



**UNINT**  
**Università**  
degli Studi Internazionali di Roma

**Master di I livello in**

**“Management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie”**

**Anno Accademico: 2015 - 2016**

**“RUOLO DEL COORDINATORE NELLA ORGANIZZAZIONE DELLA PRESA IN CARICO DEGLI OSPITI IN RSAO SECONDO IL MODELLO DELLE CURE BASATE SULLA RELAZIONE.”**

**Candidata: Noëlie Zoungrana**

**Relatore: Prof.ssa Sara Rizzo**

**Correlatore: Dott. Marco Maines**

<b>INDICE</b> .....	2
<b>INTRODUZIONE</b> .....	3
<b>CAPITOLO 1: RUOLO E COMPETENZE DEL COORDINATORE</b> .....	4
<b>1.1 IL RUOLO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO</b> .....	4
<b>1.2 LE COMPETENZE DEL COORDINATORE</b> .....	6
<b>1.3 DALLA CLINICA AL MANAGEMENT</b> .....	9
<b>1.4 LE CARATTERISTICHE DEL MANAGER "TIPO"</b> .....	13
<b>CAPITOLO 2: LE FUNZIONI DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO</b> .....	14
<b>2.1 LA FUNZIONE MANAGERIALE DEL COORDINATORE</b> .....	14
<b>2.2 LA FUNZIONE DIREZIONALE</b> .....	15
<b>2.3 LA LEADERSHIP</b> .....	16
<b>2.4 I LIVELLI DI FORMAZIONE MANAGERIALE</b> .....	20
<b>CAPITOLO 3: PRESUPPOSTI CULTURALI SOCIALI ED ORGANIZZATIVI AL CAMBIAMENTO</b> .....	21
<b>3.1 IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO</b> .....	21
<b>3.2 ANALISI DEL CAMPO DI FORZE</b> .....	22
<b>3.3 LA RESISTENZA AL CAMBIAMENTO E COME SUPERARLA</b> .....	23
<b>CAPITOLO 4: IL PROGETTO DI PRESA IN CARICO DEGLI OSPITI IN RSAO AL SAN CAMILLO SECONDO IL MODELLO DELLE CURE BASATE SULLA RELAZIONE</b> .....	23
<b>4.1 BACKGROUND</b> .....	23
<b>4.2 CONTESTO DI RIFERIMENTO</b> .....	23
<b>4.3 ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ</b> .....	26
<b>4.4 MODALITÀ DI RACCOLTA DATI ED ANALISI</b> .....	27
<b>4.5 RIFERIMENTI TEORICI: MODELLO ASSISTENZIALE</b> .....	27
<b>4.6 ELEMENTI COSTITUTIVI DEL PROGETTO</b> .....	31
<b>CONCLUSIONI</b> .....	39
<b>RINGRAZIAMENTI</b> .....	41
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	42

## **INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni una intensa trasformazione tecnologica ed organizzativa ha modificato in modo sostanziale l'apporto delle risorse umane ai processi aziendali. Le aziende sanitarie, in particolar modo, sono state investite da una serie di dinamiche, riconducibili a pressioni ambientali esterne (cambiamento istituzionale, modifica del quadro normativo, dinamiche socioeconomiche, progresso scientifico e innovazione tecnologica) che hanno inciso significativamente sulle caratteristiche gestionali ed organizzative e ne hanno influenzato il processo di evoluzione. Oggi queste aziende sono coinvolte in processi di cambiamento molto profondi che determina l'esigenza di riprogettare l'assetto organizzativo delle aziende, in tutte le sue componenti (struttura organizzativa, meccanismi operativi e sistema delle competenze e dei valori).

Il ruolo dell'uomo nell'organizzazione è cambiato: agli individui non è richiesto più un contributo fisico, da "prestatori d'opera", ma una capacità culturale, intellettuale e professionale qualificata, da "prestatori d'intelligenza", tale da favorire un comportamento innovativo e maggiormente flessibile delle imprese di appartenenza. In un tale contesto, le competenze degli individui all'interno delle organizzazioni diventano sempre più uno dei principali fattori competitivi influenzando in modo diretto e determinante le prestazioni aziendali.

Il legame tra competenze individuali e prestazioni è particolarmente critico per le imprese ad alta intensità di conoscenza, che utilizzano conoscenze altamente specializzate quali input dei propri processi di produzione o "erogazione".

Il miglioramento delle prestazioni aziendali è legato alle capacità del management di sviluppare metodi di gestione. Del personale in grado di rispecchiare le peculiarità delle risorse umane utilizzate.

La crescente rilevanza delle competenze individuali nel determinare la competitività delle imprese esige il passaggio da definizioni generali del concetto di competenza a "più precise definizioni, al fine di poterne misurare empiricamente i concetti" [Filippini et al., 1994].

Il processo di decentramento del S.S.N. e la riaffermazione, anche nel Decreto 229/99, della responsabilizzazione delle Regioni nel garantire i livelli di cura essenziali e appropriati e la qualità dei servizi di tutela della salute, pur nel rispetto dei vincoli di compatibilità della spesa e di economicità della gestione delle aziende pubbliche che erogano servizi, oltre che di quelle private, ha reso il

tema del funzionamento interno di queste ultime ancora più centrale nel dibattito scientifico e nella ricerca di soluzioni sempre più soddisfacenti.

In questo quadro il tema della organizzazione, ossia delle modalità secondo cui persone dotate delle necessarie conoscenze, competenze e abilità, operano insieme per dare risposta ai problemi di salute dei singoli pazienti o di un'intera comunità.

## **Capitolo 1: Ruolo e competenze del coordinatore**

### **1.1 Il ruolo del coordinatore infermieristico**

“Il *ruolo* viene tradizionalmente definito come un insieme di comportamenti che è formalmente stabilito in base alla natura dell'ufficio ricoperto e delle responsabilità assegnate. Tali comportamenti sono sostanzialmente comuni alle persone che hanno la medesima identità lavorativa e vengono insegnati nel corso del processo di socializzazione.”<sup>1</sup>

Il termine deriva dal termine latino *rotulus*, il manoscritto arrotolato su cui erano scritti i nomi per una recita teatrale.

In ciascun ruolo possono distinguersi tre componenti:

1. *L'area di attività*: composta dalle azioni mentali e pratiche svolte dal coordinatore nell'ambito della pianificazione, gestione, organizzazione, direzione, sviluppo delle risorse umane e controllo.
2. *L'area di responsabilità*: la responsabilità è l'obbligo o il dovere di svolgere determinate attività o di conseguire risultati.
3. *L'area dei risultati*: risultati di efficacia, efficienza, sicurezza e appropriatezza.

Nell'assunzione di ogni ruolo vi sono relazioni ed interscambi con persone che rivestono altri ruoli. Inoltre sul ruolo influiscono aspettative e percezioni sia di chi esercita un ruolo, sia delle persone che con essa entrano in relazione. È inoltre necessario attenersi a norme e valori sociali e tener conto della tendenza alla stabilità ed all'ordine quando i ruoli sono definiti dalla legge o dall'autorità.

Il *ruolo* si compie attraverso l'esercizio di una serie di *funzioni* che sono ampie aree di responsabilità con discrezionalità di intenti e di azioni.

All'interno delle funzioni si svolgono le *attività* che concorrono ad uno scopo. Esse sono definite di norma da protocolli, procedure, istruzioni operative. A loro volta all'interno delle attività si possono distinguere le *operazioni* o *azioni*

---

<sup>1</sup> Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, p. 159.

che sono atti singoli, esecutivi, senza margine di discrezionalità.

In letteratura i principali riferimenti per ruolo e funzioni manageriali sono Fayol, Mintzberg e Hamel.

- Henry Fayol , ingegnere minerario francese, è considerato uno dei fondatori delle scienze manageriali. Egli ha individuato le seguenti funzioni manageriali:
  - Pianificazione: previsione e pianificazione del futuro;
  - Organizzazione: individuazione, collocazione, gestione delle risorse;
  - Guida: direzione indirizzo delle attività;
  - Coordinamento: armonizzazione ed ottimizzazione degli interventi;
  - Controllo: valutazione e verifica rispetto al piano d'azione.
- Mintzberg vede il manager collocato in tre tipologie di ruoli diversi:
  - Interpersonali: manager come figura rappresentativa, guida e collegamento;
  - Informativi: manager come collettore di informazioni, divulgatore di informazioni, portavoce.
  - Decisionali: manager come imprenditore, gestore di problemi, allocatore di risorse, negoziatore.
- Hamel riassume così la pratica dei manager:
  - Fissare e programmare l'obiettivo;
  - Motivare ed armonizzare lo sforzo;
  - Coordinare e controllare le attività;
  - Sviluppare e collocare il talento;
  - Accumulare e applicare le conoscenze;
  - Ammassare e allocare le risorse;
  - Costruire e mantenere le relazioni;
  - Mettere in equilibrio e soddisfare le richieste degli stakeholder.<sup>2</sup>

È possibile osservare come nei tre autori si ritrovino alcune espressioni e vocaboli e connessi al tema della motivazione: guida, direzione, indirizzo delle attività, coordinamento, armonizzazione, collegamento, motivazione, sforzo, sviluppo, talento, conoscenze, relazioni, equilibrio, richieste.

Guidare la motivazione viene quindi a trovarsi tra le funzioni manageriali sopra descritte costituendo uno dei punti in comune, non l'unico, tra i tre autori presi in considerazione.

---

<sup>2</sup> Vd. Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, pp. 159-161.

## 1.2 Le competenze del coordinatore

La funzione di coordinamento oggi è il risultato del processo di riordino delle professioni sanitarie iniziato con la ridefinizione dei profili professionali attraverso i decreti ministeriali che tra il 1994 ed il 2001 hanno identificato le ventidue professioni sanitarie. Per quanto riguarda il profilo dell'infermiere esso è stato individuato con il D.M. 739/1994.

La legge 42/1999 delinea come "criteri guida" di definizione dell'ambito delle responsabilità: i profili professionali, gli ordinamenti didattici ed i codici deontologici. Definisce inoltre i "criteri limite" nelle competenze della professione medica e delle altre professioni sanitarie.<sup>3</sup>

Rispetto alle competenze è interessante osservare che è in atto una riflessione sottolineata dalla Legge n.208/2015, *comma 566*: *"Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica"*.

Questo comma attesta la volontà del legislatore di proseguire nella riforma delle professioni sanitarie a partire dalle competenze.

La legge n.43/2006 prevede la seguente articolazione delle professioni sanitarie:

- Professionisti: diploma di laurea o titoli equipollenti antecedenti all'istituzione dei corsi di laurea;
- Professionisti coordinatori: master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento;
- Professionisti specialisti: master di primo livello per le funzioni specialistiche;
- Professionisti dirigenti: laurea specialistica<sup>4</sup>

Ruoli e funzioni si legano in questo percorso alle competenze professionali,

---

<sup>3</sup> Vd. Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, p. 153.

