

# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SALERNO

**Dipartimento di Scienze Aziendali  
Management & Innovation Systems**



Corso di Dottorato di Ricerca in  
Management & Information Technology  
Curriculum in: Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche  
XVI Ciclo

Tesi di Dottorato

*Realtà e Prospettive nel management sanitario:  
uno studio all'ombra dei leader*

Tutor:  
Chiar.ma Prof.ssa Gabriella Piscopo

Candidata:  
Marilena Indrieri

Coordinatore:  
Chiar.mo Prof. Andrea De Lucia

Anno Accademico 2016/2017

## Indice

Capitolo primo.....	8
<i>La Leadership</i> .....	8
<i>Il costrutto della Leadership: le principali teorie</i> .....	9
Sigmund Freud e la psicologia delle masse.....	10
Approccio Innatista: Il Grande Uomo .....	10
La teoria dei tratti .....	12
Le Teorie Situazioniste .....	14
Le teorie comportamentiste .....	16
Le Teorie Contingenti .....	21
La Path Goal Theory.....	23
La Leadership Situazionale: La leadership Transazionale.....	25
La Leadership Trasformativa .....	28
<i>Leadership &amp; Management</i> .....	29
<i>Leadership: una questione di genere?</i> .....	32
<i>Differenze stereotipate di genere</i> .....	37
<i>Strategic Leadership Mindset</i> .....	42
Il System thinking.....	45
Reframing .....	47
Reflecting.....	48
Capitolo secondo .....	51
<i>Introduzione</i> .....	51
<i>Organizzazione Aziendale e Azienda Sanitaria</i> .....	52
<i>Leadership &amp; Azienda sanitaria</i> .....	57
<i>La Clinical Governance e il ruolo del manager</i> .....	58
<i>La Leadership in Sanità: caratteristiche distintive in letteratura</i> .....	61
<i>Clinical leadership &amp; Managerial leadership</i> .....	69
<i>Leadership transazionale e trasformativa in sanità</i> .....	73
<i>Clinical leadership e differenze di genere</i> .....	74
Capitolo terzo .....	77
<i>Metodologia della ricerca</i> .....	77
<i>Lo shadowing</i> .....	80
<i>L'indagine presso l'ASL Salerno</i> .....	85
<i>I soggetti della ricerca</i> .....	88
<i>Risultati</i> .....	89

Shadowing n.1 .....	91
Shadowing n.2 .....	96
<i>Discussione dei risultati</i> .....	100
Conclusioni .....	103
Bibliografia.....	106
Sitografia.....	121
Appendice.....	122
<i>Scheda rilevazione</i> .....	122

## Introduzione

Ognuno di noi, nel corso della propria vita, si è trovato inserito in un gruppo avente come finalità lo svolgimento di una mansione professionale, o semplicemente un gruppo di tipo informale; ognuno di noi ha sperimentato su di sé lo stile di conduzione di un gruppo adottato da un leader.

Il leader, nell'immaginario collettivo, è colui il quale è a guida di un particolare gruppo, in modo implicito od esplicito; solitamente il leader è una figura carismatica, che trova legittimazione dal punto di vista politico o sociale, che emerge dalla massa di individui di cui fa parte, diventando il punto di riferimento.

Sulla figura del leader da sempre gli studiosi delle scienze sociali hanno cercato una definizione il più esaustiva possibile e una valutazione delle caratteristiche salienti; una delle caratteristiche fondamentali di un buon leader è riuscire ad elicitare alcuni specifici comportamenti nei propri *follower*, coloro i quali sono inseriti, cioè, all'interno del medesimo gruppo.

La letteratura scientifica ha prodotto diverse teorie nel corso del tempo: il leader, solitamente, è colui il quale indirizza i comportamenti di un gruppo poiché possiede alcune caratteristiche distintive che lo rendono in grado di dirigere ed indirizzare il comportamento altrui. Queste caratteristiche attengono alla personalità. Nel corso del tempo la quasi totalità delle scienze sociali ha tentato di concettualizzare e teorizzare le caratteristiche distintive che un leader riconosciuto possiede, e i meccanismi attraverso i quali riesce ad orientare l'altrui comportamento verso un obiettivo condiviso.

