzione uno in particolare: quello del 2015 del Cerimas (Centro di ricerche e studi in *management* sanitario), denominato studio N.U.R.S.E. (Nuovi Ruoli Servizi Sanitari Essenziali). Tale studio propone alcuni tratti significativi che caratterizzano la funzione manageriale infermieristica: orientamento al servizio (all'interno si colloca la logica di sistema sia organizzativa sia professionale); propensione al cambiamento (all'interno si colloca la cultura organizzativa); pro-attività; sviluppo dei collaboratori (all'interno si collocano i ruoli professionali emergenti, la delega e l'*empowerment*); *team leadership*; *team work*; accuratezza e qualità del lavoro; autocontrollo; comunicazione e ascolto; fiducia delle proprie capacità e del gruppo; consapevolezza organizzativa; identificazione; impatto e influenza (all'interno si colloca la trasparenza e l'equità); managerialità; organizzazione e obiettivi (all'interno si colloca il lavoro per processi e per obiettivi).

Secondo Peter Drucker “il *leader* è colui che ha *follower*”¹⁹. Nel senso che un *leader* non si può autoproclamare tale da solo. Sono gli altri che riconoscono in una persona le caratteristiche di un *leader* tanto da accettare, consapevolmente, di farsi guidare verso obiettivi condivisi.

Questo significa che la natura della *leadership* è propriamente relazionale, che la sua qualità di fondo sta nel mobilitare tutti coloro che sono coinvolti in questa relazione, che il suo valore autentico consiste nell’aver successo grazie all’alleanza positiva con gli altri.

Edgard Schein²⁰, secondo un approccio più culturale, attribuisce addirittura alla *leadership* la responsabilità della trasformazione della cultura organizzativa; condizione che la differenzia sostanzialmente dal *management*.

Ne consegue che entrare nella logica della *leadership* comporta l’accettare il passaggio da una logica di lavoro improntata sul controllo, tipica di una concezione verticistica dell’organizzazione, a una prassi delle relazioni in rete, ispirata dalla responsabilità diffusa²¹, dall’*empowerment*²², in una cornice culturale organizzativa portatrice di valori chiari e condivisi.

Tra le varie concezioni di *leadership* che la letteratura presenta, due in particolare meritano menzione, in quanto

¹⁹ Peter Drucker, *Le sfide del Management del XXI Secolo*, Franco Angeli Edizioni, Milano, 1999

²⁰ Edgar Schein, *Cultura d’azienda e leadership*, Guerini e Associati, Milano, 1990

²¹ vedi paragrafo 5.2.3

²² vedi paragrafo 5.2.4

presentano elementi interessanti, in questo contesto, per la prospettiva di rinnovamento di un coordinatore: la *leadership* di servizio e la *leadership* trasformazionale

La *leadership* di servizio²³ rappresenta una filosofia che orienta coloro che coordinano a prendersi cura dei collaboratori, all'interno di una visione proattiva dell'organizzazione, coinvolgendoli attraverso la persuasione e non il comando, dando origine a una squadra, la quale, di conseguenza, li riconosce come autorevoli, degni di fiducia, tanto da accettare di lasciarsi da loro influenzare.

La *leadership* trasformazionale²⁴ rappresenta uno stile relazionale che consente a chi la esercita di produrre effetti sui valori, sull'autostima, sulla fiducia dei collaboratori tanto da indurli a esprimere le loro *performance* con motivazioni che vanno oltre il senso del dovere. L'influenza del *leader* trasformazionale si basa sulla sua abilità a ispirare e a far aumentare la coscienza dei collaboratori appellandosi ai loro ideali e ai loro valori più alti.

Indipendentemente dalle specificità degli approcci teorici, per i quali si rimanda agli approfondimenti di letteratura, alcuni

²³ 10 parole chiave rappresentano l'essenza della *leadership* di servizio: ascolto, empatia, interesse, consapevolezza di sé, persuasione, concettualizzazione, lungimiranza, diligenza, impegno per la crescita delle persone, costruzione della comunità.

²⁴ Tra i diversi profili della *leadership* trasformazionale si afferma il modello delle 4 I di Bernard Bass: la considerazione individuale, la stimolazione intellettuale, la motivazione ispirazionale, l'influenza idealizzante.

tratti essenziali sono da mettere in rilievo per un coordinatore che intende migliorare la sua *leadership*:

- lavorare sul clima del gruppo di lavoro favorendo le reciprocità;
- sostenere la condivisione degli obiettivi, fattore aggregante del cosiddetto lavoro di squadra;
- estrarre, e aiutare altri a estrarre, dall'agire il senso del proprio e altrui lavoro;
- sostenere i percorsi di crescita dei professionisti e del loro senso di autoefficacia.

5.2.2 Processi



Il termine deriva dal latino *procedĕre* (procedere, avanzare) e significa procedimento, metodo.

In ambito organizzativo tale espressione si riferisce a una sequenza di operazioni (decisioni e azioni), tra loro correlate, che si compiono, all'interno di un quadro valoriale di riferimento, per conseguire un determinato risultato, grazie all'insieme delle risorse tangibili e intangibili appartenenti all'organizzazione stessa o con essa interagenti. Nella gestione

per processi il raggiungimento dell'obiettivo assume, di conseguenza, un'elevata rilevanza; per questo motivo l'obiettivo deve essere definito in maniera chiara e inequivocabile.