<sup>4</sup> Vd Marra F., *Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. Aspetti contrattuali e management*, Franco Angeli, 2010, pp. 20-21.

che divengono essenziali per accedere a ruoli professionali più evoluti.<sup>5</sup>

“Le definizioni di competenza sono numerose. Una fra le più citate è quella di Spencer e Spencer (1993):

*Per competenza intendiamo la caratteristica individuale che è causalmente collegata ad una performance efficace o superiore in una mansione o in una situazione, e che è misurata sulla base di un criterio prestabilito.”<sup>6</sup>*

Le caratteristiche individuali vengono distinte in: motivazioni, tratti ed immagine di sé, conoscenza di discipline, skill.<sup>7</sup>

Una caratteristica del coordinatore è il possesso di competenze mixate tra le competenze tecnico-specialistiche e quelle manageriali.

La legge n. 43/2006 sottolinea che “il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in considerazione agli ambiti e alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali, territoriali”. La legge inoltre sancisce che per espletare la funzione di coordinamento occorre essere in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell’area di appartenenza. Inoltre è necessaria un’esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza. Si sottolinea così la necessità di ambedue i tipi di competenze.

A questo proposito ci si può riferire al modello “nucleo-alone”.

Il nucleo interno, quello delle competenze tecnico-scientifiche che tenderebbe alla continua espansione è circondato dall’alone gestionale, con competenze più manageriale. L’anello più esterno infine è l’alone relazionale, costituito dall’abilità e competenze di comunicare, ascoltare, proporre.<sup>8</sup>

Si potrebbe sostenere che le competenze specialistiche consentono al coordinatore di collegare attività, persona e risorse e gli consentono di leggere i contesti ed il loro cambiamento in un ambito, quello dalla sanità, certamente “ad alto tasso di conoscenze”.<sup>9</sup>

Per essere autorevoli è bene conoscere il settore in cui si lavora. Non sarebbe sufficiente la leadership senza le basi tecniche.

È pur vero che il coordinatore partendo dalle competenze tecniche va verso lo sviluppo di competenze manageriali, in senso unidirezionale. A meno che un

---

<sup>5</sup> Vd. Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, p. 155.

<sup>6</sup> Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, pp. 529-530.

<sup>7</sup> Vd. Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, p. 530.

<sup>8</sup> Vd. Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, pp 156-157.

<sup>9</sup> Vd. Pennini A., G. Barbieri, *Le responsabilità del coordinatore delle professioni sanitarie*, McGraw Hill, Milano, 2011, pp.47-50.

coordinatore non scelga di tornare al lavoro di professionista, egli svilupperà progressivamente gli aspetti gestionali.

Il coordinatore è definito anche middle manager, proprio per la possibilità di mettere insieme il mondo degli specialisti e quello della gestione. Egli è una sorta di "mediatore culturale".

Egli assume una funzione di snodo per quanto riguarda :

- Diffusione della cultura aziendale: il coordinatore aderisce a mission e vision dell'azienda, si comporta coerentemente e ne favorisce la diffusione tra colleghi e collaboratori.
- Supervisione e coaching: il coordinatore è impegnato a guidare e coordinare i collaboratori, a prendersi cura della loro motivazione e ad incentivarli, ad ottimizzarne la performance. Inoltre cerca di trasferire conoscenze e competenze e di supportare lo sviluppo professionale dei collaboratori. Funge da collegamento con la direzione.
- Presidio dei meccanismi interni: il coordinatore è garante delle attività, le monitora, le misura, ne valuta i risultati in cerca del miglioramento continuo e riporta il tutto in direzione.
- Coinvolgimento e clima interno: il coordinatore presidia il clima, è attento ai cambiamenti e cerca di mantenerlo il più positivo possibile.<sup>10</sup>

Secondo Minzberg le attività del coordinatore si dividono tra:

- Attività reattive: sono quelle in risposta a stimoli esterni, non previsti né programmati che determinano la parcellizzazione delle azioni, le continue interruzioni, la necessità di librarsi tra un'attività e l'altra.
- Attività proattive: sono quelle in cui il coordinatore propone il nuovo, gestendo l'equilibrio tra stabilità e cambiamento.

Un altro modo di classificare le attività del coordinatore è quello di vederlo impegnato su tre fronti rivolti sia verso l'interno che verso l'esterno:

- Gestione delle informazioni: il coordinatore è uno snodo cruciale di raccolta e diffusione di informazioni. Basti pensare ai contatti con i collaboratori, con i vertici dell'azienda, con residenti, ospiti, familiari, ditte in appalto, interlocutori esterni quali istituzioni o altre aziende.
- Gestione delle persone e con le persone: questo fronte ha a che vedere all'interno dei servizi con la guida dei collaboratori, l'esercizio della

---

<sup>10</sup> Vd. Pennini A., Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie, McGraw Hill, Milano, 2013, pp.44-47.

leadership, la motivazione del personale, il favorire la crescita, facilitare il cambiamento, gestire il gruppo ed i suoi conflitti, la definizione e diffusione della cultura organizzativa. Verso l'esterno si tratta di fungere da collegamento con gli interlocutori esterni di altri servizi o altre aziende ed istituzioni.

- Gestione dell'azione: riguarda il fare del coordinatore che può essere anch'esso rivolto verso l'interno e verso l'esterno. Si possono distinguere l'agire reattivo (gestione degli imprevisti, dei problemi insorti) da quello proattivo (gestione di progetti a partire dalla pianificazione fino alla verifica) sapendo però che sono strettamente intrecciati tra loro e difficilmente scindibili<sup>11</sup>.

Quale sia la classificazione di competenze ad attività del coordinatore in ciascuna ritroviamo la motivazione del personale.

Gli strumenti del coordinatore:

Il coordinatore incarna in sé due anime: il management e la leadership.

Il manager è colui che amministra, gestisce strutture e sistemi, controlla, agisce nella realtà esistente, si chiede come e quando, ha prospettive a corto e medio raggio.

Il leader innova, gestisce persone, cerca la fiducia, cerca realtà nuove, si chiede cosa e perché, ha prospettive a lungo raggio.

Distinguere le due funzioni ha un valore di comprensione dei termini, ma di fatto nella pratica sono due lati inscindibili di una stessa medaglia ed il modo in cui vengono agite incide sulla motivazione dei collaboratori.<sup>12</sup>

### **1.3 Dalla clinica al management**

La nomina di *infermiere professionale coordinatore di I categoria* viene attribuita per la prima volta al caposala dal D.P.R. 821/1984.

L'infermiere con funzioni di coordinamento è un professionista che ha frequentato il master di management per le funzioni di coordinamento nelle Professioni Sanitarie ed ha acquisito competenze specifiche nell'area organizzativa e gestionale di 1° livello allo scopo di attuare politiche di programmazione sanitaria, interventi volti al miglioramento continuo di qualità in riferimento alle

---

11 Vd. Pennini A., G. Barbieri, Le responsabilità del coordinatore delle professioni sanitarie, pp. 57-61.

12 Vd. Pennini A., Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie, pp.143-146

risorse strutturali, tecnologiche, umane nell'ambito del servizio di coordinamento per garantire gli obiettivi del sistema organizzativo sanitario.

Lo *scopo del coordinamento* è di consentire ai membri di un gruppo di lavorare insieme in maniera armoniosa. Ha un valore essenziale perché, se l'azione di tutti gli operatori non converge sugli obiettivi istituzionali, i loro sforzi possono rischiare di disperdersi in direzioni differenti.

Coordinare significa a volte definire i confini dell'attività di un professionista affinché non invada lo spazio di un altro.; in altri casi implica la necessità di accelerare lo svolgimento di altre attività affinché tutte mantengano lo stesso passo; in altre situazioni consiste di distribuire i compiti all'interno di un gruppo. Nei primi anni novanta, alcuni infermieri professionali docenti presso l'Università di Milano, hanno promosso uno studio sulle competenze manageriali nell'ambito assistenziale. Dalla presentazione di questo studio, emerge l'esigenza di un ruolo di coordinamento completamente diverso rispetto al passato in quanto: i servizi erogati dagli 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 a una funzione di "integratore".

Le responsabilità dell'infermiere coordinatore sono state così sempre meno collegate allo svolgimento d'attività assistenziali e sempre più orientate alla soluzione di problemi di funzionamento dell'unità organizzativa per il raggiungimento di più adeguati risultati assistenziali.

Le competenze tecnico-specialistiche, quindi, sono diminuite sempre più a favore degli elementi tipici della funzione manageriale in termini di contenuto di lavoro e, di conseguenza, del contenuto formativo. La formazione del coordinatore deve pertanto essere orientata all'acquisizione di abilità/competenze per pianificare, organizzare, coordinare e verificare, per garantire: un'efficace assistenza infermieristica, un uso efficiente delle risorse, una corretta amministrazione del reparto, la partecipazione ad attività di formazione e di aggiornamento, la partecipazione ad attività di ricerca.

Il coordinatore/dirigente infermieristico che svolge tale ruolo deve possedere tutte le conoscenze in campo manageriale atte a raggiungere gli obiettivi, cercando di unire gli ideali professionali a quelli aziendali.

"La professionalità dell'infermiere coordinatore non si misura in riferimento a competenze specifiche ma relativamente alla capacità di creare le condizioni

organizzative tali da garantire risposte qualitativamente valide ai bisogni di assistenza degli utenti”.

Il D.M. del 13/09/1988 stabiliva che il coordinatore non debba essere considerato parte dell’organico del personale di assistenza diretta, in considerazione delle sue funzioni di coordinamento delle attività del personale infermieristico e ausiliario e di supervisione sulle attività di tirocinio e di formazione a livello dell’unità operativa a cui è proposto.<sup>13</sup>

Oggi rispetto ad allora, 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 2010/2011, anche dalla laurea specialistica.

Il Master in Management per le Funzioni di Coordinamento nelle Professioni Sanitarie fa parte dei percorsi formativi post-laurea previsti e disciplinati dal Decreto del MURST 3 novembre 1999 n.509, pubblicato nella G.U. del 4 gennaio 2000 n.2.<sup>14</sup>

Il Master di primo livello in Management per le Funzioni di Coordinamento nelle Professioni Sanitarie, ha come finalità l’acquisizione di competenze specifiche nell’area organizzativa e gestionale, allo scopo di rendere il professionista in grado di garantire il raggiungimento degli obiettivi del sistema organizzativo sanitario mediante l’attuazione di politiche di programmazione sanitaria e interventi volti al miglioramento continuo della qualità dei servizi.