Il concetto di leadership, pertanto, è un argomento che ha da sempre affascinato, in virtù delle ricadute che ha anche dal punto di vista professionale ed organizzativo. Il management, nel corso degli ultimi anni, ha dato grande importanza alla figura del leader all'interno delle diverse strutture organizzative. La leadership rappresenta una leva gestionale determinante all'interno dell'organizzazione poiché attraverso un suo corretto esercizio si ottengono migliori performance.

La leadership è stata analizzata da molteplici punti di vista: uno dei più interessanti e maggiormente attuali riguarda la valutazione delle differenze di genere nell'esercizio della

leadership: è possibile effettuare inferenze relativamente alla conduzione di un gruppo condotta da un uomo e da una donna che possano essere generalizzabili?

Il presente lavoro si concentra sull'analisi di un particolare tipo di leadership, rinvenibile all'interno delle strutture sanitarie, definita *clinical leadership*<sup>1</sup>. Le caratteristiche proprie di un *clinical leader* efficace sono inerenti sia alle competenze tecnico-specialistiche proprie della formazione clinica, sia all'insieme di competenze trasversali che consentono di raggiungere performance di buon livello nel contesto peculiare delle aziende sanitarie. Un leader di una struttura sanitaria deve essere in grado di motivare ed orientare l'altrui comportamento al fine di garantire una prestazione di cura efficace e rispettosa del paziente e dei suoi familiari. Nondimeno, un buon *clinical leader* è colui il quale riesce a formare ulteriormente i propri collaboratori, cercando di raggiungere la migliore performance possibile, ovvero il migliore stato di salute. Il leader clinico, inoltre, è colui in grado di rapportarsi a due differenti dimensioni: la prestazione di cura e la relazione con il management aziendale.

Lo studio e l'analisi della leadership all'interno delle organizzazioni sanitarie sta acquisendo una crescente importanza per gli studiosi di management: proliferano i corsi, soprattutto a livello internazionale, che consentono ai dirigenti medici di sviluppare il miglior stile di leadership rispetto alla propria personalità. La necessità di tali corsi trova legittimazione nel fatto che i percorsi universitari formano professionisti dal punto di vista clinico, tralasciando quasi completamente lo studio e la valutazione delle competenze necessarie a gestire un gruppo di lavoro.

Così come è accaduto per il concetto di leadership, anche per ciò che concerne la *clinical leadership* è stato dato ampio risalto alle differenze di genere nell'esercizio della stessa: ne sono un esempio i lavori di Gilmartin D'Aunno (2008).

I costrutti che sono alla base della presente trattazione sono i concetti di *clinical leadership* e *gender differences*; l'obiettivo del lavoro è contribuire a colmare un gap della letteratura così sintetizzato da Lega et al. (2017) "*The literature on transformational and charismatic leadership has not yet been reflected in the literature on male-female differences*".

---

<sup>1</sup> The ability to influence peers to act and enable clinical performance; provide peers with support and motivation; play a role in enacting organizational strategic direction; challenge processes; and to possess the ability to drive and implement the vision of delivering safety in healthcare"(Garrubba M, Harris C, Melder A., 2011)

Il presente lavoro prende le mosse da un progetto di studio intrapreso dal Dipartimento di Scienze Aziendali dell'Università degli Studi di Salerno, nell'ambito delle attività formative del Master di II livello in Direzione delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie – DAOSan. Al fine di valutare lo stile di leadership all'interno delle strutture sanitarie e valutare l'impatto delle differenze di genere nell'esercizio della *clinical leadership*, sono state adottate due differenti chiavi interpretative: una organizzativo-manageriale, finalizzata a valutare l'impatto gestionale, e una psicologica, utile a delineare i risvolti psicologici dell'esercizio della *clinical leadership*.

Per sviluppare tale trattazione, sono stati esaminati i principali contenuti della letteratura internazionale sul tema oggetto di studio; definite le ipotesi di ricerca e si è infine proceduto all'analisi delle evidenze empiriche. Il lavoro è articolato in tre capitoli.

Il primo capitolo presenta un inquadramento teorico concettuale delle varie teorie sulla leadership con particolare attenzione alle più recenti evoluzioni del concetto.

Il secondo capitolo analizza la *clinical leadership* come leva gestionale fondamentale dell'organizzazione sanitaria sviluppando la comparazione fra *clinical leadership* e *manageriale leadership* all'interno di una struttura sanitaria.

