

PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE



**DA CAPOSALA A MIDDLE MANAGER...
OLTRE IL NOME COS'È CAMBIATO?**

numero 1
gennaio - marzo 2023

SOMMARIO

■ BIOGRAFIA DALL'AGLIO GIORGIA	1
■ DA CAPOSALA A MIDDLE MANAGER...OLTRE IL NOME COS'È CAMBIATO?	2
■ DALLE SUORE AI MANAGER: EVOLUZIONE DI UNA SPECIE	3
■ CONTRATTI: EVOLUTI O SOLO VOLUTI?	7
■ NUOVI BISOGNI DI SALUTE LA DOMANDA...	9
■ DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO: STESSI RUOLI, DIVERSE COMPLESSITÀ.	13
■ COME DARE VALORE AL MERITO?	17
■ UNO SGUARDO AL PANORAMA INTERNAZIONALE	19
■ TIPOLOGIA DI SISTEMI DI GESTIONE SANITARIA PAESI EU	21
■ RIFLESSIONI	25

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso luglio 2023.

Direttore Responsabile: Vanzetta Marina

Comitato di redazione: Marcolongo Laura, Marai Matteo, Vallicella Franco, Verzè Alessia, Filippo Fabio, Bernardelli Stefano, Bonetti Lorella, Vanzetta Marina, Ballarin Silvana, Dal Corso Dario, Marcotto Enrico, Soliman Nicola, Zanolli Barbara, Meorali Francesco.

Editore: OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona

Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-maili info@ipasviverona.com al Direttore di Prospettive Infermieristiche. Si autorizza, nel rispetto delle comuni regole di salvaguardia delle pubblicazioni scientifiche e dei diritti d'autore, la riproduzione a scopo didattico e informativo degli articoli di Prospettive Infermieristiche purchè con citazione esplicita dell'autore e della rivista. I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie anche se non pubblicati non saranno restituiti. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Progetto grafico e impaginazione: cocchi&cocchi [www.cocchiecocchi.it]

Biografia

Dall'Aglio Giorgia

Dall'Aglio Giorgia ha 46 anni, risiede a Legnago (Vr), sposata con due figli.

Nel 1995 consegue il diploma di scuola superiore e negli anni immediatamente successivi svolge incarichi come impiegata amministrativa presso aziende del settore privato. Contemporaneamente svolge servizio di volontariato sulle ambulanze dell'Ente



Croce Verde Verona, servizio che si rivelerà fondamentale nello scoprire la passione per l'ambiente sanitario e soprattutto per l'assistenza alla persona. Questa esperienza le farà maturare la volontà di iscriversi nel 2000 al Corso di Diploma Universitario per Infermieri, che nello stesso anno subirà la trasformazione in Corso di Laurea in Infermieristica, presso l'Università di Verona. Conseguita la laurea triennale in Infermieristica nel 2003, svolge servizio come infermiera strumentista presso il Gruppo Operatorio dell'Aulss 21. In quegli anni consegue anche il Master in Management per funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie presso l'Università di Verona.

Nel 2014 ottiene l'incarico di coordinamento delle professioni sanitarie all'interno dell'Aulss 21, che nel frattempo diverrà Aulss9 Scaligera. Coordina così il reparto di Lungodegenza Riabilitativa del Presidio di Bovolone (Vr) e successivamente il reparto di Neurologia e Neurodiagnostica del presidio di Legnago (Vr). Attualmente coordinatrice presso il Servizio di Odontostomatologia del presidio di Legnago (Vr), nell'aprile 2023 consegue la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università di Verona.

Iscritta al Coordinamento Nazionale Caposala/coordinatori dal 2014, dal 2019 è referente di presidio, per lo stesso CNC.



ARTICOLO DALL'AGLIO GIORGIA

Da caposala a middle manager... oltre il nome cos'è cambiato?

BIBLIOGRAFIA

- 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. <https://dx.doi.org/10.1590/s0080-6234201400005000022>

- Borrell Carrio, F., Gene Badia J. 23 *La atención primaria española en los albores del siglo XXI* [Spanish primary care at the beginning of the 21st century]. Gest Clin Sanit 2008;10:3-7 <https://www.saluteinternazionale.info/2010/12/il-sistema-sanitario-spagnolo/?pdf=4964>

- Casini, M. et al., (2004) *La complessità nella complessità: il sistema delle cure domiciliari come sistema adattativo e complesso*. Dedalo; 3: 19 – 28

- Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019 https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2629/1f%20testo%20definitivo%20Codice%20D

- Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità - triennio 2019-2021 (GU Serie Generale n.19 del 24-01-2023 - Suppl. Ordinario n. 5)

- Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità - Triennio 2016-2018 (GU Serie Generale n.22 del 28-01-2020 - Suppl. Ordinario n. 6)

- Currie, G. et al., (2009) *The dynamics of professions and development of new roles in public services organizations: The case of modern matrons in the English NHS Public Administration*; Vol. 87 , Num. 2: 295-311 <https://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01755.x>

- Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università", a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419" (GU n.8 del 12-01-2000 - Suppl. Ordinario n. 10)

Nel corso degli anni, l'evoluzione demografica ed epidemiologica della popolazione ha modificato i relativi bisogni di salute comportando di fatto una variazione dei modelli organizzativi e degli interventi socio assistenziali; conseguentemente i professionisti sanitari, i coordinatori e le figure dirigenziali hanno accompagnato questo cambiamento acquisendo sempre maggior riconoscimento, autonomia, responsabilità e un ampliamento dell'ambito di competenze e di conoscenze. L'aumento delle dimensioni organizzative delle aziende, ha comportato riflessi sui differenti ruoli che le compongono, in particolar modo mettendo in evidenza il middle management e rendendolo strategico nel governo dei processi organizzativi.

Non sempre all'evoluzione nel tempo della professionalità e della complessità è però corrisposto un adeguamento normativo e contrattuale, in particolar modo per i coordinatori e le figure dirigenziali intermedie.

Alla luce dei recenti programmi di riorganizzazione dell'assistenza, sempre più orientata a spostarsi al domicilio del paziente attraverso modelli organizzativi territoriali potenziati, in questa occasione si vuole esplorare come possano essere inquadrati e valorizzati i diversi gradi di complessità e di responsabilità di chi coordina ai vari livelli, secondo il recente CCNL 2019 – 21 del comparto sanità.



Dalle suore ai manager: evoluzione di una specie

Agli inizi del novecento, in Italia, si ha una razionalizzazione della formazione infermieristica: vengono istituite scuole convitto per il conseguimento del diploma per l'esercizio della professione di infermiera, al termine di un corso di due anni. In aggiunta, si ha una prima regolamentazione del ruolo dell'Infermiere coordinatore, dal momento che le scuole convitto possono istituire un terzo anno aggiuntivo di corso per il conseguimento del titolo di infermiere diplomate "Abilitate a Funzioni Direttive" (AFD). Il controllo della disciplina di infermieri, ausiliari e pazienti, del rispetto dei ruoli, della gestione domestico alberghiera delle unità operative veniva nella quasi totalità dei casi affidato a personale religioso che con grande visibilità incarnava quell'ideale vocazionale di dedizione ai sofferenti coniugato al rigore quasi da ordine monastico con cui tale ruolo veniva ricoperto. Nel 1964 viene istituita la prima scuola per "Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica (DAI)" e negli anni seguenti, vengono istituite in varie città altre "Scuole dirette a fini speciali per Dirigenti e Docenti di Scienze Infermieristiche".

Alla fine degli anni Sessanta, la Legge 12 febbraio 1968, n.132 e il Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri" disciplinano le funzioni

di una figura nuova, il Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari (CSSA), che ha responsabilità in merito all'aggiornamento, all'organizzazione e alla gestione del personale e prevedono la figura di "Caposala" nella dotazione del "personale sanitario ausiliario", le cui mansioni previste sono di "indole amministrativa organizzativa e disciplinare nell'ambito della sezione ospedaliera cui sono adibiti".

Il DPR 130/1969, stabilisce che per esercitare il ruolo di caposala è sufficiente aver conseguito il diploma di Infermiere professionale e possedere un'anzianità di servizio di 3 anni, tralasciando il requisito del titolo AFD.

La figura del caposala viene designata come una figura autoritaria, cosa che si deduce dal fatto che tra le sue funzioni principali una costante è il "controllo": controlla e dirige il servizio degli Infermieri e del personale ausiliario, controlla la gestione di risorse quali presidi e farmaci, controlla le razioni alimentari, ma niente che faccia riferimento a una capacità decisionale o a metodi e strumenti del management applicati alla realtà sanitaria o assistenziale; Facendo un salto di alcuni anni, in piena attuazione della legge di istituzione del Sistema Sanitario Nazionale del '78, il DPR 761/1979 sancisce l'inquadramento nel ruolo sanitario del Direttore e Vicedirettore di Scuole infermieristiche e del Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari, nella

BIBLIOGRAFIA

- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" (GU Serie Generale n.165 del 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132)
- Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" (GU Serie Generale n.293 del 15-12-1993 - Suppl. Ordinario n. 113)
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" (GU Serie Generale n.4 del 07-01-1994)
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (GU Serie Generale n.127 del 04-06-2015)
- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere" (GU Serie Generale n.6 del 09-01-1995)
- Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 2001, n. 220 "Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale" (GU Serie Generale n.134 del 12-06-2001 - Suppl. Ordinario n. 144)
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 1984, n. 821 "Attribuzioni del personale non medico addetto ai presidi, servizi e uffici delle unità sanitarie locali" (GU Serie Generale n.338 del 10-12-1984)
- Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761 "Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali" (GU n.45 del 15-02-1980 - Suppl. Ordinario)

BIBLIOGRAFIA

- Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130 "Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri" (GU Serie Generale n.104 del 23-04-1969 - Suppl. Ordinario)

- Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri" (GU Serie Generale n.104 del 23-04-1969 - Suppl. Ordinario)

- Decreto del Presidente della Repubblica 24 maggio 1965, n. 775 "Modificazioni allo statuto dell'Università degli studi di Roma" (GU Serie Generale n.173 del 13-07-1965)

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 169 del 23 febbraio 2016 "Definizione del profilo di competenza del coordinatore appartenente alle professioni sanitarie nella Regione del Veneto" (Bur n. 23 del 11 marzo 2016)
<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DetailDgr.aspx?id=317925>

- Dimonte, V., (2008) *La misurazione dei carichi di lavoro sul territorio Assist Inferm Ric*; 27: 122-123

- Duffield, C. et al., (2019) *Manager, clinician or both? Nurse managers' engagement in clinical care activities. J Nurs Manag.*; 27:1538-1545.
<https://dx.doi.org/10.1111/jonm.12841>

- Fulop, L. (2012) *Leadership, clinician managers and a thing called "hybridity". Journal of Health Organization and Management*; 26:578-604
<https://dx.doi.org/10.1108/14777261211256927>

- González-García, A. et al., (2021) *Competency Model for the Middle Nurse Manager (MCGE-Logistic Level) Int. J. Environ. Res. Public Health*; 18, 3898
<https://doi.org/10.3390/ijerph.18083898>

- Grazioli M.E., *Managerialismo, professionalismo e politica professionale, Comunità Sperimentale di Riflessione Infermieristica*, 2019

posizione di "Operatore professionale dirigente" e prevede la figura del caposala come appartenente al ruolo sanitario, con il profilo professionale di "Operatore professionale di prima categoria" e la posizione funzionale di "**Operatore Professionale Coordinatore**".