Il management infermieristico può essere definito *“...l’arte e/o scienza per ottenere prestazioni per mezzo e da infermieri in gruppi formalmente organizzati, in vista degli obiettivi dei gruppi, attraverso l’assunzione continua di decisioni sull’assistenza infermieristica, decisioni concepite come scelte tra possibili alternative.”*.

Il termine arte è considerato in base alle caratteristiche soggettive delle persone che si esprimono nella creatività, alla abilità individuale di interpretare e realizzare indipendentemente e talvolta più efficacemente che con lo studio sistematico.

Scienza in quanto si affida all’osservazione raccolta dati e analisi delle informazioni raccolte, con conseguente sviluppo di ipotesi per formulare teorie: queste ultime verranno poi utilizzate per concretizzare la mission e la vision. Tuttavia, all’evoluzione formativa e disciplinare non sempre è corrisposto un

---

<sup>13</sup> D. M. del 13/09/1988

<sup>14</sup> Decreto del MURST 3 novembre 1999 n.509, pubblicato nella G.U. del 4 gennaio 2000 n.2

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, ha anche subito le conseguenze di una fase di stallo nella formazione che è durata quasi dieci anni dal 1994 (chiusura dei corsi per caposala) al 2002 (attivazione dei master in Management Infermieristico per il coordinamento) – 2010 (Management per le Funzioni di Coordinamento nelle Professioni Sanitarie): gli stessi anni cruciali in cui è avvenuto il grande cambiamento dello scenario socio-sanitario italiano.

Questa situazione ha creato confusione e insoddisfazione fra i capo sala i quali, legati ad un vecchio modello organizzativo che li vedeva più vicini alle competenze cliniche, a contatto diretto con i pazienti e con i ritmi scanditi da rituali come il "giro visite", si sono visti improvvisamente privare dello spazio riservato alle attività clinico assistenziali, interamente assorbito da un'attività gestionale 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: la costituzione di un "gruppo di lavoro" composto da collaboratori professionalmente maturi, motivati e responsabili ai quali riconoscere piena autonomia professionale e organizzativa nella gestione degli aspetti clinici ad impatto diretto sul paziente, consente al coordinatore di concentrare la propria attenzione e le proprie energie sulla gestione dei processi organizzativi del sistema.

Da una ricerca svolta nel 1995 su un campione di 156 caposala era emerso che i cambiamenti che essi si erano "trovati a gestire" al momento dell'indagine riguardavano:

- L'istituzione dei centri di costo (43% delle risposte);
- I processi di incentivazione (33%);
- Il controllo della qualità dell'assistenza (24%);
- L'introduzione delle schede informative per l'utente (19%);
- La programmazione budgetaria (17%);
- L'introduzione delle schede di valutazione del personale (14%).

Nessuno di questi cambiamenti è derivato da esigenze sorte all'interno delle unità operative o del servizio infermieristico, ma dai mandati organizzativi dell'alta direzione, in risposta ai cambiamenti gestionali ed a disposizioni normative.

Un altro dato interessante emerso da questa ricerca è che gli stessi caposala hanno dichiarato che tra i cambiamenti di cui sopra, quelli in cui hanno ritenuto di fornire un contributo sono:

- Il controllo della qualità dell'assistenza (12%);
- Il migliore utilizzo delle risorse (10%);

Bassa invece è la percentuale di risposte che riguardano:

- La collaborazione con gli organi amministrativi (4%);
- Fornire esperienza gestionale (4%);
- La capacità di analisi dell'organizzazione.

Queste attività oggetto d'indagine, oggi sono ormai parte integrante delle competenze del coordinatore insieme ad altre, di ordine professionale, vecchie e nuove.

A titolo esemplificativo, qui di seguito gli obiettivi delle *competenze* previste nelle Linee Guida della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, per l'attivazione del Master in Management per le Funzioni di Coordinamento nelle Professioni Sanitarie.<sup>15</sup>

### **Gestire persone e relazioni**

### **Gestire il budget**

### **Gestire la ricerca**

#### **1.4 Le caratteristiche del manager "TIPO"**

Il manager è colui che gestisce la funzionalità delle organizzazioni, che persegue obiettivi attraverso altre persone, che si pone al vertice o in altra posizione che gli consenta di progettare, analizzare sistemi ad azione collettiva. Oppure per fornire delle regole organizzative e decisionali rivolte a chi lavora nelle strutture. Si potrebbe tracciare un profilo del manager tipo evidenziando diverse caratteristiche. Egli deve: Creare un ambiente di lavoro favorevole al fine di prevenire stress e burnout; "pensare eticamente" interiorizzando tale processo valido per tutte le situazioni decisionali; Saper interagire con gli altri professionisti; Avere una visione sistemica; Essere formato: oltre alle

---

<sup>15</sup> Linee Guida della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, per l'attivazione del Master in Management per le Funzioni di Coordinamento nelle Professioni Sanitarie

conoscenze tecniche manageriali anche quelle relazionali (gestione dei conflitti, comunicazione) ed etico-deontologiche e aggiornarsi continuamente (partecipare a seminari, interagire con altri colleghi di formazione, realtà diverse anche extra-nazionale); Saper gestire i flussi informativi; Saper ripartire efficacemente il carico lavorativo; Saper definire delle priorità (onde evitare dispersioni di energia) e chiari obiettivi.<sup>16</sup>

Inoltre, deve possedere o ricercare le seguenti caratteristiche: termini di scelte politico-gestionali nell'ambito sia della Direzione Aziendale che della Direzione Infermieristica con ricadute sull'implementazione delle attività e quindi dell'operatività infermieristica.

## **Capitolo 2: Le funzioni del coordinatore infermieristico**

### **2.1 Funzione manageriale del coordinatore**

Essere coordinatore oggi significa assumere un ruolo manageriale, caratterizzato da funzioni organizzative, gestionali, formative e nell'ambito dell'assistenza infermieristica. Al coordinatore viene chiesto di esercitare il proprio ruolo con autorevolezza, autonomia, credibilità ed efficacia. Soggetti della sua professionalità sono le persone siano esse professionisti, operatori o utenti del servizio sanitario: il caposala oggi ha lasciato l'assistenza diretta ma continua ad operare su di essa creandone le condizioni attraverso l'applicazione del processo direzionale che prevede la pianificazione, l'organizzazione, la formazione, la direzione e il controllo. Al coordinatore oggi è richiesto di essere un manager, un leader e di svolgere un ruolo di rappresentanza per tutto quello che accade nell'unità operativa o di servizio a cui è preposto: rappresenta l'organizzazione e la cultura esistente a livello infermieristico. Egli si occupa delle soluzioni dei problemi, che costituiscono il suo principale campo d'azione, nonché dell'individuazione delle opportunità di sviluppo. La presa di decisioni è la sua attività più frequente e tale aspetto richiede al coordinatore 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 coordinamento si ottiene al meglio assicurando partecipazione pertanto gli strumenti tipici sono le riunioni ed il gruppo di lavoro. Oggi le organizzazioni complesse, quali sono le aziende sanitarie, richiedono figure manageriali preparate a tradurre in modo intelligente

---

<sup>16</sup> . Pennini A., Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie, McGraw Hill, Milano, 2013.

le decisioni della direzione di massimo livello, conseguenti alle scelte di politica sanitaria, realizzando un decentramento delle responsabilità che consente un funzionamento del sistema basato sulle capacità professionali. 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 dall'erogazione dell'assistenza infermieristica, nonché al raggiungimento della mission aziendale.

## **2.2 Funzione direzionale**

L'esercizio della funzione direzionale prevede e prescrive l'acquisizione di contenuti manageriali specifici che consentono agli infermieri, quali detentori di uno specifico disciplinare di esercitare, in una logica di modello professionale, la funzione di professionista-manager. La funzione direzionale consiste in un complesso di attività tra loro correlate al fine di conseguire gli obiettivi dell'organizzazione attraverso il lavoro di altre persone.

"Le aziende sono soprattutto una rete di relazioni che si auto strutturano e autodeterminano". (Tanese. 1999) <sup>17</sup>Formare: la formazione assume un ruolo chiave all'interno del processo direzionale soprattutto alla luce dei cambiamenti avvenuti e ancora attualmente in corso nella professione infermieristica e in tutto il sistema sanitario italiano. Non è pensabile la progettazione di una nuova organizzazione e la ristrutturazione di un'organizzazione già esistente senza prevedere contemporaneamente interventi sulla preparazione teorica e pratica del personale coinvolto attraverso la "manutenzione" delle conoscenze in un'ottica di formazione permanente che agisce sugli atteggiamenti e sui comportamenti, a differenza dell'addestramento e della formazione professionale, invece, che agiscono sulle conoscenze, abilità e della formazione professionale, invece, che agiscono sulle conoscenze, abilità e capacità. La finalità della formazione continua nelle aziende è quella di sviluppare al massimo le potenzialità degli operatori nello svolgimento del proprio ruolo professionale, favorire il cambiamento degli atteggiamenti di fronte a condizioni organizzative e sociali che vanno rapidamente modificandosi, rafforzare il senso di appartenenza degli operatori al sistema e di aderire agli obiettivi formulati dal vertice strategico, stimolare riflessioni e confronti.

---

<sup>17</sup> . Tanese. 1999

### **2.3 La leadership**

Il modo in cui viene esercitata la leadership può essere considerato esso stesso uno strumento motivazionale dei collaboratori. Esistono vari stili di leadership:

- **Autoritario-coercitivo:** il leader impartisce ordini che vanno eseguiti. Esso può essere valido ad esempio nelle situazioni d'urgenza in cui infatti viene individuato un team-leader.
- **Paternalistico-prescrittivo:** vengono date direttive precise ai collaboratori che però vengono sostenuti moralmente nel lavoro.
- **Affiliativo-direttivo:** i collaboratori non vengono ritenuti molto capaci, le direttive non sono molto precise, viene cercato attraverso la comunicazione un solido legame emozionale.
- **Democratico:** il leader è aperto a discussione e confronto. Le decisioni ultime gli rimangono in capo ma cerca la condivisione con i collaboratori. C'è un equilibrio tra direttive del capo e fiducia dei collaboratori e loro sostegno nei compiti. È certamente uno stile motivante dei collaboratori.
- **Trascinatore-coinvolgente:** il capo dà l'esempio e stimola i collaboratori per la responsabilizzazione ma la delega è scarsa.
- **Allenatore-coach:** c'è un clima di squadra in cui il capo segue i collaboratori e li aiuta indirizzandoli nella crescita. Vengono negoziati gli obiettivi da raggiungere. Nell'analizzare il coaching si possono distinguere l'allenatore dall'allenatore-giocatore. Questo stile favorisce la crescita dei collaboratori, la loro passione e quindi la motivazione.
- **Permissivo-orientato alla delega:** il capo ha fiducia nei collaboratori, dà fiducia, non formula direttive precise e fa ricorso all'empowerment ed alla delega. Una variante è lo stile laissez-faire in cui vi è un'abdicazione dalle responsabilità di leadership lasciando allo sbando i collaboratori.