In generale, nelle organizzazioni, anche quelle produttrici di servizi come quelle sanitarie, i processi possono essere distinti in due tipologie: primari e secondari.

I processi primari sono quelli che generano direttamente il risultato, che è riconosciuto dal fruitore (cliente esterno) come utile; quelli secondari, o di supporto, sono finalizzati alla realizzazione dei processi primari; non generano, quindi, di per sé, un valore percepito direttamente dal cliente esterno; è solo il professionista (cliente interno) che li può apprezzare.

Il lavoro per processi comporta il superamento dei modelli organizzativi di tipo funzionale, efficienti all'interno delle singole funzioni, ma inefficienti sul piano sistemico in quanto, trascurando le interdipendenze esistenti tra le funzioni stesse, inducono sovrapposizioni di attività o rischi di omissioni dovuti all'assenza di coordinamento trasversale, lentezze procedurali nel passaggio da una funzione all'altra dovuti all'assenza di responsabili di processo, possibilità di deviazioni dalla linea che conduce al raggiungimento del risultato per mancanza di *feed back* trasversali.

La crisi del tradizionale approccio per funzioni, espressione di una logica verticale e settoriale che prevede la divisione del lavoro in compiti con un coordinamento di tipo gerarchico-funzionale, si è accentuata con l'emergere di una concezione

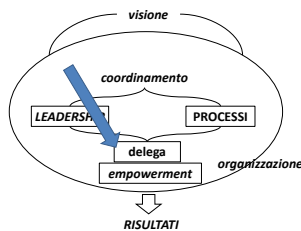
dell'organizzazione come sistema aperto e dinamico, costituito da insiemi di processi orizzontali, in grado di rispondere, con grandi possibilità di modulazione, al momento giusto, nel modo giusto e in maniera economicamente sostenibile, alle esigenze del fruitore.

In ambito sanitario, l'elemento maggiormente caratterizzante la gestione per processi è proprio la possibilità di generare un risultato di valore per la persona assistita e, di conseguenza per l'organizzazione. Fatto che induce virtuosi circuiti di miglioramento della qualità complessiva dell'assistenza, riduzione dei costi e dei tempi perché si riducono le dispersioni e si ottimizza l'uso delle risorse. Il lavoro per processi è oggi rappresentato in ambito clinico-assistenziale dai percorsi di cura che la persona assistita attraversa nelle varie strutture dell'organizzazione sanitaria; percorsi che richiedono non solo un coordinamento infermieristico di struttura, insufficiente per garantire i risultati attesi che sono frutto dell'azione integrata di più strutture, ma zone di coordinamento trasversale che permettano di supervisionare e presidiare l'omogeneità degli *standard* professionali e qualitativi dell'assistenza, nonché i livelli di sicurezza.

Indipendentemente dalle specificità degli approcci teorici, per i quali si rimanda agli approfondimenti di letteratura, alcuni tratti essenziali sono da mettere in rilievo per un coordinatore che intende operare per processi:

- sviluppare una visione sistemica e la capacità di adattamento delle risorse e delle attività;
- sostenere il lavoro in *team*, valorizzando le competenza dei suoi componenti;
- adottare meccanismi di coordinamento trasversali;
- presidiare adeguati flussi comunicativi e stili relazionali propri della *leadership*;
- focalizzare l'attenzione sugli esiti più che sulle singole attività.

5.2.3 Delega



La delega è definita come il decentramento di responsabilità a un collaboratore che, però, non modifica il proprio ruolo perché essa è limitata nei contenuti e nel tempo. Essa indica l'attribuzione di autonomi poteri decisionali a un soggetto che non ne è normalmente titolare. Con la delega si trasferiscono funzioni originariamente gravanti sul soggetto posto in posizione apicale, ad altri soggetti materialmente e tecnicamente capaci di esercitarle.

La definizione di Peter Drucker²⁵: “*il management è il conseguimento di obiettivi tramite terzi*” ne sottolinea la centralità.

L’attività di delega si è sviluppata nel tempo passando dalla nozione di delega di compiti a quella di delega di funzioni con annesse decisioni e relative responsabilità.

In questo senso la vera delega²⁶ comporta un trasferimento fiduciario di poteri e dell’autonomo esercizio degli stessi. Sempre più limitato è l’utilizzo della delega per l’effettuazione di compiti per i quali è, invece, più appropriato il termine di attribuzione.

Secondo Luca Benci la delega di funzioni nell’esercizio professionale non è istituto normativo ma una creazione giurisprudenziale. La delega per essere valida deve rispondere ad alcuni principi essenziali:

- la certezza (deve essere comprovata e non presunta);
- la determinazione (i poteri i devono essere specificati);
- la consapevolezza (deve essere accettata dal delegato);
- la scrittura (deve essere conferita per iscritto);
- l’assenza di *culpa in eligendo* (per essere efficace deve essere conferita a persona qualificata, tecnicamente capace ,esperta e competente);
- la corrispondenza e l’effettività (è corretta solo se corrispondente all’autonomia decisionale del delegato);

²⁵ Economista e saggista viennese 1909-2005.E’considerato uno dei maggiori esponenti di successo “Della Gestione per Problemi.