A modifica di quanto previsto nel Decreto Ministeriale 30 gennaio 1982 "Regolamento recante la disciplina concorsuale", il Decreto Ministeriale del 3 dicembre 1982 stabilisce l'obbligo di possedere il certificato di AFD per i concorsi nella posizione di "Operatore Professionale Coordinatore" e successivamente ne vengono stabilite le funzioni: si specifica che svolge attività di assistenza diretta e coordina l'attività del personale, predisponendone i piani di lavoro, da un lato "nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile o dai responsabili delle unità operative" e dall'altro "nel rispetto dell'autonomia operativa del personale stesso e delle esigenze del lavoro di gruppo" (DPR 821/1984: profilo storico del caposala).

Emerge una considerazione riguardante la ridotta autonomia di ruolo risultante da tale definizione, in quanto la caposala si trova a dover gestire la propria autonomia tra direttive dall'alto e autonomie professionali dal basso.

In concomitanza si rende necessario esaminare le figure sanitarie coinvolte e attraverso il Decreto Ministeriale

13 settembre 1988, "Determinazione degli standards del personale ospedaliero", si prevede un "operatore professionale dirigente" per ogni presidio ospedaliero, che è inserito presso la Direzione Sanitaria, non essendo ancora nato il Servizio Infermieristico; inoltre, prevede un coordinatore per ogni Unità Operativa, con funzioni di Coordinamento dell'attività del personale infermieristico, tecnico e ausiliario, oltre che funzioni di supervisione sulle attività formative e di tirocinio.

Il 2 dicembre 1991 il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (l'attuale MIUR: Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) emana un decreto che istituisce il Corso di Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche e negli anni successivi vengono definitivamente stabiliti due livelli di formazione: la Laurea triennale per l'esercizio della professione di Infermiere e la Laurea Specialistica, oggi denominata Magistrale. Successivamente vengono definite le classi delle Lauree delle professioni sanitarie e le classi delle Lauree specialistiche universitarie delle Professioni Sanitarie. Con la riforma sanitaria della L. 502/92 vengono sospesi i corsi per AFD con previsione del ripristino in ambito universitario.

Questo di fatto si concretizzerà in un periodo di assenza di corsi di formazione per i caposala/coordinatori che durerà diversi anni.

Le riforme sanitarie concretizzate nell'aziendalizzazione e regionalizzazione, hanno introdotto l'atto aziendale come strumento di governo per definire la struttura entro la quale le aziende sanitarie devono perseguire i propri obiettivi. All'interno delle linee guida regionali previste per la stesura dell'atto aziendale, è data indicazione rispetto alla posizione che i Servizi Infermieristici e delle Professioni Sanitarie devono avere nell'organigramma aziendale e rispetto alle aree di responsabilità loro assegnate, nonché gli aspetti organizzativi e di dettaglio e i meccanismi di integrazione e coordinamento interni. Questo come logica conseguenza della L. 251/2000 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), che riveste grande importanza, in quanto istituisce per la professione infermieristica la qualifica unica di **dirigente del ruolo sanitario**. La stessa legge prevede la possibilità per le Aziende Sanitarie di attribuire l'incarico di Dirigente del Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica, tramite procedura selettiva e in possesso di laurea specialistica come requisito. Con questi provvedimenti, l'infermiere dirigente si vede attribuire competenze gestionali e organizzative mai riconosciute prima. Tuttavia con il DPR 220/2001 "regolamento recante la nuova discipli-

na concorsuale del personale non dirigenziale del SSN" viene abrogata la precedente normativa relativa alla selezione concorsuale dei caposala e cancellato il titolo di AFD per accedere alle stesse funzioni e sostituito con un'anzianità di servizio triennale per l'accesso al ruolo (biennale se in possesso di AFD) e una formazione opzionale regionale o aziendale.

Per avere un passo avanti nello sviluppo della figura del **Coordinatore delle Professioni Sanitarie** si dovrà attendere fino a quanto stabilito dalla L. 43/2006 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" che prevede l'istituzione della funzione di coordinamento nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, il cui esercizio è subordinato al possesso del "Master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento" e ad un'esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

L'aziendalizzazione e la conseguente organizzazione in dipartimenti delle aziende sanitarie ha dato origine a un nuovo livello di management infermieristico, quello del **Responsabile Infermieristico del Dipartimento (RID)**, che esercita un ruolo intermedio tra quello del dirigente infermieristico e quello del coordinatore di unità operativa. Que-

BIBLIOGRAFIA

- Kirkpatrick, I., Bullinger, B., Lega, F., & Dent, M. (2013) *The translation of hospital management models in European health systems: A framework for comparison*. British Journal of Management; 24: 48-61
<https://dx.doi.org/10.1111/1467-8551.12030>

- Lega F., (2013) *Is Management Essential to Improving the Performance and Sustainability of Health Care Systems and Organizations? A Systematic Review and a Roadmap for Future Studies Value in Health*; 16: S46-S51
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2012.10.004>

- Lega and Sartirana (2016) *Making doctors manage... but how? Recent developments in the Italian NHS BMC Health Services Research*, 16(Suppl 2):170
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1394-6>

- Lega F. (2020) *Economia e management sanitario*. Milano: Egea

- Legge 1 febbraio 2006, n. 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" (GU Serie Generale n.40 del 17-02-2006)

- Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" (GU Serie Generale n.208 del 06-09-2000)

- Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" (GU Serie Generale n.50 del 02-03-1999)

- Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" (GU Serie Generale n.360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario)

- Legge Regionale n. 48 del 28 dicembre 2018 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-23" (Bur n.133 del 28 dicembre 2018)
<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/HomeConsultazione.aspx>

BIBLIOGRAFIA

- Legge Regionale 04/03/2010, n. 17 – "Istituzione delle direzioni aziendali delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche e delle professioni riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione"
<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DetailLegge.aspx?id=222820>

- Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 56 Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. (GU 3a Serie Speciale - Regioni n.51 del 24-12-1994)

- Prenestini et al. (2021) *Involving clinicians in management: assessing views of doctors and nurses on hybrid professionalism in clinical directorates* BMC Health Services Research 21:350
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06352-0>

- Romano, G., et al. (2010) *Introduzione alla complessità in sanità* Dedalo; 2: 15-18

- Simonetti, S., (2018) *Il nuovo CCNL del comparto sanità*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli editore

- Ullrich D, Cope V, Murray M. *Common components of nurse manager development programmes: A literature review*. J Nurs Manag. 2021;29:360-372.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13183>

- Warshawsky, N. et al. (2022). *The influence of nurse manager competency on practice environment, missed nursing care, and patient care quality: A cross-sectional study of nurse managers in U.S. hospitals*. Journal of Nursing Management, 30(6), 1981-1989
<https://dx.doi.org/10.1111/jonm.13649>

- Ministero della Salute, "Relazione stato sanitario del Paese", 2017-2021
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3270_allegato.pdf

- Piano Nazionale Ripresa Resilienza anno 2021
<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

sta figura funge da collegamento tra vertice aziendale e singole unità operative che costituiscono il dipartimento, per far sì che lo stesso contribuisca come un tutt'uno alla realizzazione degli obiettivi aziendali. Oggi, nell'ambito dell'infermieristica si è fatta molta strada e la disciplina infermieristica ha raggiunto importanti traguardi nel processo di professionalizzazione, coronato con l'ingresso in università (nel 1992) e, dall'anno accademico 2004/2005, anche dalla laurea specialistica, divenuta poi Magistrale.

Dal 1994 ad oggi, tuttavia, all'evoluzione formativa e disciplinare non sempre è corrisposto un altrettanto significativo e coerente riconoscimento della funzione infermieristica nell'organizzazione del lavoro. D'altro canto, la figura del coordinatore, che riveste un ruolo critico all'interno delle nuove organizzazioni sanitarie e che avrebbe dovuto assumere il difficile compito di sostenere la trasformazione della figura infermieristica, oltre a non avere un sufficiente ed adeguato riconoscimento contrattuale (almeno fino al CCNL 2002-2005), ha anche subito le conseguenze di una fase di stallo nella formazione che è durata diversi anni, dal 1994 (chiusura dei corsi per caposala) al 2006 (requisito master in management infermieristico per il coordinamento): gli stessi anni cruciali in cui è avvenuto il grande cambiamento dello scenario so-

cio-sanitario italiano.

Questa situazione ha creato confusione e insoddisfazione fra i caposala i quali, legati ad un vecchio modello organizzativo che li vedeva più vicini alle competenze cliniche, a contatto diretto con i pazienti, si sono improvvisamente visti privare dello spazio riservato alle attività clinico assistenziali, interamente assorbito da un'attività gestionale e burocratica sempre più complessa.