Non esiste uno stile unico possibile di direzione, esso può variare a seconda del contesto, della maturità dei collaboratori.

Visto il contesto di forte cambiamento in atto merita una riflessione la leadership trasformativa. Essa diviene sostanziale quando un'azienda deve subire una trasformazione, una riorganizzazione. Il leader deve avere un'immagine chiara dell'azienda, saper prevedere l'evoluzione a medio-lungo, saper progettare il cambiamento. Deve inoltre saper sostenere il personale durante la realizzazione del cambiamento, sostenendoli, incoraggiandone

creatività e modifica dei comportamenti. La leadership trasformativa punta sul decentramento, sulla collaborazione, sull'empowerment fungendo da allenatore. Se il team percepisce il cambiamento come opportunità di crescita professionale il cambiamento sarà vissuto in maniera positiva.<sup>18</sup>

### Gli strumenti della leadership

Detti anche strumenti intangibili, sono collegati all'emisfero destro.

- *Mission e vision*: per il coordinatore è indispensabile conoscere cosa persegue l'azienda ed avere chiara una visione del futuro. La mission è una dichiarazione di intenti dell'organizzazione, la sua "ragion d'essere", ciò che la rende diversa dalle altre organizzazioni. La vision è ciò che l'organizzazione vorrà diventare. È necessario che mission e vision siano condivise e che con i collaboratori si rifletta su di esse.<sup>19</sup>
- I valori guida dichiarati nella Carta dei Servizi e perseguiti sono: professionalità, umanizzazione, personalizzazione, rispetto, riservatezza e dignità per residenti, ospiti, familiari, personale e volontari, collaborazione e cura delle relazioni. La vision è quella di un'Azienda che diventi il "centro", il "motore" ed il "cuore" di tutti i servizi socio-sanitari di cui la Comunità potrà aver bisogno.
- *Autonomia*: il termine deriva dal greco e significa colui che si dà da sé delle regole. Ha a che vedere con la libertà su come erogare le prestazioni. Il coordinatore può avere differenti gradi di autonomia. A livello organizzativo occorre riconoscere i propri spazi di manovra. Le organizzazioni possono essere a "legame debole" con unità organizzative multiple ed autonome o a legame stretto con una direzione centrale che emana direttive precise e cogenti. Occorre riconoscere l'organizzazione presso cui si lavora. Le modalità con cui si può vivere l'autonomia possono essere:
  - *Modalità tendenzialmente collegata alla direzione*: scarsa autonomia decisionale. Non vi è quasi nessuna possibilità di decidere "cosa", ma rimane spazio per decidere "come e quando".
  - *Modalità tendenzialmente autonoma*: possibilità di autonomia decisionale. Si realizza laddove la direzione aziendale non indichi con propri regolamenti come vadano svolte determinate attività. In quest'area stanno le relazioni con i collaboratori, con altri

---

<sup>18</sup> Vd. Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, pp 332-339.

<sup>19</sup> Vd. Pennini A., *Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie*, pp.147-148.

professionisti, con familiari, residenti ed ospiti, le procedure operative, l'approvvigionamento e conservazione di farmaci, presidi e strumenti.

L'autonomia ha anche delle modalità personali, collegate a reattività e proattività.

Le persone reattive tendono a reagire a stimoli esterni e ne sono influenzate. Le persone proattive sono anch'esse influenzate dagli stimoli esterni, ma scelgono le risposte in base ad un valore. La proattività ha a che vedere con l'autonomia e l'innovazione. In ambito lavorativo, l'atteggiamento proattivo porta a focalizzare i propri sforzi su aspetti che possono essere influenzati con il proprio agire. Quest'area si chiama "sfera d'influenza". L'atteggiamento reattivo invece porta a disperdere le proprie energie su ambiti fuori controllo, generando demotivazione. Quest'area è detta "sfera di coinvolgimento".

- *Relazioni*: esse possono essere viste come un conto corrente con le persone: superiori, collaboratori, ospiti, familiari. Quando il saldo è positivo, la comunicazione scorre, sono possibili accordi e flessibilità. Quando invece il saldo è negativo tutto diviene delicato e faticoso. I depositi si costruiscono nel tempo attraverso la comprensione degli altri e di ciò che è importante per loro, la chiarezza verso le aspettative, i ruoli, le responsabilità e l'autonomia per evitare incomprensioni. È importante mantenere gli impegni presi, l'attenzione alle piccole cose nell'ambiente di lavoro e saper ammettere gli errori chiedendo scusa.
- *Negoziazione*: ha a che vedere con le interazioni e le relazioni umane. Sarebbe opportuno ricercare il modello "vinco-vinci" con beneficio per tutte le parti passando da un atteggiamento competitivo ad uno cooperativo. Se lo scambio tra le parti è equilibrato ambedue le parti potranno ottenere beneficio dall'accordo. Una forma meno "vittoriosa" della negoziazione è il compromesso.

### Gli strumenti del management

Sono detti anche strumenti tangibili e sono collegati all'emisfero sinistro.

- *Problem solving*: esso è un metodo comunemente usato dai coordinatori e si compone in varie fasi: riconoscere il problema, definirlo e descriverlo, scinderlo in problemi secondari, soluzione del problema, scelta della soluzione da adottare e applicazione di quanto deciso.

Ciascuna di queste fasi si arricchisce attraverso la collaborazione dell'equipe, il cui coinvolgimento come visto in precedenza risulta essere motivante in sé ed aumenta l'impegno nella fase applicativa.

- *Calcolo dell'indice di priorità*: può essere uno strumento utile per scegliere l'ordine con cui si affronteranno i problemi in base ad urgenza ed importanza. Questo ordine consente all'equipe un orientamento temporale che migliora le condizioni di lavoro abbassando lo stress.
- *Uso efficace delle risorse*: occorre un equilibrio tra la Produzione e Capacità di produrre e quindi tra gestione del presente e del futuro, tra attività cliniche ed organizzazione delle condizioni organizzative per un loro svolgimento efficace, tra lavorare e fare "manutenzione" agli strumenti per lavorare.
- *Il fulcro*: è la modalità con cui il coordinatore funge da catalizzatore di flussi sulla linea di produzione, ricorrendo soprattutto alla delega operativa. Occorre conoscere molto bene le attività. Questa modalità va però a ridurre gli spazi di autonomia altrui, dà risultati sul breve termine ma sul lungo periodo non sembra in linea con le teorie sulla motivazione.<sup>20</sup>
- *La delega*: "è l'atto mediante il quale una persona (il delegante) conferisce ad un'altra persona (il delegato) la responsabilità e l'autorità per lo svolgimento di determinate attività in sua vece"<sup>21</sup> mantenendo comunque la responsabilità sul risultato. Questo non può avvenire tra professionisti ed operatori di supporto in quanto questi ultimi non possono esercitare molte delle attività dei professionisti sanitari. Ci si può in questo caso limitare all'attribuzione di attività previste nel documento che ha istituito l'OSS. Sia delega che attribuzione sono riconosciuti come strumenti che oltre a razionalizzare il tempo aumentano la soddisfazione nel lavoro del personale. I collaboratori infatti hanno la possibilità di scegliere tra diverse alternative come raggiungere un obiettivo. È un'opportunità di crescita in ambito gestionale. Perché la delega funzioni occorre ci sia una buona comunicazione, una valutazione sistematica dei risultati ed un impegno costante nello sviluppo del personale<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Vd. Pennini A., *Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie*, pp.143-159.

<sup>21</sup> Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, p. 293.

<sup>22</sup> Vd Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, pp. 293-299.

### Empowerment

Il termine significa rendere potente, favorire l'acquisizione di potere o rendere abili. In infermieristica si riferisce alla possibilità del paziente e dei suoi familiari di controllare la propria vita e le scelte terapeutiche.

Per quanto riguarda le organizzazioni empowerment significa "una diffusa responsabilizzazione dei professionisti nella scelta delle modalità con cui impostare il lavoro".<sup>23</sup>

L'attuale necessità di un'organizzazione più snella e competitiva richiede personale più competente, motivato, autonomo. Questa impostazione richiede cambiamenti organizzativi e strutturali e il riconoscimento di elevate capacità ai collaboratori. Ad essi va riconosciuta una larga autonomia ed in questo senso può essere visto come un approccio liberatorio, atto a sprigionare le potenzialità di autoregolazione ed adattamento dei professionisti.

Praticamente si possono attivare esperienze formative, gruppi di lavoro, laboratori, circoli di qualità. Si possono distinguere diversi livelli di empowerment:

- Coinvolgimento consultivo: con gruppi di miglioramento della qualità;
- Coinvolgimento organizzativo: con allargamento e arricchimento del lavoro;
- Coinvolgimento globale: partecipazione pianificata dei collaboratori ad informazioni, potere decisionale e parte delle retribuzioni.

### **2.4 I livelli di formazione manageriale**

I livelli di formazione manageriale riconosciuti sono tre a cui corrispondono altrettanti diversi livelli di responsabilità:

**Primo livello:** è relativo alla formazione di base ed è il più semplice; esso riguarda l'aspetto maggiormente operativo in cui l'infermiere identifica una domanda di assistenza infermieristica (bisogni) a cui dà una risposta (prestazione infermieristica). Vengono distinte cinque aree di competenza:

- ✓ Competenze manageriali in ambito assistenziali;
- ✓ Competenze manageriali nell'ambito dell'organizzazione del personale;  
Competenze manageriali nell'ambito della gestione dei materiali e delle attrezzature;
- ✓ Competenze manageriali nell'ambito relazionale;
- ✓ Competenze manageriali nell'ambito della formazione permanente.

---

<sup>23</sup> Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, p. 339.

Le cinque aree sono in continua evoluzione verso una logica disciplinare non ancora precisamente definita.

**Secondo livello:** è riferibile alla formazione dell'infermiere con funzioni di coordinamento. Le responsabilità e le competenze infermieristiche del coordinatore si "sganciano" sempre di più dal contesto tecnico-specialistico per occuparsi maggiormente di risolvere problematiche legate al funzionamento della U.O. per raggiungere in maniera adeguata i risultati assistenziali.

**Terzo livello:** si identifica nella formazione dell'infermiere dirigente e l'elemento principale è la implementazione delle conoscenze professionali legate al management concretizzate e applicate al Sistema infermieristico. I compiti rispetto agli altri livelli non sono quelli di elaborare e preparare in maniera diretta interventi nelle U.O. ma più specificatamente nel determinare e revisionare obiettivi. Gli elementi che incidono sui sistemi organizzativi sono:

- ✓ Il sistema delle finalità;
- ✓ Il sistema istituzionale;
- ✓ Il sistema sociale;
- ✓ Il sistema della cultura.