Il terzo capitolo presenta i risultati di uno studio di caso condotto all'interno di una struttura sanitaria italiana, che risponde alle seguenti domande di ricerca:

- RQ 1: Come si configura lo stile di leadership all'interno di un'organizzazione sanitaria?
- RQ 2: In che modo impattano le differenze di genere sulla *clinical leadership*?

La ricerca si fonda sull'analisi della figura del leader all'interno delle aziende sanitarie: detta analisi è stata condotta utilizzando una particolare metodologia di ricerca: lo *shadowing*. Oggetto di analisi sono stati due dirigenti medici appartenenti alla medesima struttura sanitaria a capo di due reparti affini per prestazione di cura erogata.

Dopo aver illustrato la metodologia di ricerca utilizzata e gli *step* metodologici seguiti, il capitolo analizza quanto rilevato a seguito dell'attività di osservazione compiuta: per l'osservazione si è utilizzata una scheda di rilevazione dei comportamenti (riportata in

appendice al presente lavoro) creata *ad hoc* al fine di rilevare le varie componenti del costrutto di *clinical leadership*.

## Capitolo primo

### *La Leadership*

Brown (1990, p. 86) considera i leader «*le persone che all'interno di un gruppo influenzano gli altri membri più di quanto siano influenzati loro stessi*»; sulla stessa linea è la definizione di Novara e Sarchielli (1996, p. 273):

*«La leadership [...] è definibile come una forma di influenza, caratterizzata dalla capacità di determinare un consenso volontario, un'accettazione soggettiva e motivata nelle persone rispetto a certi obiettivi del gruppo o dell'organizzazione. La leadership implica la persuasione degli altri a mettere in secondo piano, per un certo tempo, i propri personali interessi al fine di perseguire uno scopo comune, importante per il gruppo».*

Il termine leadership è stato mutuato dalla parola “laedan”, forma causativa di “lithan” che significa, in inglese antico, andare e viaggiare. Sono state adottate parole simili in olandese (leiden), tedesco (leiten) e in norreno (leitha). La parola inglese “to lead” e quella tedesca “leiten” significano, nel linguaggio corrente, condurre (Random, House Unabridged Dictionary, 2006). Nell’Oxford English Dictionary le definizioni fornite relativamente al concetto di leadership includono i seguenti concetti:

- ✓ la dignità e la posizione del leader;
- ✓ un gruppo di persone (i follower);
- ✓ l’azione o l’influenza necessarie per dirigere o organizzare lo sforzo (comune) in un’intrapresa di carattere collettivo;
- ✓ la capacità di guidare gli altri.

Lo studio della leadership ha da sempre affascinato studiosi e accademici, che hanno osservato e indagato questo particolare processo che nasce all’interno di un gruppo sociale dal punto di vista filosofico, psicologico, storico, delle scienze sociali ed organizzative.

Non esiste una ricetta univoca e chiara sul corretto stile di leadership nei confronti dei *follower*. Diversi autori (Hollander 1978; Leroy et al. 2012; Agho, 2009; Hollander, 2012) concordano rispetto a una teorizzazione composita della leadership, intesa come processo che non include solo il leader, ma si basa sulla relazione fra il leader ed i follower, e comprende le influenze del contesto nel quale il processo sociale trae origine.

Utilizzando questa particolare prospettiva, detta anche “ecologia del comportamento umano” (Bronfenbrenner, 1986), diviene rilevante lo studio delle relazioni che si



stabiliscono all'interno del gruppo sociale (mesosistema) e delle interconnessioni che si stabiliscono tra diversi gruppi sociali (esosistema).

Stodgill (1974, pag. 7) afferma che *“ci sono quasi tante definizioni di leadership quante sono le persone che hanno tentato di definirne il concetto”*; allo stesso modo si esprime Rost (1991), secondo il quale esisterebbero altrettante definizioni di leadership quanti sono gli studiosi che hanno tentato teorizzarla

Yukl (1994, pag. 81) sostiene che *“come tutti i costrutti delle scienze sociali, la definizione di leadership è arbitraria e molto soggettiva. Alcune definizioni risultano più utili di altre, ma non c'è una definizione corretta”*. Hogan e colleghi (1994, pag.498) definiscono la leadership come *“la capacità di persuadere delle persone a mettere da parte i loro obiettivi individuali, con lo scopo di raggiungere un fine comune, importante per la responsabilità ed il benessere del gruppo”*.