Un appropriato percorso formativo avrebbe fornito loro gli strumenti per affrontare e gestire adeguatamente il cambiamento organizzativo, anziché subirlo (come invece talvolta è accaduto), e per motivare e coinvolgere tutto il gruppo infermieristico nel raggiungimento degli obiettivi aziendali. Purtroppo invece, in seguito alla dinamicità degli scenari normativi, si è assistito negli anni anche ad una modifica della formazione, che converge in un gruppo di coordinatori con una formazione eterogenea, in quanto formati in tempi e contesti differenti. Sebbene tali figure risultino, di fatto, avere funzioni e responsabilità aumentate nel tempo, ne emerge un quadro generale di depotenziamento a livello contrattuale, che non coincide con la complessità sempre maggiore del sistema sanitario in cui devono districarsi.

Contratti: evoluti o solo voluti?

Successivamente alla privatizzazione del pubblico impiego (iniziata nel 1992) con il CCNL 1998-2001 del comparto sanità si ha una classificazione del personale che prevede quattro categorie (A, B, C, D) e l'utilizzo del sistema delle "declaratorie professionali"; il CCNL 1998-2001 stabilisce l'inquadramento dell'Infermiere nella categoria C, come "Operatore professionale sanitario", dell'Infermiere coordinatore nella D, come "Collaboratore professionale sanitario" e l'Infermiere dirigente nella categoria D super (Ds), come "Collaboratore professionale sanitario esperto".

Il successivo contratto integrativo, stipulato nel 2001, stabilisce il passaggio degli infermieri dalla categoria C alla D, nella quale rimangono gli infermieri coordinatori, distinti solo da un'indennità economica. A partire dal biennio economico 2000-2001 del CCNL 1998/2001 e nei contratti successivi vengono normate le indennità da erogare al coordinatore, distinguendone una parte fissa e una variabile.

Con il CCNL 98/2001 il ruolo è stato trasformato in una semplice indennità fissa, quindi la differenza economica esistente tra i livelli 6° e 7° e poi tra le Cat. C e D è stata assorbita nell'indennità di Incarico, disapplicando l'art. 10 del CCNL 2001 che l'aveva istituita. Il successivo CCNL, parte normativa 2002-2005, biennio economico 2002-2003, inquadra

il coordinatore nella categoria D, livello economico Ds. Tuttavia i contratti successivi hanno disapplicato l'art. 19 del CCNL 2002/2004 che prevedeva per i coordinatori la cat. "Ds", dunque, non c'è un concorso pubblico per l'istituzione di un ruolo con le relative tutele, ma si configura il semplice affidamento di un incarico, peraltro revocabile in caso di valutazione negativa da parte del dirigente.

Il coordinatore non è più inquadrato nella cat. D super (Ds), ma appartiene alla categoria D, quindi sia i Coordinatori sia i coordinati sono collocati nello stesso livello di retribuzione. L'inquadramento in cat. D super era importante non solo economicamente, ma soprattutto per il **riconoscimento del ruolo**, per questo la declaratoria della cat. Ds era completamente organizzativo/manageriale e proprio per questo il CCNL 2002/2004 aveva assegnato la cat. Ds a tutti i Coordinatori (Simionetti, 2018).

Il possesso del Master introdotto come requisito per il ruolo di coordinatore dalla L. 43/2006, è ribadito anche nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Comparto Sanità, periodo 2016-2018, che istituisce, nel ruolo sanitario, l'incarico di organizzazione; tale incarico comporta l'assunzione diretta di specifiche responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse, rispetto alle attribuzioni proprie del profilo

BIBLIOGRAFIA

- Patto per la Salute 2014-2016 - Piano nazionale della cronicità 2016
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2584_allegato.pdf

- Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto Anno 2022
<https://drive.google.com/file/d/1dD-AwNVAikmVmYfjCIN5hKEjKFWnRXvf/view?eontologico%20degli%20Ordini%20delle%20%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf>

di appartenenza, nella gestione dei processi assistenziali e formativi connessi all'esercizio della funzione sanitaria e sociosanitaria. Gli incarichi possono essere conferiti al personale inquadrato in categoria D e la funzione di coordinamento è valorizzata all'interno della graduazione dell'incarico di organizzazione. L'incarico è a termine: l'Azienda o Ente sulla base delle proprie esigenze organizzative ne determina la durata tra un minimo di tre anni e un massimo di cinque anni e gli incarichi possono essere rinnovati, previa valutazione positiva, per una durata massima complessiva di 10 anni.

L'ultimo CCNL Sanità 2019-21 ha innanzitutto operato una revisione del sistema di classificazione del personale prevedendo **5 aree di in-**

quadramento:

- **personale di supporto;**
- **operatori**
- **assistenti**
- **professionisti della salute e funzionari**
- **personale di elevata qualificazione**

Al ruolo sanitario possono essere attribuiti i seguenti incarichi:

- **incarico di posizione**, per il solo personale inquadrato nella V area "elevata qualificazione";
- **incarico di funzione organizzativa**, per il solo personale inquadrato nelle aree dei professionisti della salute e funzionari;
- **incarico di funzione professionale**, per il personale delle aree dei professionisti della salute e dei funzionari, degli assistenti e

degli operatori.

Gli incarichi dureranno 5 anni e saranno di tre tipologie: base, media ed elevata complessità e le indennità relative a quelli di media ed elevata complessità sono state integrate con aumenti economici. In generale, a completamento del sistema di classificazione, è stata prevista una rivisitazione del sistema degli incarichi, aumentandone la rilevanza e basandolo sui principi di:

- maggiore responsabilità
- impegno realmente profuso;
- valorizzazione del merito e della prestazione professionale.

Il CCNL 2019-21 considera il coordinatore come appartenente all'area "professionisti della salute con incarico di funzione organizzativa" stratificando in relazione alle dimensioni organizzative coordinate in complessità media ed elevata. Il contratto 2019-21 introduce una V area che prevede un incarico di posizione denominato ad "elevata qualificazione" riservato a un livello di complessità considerevole e per il quale sono richiesti Laurea Magistrale ed esperienza di almeno 3 anni, addizionata del Master I livello in funzioni di coordinamento, qualora il ruolo prevedesse anche attività riconducibili al coordinamento.



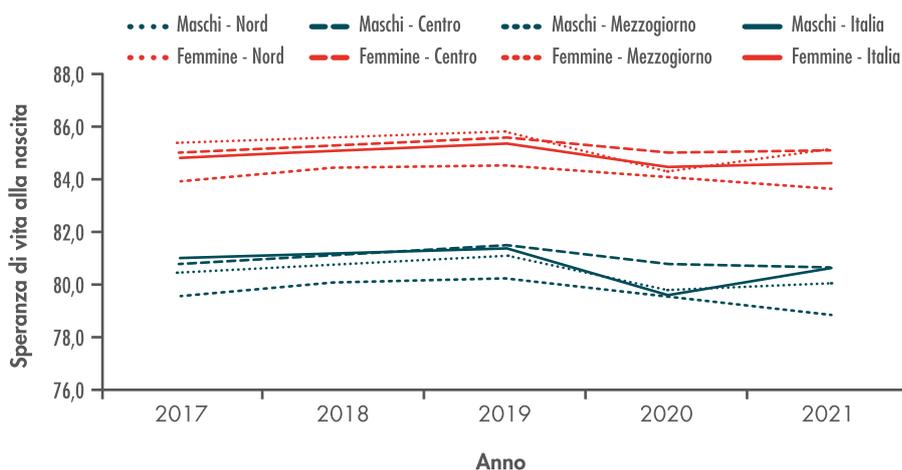
Nuovi bisogni di salute la domanda... nuovi modelli organizzativi la risposta

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 (Mangiacavalli, 2020).

Due fenomeni hanno fortemente caratterizzato il mutamento demografico dalla metà degli anni Novanta a oggi: l'invecchiamento della popolazione e l'immigrazione straniera. Solo pochi anni fa tutto si concentrava sull'acuzie e sul bisogno di far fronte a episodi che il più delle volte si concludevano con un'assistenza ospedaliera degna di questo nome e all'altezza di servizi e qualità che tutto il mondo ci ha a lungo invidiato. Oggi tutto questo non è più sostenibile, ma soprattutto non risponde ai bisogni di cui i cittadini sono portatori. Oggi l'invecchiamento della popolazione è sotto gli occhi di tutti, il nostro Paese è uno tra i più longevi al mondo e, soprattutto, uni di quelli considerati più in "buona salute", ma ciò nonostante crescono disuguaglianze ed emergono scenari di fragilità economica, culturale, sociale. I bisogni dei nostri assistiti hanno necessità di un modello nuovo di assistenza, di un territorio in grado di soddisfarli, a lunga scadenza, spesso per tutta la loro vita, che garantisca continuità, che attivi risorse trasversali, che sia esperto di welfare, che intercet-

ti e faccia proattività, che lavori in équipe solide. In un modello nuovo di assistenza cambia il mix dei ruoli professionali e delle posizioni oltre che delle competenze specifiche. E se questo è il terreno in cui ci muoviamo, ci saranno posizioni e com-

Fonte: Istat Anni 2017 - 2021



petenze da ridelineare e ridefinire. Si devono ricostruire percorsi, competenze e attività che noi dobbiamo sviluppare e sostenere. La nuova assistenza ha bisogno di competenze forti e trasversali da parte di tutti i professionisti, che debbono essere messi in condizioni di esprimere e di far evolvere al massimo le proprie potenzialità per offrire risposte sempre più valide, modulabili, veloci, personalizzate. L'assistenza di domani non può essere più progettata per una popolazione di cittadini-pazienti acuti, ma sempre più dovrà prestare attenzione all'attività di presa in

carico nel territorio dove il cittadino-paziente cronico vive. Ne deriva l'urgenza del superamento delle logiche ospedalocentriche a favore della domiciliarizzazione e territorializzazione, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità dotati di una piccola équipe multiprofessionale che consenta all'ospedale di divenire il luogo dell'intensività assistenziale e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. La presenza di una rete territoriale di strutture accreditate ben funzionante aiuterebbe le strutture ospedaliere a concentrare la propria offerta nelle prestazioni ad alta complessità, liberandole di quel carico accessorio che, spesso in modo inappropriato, ne impegna le strutture in un'attività a prevalente vocazione ambulatoriale.