Sicuramente la formazione manageriale in maniera determinante può incidere sulla evoluzione delle organizzazioni, creando i modi per il cambiamento verso l'innovazione dell'assistenza infermieristica.

## **Capitolo 3: Presupposti culturali sociali ed organizzativi al cambiamento.**

### **3.1 Il processo di cambiamento**

Per intraprendere un cambiamento è necessario orientare le risorse disponibili verso gli obiettivi identificati. Il processo consta delle seguenti fasi:

- *Percezione della necessità di un cambiamento:* per difficoltà, conflitti, inadeguatezza delle prestazioni;
- *Identificazione precisa del problema:* occorre un'analisi organizzativa che oltre ad una corretta identificazione del problema cerchi possibili soluzioni. In questa fase può essere utile analizzare la fattibilità del cambiamento e prevedere cosa potrebbe accadere.<sup>24</sup> Uno strumento potrebbe essere la matrice FDOM che suddivide in quattro quadranti Forze e Debolezze (fattori interni), Opportunità e Minacce (fattori

---

<sup>24</sup> Vd Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, p 315

esterni) inserendovi anche strategie di miglioramento<sup>25</sup>.

- *Pianificazione del cambiamento*: vanno identificati gli obiettivi, i tempi di realizzazione, le risorse, le possibili difficoltà. In questa fase risulta di fondamentale importanza la motivazione del personale coinvolto. Occorre quindi:
  - Dichiarare il cambiamento.
  - Spiegare le ragioni che lo rendono necessario.
  - Illustrare i vantaggi che deriveranno dal cambiamento. È importante che al cambiamento sia collegato un sistema premiante efficace. Vanno raccolti suggerimenti e pareri e rispettati i sentimenti manifestati positivi o negativi.
  - Sperimentare il cambiamento ed al termine del periodo di prova in seguito alla valutazione vanno apportati eventuali aggiustamenti.
  - Consolidamento del cambiamento modificando strumenti e strutture allineandole al cambiamento stesso.

Occorre tener conto che il cambiamento richiede un tempo perché venga interiorizzato nell'organizzazione in quanto le persone si suddividono tra innovatori (2,5%9), primi utilizzatori (13,5%), maggioranza più sollecita (34%), maggioranza più lenta (34%), ritardatari (16%) con tempi diversi nell'adesione al cambiamento.<sup>26</sup>

### **3.2 Analisi del campo di forze**

Kurt Lewin ci fornisce un supporto nella progettazione del cambiamento con il suo modello di analisi del campo di forze.

Occorre infatti individuare per ciascun cambiamento si intenda introdurre quali siano le forze trainanti, ossia quelle che favoriscono il cambiamento e quali le forze frenanti che ostacolano cioè l'innovazione. Questo infatti consente di cercare strategie che favoriscano le prime e riducano le seconde.

Tra le forze trainanti possiamo individuare il conformismo, la ricerca di sicurezza, la paura del rischio economico e la paura di perdere i privilegi.

Tra le forze frenanti possiamo elencare la pressione della direzione, il compiacimento della direzione, la maggiore autostima ed il miglioramento organizzativo.

---

<sup>25</sup> Vd. Pennini A., *Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie*, pp. 161-162.

<sup>26</sup> Vd. Pennini A., *Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie*, pp. 162-163.

### **3.3 La resistenza al cambiamento e come superarla**

*«E debbasi considerare come non è cosa più difficile a trattare, né più dubia a riuscire, né più pericolosa a maneggiare, che farsi a capo ad introdurre nuovi ordini. Perché lo introduttore ha per nimici tutti quelli che delli ordini vecchi fanno bene, et ha tepidi defensori tutti quelli che delli ordini nuovi farebbono bene...»*  
(Niccolò Machiavelli).

I cambiamenti vanno attuati gradualmente poiché se è vero che motivano le persone che cercano il nuovo, mettono anche in difficoltà parte delle persone coinvolte ed inducono resistenza. Il cambiamento infatti richiede uno sforzo attivo per cambiare abitudini consolidate. Ogni cambiamento inoltre può essere visto come una minaccia ed i coordinatori ne devono tener conto.

Nelle organizzazioni si vivono emozioni anche molto intense di gioia, entusiasmo, orgoglio, frustrazione e così via. L'assetto emozionale viene sconvolto dal cambiamento, con una componente di paura.

Uno stratagemma per favorire il cambiamento è quello di risolvere prima problemi importanti con soluzioni semplici lasciando ad un secondo momento soluzioni più complesse in modo che si vadano rapidamente risultati parziali tenendo in questo modo alta la motivazione.

Una buona pianificazione aiuta a superare la resistenza se accompagnata da una comunicazione efficace e un rapporto di fiducia a saldo positivo.<sup>27</sup>

## **Capitolo 4: Il Progetto di presa in carico degli ospiti in RSAO al San Camillo secondo il modello delle cure basate sulla relazione**

### **4.1 Background:**

Pianificare un nuovo modello organizzativo per la presa in carico dei pazienti "nasce dalla necessità di migliorare il modello in uso ora, ancora centrato sui compiti, sperimentando un approccio più globale alla persona e cercando di individuare le autonomie e responsabilità dei singoli professionisti.

Vi è da parte della Direzione, degli operatori e dal contesto sociale l'esigenza di un cambiamento orientato ad assicurare una migliore qualità delle cure.

### **4.2 Contesto di riferimento:**

La RSAO, ubicata al V Piano dell'Ospedale S. Camillo, è dotata di 25 posti letto convenzionati con la Provincia. I pazienti vengono ammessi dopo accertamento

---

<sup>27</sup> Vd Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, pp.316-320.

da parte dell'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM), presente in tutti i Distretti della Provincia. L'UVM viene attivata, ai fini dell'accesso alla RSAO, da medico curante, servizi socio assistenziali e medico delle UU.OO. ospedaliere. Essendo destinata a utenti in condizioni cliniche precarie, il periodo di permanenza in struttura è indicato per un massimo di 180 giorni (prorogabili, con autorizzazione del referente autorizzato). All'interno dell'organizzazione sono stati adottati strumenti per assicurare l'integrazione e il coordinamento delle attività assistenziali, con il coinvolgimento di diverse professionalità e implementazione di processi che assicurano continuità e coordinamento tra le varie professionalità o servizi coinvolti.

Gli ospiti possono usufruire della palestra di reparto o della palestra dell'Ospedale per attività di fisioterapia. Le urgenze sanitarie vengono assicurate dal medico di guardia dell'Ospedale presente 24 ore su 24.

All'ingresso dell'utente viene elaborato un piano assistenziale individualizzato in rapporto alle indicazioni dell'UVM, utile anche per approfondire il metodo di approccio e di gestione dell'assistenza all'ospite.

Sicurezza sul lavoro: è presente un responsabile (RSPP) all'interno dell'Ospedale, che si avvale di consulenti esterni per ottemperare a quanto previsto dal decreto Legislativo n. 81/2008.

Viene garantita la formazione periodica agli operatori con particolare attenzione per la sicurezza in Ospedale e la prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Gli operatori hanno a disposizione linee guida scritte per la formulazione dei piani assistenziali terapeutici riabilitativi dell'ospite. Le procedure eseguite vengono annotate nella scheda clinica sottoposta periodicamente a revisione in rapporto alle condizioni del paziente.

Le stanze sono dotate di servizi igienici, aria condizionata, erogatori di ossigeno, testa letto con allarme chiamata, luce. Il reparto dispone altresì di una grande terrazza esterna usufruibile dagli ospiti non allettati. La RSAO dispone di comode che rispettano le norme di sicurezza, dispone altresì di sollevatori per il trasporto letto scivolo dei pazienti. È disponibile una cucina attrezzata di reparto. I pasti vengono serviti con vassoio personalizzato gestito da ditte esterne.

La sanificazione è eseguita secondo protocolli validati dalla Direzione Sanitaria Innanzitutto prima di sviluppare un cambiamento occorre effettuare una fotografia del contesto lavorativo:

La piantina:



### Organigramma del personale:

Organico assegnato all'RSAO:

- 1 Medico Responsabile
- 1 Medico Coordinatore
- 1 Coordinatrice infermieristico
- 6 Infermieri che provvedono alla presenza continua nelle 24 ore
- 14 OSS
- 1 Medico Fisiatra per 48 ore annuali
- 1 Fisioterapista per 18 ore alla settimana

### Tipologia degli utenti

La struttura può ospitare massimo 25 residenti. L'ingresso nella nostra realtà avviene tramite UVM.

Nel 2016 la struttura ha avuto 83 ospiti; con un totale di gg deg.

### La provenienza era:

TRENTO E VALLE DEI LAGHI	80
ALTA VALSUGANA	2
BASSA VALSUGANA E TESINO	1

**Eta media dei residenti: 85,5 anni**

**Sesso:**

**Femmine 63**

**Maschi: 20**

**Le patologie dei residenti nel 2016 sono state:**

Degenerazione senile dell'encefalo	16
Diabete mellito, tipo II o non specificato ,non definito se scompensato, senza menzione di complicazioni	16
Fibrillazione atriale	16
Ipertensione essenziale benigna	15
Cardiopatía ipertensiva benigna senza insufficienza cardiaca	14
Demenza senile ,non complicata	11
Altre forme specificate di cardiopatía ischemica cronica	9
Altro dispositivo cardiaco specificato in situ	8
Malattía renale cronica, non specificata	8
Anemia da altre malattie croniche	7
Bronchite cronica ostruttiva, senza esacerbazione	7
Costipazione	6
Occlusione di arteria cerebrale non specificata senza menzione di infarto cerebrale	6
Polmonite, agente non specificato	6
Aterosclerosi coronarica di vaso non specificato, nativo o bypass	5
Cachessia	5
Demenza senile con aspetti	5
Infezione del sistema urinario, sito non specificato	5
Parte non specificata del collo del femore, chiusa	5

#### **4.3 Organizzazione delle attività:**

Nel servizio di RSAO, al mio arrivo l'organizzazione del lavoro si basava sui compiti, quindi molto orientata al fare. La maggior parte delle attività sono in carico al turno del mattino, ove sono sempre presenti minimo un infermiere (tranne il lunedì e il giovedì 2 infermieri) e 5 OSS.

L'assistenza infermieristica è orientata a rispondere a tutti i bisogni degli ospiti: igiene, alimentazione, eliminazione, relazione ecc, attuata in collaborazione con il personale di supporto in relazione al loro profilo.