E' consuetudine far risalire il termine leadership al sociologo Max Weber (1924), secondo il quale la leadership rappresenta l'attribuzione ad una persona, da parte di una comunità, di qualità ritenute eccezionali per realizzare una missione collettiva di grande importanza. Dall'analisi dei tentativi di teorizzazione del costrutto qui riportati, emerge chiaramente come la leadership risulti essere qualcosa che deriva da dinamiche peculiari di un gruppo sociale, efficacemente definito da Turner (1982) come un insieme di due o più individui che interagiscono e dipendono gli uni dagli altri per il raggiungimento di un obiettivo comune: il gruppo esiste quando questi individui definiscono sé stessi come membri e quando la sua esistenza è riconosciuta da almeno un altro individuo.

### *Il costrutto della Leadership: le principali teorie*

In considerazione del fascino che il tema della leadership ha da sempre esercitato sugli studiosi e, ancor più, della sua rilevanza in ambito manageriale, è d'uopo presentare un *excursus* delle principali teorie e correnti di pensiero che, pur non avendo carattere esaustivo, vuole rappresentare una esposizione sintetica delle principali teorie emerse nel corso del tempo.

## Sigmund Freud e la psicologia delle masse

Sigmund Freud (1921), fondatore della teoria psicoanalitica, a seguito degli studi compiuti nel campo della psicopatologia, si appassionò ai comportamenti delle masse, affrontando i temi sociologici in chiave psicoanalitica. Prendendo spunto dal testo di Gustave Le Bon (1895), Freud cominciò a riflettere sulla psicologia collettiva, cercando di dimostrare che i fenomeni che regolano la vita di gruppo non sono poi così lontani dalle interpretazioni psicoanalitiche relative ai processi individuali. Egli individuò due tipi di masse: quella occasionale (transitoria e non organizzata) e quella organizzata (dunque “artificiale”) che, proprio in virtù della sua natura, è destinata a durare di più nel tempo (esempi ne sono la Chiesa e l’esercito).<sup>2</sup> “L’anima della massa” viene descritta da Freud come elementare e passionale, incline alle illusioni, essendo il *Super Io* temporaneamente accantonato, a vantaggio di un legame di tipo quasi ipnotico, che fa scatenare le pulsioni, perdere lo spirito critico, sentire un senso di onnipotenza e di impunità. Gli individui che fanno parte di una massa perdono dunque autonomia ed equilibrio, ma acquisiscono la sensazione di essere forti, in quanto parte di un tutto organizzato, che rassicura e protegge. La massa è mutevole, impulsiva, irritabile, ed essendo governata interamente dall’inconscio, non tollera alcun indugio fra il desiderio e la realizzazione dello stesso: il suo anelito però non dura mai a lungo, perché la massa è incapace di volontà duratura. Secondo Freud (1921), quindi, la folla è caratterizzata da un processo di tipo emotivo e colui che è a capo della stessa diviene oggetto di sentimenti: il capo rappresenta la massima autorità, ma parallelamente svolge anche la funzione difensiva da ansie, angosce e paure.

## Approccio Innatista: Il Grande Uomo

Con il termine innatismo, in filosofia, ci si riferisce alla teoria gnoseologica. La stessa sostiene che una persona abbia delle conoscenze definite già al momento della nascita, ovvero che vi siano nozioni e concetti che non vengono appresi tramite l’esperienza, pertanto innate.

Eraclito di Efeso, filosofo vissuto nel V secolo avanti Cristo, affermava che il destino di un uomo è racchiuso nel proprio carattere. La prima teorizzazione sugli stili di leadership

---

<sup>2</sup> Questo tipo di masse descritte da Freud sono durevoli e permanenti, in quanto organizzate e determinate.

coincide con la Teoria del Grande Uomo: il leader è, in sostanza, una persona che possiede delle caratteristiche innate che gli consentono di porsi a guida di un gruppo e di influenzarne, conseguentemente, comportamenti e atteggiamenti.

A seguito dei primi tentativi di teorizzazione in campo psicologico sul tema della leadership, sono emerse nel corso degli anni successivi diverse correnti di pensiero volte ad indagare la figura carismatica del leader.

L'approccio innatista, che trae spunto dalle scienze psicologiche e filosofiche, ritiene che esistano caratteristiche personali ed intrinseche possedute dal cosiddetto "grande uomo". Secondo la concezione aristotelica, le doti di un leader efficace e riconosciuto sono fondamentalmente innate, indipendenti da qualsiasi forma di esperienza, apprendimento e volontà. Questo filone basa le proprie induzioni sullo studio di leader carismatici che nel corso dei secoli sono stati riconosciuti come tali.