L'effettiva realizzazione di un sistema integrato ospedale-territorio, diffuso uniformemente su tutto il territorio nazionale, potrebbe rappresentare una condizione indispensabile per la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie con rilevanti riduzioni di spesa. L'infermiere di famiglia e di comunità è una delle nuove figure sulle quali c'è grande volontà di investimento in termini di implementazione effettiva e di allocazione di risorse, come previsto anche dal recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Questo nuovo profilo presenta dei risultati promettenti dal punto di vista della riduzione dei co-

sti e dell'erogazione di prestazioni efficaci e efficienti e maggiormente appropriate ai bisogni espressi dei cittadini-pazienti. Muoversi in questa prospettiva, accettare le predette sfide 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. I nuovi modelli organizzativi dettati dai nuovi bisogni della popolazione, i nuovi impatti dell'Information and Communications Technology e l'evoluzione dell'Health Technology Assessment 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. 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 confini aziendali.

Nel 2016 la Regione Veneto ha dato un importante contributo all'identificazione e al riconoscimento delle responsabilità in ambito organizzati-

vo-manageriale delle professioni sanitarie con l'Allegato A alla Dgr n. 169 del 23 febbraio 2016 *"Profilo di competenza del coordinatore appartenente alle professioni sanitarie"* il quale definisce il profilo di competenza del coordinatore appartenente alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, e **al momento risulta essere l'unico documento a livello nazionale che esplora e norma gli ambiti di responsabilità dei coordinatori.**

Il documento è strutturato in 7 aree di attività e di responsabilità, declinate successivamente in competenze. Le aree di attività sono:

1. Competenze per la pianificazione e gestione delle attività professionali/lavorative.

- Partecipa al processo di budget con dati ed evidenze sugli obiettivi raggiunti e contribuisce con proposte;
- Organizza e gestisce i processi lavorativi, considerando gli indicatori di complessità delle persone assistite e delle prestazioni, stimando i carichi di lavoro e individuando le priorità organizzative;
- Favorisce l'individuazione delle priorità assistenziali, tecnico-sanitarie, preventive e riabilitative e orienta il personale a perseguirle;
- Favorisce le condizioni per assicurare continuità delle cure proponendosi anche come mediatore tra le

esigenze organizzative, i bisogni e le istanze delle persone assistite e dei familiari;

- Promuove azioni per garantire la privacy della persona assistita;
- Promuove l'integrazione dei processi lavorativi e delle professionalità sia all'interno del servizio che con gli altri servizi;
- Promuove l'utilizzo della rete dei servizi sanitari e sociali e l'integrazione con le associazioni di volontariato, in coerenza con le politiche degli enti locali;
- Garantisce una integrazione costante delle migliori evidenze di ricerca nella pratica, attraverso strumenti quali percorsi clinico assistenziali, protocolli, procedure e ne supervisiona l'applicazione;
- Facilita e sostiene la partecipazione a progetti di ricerca;
- Partecipa al processo di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale/di eccellenza;
- Supervisiona e controlla i processi che favoriscono il percorso delle persone assistite afferenti al servizio e cura le relazioni con le stesse e i familiari;
- Supervisiona e controlla la qualità delle prestazioni professionali orientandole ai bisogni dell'utenza e svolge consulenza al team per le situazioni complesse.

2. Competenze per la pianificazione e gestione del cambiamento e dei progetti innovativi.

- Trasferisce le linee strategiche azien-

dali, con progetti e interventi coerenti, condividendoli con il personale del servizio in cui opera;

- Promuove e organizza l'introduzione di modelli professionali ed organizzativi innovativi sia a livello ospedaliero che nelle strutture residenziali e territoriali, orientati alla presa in carico, alla continuità degli interventi e al miglioramento della qualità degli stessi;
- Promuove modelli di lavoro basati sulla multi professionalità;
- Individua aree di miglioramento del servizio e utilizza strategie efficaci per facilitare il cambiamento.

3. Competenze per la gestione del personale.

- Stima il fabbisogno quali-quantitativo di personale, considerando i bisogni delle persone assistite, le caratteristiche strutturali, i modelli organizzativi/assistenziali e le direttive/normative;
- Negozia le risorse con i responsabili condividendo priorità e standard da assicurare;
- Programma le presenze/assenze del personale per garantire sicurezza e qualità per le persone assistite e per gli operatori, sulla base delle attività pianificate, tenendo conto del livello di competenza del singolo operatore nel rispetto degli istituti contrattuali;
- Predisporre il percorso di inserimento per il neoassunto/neoinserito e garantisce un affiancamento tutoriale per lo sviluppo di competenze specifiche;
- Supervisiona le performance del

personale;

- Valuta il divario tra competenze attese e possedute, propone obiettivi di sviluppo e di miglioramento, personalizzati e di equipe;
- Valuta le performance del personale con le modalità, le procedure e i tempi definiti dall'azienda, garantendo equità e trasparenza del processo valutativo e assicura con continuità feedback costruttivi;
- Attiva strategie per valorizzare i professionisti esperti, creare condizioni di benessere per i lavoratori e per sostenere i lavoratori senior.

4. Competenze per lo sviluppo e formazione del personale.

- Attribuisce responsabilità in rapporto ai diversi livelli di competenza acquisiti dagli operatori, cogliendo e valorizzando caratteristiche, abilità e potenzialità proprie di ciascun professionista considerandole risorse;
- Rileva i bisogni formativi, promuove percorsi/progetti formativi a livello di servizio e li propone per il Piano Formativo Aziendale;
- Garantisce condizioni favorevoli all'apprendimento per i propri collaboratori e per i tirocinanti;
- Promuove lo sviluppo di una tensione etica nel servizio attraverso la riflessione e il confronto sui dilemmi che si presentano nella pratica;
- Cerca attivamente opportunità per il proprio apprendimento e partecipa ad attività di sviluppo professionale continuo.

5. Competenze per la costruzione delle relazioni collaborative e inter-professionali.

- Favorisce relazioni collaborative, stimola processi di motivazione, coesione ed appartenenza al servizio;
- Promuove il lavoro d'equipe e la partecipazione di tutti i componenti, valorizzando le differenze professionali e formative;
- Incoraggia la discussione diretta ed aperta di questioni importanti e, quando necessario, interviene nella risoluzione dei conflitti;
- Affronta con imparzialità e prende decisioni relativamente a problemi posti dai collaboratori;
- Gestisce le informazioni e le comunicazioni interne ed esterne utilizzando strumenti e modalità appropriate, attiva rapporti di collaborazione e supporto reciproci con altri servizi;
- Assicura relazioni costruttive con il/i Direttore/i della/e Unità operativa/e coordinata/e;
- Gestisce relazioni con i vari livelli della Direzione delle Professioni Sanitarie e quando necessario utilizza rapporti negoziali.

6. Competenze per la gestione delle risorse materiali e delle tecnologie.

- Organizza l'approvvigionamento di risorse materiali e tecnologiche, nella logica di un utilizzo efficace, efficiente e sostenibile;
- Partecipa, con gli uffici preposti, alla valutazione del fabbisogno di risorse/tecnologie per il servizio;

- Monitora l'uso e la qualità delle risorse, segnala eventuali situazioni di non conformità dei materiali/tecnologie, intraprendendo azioni correttive;
- Supervisiona l'efficienza dei processi di manutenzione delle risorse e delle tecnologie effettuate da servizi e ruoli preposti;
- Collabora a definire i criteri specifici e le caratteristiche di nuovi materiali, presidi e tecnologie da adottare nei capitolati di gara;
- Supervisiona la qualità dei servizi gestiti in appalto da ditte esterne e controlla il rispetto delle prestazioni previste dai relativi capitolati tecnici.

7. Competenze per la gestione della sicurezza.

- Esercita, se assegnata, la funzione di preposto per la sicurezza dei lavoratori;
- Supervisiona e controlla l'adesione del personale agli standard di sicurezza;
- Promuove la segnalazione di eventi critici e ne fa occasione di riflessione e revisione del processo coinvolto;
- Collabora con i referenti/comitati aziendali per la sicurezza, partecipando alla valutazione dei rischi per l'utente, attivando azioni e misure sia preventive sia correttive;
- Promuove azioni per rendere gli ambienti confortevoli e sicuri.

Il documento servirà a standardizzare la formulazione dei profili di competenza del coordinatore già adottati, descrivere la peculiarità della funzione, evitare difformità sostanziali

nell'attribuzione delle competenze, elaborare strumenti per l'autovalutazione/valutazione coerenti con la funzione agita, orientare l'elaborazione di nuovi profili di competenza, orientare la formazione e l'aggiornamento dei coordinatori.

Per quanto attiene la formazione dei coordinatori, il profilo di competenza costituirà un importante riferimento per la definizione di piani di studio e stage coerenti con la funzione richiesta. Per l'aggiornamento professionale e la formazione continua, le competenze indicate permetteranno di orientare al meglio i programmi delle iniziative che saranno poste in essere, ivi compresi quelli relativi al percorso formativo già previsto per i coordinatori appartenenti alle professioni sanitarie.

Questo documento rappresenta un punto di partenza per qualsiasi analisi e valutazione che si ritenga necessaria in un'ottica di inquadramento contrattuale del coordinatore e di valorizzazione economica proporzionata al volume di attività e di responsabilità, andrebbe pertanto valutata l'ipotesi da parte delle Istituzioni di adottarlo a livello nazionale.

Dall'ospedale al territorio: stessi ruoli, diverse complessità.