La gestione per compiti, portava tutti gli operatori ad attuare le loro mansioni, non lasciando spazio a momenti di confronto e non adoperando per obiettivi

riducendo l'assistenza all'attuazioni di compiti e non ad una presa in carico olistica dei residenti e dei loro famigliari.

Situazione che portava ad una minor qualità delle cure assistenziali ed ad un clima di insofferenza e frustrazione dei professionisti e degli operatori .

Questo clima purtroppo si ripercuoteva anche sui pazienti e la stanchezza molte volte creava attriti sia con i pazienti che con i familiari.

Da tale situazione emergeva la grande volontà e determinazione degli operatori a voler cambiare il proprio contesto lavorativo. Gli infermieri sono oggi chiamati a svolgere un'attività professionale che ha componenti sia tecniche che relazionali ed educative. Uno degli obiettivi della loro attività all'interno delle Aziende Sanitarie è quello di contribuire al miglioramento della qualità dei servizi nei suoi vari aspetti e, in particolare, a quella soddisfazione dei clienti che impegna tutte e tre le competenze suddette. Perché questo contributo possa risultare adeguato è necessario che gli infermieri, così come tutti gli altri operatori, abbiano una qualità di vita professionale adeguata. "infatti la soddisfazione del lavoro degli operatori interessa i membri della dirigenza infermieristica da due punti di vista, entrambi di grande importanza: quello di professionisti che hanno il compito di promuovere la soddisfazione dei collaboratori avendo essi stessi il diritto a una gratificazione che induca a fornire prestazioni di elevata qualità, e l'altra rispecchia l'aspetto motivazionale incentivando i propri operatori alla crescita formativa e professionale" <sup>28</sup>

#### **4.4 Modalità di raccolta dati ed analisi:**

Per adottare delle strategie di cambiamento in un contesto lavorativo bisogna innanzitutto capire la volontà e la disponibilità degli operatori. Sono state quindi attuate delle interviste al personale non medico, si è deciso di utilizzare questo strumento per due motivi: sia per conoscere gli operatori e sia perché essendoci molte persone di nazionalità straniera lo ho ritenuto più efficace come approccio. Tutti gli operatori hanno confermato la volontà di volere un cambiamento nel proprio contesto lavorativo.

#### **4.5 Riferimenti teorici - Modello Assistenziale:**

L'assistenza infermieristica si opera nei confronti dell'individuo malato, nell'esecuzione di tutte le attività che contribuiscono alla salute ed al suo ristabilimento, attività che eseguirebbe senza bisogno di aiuto se avesse la forza

---

<sup>28</sup> Vd Calamandrei C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*

e la volontà, in maniera tale da aiutarlo a raggiungere la sua indipendenza nel più breve tempo possibile.

Esistono a livello scientifico molte teorie in grado di rispondere alle necessità organizzative soprattutto sul terreno della quantità di risorse impiegate, sulla scelta delle strategie utili al raggiungimento degli obiettivi aziendali, sul tipo di modello organizzativo adottato.

Il modello ipotizzato per rispondere a queste caratteristiche è il Primary Nursing. In tale modello organizzativo si ha la presa in carico del paziente definendone i bisogni determinando risposte personalizzate.

La direzione al cambiamento dovrà interessare essenzialmente:

- a) le regole gestionali,
- b) il processo decisionale,
- c) la flessibilità organizzativa,
- d) l' introduzione di nuovi strumenti di gestione.

È alla luce di queste considerazioni, che si ritiene sia necessario dotarsi di strumenti di lettura ed interpretazione della realtà organizzativa, in grado di modificare ed orientare l'organizzazione del lavoro.

In generale, si può affermare che il modello organizzativo che dovrà essere introdotto nell'Ospedale dovrà essere caratterizzato da:

- 1) maggiore reattività e coerenza con l'ambiente di riferimento,
- 2) maggiore flessibilità nei processi di produzione dei servizi/prestazioni,
- 3) maggiore efficacia e maggiore efficienza.

E dovrà basarsi su:

- la centralità del fattore umano;
- il principio di autonomia e responsabilità sui risultati. L'autonomia è indispensabile affinché l'organizzazione possa rivolgersi con maggiore efficacia all'ospite. Poiché la relazione con l'ospite assume un ruolo centrale, è necessario porre il potere decisionale il più vicino possibile all'ospite (quindi bisogna ipotizzare una gestione con pochi livelli gerarchici, ma grosse linee funzionali, puntando a far leva su una cultura d'integrazione e di responsabilità professionale e gestionale;)
- La gestione efficace.

A tali prerequisiti, si possono trovare risposte concrete nella scelta di un modello organizzativo che si caratterizzi per la professionalità (responsabilità e competenza) e l'autonomia decisionale ed operativa degli operatori (decision-making). Privilegiando la formazione e la motivazione degli operatori.

A questi requisiti metodologici e formali risponde appieno il Modello organizzativo del Primary Nursing.

Smith 1996, Melchior, Halfens et al 1999 Leach et al 2001 Nelson 2002<sup>29</sup> definiscono il Primary nursing come: strategia resa fattibile determinando un rapporto primario tra un infermiere e un assistito associando a tale rapporto gli altri operatori , in un sistema a matrice dove ciascun infermiere è, contemporaneamente primario per qualche assistito e associato nell'assistenza ad altri.

la Responsabilità dell'assistenza infermieristica al singolo paziente diventa infatti assumibile da un singolo infermiere, non dagli infermiere quali gruppo di "anonimi" operatori di assistenza.

Il Primary è, secondo la definizione, un sistema organizzativo assistenziale focalizzato sulla relazione empatica tra il paziente e l'infermiere. La verifica delle cure prestate ad un ospite è sempre garantita, dall'infermiere di riferimento assegnato..<sup>30</sup>

Le cure erogate derivano da obiettivi stabiliti con il paziente e riflettono la capacità del professionista di lavorare in modo autonomo e responsabile.

Obiettivi attesi dall'implementazione del nuovo modello organizzativo:

- maggior soddisfazione dei pazienti, che saranno meglio informati e tranquillizzati da una relazione individualizzata e competente;
- maggior soddisfazione per gli infermieri (maggior responsabilizzazione, ed aumento della professionalità);
- maggior soddisfazione della famiglia, meglio informata e integrata nelle cure;
- migliore collaborazione tra i membri del team curante;
- cure più sicure.

La relazione che viene ad instaurarsi consente all'infermiere di concretizzare una presa a carico effettiva, divenendo come tale il responsabile del piano dell'assistenza infermieristica dell'ospite a lui assegnato.

Questa relazione richiede la capacità dell'infermiere di agire in termini di responsabilità infermieristica, di cui la disponibilità delle informazioni, la decisione di come devono essere erogate le cure e la pianificazione degli obiettivi costituiscono le tre principali aree di detta responsabilità.

---

<sup>29</sup> Smith 1996, Melchior, Halfens et al 1999 Leach et al 2001 Nelson 2002

<sup>30</sup> Manthey Marie: La Pratica del Primary Nursing. L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse umane. Roma. Il Pensiero Scientifico Editore 2009

## **Finalità del progetto**

La principale finalità di questa sperimentazione è rappresentata dal miglioramento dell'offerta assistenziale erogata presso "l' Ospedale San Camillo" volta a incrementare la soddisfazione del paziente e al contempo quella di tutto il personale dipendente.

L'ipotesi sperimentale, nasce e si sviluppa a partire dal concetto base delle *Cure basate sulla relazione*, che sottolinea l'importanza della valorizzazione della relazione non solo tra l'ospite ed il personale di cura, bensì tra tutte le persone coinvolte, quindi anche con la famiglia, i volontari, ma anche quella tra i professionisti medesimi.

Nell'ambito della pratica assistenziale le Cure basate sulla relazione creano i presupposti per un'assistenza in termini di effettiva presa in carico dell'ospite che, insieme al suo entourage, risiede al centro dell'attenzione.

Il cambiamento dell'assetto relazionale paziente-professionista/operatore costituisce dunque il fulcro del *Concetto di cura*.

La pratica delle Cure basate sulla relazione si realizza attraverso l'attivazione di 7 distinte dimensioni:

- contesto di cura
- leadership
- lavoro di équipe multiprofessionale
- pratica infermieristica professionale
- **modello dell'assistenza infermieristica**
- pratica guidata dalle risorse
- valutazione dei risultati

IL modello ipotizzato per rispondere a queste caratteristiche come precedentemente sottolineato è il Primary Nursing.

Si è pensato di affidare ad ogni infermiere un gruppo di ospiti, con il mandato di identificare i problemi infermieristici, gli obiettivi, gli interventi e la valutazione finale.

L'infermiere referente avrà la regia sull'ospite in carico, identifica i bisogni assistenziali, personalizza l'assistenza, vigila sull'assistenza fornita dai colleghi e dalle figure di supporto. Accertando e monitorizzando gli interventi pianificati.

Azioni attese:

- Effettuare la prima accoglienza, raccogliere i dati anamnestici del paziente e della situazione familiare, pianificare il percorso assistenziale;

- Essere punto di riferimento per il malato e la famiglia;
- Provvedere alla gestione degli appuntamenti per le visite specialistiche e di follow-up;
- Tenere la cartella clinica dei casi in carico;
- Verificare le pratiche burocratiche e legali;
- Curare la raccolta dei dati;
- Valutare il raggiungimento degli obiettivi.

#### **4.6 Elementi costitutivi del progetto:**

1. Attribuzione e accettazione da parte di ciascun individuo della responsabilità personale nel prendere delle decisioni;
2. L'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo del PN;
3. Comunicazione diretta da persona a persona;
4. Una persona operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana.

In particolare il primo ed il quarto elemento esprimono il concetto chiave di questa organizzazione dell'assistenza: l'approccio decisionale decentrato, dove il flusso comunicativo risulta essere semplificato e tutte le decisioni prese sono basate sulla conoscenza dei bisogni del paziente e sulla relazione con esso e con i suoi famigliari.

Ciò può realizzarsi solo dopo l'avvenuta attribuzione di un ospite ad un infermiere che si assume la responsabilità della sua assistenza dall'ingresso dell'Ospite.

#### **Risultati attesi**

- Aumento della motivazione degli operatori;
- Elevata personalizzazione, autonomia e responsabilizzazione negli interventi;
- Aumento del grado di soddisfazione dei pazienti e dei familiari.

#### **Fasi del progetto sperimentale**

L'attuazione di questo modello di cura ha necessariamente tenuto in considerazione le particolarità e la complessità in senso lato che caratterizzano il primo passo in tale direzione ed è consistito nella costituzione di un gruppo di lavoro sperimentale.

Il mandato principale di questo gruppo è la definizione e la realizzazione di quanto necessario per concretizzare tale modello di cura.