Una prima formulazione della *teoria dei tratti* nello studio della leadership risale a Galton; in *Hereditary Genius*, opera più importante dell'Autore pubblicata nel 1869, egli sostiene che alcuni *tratti innati*, come ad esempio gli attributi individuali, la personalità, i bisogni, i motivi, i valori e le *skills* possono predire il raggiungimento di posizioni di guida, come leader. Galton giunse a queste conclusioni analizzando la distribuzione di un totale di 997 individui eminenti, dal punto di vista culturale e politico, in un gruppo di 300 famiglie con due o più persone eminenti. Galton notò che il numero di parenti eminenti decresceva all'aumentare del grado di parentela (ad esempio, le persone eminenti hanno più parenti eminenti fratelli o figli, meno parenti eminenti pronipoti, nonni, bisnonni), ed aveva attribuito la distribuzione di caratteristiche correlate alla personalità, a *motivazioni genetiche*.

Lavori successivi (Terman, 1904; Bowden, 1926) hanno consentito di indagare gli stili di leadership utilizzando questa particolare teoria, utilizzando, come metodologia di ricerca, l'approccio fornito dalla psicotecnica<sup>3</sup>. Con questi studi sono stati presi ad esame diverse caratteristiche di personalità degli individui, quali la lealtà, la socialità, la persistenza, la prontezza, l'autostima.

---

<sup>3</sup> La psicotecnica rappresenta una branca della psicologia e rappresenta l'applicazione della psicologia alla tecnica e più in particolare la psicologia applicata al lavoro. Il termine è stato coniato da G.T. Fechner (1860).

La produzione scientifica relativa all'approccio del Grande Uomo continua ad avere grande importanza nell'ambito degli studi sulla leadership: Shamir et al. (2005), hanno sottolineato come ancora molto viene scritto relativamente alla leadership, ma pochi studi traggono spunto dall'analisi delle biografie dei leader, nonostante la teoria del Grande Uomo abbia dato origine al filone di ricerca che temporalmente è succeduto, ossia la teoria dei tratti.

#### La teoria dei tratti

L'approccio generale della teoria trae spunto dall'idea che gli individui nascono con una serie di caratteristiche genetiche che possono essere sviluppate a seguito di determinate esperienze e circostanze. La teoria dei tratti trae spunto dagli studi psicologici: i ricercatori sono interessati agli attributi fisici, alla personalità, alle caratteristiche sociali e, alcune volte, alle *skill* che sono acquisite nel corso della vita da determinati individui.

In letteratura sono presenti diversi studi di meta-analisi (Bono & Judge, 2004; Derue, Nahrgang, Wellman & Humphrey, 2011; Judge, Colbert & Ilies, 2004; Lord, De Vader & Alliger, 1986) che mostrano come ci siano effettivamente dei tratti legati alle abilità di leadership, quali l'estroversione, la dominanza, la mascolinità/femminilità, l'intelligenza, l'intelligenza emotiva. Questa interpretazione legittimerebbe, in parte, la teoria del Grande Uomo. Questi tratti, tuttavia, spiegano solo una parte della varianza dell'efficacia della leadership. Talvolta le meta-analisi sulla leadership hanno riportato risultati incoerenti rispetto alla valutazione dell'incidenza dei tratti sullo stile di leadership (Klenke, 1993). Questo approccio ha, inoltre, il forte limite di non considerare in nessun modo il contesto e di non considerare che i tratti non sono caratteristiche statiche, ma dinamiche (Palmonari, Cavazza & Rubini, 2002).

A seguito di una corposa *review* degli studi sui temi della leadership, Jago (1982) teorizza la cosiddetta "leadership dei tratti": secondo questa teoria, i leader sono tali in quanto predeterminati e non a seguito di processi di crescita e maturazione. Il processo di leadership risulta essere un processo predeterminato, mentre le competenze che rendono effettivo un processo di leadership sono influenzate dai propri tratti ed attributi.

Indubbiamente, per quanto estremamente affascinante, secondo l'Autore (Jago, 1982), questa teorizzazione non è priva di criticità: l'aspetto maggiormente critico è inerente la mancata analisi dei fattori contingenti ed esterni alla relazione fra leader e follower; viene

trascurato quindi l'influsso ambientale e situazionale. Nondimeno, critica risulta essere la mancata considerazione degli effetti degli stili di leadership (Northouse, 1997).