L'analisi fatta rispetto al cambiamento subito negli anni dal Sistema Sanitario Nazionale, le modifiche dei modelli organizzativi regionali e conseguentemente aziendali, spiega le profonde modifiche che anche le figure di management infermieristico, nelle varie stratificazioni, hanno visto accadere nel corso del tempo. I servizi erogati negli ospedali, sono più eterogenei e lo sviluppo tecnologico impone la necessità di competenze diverse ed ulteriori da quelle proprie del lavoro infermieristico in senso stretto; inoltre, l'aumento della specializzazione di certi compiti infermieristici e l'aumento della professionalità degli infermieri stessi costringono il coordinatore ad una funzione di "integratore". Così come gli infermieri si specializzano sempre di più, anche alla figura del coordinatore sono richieste responsabilità sempre maggiori e attività gestionali specifiche per i fini aziendali. Le attività di coordinamento nelle Unità Operative funzionali o a livello dipartimentale, sono così sempre meno collegate allo svolgimento di attività assistenziali e sempre più orientate alla soluzione di problemi di funzionamento dell'unità organizzativa per il raggiungimento di più adeguati risultati assistenziali.

Il "sapere manageriale" per molti anni è stato gravemente carente nei programmi ufficiali di formazione dei dirigenti e dei coordinatori, molti dei

quali hanno dovuto apprendere per altre strade, a cominciare dall'esperienza. Oggi, comunque, la professione nel suo insieme è consapevole che lo spazio di cui sopra diventa sempre più ampio e complesso, per cui svolgere in esso le funzioni espresse esige dagli infermieri con responsabilità gestionali e organizzative l'acquisizione e lo sviluppo di notevoli capacità concettuali, comportamentali e tecniche. 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 o con specializzazione acquisita attraverso master specifici, e questo squilibrio culturale dettato dall'incongruenza tra formazione e ruolo formale può dare origine a conflittualità pericolose e frustranti, se non adeguatamente supportato da inquadramenti contrattuali che valorizzino e servano a delineare in modo chiaro le sovraordinazioni. Le conoscenze che il coordinatore sviluppa si concentrano sui rischi, sulle modalità di esecuzione, sulle motivazioni che portano a determinate scelte, su come gestire eventuali complicanze e difficoltà, su come sviluppare l'organizzazione. Il ruolo di manager infermieristico, per le sue peculiarità rivolte agli aspetti orga-

nizzativi e di gestione delle risorse umane, è assolutamente importante e carico di responsabilità. Le competenze manageriali del coordinatore, che devono essere acquisite attraverso percorsi formativi strutturati, si delineano nelle funzioni di pianificazione, gestione di risorse umane, tecniche ed economiche, direzione e coordinamento, organizzazione, valutazione e controllo e supervisionando le attività quotidiane svolte all'interno dell'unità operativa affinché rispettino i tempi e le procedure. La presa di decisioni è l'attività più frequente e tale aspetto richiede al coordinatore anche particolari conoscenze e abilità come la capacità di negoziare, la comprensione dei bisogni delle persone, la capacità di delegare, di promuovere e sostenere processi collaborativi e partecipativi motivando il personale. Il coordinatore gestisce direttamente persone o unità operative per cui a seconda della propria personalità e delle proprie attitudini è in grado di incidere positivamente o negativamente sul clima organizzativo e quindi, indirettamente, anche sulla qualità assistenziale fornita agli utenti e sulle performances.

A causa dell'importante ruolo gestionale che ricopre la figura del coordinatore infermieristico e che richiede molto tempo ed energie, le competenze clinico-assistenziali negli ultimi anni sono state spesso messe meno

in pratica rispetto alle capacità manageriali, a fronte di richieste importanti di interazione costante oltre che con gli infermieri anche con i pazienti, i loro familiari, i medici e altri eventuali operatori. Tuttavia la letteratura rinforza in modo importante la necessità di una forte componente di conoscenze cliniche nella formazione dei coordinatori, in quanto questa può tradursi concretamente in decisioni condivise più solide ed efficaci e con migliori esiti sui pazienti, oltre che rafforzare l'autonomia organizzativo-gestionale e delineare nelle aziende sanitarie una linea gerarchica e funzionale chiara che va dagli infermieri al dirigente infermieristico che deve governare tutti i processi assistenziali (Duffield, 2019; Warshawsky, 2022).

Le figure gestionali intermedie diventano quindi una preziosa risorsa all'interno dell'organizzazione al fine di migliorare il livello di funzionalità delle strutture sanitarie. Tra queste il coordinatore infermieristico risulta essere una figura determinante, una professionalità indispensabile per la gestione dei processi volti all'erogazione dell'assistenza infermieristica. Contemporaneamente i cambiamenti 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.

Sul territorio si impone l'esigenza di modificare il concetto tradizionale di erogazione delle cure in sanità focalizzando l'attenzione sul paziente, ossia superando il modello sanitario basato su una logica "industriale" e quindi sul numero di prestazioni erogate, e basandosi invece sugli effettivi bisogni sanitari degli utenti (Zangrande, 2022).

Compito del middle manager diventa quello di ripensare ai processi, riprogettando i modi in cui i compiti sono attribuiti a ruoli e funzioni, per accrescere l'efficacia organizzativa. Dal momento che la riprogettazione è incentrata sui processi e non sulle funzioni, deve ripensare il proprio modo di organizzare le attività. Nel fare questo, la riprogettazione dei processi deve avvenire in una logica di "patient driver", dove la generazione del massimo valore possibile per l'utente diviene il criterio di valutazione per qualsiasi cambiamento. I principi su cui basare il coordinamento diventano quindi:

1. organizzazione sui risultati e non sui compiti;
2. fare in modo che chi deve utilizzare gli output del processo sia anche chi mette in atto il processo stesso (coinvolgimento di pazienti e familiari);
3. decentralizzare il processo decisionale per consentire ai professionisti che si trovano sul posto di decidere come meglio rispondere ai

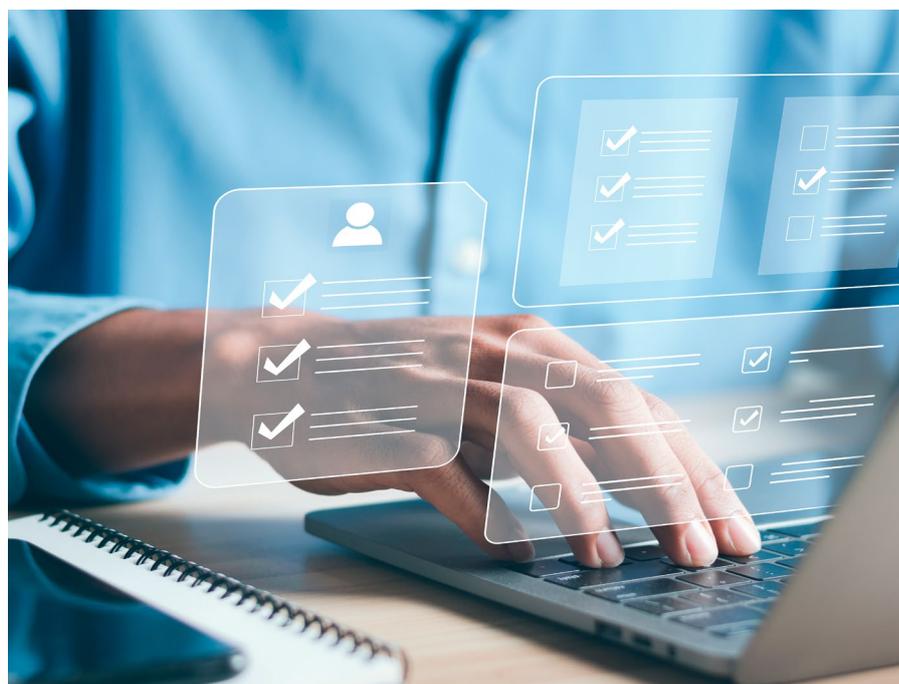
problemi che insorgono. Diverse sono le sfide del management sanitario in ambito territoriale: una è quella di progettare i processi seguendo un modello incentrato sul paziente, in cui bisogna porre particolare attenzione ai meccanismi di integrazione e coordinamento, agli strumenti di comunicazione, alle competenze dei professionisti, ai ruoli e alle attività dei soggetti erogatori, cercando allo stesso tempo di superare resistenze individuali, funzionali e organizzative che possono generarsi nei processi di cambiamento e innovazione. Tutte le nuove forme organizzative introdotte sono altrettanti tentativi di organizzare la crescente interdipendenza in funzione dell'integrazione e del coordinamento di più professionisti, professionalità e servizi. Nel loro insieme, depongono per una crescente consapevolezza che in sanità appropriatezza, efficienza, qualità dipendono sempre più dal coordinamento di più operatori e/o servizi che non dalle performance dei singoli (Casini, 2004).

La specializzazione comporta il vantaggio della diversificazione della conoscenza, delle funzioni e dei compiti, ma genera il paradosso della "fragilità" del sapere. Infatti, più la conoscenza è specializzata, meno siamo in grado di "curare il tutto", di "prenderci cura della persona". Di fronte alle persone e a quadri patologici complessi, lo specialista deve

valutare e integrare un groviglio inestricabile d'osservazioni, dati, informazioni e variabili, non solo biomedici, ma anche sociali, economici, affettivi e psicologici così che si trova a dipendere da altri specialisti e da altri professionisti per problematiche assistenziali, psicologiche, sociali o culturali. Di fronte a pazienti cronici e complessi non si tratta solo di dar seguito a individuali e puntuali atti di cura, consequenziali uno all'altro, ma, soprattutto, d'avere una strategia, di adattare indagini e cure, di inventare soluzioni (Romano, 2010).

Nell'ambito della gestione delle risorse umane, un ulteriore aspetto del quale è necessario tener conto,

è la maggior presenza di professionisti appartenenti a diverse "generazioni", che sono portatori di conoscenze, competenze, valori ed esperienze molto diversi tra loro che, se valorizzati, divengono risorse per il contesto. In un ambito di lavoro multigenerazionale è pertanto necessario realizzare interventi volti a motivare e coinvolgere il personale in maniera dinamica, ricercando strategie per valorizzare le peculiarità e il contributo di ogni professione e di ogni fascia di età, massimizzando l'impegno e la motivazione (PSSR 2019-23).