In tal senso le attività da esso svolte possono essere sintetizzate come segue:

1. Definizione di linee guida che potessero sostenere le équipes infermieristiche dei moduli ove tale modello assistenziale verrà implementato;
2. Allestimento di un pacchetto formativo per poter rispondere ai bisogni di formazione;
3. Creazione di un sistema di valutazione al fine di poter valutare l'effettivo cambiamento vissuto dalle équipes infermieristica;
4. Collaborazione con la Dirigenza al fine di sostenere l'implementazione fattiva del modello nei singoli moduli.

Per lo svolgimento delle sue attività il gruppo operativo si avvale della collaborazione dei servizi di formazione e della qualità dell'Ospedale.

All'interno di ogni singolo reparto tale discorso si articola a partire dalle peculiarità di vario genere (organizzative, derivanti dal tipo di dinamiche relazionali e dalle necessità di vario genere ivi presenti).

Sarà quindi il gruppo di lavoro che valuterà la modalità di applicazione effettiva del Primary Nursing presso il proprio reparto.

All'interno di questo percorso il coordinatore ha un ruolo altrettanto fondamentale in quanto funge da ispiratore, promotore e supervisore del cambiamento.

Il progetto coinvolge anche altre figure professionali implicate nella cura del paziente. È pertanto fondamentale che tutti, medico, fisioterapista, oss ecc. siano informati e coinvolti da subito nella sua realizzazione. In modo particolare, il nuovo assetto relazionale paziente-infermiere genera un'interazione medico-infermiere – Infermiere -OSS che beneficia della miglior presa a carico globale del paziente

### **PRIMA FASE:**

Come prima fase del progetto di riorganizzazione è quella di definire gli obiettivi identificando i soggetti coinvolti, valutare i costi, esprimere i dati attesi e naturalmente pianificare in termini di tempo il progetto. A tutto il personale, anche medico è stato presentato il progetto delineando tutte le fasi di concretizzazione della riorganizzazione.

Condivisione del modello organizzativo del PN a garanzia di:

- Personalizzazione dell'assistenza
- valorizzazione del professionista

## OBIETTIVO GENERALE

Come primo intervento per attuare un cambiamento organizzativo, è la definizione degli obiettivi:

- Definire, introdurre e sperimentare il modello assistenziale basato sulla relazione e gli strumenti di integrazione necessari per orientare la pratica professionale nella individuazione delle priorità e degli interventi assistenziali. Approfondire le conoscenze rispetto ai livelli di responsabilità per la presa in carico dell'ospite allo scopo di orientare e favorire comportamenti professionali coerenti ai bisogni assistenziali
- Garantire una assistenza personalizzata agli ospiti, migliorando l'efficacia assistenziale e garantendo la continuità assistenziale
- Facilitare e orientare l'utente e la sua famiglia nel percorso socio-assistenziale.

Gli obiettivi sono stati inizialmente pianificati con il coordinatore, il primario, la Direzione Sanitaria ed il servizio Infermieristico. Successivamente tramite diverse riunioni e incontri sono stati condivisi con tutto il personale. E' stata eseguita e consegnata una scheda a tutti gli operatori ed anche al personale medico contenente gli obiettivi, la qualificazione del personale, gli interventi ed infine la valutazione espressa come indicatore di qualità:

<b>Obiettivo</b>	<b>Ambito di qualificazione Fattore di qualità</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore di qualità</b>
Definire, introdurre e sperimentare il modello assistenziale basato sulla relazione	maggior soddisfazione dei pazienti, per un'assistenza individualizzata e competente	Introduzione di un modello organizzativo e professionale dell'assistenza centrato sulla relazione	assistenza personalizzata agli ospiti: miglior definizione degli obiettivi e raggiungimento sup 70% degli Outcome
Promuovere la responsabilità e la competenza professionale	Orientare e supportare il professionista in una logica di sviluppo e crescita continua (pensiero critico e percorso di sviluppo professionale) con un'ottica di massima integrazione multiprofessionale e interprofessionale dove il requisito base è la	Approfondire le conoscenze e fornire indicazioni rispetto al sistema dei valori, il modello basato sulla evidenza scientifica per la scelta delle priorità e degli interventi assistenziali, i livelli di responsabilità per la presa in carico del	Sviluppo di una modalità di approccio professionalizzante e capace di sostenere le motivazioni che sono alla base delle scelte professionali. Definizione di un percorso

	consapevolezza del proprio mandato specifico professionale	paziente allo scopo di orientare e favorire comportamenti professionali coerenti alle attese della organizzazione ed ai bisogni assistenziali degli ospiti e della collettività.	assistenziale per ogni singolo paziente
Supporto ai familiari di riferimento, con coinvolgimento e miglioramento delle strategie di coping	soddisfazione della famiglia, informata e integrata nel percorso assistenziale	Aiutare i famigliari a valutare la situazione in maniera realistica e predisponendo un piano d'azione condiviso. Indagando sulle loro capacità di adattamento e sui sistemi di sostegno di cui dispongono.	Adozione di adeguati meccanismi di adattamento efficace della famiglia. Riduzione di contenziosi
Acquisire strategie per promuovere il benessere lavorativo in un ottica di integrazione multi professionale e multi disciplinare	Favorire un confronto sul significato di conoscenza dell'organizzazione e sul ruolo e potenzialità di un gruppo di lavoro individuando gli aspetti qualificanti dell'interazione tra singolo - gruppo e organizzazione. Riconoscere il processo di funzionamento di un gruppo e gestire le dinamiche relazionali all'interno del gruppo attivando modalità efficaci e soddisfacenti.	confrontare le competenze ed i profili di responsabilità per l'adozione di un modello organizzativo ed assistenziale che preveda una efficace integrazione fra le figure	Capacità di finalizzare l'azione assistenziale. Rilevazione e analisi di eventuali conflitti e attriti e dei livelli di esplicazione degli stessi. - Acquisizione di strategie alternative di relazione tra le varie figure professionali. - Riduzione dei conflitti.

**Costi:** Questo modello non implica un aumento dell'organico. Unica spesa riguarda la formazione.

### **SOGGETTI COINVOLTI**

Infermieri, personale di supporto, Coordinatore di reparto, Direttore, Responsabile Ufficio Formazione e Qualità, Personale dipendente.

## **Risultati attesi**

- Aumento della motivazione degli operatori;
- Elevata personalizzazione, autonomia e responsabilizzazione negli interventi;
- Aumento del grado di soddisfazione dei pazienti e dei familiari;
- Migliorare l'aspetto organizzativo.

## **SECONDA FASE:**

### **CREAZIONE DI UN TEAM**

Dopo aver condiviso gli obiettivi del progetto si passa alla fase successiva; la creazione di un team.

Un team ad alte performance deve essere caratterizzato dall'interazione e dalla collaborazione dei membri, oltre che dalle specifiche tecniche dei singoli.

Compito del Project manager è quello di motivare continuamente, dare rafforzamenti positivi e costruttivi. Per operare bene un team deve avere chiara la visione del progetto e dei target da raggiungere.

I sei principi guida per la realizzazione di un buon team:

1. Creare il senso di appartenenza: ogni membro deve sentire il progetto come proprio.
2. Far conoscere l'intero progetto
3. Riuscire ad ottenere consensi di gruppo. Costruire il progetto decisionale attraverso il consenso di tutti
4. Apprezzare il lavoro svolto
5. Creare il livello di reciproca stima
6. Responsabilizzare il team – assegnare dei compiti e delle responsabilità<sup>31</sup>.

Una volta definito il team, vengono assegnate le responsabilità ed i compiti in base alle capacità ed alle competenze .

Il coordinatore diventa il responsabile del progetto.

---

<sup>31</sup> C. Cortese, A. Fedrigotti: *Etica: sviluppo morale e professionalità*- ed Sorbona, Milano, 2009

## TERZA FASE:

### OFFERTA FORMATIVA

Un cambiamento di tale portata, sia dal punto di vista culturale che organizzativo, genera bisogni formativi specifici per i quali il pacchetto formativo creato appositamente si sviluppa su:

- **Ruolo e responsabilità:** Tale formazione viene proposta all'avvio delle attività di preparazione a tutti i membri dell'équipe dei nuclei che si prestano ad adottare il modello assistenziale Primary Nursing -Cure basate sulla relazione.
- **Relazione:** L'adozione delle Cure basate sulla relazione comporta inevitabilmente un cambiamento dell'assetto relazionale con il paziente. Tale formazione ha quindi per scopo lo sviluppo delle competenze relazionali nell'ottica di un agire infermieristico più professionale e responsabile.
- **Processo Decisionale:** finalizzato a delineare e sostenere il cambiamento effettivo all'interno di ogni équipe.
- **Il processo dell'assistenza/l'agire professionale infermieristico:** si basa essenzialmente sulla pianificazione delle cure. Analisi interdisciplinare dei casi clinici al fine di sviluppare le competenze cliniche delle infermiere a partire dalla pratica professionale, quindi da frangenti di cura concreti, viene analizzata una situazione clinica di un paziente. Tale formazione favorisce il confronto professionale, la conoscenza interdisciplinare e lo sviluppo di uno spirito critico e creativo contribuendo così alla realizzazione della pratica guidata dalle risorse.

Nel suo insieme l'offerta formativa riveste un ruolo fondamentale nella realizzazione delle Cure basate sulla relazione nei termini delle dimensioni di cui sono costituite permettendo lo sviluppo del ruolo infermieristico (sia rispetto alle competenze cliniche, sia a quelle relazionali), dello spirito critico e della leadership clinica.

Il pacchetto formativo è strutturato da:

- Una giornata di formazione d'aula della durata di 8 ore in fase iniziale il gg 14.04.16;
- Giornate di formazione di 4 ore:
  - 19.05.2016
  - 06.06.2016

- Una giornata di formazione di 8 ore per concludere la prima fase del progetto il 25 06.2016;

TOTALE ORE D'AULA 24

- Un percorso di formazione sul campo della durata di 6 mesi.

### **Il cambiamento**

L'esperienza di implementazione delle Cure basate sulla relazione costituisce sicuramente un cambiamento organizzativo a cui soggiace quello prettamente di tipo culturale che risulta dal percorso e dal contributo di ogni singolo.

All'interno di ogni équipe infermieristica la riflessione inerente il ruolo e il senso delle cure è di fondamentale importanza, ed altrettanto importante è che essa venga ispirata, stimolata e sostenuta dai quadri infermieristici.<sup>32</sup>

### **QUARTA FASE:**

#### **LA VALUTAZIONE DEL PROGETTO :**

La valutazione riveste un ruolo fondamentale anche nell'ambito di questo percorso di implementazione. Soltanto attraverso la misurazione dei risultati è possibile agire nell'ottica del miglioramento continuo, e ciò non unicamente per quanto attiene alla qualità delle cure, ma in primis rispetto al cambiamento organizzativo e culturale.