²⁶ L’esempio più semplice e comune per comprendere appieno il concetto di delega è rappresentato dalla delega che un condomino fa a un altro condomino per rappresentarlo in un’assemblea di condominio. Egli trasferisce all’altro non solo il potere di rappresentanza, ma anche quello di voto.

- la non ingerenza (il delegante non deve interferire in nessun modo nell'assolvimento dei compiti delegati);
- la non connivenza (il delegante non deve essere a conoscenza dell'inefficienza del delegato);
- l'assenza di *culpa in vigilando* (il delegante deve predisporre un sistema di verifica periodica dei risultati raggiunti dal delegato);
- l'impossibilità di subdelega.

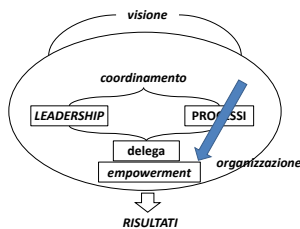
Descrivendo i principi della delega non si può non menzionare l'articolo 40 del codice penale: "*non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo*". Ogni volta che viene utilizzata la delega di funzioni, anche il trasferimento della posizione di garanzia sopra citata viene trasferita in capo al soggetto delegato e consiste nel porre in essere tutte le misure necessarie a tutelare il soggetto ritenuto più debole e quindi da garantire.

Indipendentemente dalle specificità degli approcci teorici, per i quali si rimanda agli approfondimenti di letteratura, alcuni tratti sono da mettere in rilievo per un coordinatore che intende sviluppare la delega:

- sviluppare capacità di valutazione del personale per poter esercitare, nel delegare, la propria responsabilità *in eligendo*;
- adottare un approccio relazione ispirato alla fiducia, all'*empowerment* e alla gestione partecipata;

- rafforzare il convincimento del principio della responsabilità diffusa in un sistema organizzato più morbido.

5.2.4 Empowerment



Strettamente correlato al concetto di delega e di *leadership*, il termine *empowerment* deriva da “to empower” che viene tradotto con “conferire poteri” o “mettere in grado di rafforzare le capacità di chi è debole”. Nel panorama attuale ha diversi significati, sia a livello concettuale sia a livello metodologico. Piccardo fa notare come la parola è divenuta,

spesso, un “concetto ombrello” assimilabile ad ambiti e a situazioni molto diversificate.

Dal punto di vista del codice organizzativo, nel quale compare negli anni '70, il termine connota la necessità di predisporre condizioni di lavoro, affinché, le persone acquisiscano potenza per mobilitare le loro potenzialità²⁷, le loro energie, per realizzarsi e responsabilizzarsi, offrendo tale patrimonio all'organizzazione che ne fruisce in termini per rendere migliore i risultati attesi. In questo modo esse hanno la possibilità di rafforzare la loro capacità di scelta, di autodeterminazione e di autoregolazione, di sviluppare parallelamente il sentimento del proprio valore e del controllo sulla situazione di lavoro, la propria autostima e autoefficacia, riducendo i sentimenti di impotenza, sfiducia e paura, l'ansia e la tensione negativa e l'alienazione.

L'*empowerment* è, quindi, concetto chiave per rinnovare la cultura del lavoro, per ripensare al ruolo dell'azienda e del professionista e per riorientare modelli organizzativi verso una maggior flessibilità, una maggior attenzione alle relazioni umane.

Indipendentemente dalle specificità degli approcci teorici, per i quali si rimanda agli approfondimenti di letteratura, alcuni tratti sono da mettere in rilievo per un coordinatore che intende sviluppare uno stile *empowering*:

²⁷ La potenzialità è una capacità latente, non ancora pienamente espressa. La parola ha radici nei termini potere/potenza che, seppur simili, non sono coincidenti. Il potere, spesso, si associa a elementi statici, conservatori, frequentemente legati al controllo della situazione. La parola potenza, invece, contiene un principio di dinamicità, riassunto dalla definizione che ne dà la fisica: forza capace di superare una resistenza. La potenza è quindi espressione di azioni dinamiche in direzione di qualcosa, innovative e portatrici di cambiamento.

- richiamare diffondere i valori fondanti di riferimento per indirizzare comportamenti;
- mantenere un clima organizzativo valorizzante le persone;
- sviluppare capacità diagnostiche sia dei fattori individuali sia di quelli organizzativi su cui agire per sviluppare crescita;
- adottare tecniche di *coaching*, sulla base di una buona consapevolezza di sé e di una buona padronanza comunicativo-relazionale.

6. CONCLUSIONI

Il gruppo di lavoro con il presente report considera concluso il suo mandato iniziale. Sono state presentate le linee concettuali di orientamento che, secondo il parere del gruppo, possono guidare un processo riflessivo di riallineamento e di rivalorizzazione della funzione di coordinamento infermieristico.