In particolare, quindi, appare utile sviluppare competenze di progettazione e affidare gli obiettivi a coordinatori con competenze in project management; le nuove competenze richieste ai coordinatori che avranno la governance sui modelli organizzativi territoriali diventeranno la partecipazione alla progettazione di attività di prevenzione e promozione della salute, di percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza, in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione, monitorando la qualità e l'efficacia dell'assistenza erogata attraverso il Piano Nazionale Esiti: è pertanto compito delle strutture di direzione quello di individuare, sulla base delle attitudini personali di molti dirigenti, nuove figure da indirizzare a questo ruolo. Nello stesso tempo continuerà il monitoraggio della spesa sanitaria, si cercherà di mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita, e si contribuirà a responsabilizzare il paziente sugli stili di vita, coinvolgendolo attivamente nella gestione della propria condizione di salute (self-care). Uno dei maggiori investimenti del PNRR Missione 6, riguarda la digitalizzazione e questo rappresenta una svolta epocale nel sistema di erogazione di assistenza e cura che prevede la telemedicina come strumento principale. Richiederà una governance peculiare da parte dei coordinatori/dirigenti, in

quanto l'infrastruttura nazionale di telemedicina è uno strumento di programmazione e saranno pertanto richiesti compiti di governo, pianificazione e monitoraggio dei servizi e dei processi nonché monitoraggio e valutazioni sugli output o processi clinici assistenziali, con percorsi formativi dedicati. Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei pazienti e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, secondo una sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali e i middle manager dovranno cambiare prospettiva nella programmazione. Infine, l'ampio processo di fusione caratterizzato dalle riforme più recenti, ha comportato un notevole aumento delle dimensioni organizzative, soprattutto a livello territoriale, con bilanci che superano il miliardo di euro, che hanno più di diecimila operatori diretti e una popolazione superiore al milione di abitanti. Nel caso delle aziende sanitarie, le dimensioni impattano in modo rilevante sulla complessità del loro governo per due aspetti: da una parte perchè il coordinamento è più complesso - in presenza di servizi poco standardizzabili e di un elevato grado di autonomia dei professionisti - e dall'altra perchè la nuova dimensione determina l'ampliamento dei portatori di interesse (Del Vecchio, 2020).

Come dare valore al merito?



Come visto fin'ora, le proprietà e le peculiarità date da ciascun profilo di management, costituiscono le fondamentali caratteristiche che rendono ogni livello di management fondamentale e specifico.

Il CCNL 2019-21 dà ampia discrezionalità alle aziende rispetto le modalità di impiego e la distribuzione degli incarichi attraverso l'individuazione di posizioni e ruoli che vengono valutati e definiti strategici a livello aziendale.

L'organizzazione che si prospetterà necessaria in futuro, costituisce un importante riferimento per i piani formativi da programmare e pianificare per le professioni sanitarie, in

un'ottica di maggior sviluppo delle competenze manageriali e gestionali, compresa la Laurea Magistrale o l'introduzione di eventuali Specializzazioni, requisiti che saranno fondamentali per uno sviluppo della carriera manageriale che vedrebbe l'attuale coordinatore avanzare nella V Area di Elevata Qualificazione. Il CCNL 19-21, infatti, prevede incarichi da ricondurre alla V Area "Elevata Qualificazione" per funzioni di elevato contenuto professionale e specialistico che prevedono coordinamento e gestione di processi articolati di significativa importanza e responsabilità assicurando la qualità dei servizi e dei risultati, l'ottimizzazione delle risorse eventualmente

affidate, attraverso la responsabilità diretta di strutture organizzative di elevata/strategica complessità. Si concretizzerebbero quindi in un vero e proprio anello di congiunzione tra la direzione strategica e la linea operativa, in questo caso attraverso la subordinazione ai dirigenti delle professioni sanitarie e alla sovraordinazione a incarichi di funzione organizzativa di media ed elevata complessità, anche queste ultime previste dal recente CCNL.

Anche la determinazione di incarichi di MEDIA o ELEVATA complessità costituisce uno strumento fondamentale per valorizzare i coordinatori, va fatta in base a criteri di pesatura che tengano conto della dimensione organizzativa di riferimento, della di-

namicità delle condizioni ambientali, del grado di complessità, autonomia e responsabilità, del livello di governo dei processi, del grado di competenza specialistico, della valenza strategica all'interno dell'Azienda, di eventuali programmi di formazione.

Ad esempio nel caso di coordinatori che devono nel loro staff gestire infermieri e altri professionisti sanitari con master o formazioni specialistiche, inquadrati con funzione di specialisti o esperti, sarebbe opportuno garantire una posizione di organizzazione "elevata" al coordinatore per maggiormente differenziare i ruoli.

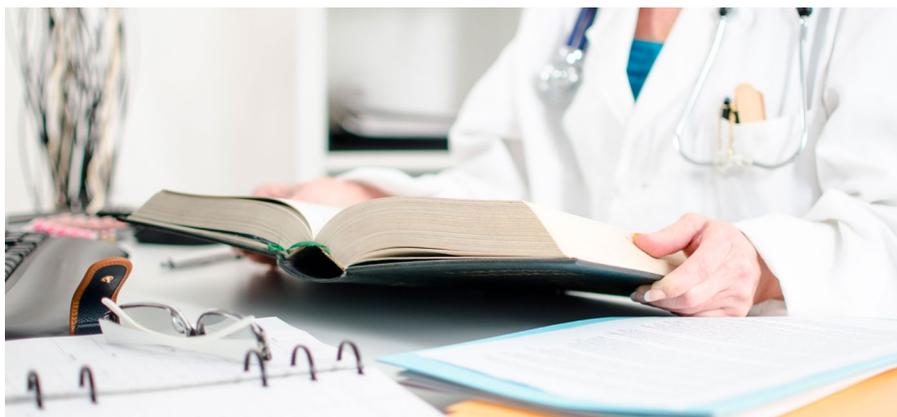
La previsione per il futuro deve quindi essere quella di vedere coesistere tra i professionisti sanitari diversi gradi di formazione e diverse competen-

ze e esperienze, sia clinico/assistenziali, sia gestionali/manageriali che devono, secondo la propria sfera di responsabilità e secondo i confini dei diversi ruoli mettere in comunione i saperi e i contenuti appresi in percorsi strutturati, in un'ottica di collaborazione e condivisione orientata ad una presa in carico del paziente che soddisfi i bisogni attuali e reali e che risponda alle nuove esigenze date dai mutevoli scenari territoriali.



Uno sguardo al panorama internazionale

Gli ambiti più ricchi di letteratura internazionale sul middle management riguardano la sfera delle competenze, l'area della formazione specifica, l'impatto della leadership, gli strumenti a disposizione dei nurse dirigenti per esercitare il proprio ruolo; pochi sono gli studi o le pubblicazioni individuate che trattino la stratificazione del management o che permettano comparazioni con il sistema contrattuale del nostro Paese.

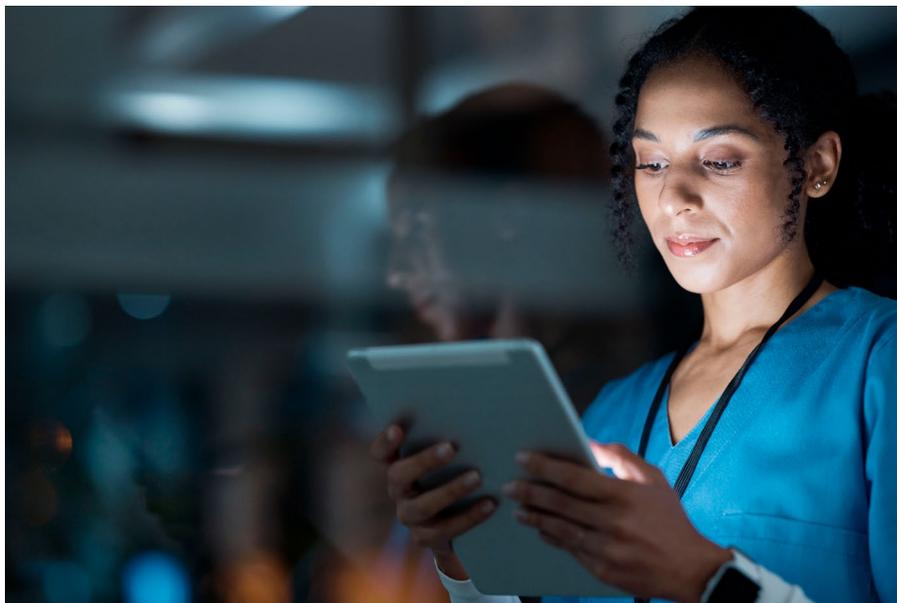


Le funzioni che l'infermiere dirigente dovrebbe assumere all'interno dell'organizzazione sono descritte all'interno del testo "Scope and standard for Nurse Administrators" (ANA 2009) e collimano con una posizione di supervisione e sostegno alla pratica infermieristica per il raggiungimento dei migliori 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 (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.

Esplorando il panorama internazionale, nel 2019 Gonzales Garcia sottolinea che quando l'infermiere partecipa al processo sanitario (gestione e assistenza infermieristica) le organizzazioni ottengono performance migliori.



All'interno delle organizzazioni sanitarie, i dirigenti infermieristici sono una parte fondamentale di qualsiasi team di assistenza sanitaria. I dirigenti infermieristici sono responsabili dell'introduzione di cambiamenti e della creazione di ambienti in cui gli infermieri siano in grado di fornire un'assistenza di qualità, garantendo allo stesso tempo il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione secondo criteri di sostenibilità ed efficienza, e per questa evidenza nel suo studio propone un modello di competenze che deve essere sviluppato dall'infermiere dirigente intermedio nel sistema sanitario spagnolo. A conclusione dello studio sono state identificate 51 competenze raggruppate in sei dimensioni, secondo le seguenti caratteristiche definitive: management, comunicazione e tecnologia, leadership e lavoro di gruppo, conoscenza del sistema sanitario, conoscenza infermieristica e personalità.