Durante il percorso di implementazione ogni nucleo vivrà 3 momenti valutativi:

#### **Audit aspetti strutturali – Primo mese**

Prima di iniziare ad assegnare i pazienti, Il coordinatore accerta che siano presenti le premesse strutturali ed organizzative.

**Audit clinico a 3 mesi:** A circa 3 mesi dall'inizio assegnazione pazienti ha luogo un audit clinico che permette di effettuare un punto della situazione rispetto alla realizzazione del Primary Nursing, nella fattispecie per quanto attiene agli elementi che lo costituiscono (responsabilità infermieristica, comunicazione diretta, cura e assegnazione del paziente secondo il metodo dei casi).

L'audit clinico prevede l'analisi dei documenti di cura Orientati al paziente, lo studio di alcuni aspetti strutturali importanti e l'intervista semi-strutturata a tutti coloro che sono coinvolti nella cura (pazienti, infermiere, medici ed altri professionisti come ad es. il fisioterapista).

---

<sup>32</sup> Marra F., Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. Aspetti contrattuali e management, FrancoAngeli, Mialano, 2010

Il rapporto di audit viene elaborato e restituito all'équipe, in occasione di un incontro di nucleo.

### **Valutazione a 6 mesi**

Una volta passati circa 6 mesi dall'inizio dell'assegnazione pazienti, a tutti i professionisti attivi presso il nucleo in questione ed agli ospiti e familiari, verrà richiesto di esprimere il vissuto e il parere.

Ogni Reparto riceve l'esito della valutazione.

Anche queste attività di valutazione si inseriscono in una dimensione fondamentale delle Cure basate sulla relazione.

### **OUTCOME:**

il progetto è stato esposto agli ospiti ed ai familiari tramite comunicazione diretta.

### **Ospiti:**

- a 3 giorni dall'ingresso in ospedale, il paziente dimostrerà di essersi adattato al contesto, non si verificheranno situazioni di conflitto
- descriverà il suo stato emotivo all'infermiere
- utilizzerà il sostegno offerto dagli operatori
- parteciperà per quanto possibile alle prese di decisioni riguardo la sua persona
- parteciperà per quanto possibile alla cura di se
- manterrà dei contatti sociali
- non farà affermazioni che esprimono solitudine o senso di abbandono

### **Familiari:**

- Si rivolgeranno liberamente agli infermieri per domande o suggerimenti
- Dimostreranno di aver compreso diagnosi ed il percorso assistenziale pianificato
- Dimostreranno comportamenti di ascolto e sostegno reciproco
- Individueranno le risorse interne ed esterne alla famiglia

### **Infermieri e personale di supporto:**

- fisseranno obiettivi socio-sanitari realistici e ne perseguiranno il raggiungimento.
- Riconosceranno i comportamenti individuali inefficaci
- Si sentiranno professionalmente più competenti nel gestire le situazioni

## **CONCLUSIONI:**

In una società caratterizzata da una forte incertezza socio/economica, dove il prodotto salute viene sempre più valorizzato in funzione di una razionalizzazione della spesa, e dove, l'obiettivo primario delle innumerevoli manovre è quello di risparmiare, il ruolo di coordinamento della professione infermieristica, ha necessità di trovare momenti di riflessione per comprendere la situazione reale e per individuare le strategie e le opportunità da sviluppare per il futuro.

Nella piena convinzione che la salute è un bene di tutti e sulla quale non si può e non si deve speculare, viene ad essere un imperativo morale, esprimere un forte segnale in termini di tutela al diritto della salute dei cittadini, contrastando la scelta di far pagare indistintamente le spese di una crisi economica a chi ha problemi di salute, alla prevenzione ed alla promozione della salute.

L'evoluzione di una società può essere giudicata dalla qualità di vita della sua popolazione, dall'equo stato di benessere distribuito al suo interno e dal livello di protezione garantito alle fasce di popolazione più vulnerabili e svantaggiate.

Lo stato di salute viene ad essere determinato da diversi fattori detti determinanti sociali di salute e sono in sostanza le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Queste circostanze sono modellate dalla distribuzione di denaro, potere e risorse a livello globale, nazionale e locale, che a loro volta è influenzata da scelte politiche.

*I prerequisiti per la salute sono la pace, una casa, l'istruzione, la sicurezza sociale, le relazioni sociali, il cibo, un reddito, l'attribuzione di maggiori poteri alle donne, un ecosistema stabile, un uso sostenibile delle risorse, la giustizia sociale, il rispetto dei diritti umani, l'equità. La più grande minaccia per la salute è la povertà. ( Dichiarazione di Giacarta 1997).*

Si desume che se si vogliono affrontare le vecchie e le nuove sfide per raggiungere obiettivi di salute, è necessario sviluppare un rapporto collaborativo e trasparente, andando ben oltre i tradizionali interventi di sanità e affrontando i fattori strutturali e le condizioni di vita, consci che il reale e stabile miglioramento della salute nella popolazione dipende soprattutto dalla comprensione delle cause e dalla modalità con cui si vuole affrontarle.

Viene quindi ad essere ovvio considerare come nel patrimonio valoriale all'interno del "sistema salute" si stanno progressivamente affermando gli elementi tipici del paradigma disciplinare delle professioni infermieristiche: la centralità del cittadino, l'approccio olistico, l'approccio armonico, la continuità, il superamento

della frammentazione a favore di una logica centrata sulla presa in carico della persona, arrivato ad una assistenza centrata sulle relazioni.

Il paradigma del "prendersi cura" come un equilibrio dinamico di più fattori (eucrasia ippocratica) specifico delle discipline infermieristica pone le basi concettuali nei quattro concetti fondamentali del meta paradigma dell'infermieristica: persona/ambiente/salute/assistenza.

La mission primaria dell'infermiere è il prendersi cura del cittadino che assiste, in una logica olistica ed armonica, considerando le sue relazioni sociali ed il contesto ambientale. Il prendersi cura è agito attraverso la strutturazione di una relazione empatica e fiduciaria soprattutto quando il cittadino, che vive momenti difficile, diviene "più fragile" e perciò ancora più bisognoso di aiuto e sostegno.

Impegnarsi per processi assistenziali di elevata qualità significa anche schierarsi per una società attenta ai bisogni dei cittadini. Ciò ci riguarda tutti ed assume particolare importanza alla luce dell'evoluzione dell'infermieristica in termini di cultura, profilo, progresso ed innovazione.

Un obiettivo potrebbe essere caratterizzato dal tentativo di individuare, nell'ambito delle *proposte* sanitarie in essere, le caratteristiche degli interventi, identificando le resistenze e le opposizione al cambiamento, sarà quindi necessario pensare anche a nuove modalità organizzative a partire da una diversa impostazione dell'assistenza, che dovrà essere guidata dalla reale presa in carico del cittadino, ed il modello del primary nursing ha tutti i requisiti per rispondere a tale esigenza.

Il risultato di questo sforzo è una serie di interventi validi e sistematici che si rivolgono con una prospettiva nuova ed incoraggiante agli ostacoli che si prospettano nel mondo della salute dei cittadini.

Viene quindi ad essere mandato prioritario del Coordinatore infermieristico gestire questo cambiamento, stimolando gli operatori a dare il meglio di se, motivandoli, e questo mio progetto, ha dato l'avvio ad un cambiamento significativo nel contesto della RSAO dell'Ospedale San Camillo affinché le condizioni organizzative pianificate ed iniziate ad attuare nel mio tirocinio portino ad una valorizzazione dei processi assistenziali, ad una maggior consapevolezza e competenza dei professionisti ma soprattutto ad una maggior qualità delle cure erogate, in ottica di personalizzazione ed umanizzazione.

E' stato sicuramente un impegno, ma grazie alla fiducia dei collaboratori e della dirigenza dell'Ospedale San Camillo sono riuscita a continuare il progetto apportando dei miglioramenti significativi all'interno del reparto. La maggior

soddisfazione è stata nel veder un lento ma continuo cambiamento negli atteggiamenti di tutti gli operatori; infatti rispetto all'inizio della sperimentazione sono più attivi, interessati e si è formato un gruppo più coeso, ma soprattutto orientando in maniera significativa la loro assistenza alla centralità dei pazienti con interventi personalizzati .

### **RINGRAZIAMENTI:**

La tesi è dedicata a Mamma Maria e per mezzo suo lodo , benedico e ringrazio Dio Padre, Dio Figlio e Dio Spirito Santo per tutti i suoi benefici.

Un vivo e riconoscente ringraziamento:

alla Car.ma e Rev.ma Madre Zelia Andrighetti

Alla mia cara superiora suor Rosa Pesce

Alla mia cara comunità di Trento

Alla mia relatrice Sara Rizzo

Al mio correlatore Marco Maines

Alla coordinatrice del reparto RSAO San Camillo di Trento

suor Noëlie Nongana

Alla dott.ssa Mila Masorgo

Alla coordinatrice dei reparti medicina e cardiologia Ornella Capelli

Alle mie compagne di studio suor Mélanie Bonou e suor mélanie Doamba

Alla mia cara famiglia

A tutti coloro che mi hanno aiutato e sostenuto durante questi anni di formazione.

Grazie senza fine. Il Signore che non si lascia mai vincere in generosità ricompensi ognuno al centuplo.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1- Calamandrei C., Manuale di management per le professioni sanitarie, McGraw-Hill, Milano, 2016.
  - 2- Marra F., Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. Aspetti contrattuali e management, FrancoAngeli, Milano, 2010.
  - 3-Pennini A., G. Barbieri, Le responsabilità del coordinatore delle professioni sanitarie, McGraw Hill, Milano, 2011.
  - 4-Pennini A., Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie, McGraw Hill, Milano, 2013.
  - 5- Decreto Ministeriale del 13/09/1988 "Determinazione degli standards del personale ospedaliero".
  - 6-Decreto del MURST 3 novembre 1999 n.509, pubblicato nella G.U del 4 gennaio 2000 n.2
  - 7-Linee Guida della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, per l'attivazione del Master in Management per le funzioni di Coordinamento nelle professioni Sanitarie
  - 8-L'innovazione organizzativa nelle aziende Sanitarie (Tanese 1999)
  - 9-Smith 1996, Melchior, Halfens et al 1999 Leach et al 2001 Nelson 2002
  - 10-Manthey Marie: La Pratica del Primary Nursing. L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse umane. Roma. Il Pensiero Scientifico Editore 2009
  - 11-C. Cortese, A. Fedrigotti: *Etica: sviluppo morale e professionalità*- ed Sorbona, Milano, 2009
-