Rispetto alla stratificazione del middle management, un articolo interessante sul panorama internazionale riguarda l'esplorazione dell'implementazione di modelli organizzativi simili in contesti nazionali diversi. In tutto il mondo si nota che i governi stanno promuovendo modelli di gestione e organizzazione molto simili. Tuttavia, allo stesso tempo, la ricerca disponibile indica variazioni nel modo in cui questi modelli vengono

implementati in situ. Nel suo *"The translation of hospital management models in European health systems: A framework for comparison"* del 2013, Kirkpatrick suggerisce che questa convergenza e divergenza nella pratica possa essere utile spiegata utilizzando la lente della teoria istituzionale e in particolare la nozione di traduzione. Questo approccio richiama l'attenzione sui modi in cui gli aspetti di un modello di gestione vengono disintegrati dal loro contesto originale e reintegrati nel contesto dell'adozione. Più specificamente, le regole di modifica che derivano dal contesto locale abilitano e limitano il modo in cui gli attori modificano i modelli, come li traducono e li adattano. Si noti che mentre le forze socioeconomiche e le pressioni politiche sono alla base della diffusione delle riforme gestionali a livello globale, di fondamentale importanza a livello nazionale sono le percezioni dei decisori d'élite sia di ciò che è desiderabile sia di ciò che è fattibile. Quest'ultimo si riferisce a ciò che è considerato possibile date le risorse disponibili, le strutture esistenti e i probabili ostacoli come le "forze conservatrici che resistono al cambiamento". Le percezioni di ciò che è desiderabile sono influen-

zate dalle ideologie politiche e dalle percezioni culturali dei tipi di riforma che sono importanti e preziosi. Da queste percezioni emergono regole di editing che sono più o meno prescrittive nel guidare il modo in cui gli attori adottano modelli globali in ciascun contesto nazionale (Kirkpatrick, 2013). Le differenze nel modo in cui gli ospedali hanno riorganizzato la gestione hanno implicazioni anche sulla natura dell'autorità. Si possono notare differenze nello sviluppo di ruoli di gestione non clinica in aree come la finanza, l'approvvigionamento e la gestione delle risorse umane all'interno degli ospedali. Negli Stati Uniti, sia gli ospedali privati che quelli senza scopo di lucro tendono a investire pesantemente in queste aree, con l'"amministrazione" non clinica che costituisce una parte significativa della forza lavoro sanitaria, invece i dirigenti/amministratori non clinicamente qualificati costituiscono circa il 42% di tutti i dirigenti nel sistema ospedaliero del Regno Unito, il 36% in Francia e solo il 10% in Italia.

Esplorando la documentazione internazionale, si evince quanto i sistemi sanitari nell'Unione europea (UE) siano gestiti in modi molto diversi.

Tipologia di sistemi di gestione sanitaria Paesi EU

Centrale è il ruolo degli enti locali e regionali nell'ambito di questi sistemi in termini di poteri e responsabilità, dall'emanazione della legislazione all'elaborazione delle politiche, all'attuazione e al finanziamento. Gli enti locali e regionali svolgono un ruolo rilevante in materia sanitaria. Tutti questi fattori aggiungono complessità al tipo prevalente di governance ospedaliera o alla competenza degli enti locali e nelle scelte da investire nel settore sanitario.

Nelle organizzazioni sanitarie spagnole, esiste una catena di autorità dall'alta dirigenza al livello di assistenza. Una capo infermiere intermedio (in Spagna "supervisora de area de enfermería") è la persona nella posizione intermedia tra il livello operativo del capo infermiere e il dirigente infermiere. Il dirigente infermieristico intermedio ha la responsabilità di tradurre la cultura e la strategia dell'organizzazione a livello operativo, nonché di gestire le risorse, coordinare l'assistenza infermieristica e pianificare e contribuire alla valutazione dei servizi forniti, oltre a sostenere e incoraggiare il lavoro di squadra nelle unità di attenzione e implementare pratiche innovative. Nel sistema sanitario spagnolo, l'infermiere dirigente intermedio è responsabile della gestione e del coordinamento di un'area funzionale dell'assistenza infermieristica in un'organizzazione sanitaria,

ad esempio l'area chirurgica. Va sottolineato che l'organizzazione territoriale è fortemente sviluppata in Spagna e questa organizzazione è il risultato di una lunga storia di investimenti sull'assistenza primaria: a differenza di molti Paesi europei, fra cui l'Italia, in Spagna la Medicina di Famiglia è un titolo specialistico sin dall'inizio degli anni '80, mentre risale al 1988 il lancio del *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)*, uno dei primi tentativi sistematici in Europa di integrare nell'assistenza primaria le attività di promozione e prevenzione, con tanto di valutazione periodica dei risultati. I principali siti di assistenza primaria sono i Centri di assistenza primaria (*Centre d'atenció primària - CAP*), che presentano un'elevata accessibilità: sono distanti da qualsiasi residenza al massimo 15 minuti, sono operativi 24 ore su 24 con un pronto soccorso ambulatoriale integrato, e non è richiesto ai cittadini il pagamento di alcun ticket, fatta eccezione per i farmaci (40% del prezzo). Nei CAP lavorano equipe multidisciplinari costituiti da medici di medicina generale, pediatri, personale infermieristico e amministrativo, ma è prevista anche la presenza di assistenti sociali, ostetriche e fisioterapisti. L'assistenza primaria è la sede privilegiata anche delle attività di prevenzione e promozione della salute, assistenza e salute della donna, assistenza al paziente

terminale e salute del cavo orale. Peculiare nel panorama europeo anche il sistema di remunerazione: tutti i membri del team multidisciplinare sono dipendenti dello Stato – ad eccezione delle equipe di assistenza primaria private presenti in Catalogna – e ricevono un salario fisso a cui si aggiunge una quota capitolaria variabile (pari a circa il 15% del totale), che tiene conto della natura della popolazione, della sua densità e della percentuale di popolazione di età superiore ai 65 anni. In Catalogna, un ulteriore adeguamento viene effettuato sulla base delle condizioni socio-economiche del bacino di utenza (Borrell, 2008).

Nel loro studio Currie, Koteyko e Nerlich (2019) valutano la sfida per i de-

cisori politici di introdurre nuovi ruoli nelle organizzazioni a fronte di un sistema dinamico di professioni tipiche delle organizzazioni del settore pubblico, tenendo come base il concetto che la chiave per comprendere l'introduzione di nuovi ruoli "manageriali" all'interno delle organizzazioni professionalizzanti risiede nella considerazione del rapporto di nuovi ruoli con altri ruoli preesistenti, ma dinamici, nelle gerarchie professionali. In Inghilterra sono stati introdotti posti clinici di alto livello per infermieri, in particolare nei servizi guidati da infermieri e in sostituzione di alcuni ruoli tradizionalmente ricoperti dai medici, con posti come infermiere specialista, infermiere prescrittore e consulente infermiere introdotti con una maggiore responsabilità clinica. Invece per quanto riguarda il rapporto dell'infermieristica con la gestione organizzativa, un tempestivo punto di partenza per comprendere le dinamiche della professione infermieristica, e come questo possa incidere sul ruolo di "matrona" moderna, è il Rapporto Salmon (Department of Health and Social Services 1966), il cui effetto fu quello di diminuire lo stile autocratico della gestione infermieristica associato alle matrone tradizionali. Di fronte ai problemi di reclutamento nel NHS, il Salmon Report ha introdotto un'ampia gerarchia infermieristica con un chiaro percorso di carriera ascendente, che includeva un percorso per gli infer-

mieri nella gestione. Il suo effetto, tuttavia, poiché la gestione e la pratica infermieristica erano disaccoppiate, fu di generare tensioni tra la gerarchia clinica e quella manageriale anche laddove entrambe provenissero dagli stessi ranghi infermieristici. Di fatto attualmente le figure manageriali con competenze quindi gestionali organizzative si riassumono in

- Sister: termine di origine religiosa, è ancora molto diffuso per indicare ogni ruolo di senior nurse, cioè di infermiera che svolge anche compiti di coordinamento. Gli uomini sono genericamente indicati come senior nurses;
- Nurse in charge: può indicare l'infermiere che è "a capo" dell'unità operativa, durante il turno di servizio o anche permanentemente in particolare in un modello organizzativo di Primary Nursing;
- Ward/line manager: è il coordinatore dell'unità operativa. È la figura più vicina al nostro coordinatore.
- Matron: è il coordinatore dipartimentale ed è invece molto più ricca l'offerta per una specializzazione professionale, che prevede
- ANP (Advanced Nurse Practitioner): l'infermiere con competenze specialistiche avanzate per eccellenza. Segue in genere un MSc (master) biennale, che lo abilita a gestire in autonomia percorsi assistenziali, eseguendo procedure invasive complesse (ad esempio, nell'ambito



dell'oftalmologia, iniezioni intravitreali) e perfino interventi chirurgici "minori", come nel caso dei Surgical Care Practitioner (SCP). Se ha seguito un corso specifico, potrà anche prescrivere farmaci. In questo caso, avrà conseguito la qualifica di independent nurse prescriber. Il Practitioner, ovviamente, può essere al tempo stesso anche line/ward manager, nurse in charge o matron. In quest'ultimo caso, tuttavia, è logico che si tendano a privilegiare le competenze manageriali, rispetto a quelle prettamente cliniche.

L'organizzazione territoriale del sistema sanitario spagnolo ricorda molto i modelli organizzativi previsti e introdotti in Italia dal recente PNRR, mentre la stratificazione della carriera professionale nel Regno Unito ricorda molto il sistema degli incarichi previsto in Italia dal recente CCNL 2019-21, nonostante venga data molta enfasi allo sviluppo di specializzazioni professionali tecniche e cliniche rispetto a quelle organizzative e gestionali.

Con riferimento alla gestione medica, i direttori delle unità specialistiche sono stati tradizionalmente il ruolo centrale nelle organizzazioni ospedaliere, detenendo responsabilità manageriali e legali sulle risorse fisiche, sul personale medico e infermieristico e sulla strategia. Dal 1992 (già in ritardo sul panorama internazionale rispetto alle policy attuate ne-

gli USA negli anni '70) quando si è verificata la cosiddetta "riforma della managerializzazione" del sistema, la struttura organizzativa della direzione clinica è stata resa obbligatoria per gli ospedali pubblici in tutte le regioni e i medici praticanti, sono stati nominati direttori clinici a cui sono state (formalmente) assegnate responsabilità sulla governance clinica della direzione, sul budget e sul processo decisionale strategico. Inoltre, si è resa necessaria una formazione manageriale specifica per i medici nella posizione di direttori e superiori, e i programmi di formazione generale sulla gestione sanitaria iniziarono ad essere promossi dai governi regionali, poiché la riforma scommetteva sull'ulteriore coinvolgimento dei direttori medici nella gestione, pur rimanendo le competenze cliniche e l'esperienza professionale il requisito cardine su cui basare le selezioni e gli incarichi formali di responsabilità gestionale; requisito che, a distanza di 30 anni rimane predominante in sede di selezione. Solo una parte dei professionisti ha abbracciato il management e ha effettivamente cambiato il modo di lavorare per assimilare le logiche manageriali. La maggioranza ha resistito a tali processi, accettando formalmente i ruoli di direttore clinico ma non attuandoli nella pratica in base al potere conferito o alle aspettative associate al ruolo. I direttori, che erano sempre stati medici più che manager e che avevano

sempre difeso gli interessi della loro specialità, si dimostrarono incapaci o non disposti ad avere responsabilità strategiche e ospedaliere. Nella maggior parte dei casi, un manager infermieristico è stato accoppiato con il medico, oltre che a personale amministrativo. E nel tempo è stato dimostrato come questi compromessi possano aver ridotto la resistenza dei medici nei confronti della gestione, consentendo loro di mantenere una pratica clinica e / o di concentrarsi su questioni di governance clinica.

Con l'evolvere dei modelli organizzativi, nonché con l'aumento delle competenze e del livello di formazione del personale sanitario, tali importanti riorganizzazioni sono state accompagnate anche dal conferimento di nuove responsabilità manageriali a professionisti diversi dai medici. Sono stati introdotti nuovi ruoli: ai responsabili infermieri di reparto sono stati forniti livelli crescenti di responsabilità sulle tecnologie e sulle risorse umane. In alcuni contesti internazionali le responsabilità sulla gestione delle operazioni e della logistica, per quanto riguarda la gestione delle sale o dei flussi di pazienti, sono state trasferite a ingegneri di processo, in altri contesti a professionisti sanitari non medici con competenze gestionali; questi sviluppi hanno avuto esiti diversi sui ruoli di gestione medica esistenti, come i capi unità e i direttori clinici. Questi sviluppi sono

stati un'importante opportunità per ridurre l'onere delle attività operative e consentire ai migliori professionisti di impegnarsi in attività manageriali più qualificate, in particolare la creazione di strategie e la governance clinica. Tuttavia, questi cambiamenti sono percepiti da alcuni come un nuovo attacco al dominio medico, il punto finale di un progressivo impoverimento del tradizionale ruolo cardine del direttore dell'unità (Lega, 2016).

Il coinvolgimento dei medici nella gestione può essere visto come una potenziale risposta ai bisogni della società e dei pazienti, dovrebbe migliorare la governance clinica, riducendo al minimo l'attrito tra due insiemi di valori e culture apparentemente contrastanti. Tuttavia, dopo 30 anni di sperimentazione, molte organizzazioni sanitarie hanno ancora difficoltà a implementare la professionalità ibrida tra i professionisti medici. Altre professioni sanitarie sono state in grado di fondere o sovrapporre valori e pratiche manageriali e cliniche, portando l'organizzazione nella sfera professionale. Sta nascendo e acquisendo legittimità tra i professionisti, un modello rimodellato di lavoro professionale che può interagire con le esigenze organizzative.

Sebbene il predominio professionale dei medici sia stato segnalato in tutto il mondo, è particolarmente forte in Ita-

lia, dove i direttori hanno storicamente goduto di un alto grado di autonomia gestionale. A differenza degli intervistati nel Regno Unito o in Australia, pensano che la struttura organizzativa convenzionale non inibisca la devoluzione dell'autorità manageriale ai medici, mentre il nuovo modello mette a repentaglio il loro potere. Di conseguenza, se esiste un problema, non riguarda solo la professionalità ibrida, ma piuttosto la distribuzione della competenza manageriale **tra le professioni** nelle organizzazioni sanitarie (Prenestini, 2021).

I nostri risultati sulla professionalità ibrida mostrano che la contingenza è importante, vale a dire che le caratteristiche contestuali di un sistema sanitario devono essere considerate per dare un senso ai diversi modelli di accomodamento tra medicina e management (Lega, 2021). I nostri risultati differiscono da quelli riportati da studi condotti nel Regno Unito, negli Stati Uniti, in Scandinavia e Portogallo. Mentre è possibile che la medicina e la gestione possano essere unite, è anche chiaro che gli accordi di potere esistenti tra le professioni possono ostacolare lo sviluppo di nuove forme di professionalità ibrida (Lega, 2021).

Concludendo possiamo dire che a fronte di modelli internazionali che vedono nelle organizzazioni sanitarie le competenze manageriali e gestio-

nali sostenute da personale tecnico specializzato (ingegneri gestionali, informatici, economisti..), o da professionisti medici che esercitano ruoli "ibridi" con scarsa performance, in Italia, dalla riforma del 1992 ad oggi le competenze gestionali sono storicamente state attribuite a personale medico, senza peraltro verificarne le capacità manageriali, ma selezionando in base alla competenza clinica; questo di fatto ha comportato una gestione discutibile delle organizzazioni che è riuscita a coniugare poco gli ambiti manageriali e quelli clinico-assistenziali. Il management infermieristico, invece, è stato legittimato la prima volta con il Mansionario dell'infermiere (DPR 225/74) quando distingueva l'assistenza diretta come attività sul malato da quella indiretta, intesa come l'insieme delle attività organizzative e relazionali a supporto dell'assistenza. Progressivamente, le professioni infermieristiche ostetriche e tecniche, hanno poi avuto uno sviluppo dei percorsi formativi universitari, che forniscono competenze manageriali e gestionali aggiuntive rispetto a quelle cliniche e funzionali e questo ha portato ad un potenziale sviluppo di carriera professionale che ora con il CCNL 2019 - 21 trova coerenza nell'assegnazione degli incarichi di funzione organizzativa o professionale e degli incarichi di posizione nella V Area ad Elevata Qualificazione.

Riflessioni

Alla luce dell'esplorazione fatta riguardo l'evoluzione dei sistemi sanitari, la conseguente evoluzione della figura del coordinatore e delle relative competenze, e analizzando le potenzialità della normativa regionale e contrattuale, si possono fare le seguenti riflessioni:

- in seguito alla nuova classificazione per il personale prevista dal CCNL 2019 – 21 che prevede incarichi di funzione professionale "Specialista" o "Esperto", nelle realtà si troveranno a collaborare professionisti differenti, non solo perché di profili professionali diversi, ma anche con incarichi professionali differenziati e questo rappresenterà un ulteriore elemento da considerare nella valutazione della complessità organizzativa dei coordinatori. La leadership e il ruolo del coordinatore nel garantire integrazione e nel favorire la circolarità delle informazioni tra i diversi specialisti/esperti saranno elementi fondamentali, considerando il mosaico di diverse caratteristiche che si troveranno a cooperare nello stesso contesto: formazioni avanzate di livelli differenti, incarichi professionali che identificheranno specialisti o esperti, generazioni molto diversificate;
- considerato le peculiarità delle funzioni previste dal CCNL 19-21 per gli incarichi organizzativi di media ed elevata complessità, nonché l'elevata responsabilità, specializzazione e qualificazione previste per la V Area, tali incarichi sono

assolutamente indispensabili per la dinamicità, complessità e rapidità di evoluzione degli attuali scenari organizzativi sanitari;

- la V Area rappresenta una grande opportunità da impiegare come anello di congiunzione tra la linea operativa e la dirigenza rappresentata da professionisti sanitari; questa posizione di raccordo sarebbe consentita dalla conoscenza, da parte di questi professionisti di elevata qualificazione, sia dei maggiori obiettivi aziendali perseguibili con le modalità concordate attraverso i dirigenti, sia dalla conoscenza delle modalità operative e delle problematiche di contesto, che consentono di pianificare e programmare ogni intervento e cambiamento ottimizzando le risorse e anticipando le criticità. Sarebbe auspicabile vedere una naturale evoluzione del coordinamento verso l'inquadramento nella V Area, considerato l'importante sviluppo che il contenuto professionale ha avuto negli anni;

- i dirigenti delle professioni sanitarie previsti dalla L. 251/2000 hanno una valenza strategica nella direzione aziendale in quanto, fermo restando la competenza specifica della Direzione Generale per la definizione degli obiettivi aziendali, la loro partecipazione, con le relative competenze specialistiche, serve a coadiuvare e supportare la direzione, nel trovare le modalità e gli strumenti per il raggiungimento degli

obiettivi suddetti, contribuendo ad un'analisi di fattibilità, di significatività e di appropriatezza anche in termini di impiego delle risorse.

Il CCNL 2019 -21 rappresenta uno strumento che può prevedere molte posizioni, che però rischiano di creare contesti o situazioni di estrema complessità di gestione o confusione, se non adeguatamente governate; per questo motivo la sfida per le Aziende sarà sfruttare al meglio il potenziale e la discrezionalità che il CCNL prevede, ma soprattutto le Aziende avranno la responsabilità e il dovere di cogliere il potenziale di questo strumento e impiegarlo al meglio in un'ottica di valorizzazione e sviluppo del middle management con la consapevolezza dell'importanza delle competenze che vi sono custodite.



www.opiverona.it



**Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Verona**

Via Ca' di Cozzi, 14/B - 37124 VERONA
Telefono: 045.913938 - Fax: 045.914671
E-mail: info@opiverona.it