Il contributo di Ralph Stodgill (1948) rappresenta un caposaldo dello studio della leadership dei tratti: a seguito di uno studio analitico e critico delle teorie della leadership, egli sottolinea che esistono alcuni tratti di personalità determinanti per coloro che gestiscono gruppi. I soli tratti però non sono sufficienti a definire un leader: una leadership efficace non può prescindere dal contesto in cui si origina questo processo. L'impulso determinante di Stodgill agli studi sulla leadership si rinviene nella realizzazione di un reattivo finalizzato alla descrizione del comportamento messo in atto dal leader, noto come *Leader Behaviour Description Questionnaire* (LBDQ). Lo strumento, utilizzato ancora oggi in ambito scientifico, permette di analizzare la frequenza con cui un leader mette in atto una determinata serie di comportamenti in relazione al gruppo che si trova a gestire.

La teoria dei tratti rappresenta il primo tentativo di analisi del fenomeno della leadership attraverso le metodologie e le teorizzazioni delle scienze sociali.

L'approccio dei tratti ha avuto il pregio di porre il proprio *focus* sul leader, ma d'altra parte ha portato ad una sua "decontestualizzazione", non riuscendo a spiegare come persone con "tratti da leader" lo sono in alcune situazioni e non in altre, non lasciando spazio all'apprendimento (Avallone, 1994) e non considerando gli altri elementi del processo (es. il gruppo o la situazione) (Hollander, 1985).

L'approccio dei tratti si limita ad elenchi descrittivi delle qualità del leader, non si occupa di come queste qualità influenzino i membri del gruppo. I tratti vengono considerati come delle caratteristiche psicologiche piuttosto stabili ma, in realtà, sono piuttosto dinamici in quanto si esprimono in un contesto interpersonale che può facilitarne o meno l'espressione e che può giudicarli più o meno adeguati. I seguaci infatti hanno delle aspettative relative al "*qui e ora*". Separare il leader dai fattori situazionali è irrealistico perché trascura che la leadership è un processo interattivo.

Pur coi suoi limiti e ormai storicamente superato, tale approccio permette di non escludere che alcune caratteristiche di personalità siano correlate con l'efficienza e la riuscita di un leader e manifesta ancora una sua applicabilità (per esempio, relativamente al campo della gestione delle risorse umane nel settore della selezione del personale).

## Le Teorie Situazioniste

Un tentativo di superare l'*empasse* teorico creato dalle teorie dei tratti è stato proposto da Hemphill (1949), uno dei maggiori esponenti dell'approccio situazionista; tale Autore ha spostato il *focus* attenzionale dalla persona alla situazione. In realtà, l'ipotesi di fondo che guida le sue ricerche riconduce alle caratteristiche dell'ambiente l'origine di una buona o cattiva leadership. L'Autore, infatti, ritiene che è nella capacità di far fronte alle richieste dell'ambiente che si esplicita il comportamento e si definisce uno stile efficace di leadership. Con lo scopo di definire al meglio quali fossero le richieste provenienti dall'ambiente e l'ambiente stesso, il *focus* analitico dell'Autore si concentra in prima istanza sulla natura del compito che il leader è chiamato ad affrontare. Pertanto, in ragione dei compiti, potranno emergere leader differenti, scelti sulla base di conoscenze e capacità distintive, ritenute più adatte per affrontare quel dato problema. È possibile che il compito sia altamente strutturato e tale da richiedere una serie di comportamenti definiti, come quelli di un gruppo di operai di una catena di montaggio; in questo caso, probabilmente, non emergerà un vero e proprio leader. Diversamente, un compito poco strutturato, che necessita di competenze particolari e richiede soluzioni non predefinite o standardizzate, come potrebbe essere quello affidato a un gruppo di professionisti che devono progettare una pubblicità, favorirà l'emergere di un leader che sarà identificato nella persona con più risorse e competenze adatte per quel compito. Sebbene la tipologia di compito sia stata la variabile più analizzata nelle ricerche condotte nell'ambito del filone situazionista, altre dimensioni concorrono, in maniera significativa, a definire il contesto e, quindi, ad influenzare la situazione in cui si esplicita lo stile comportamentale della leadership.

Il leader è tale solo nell'ambito di un gruppo, per cui alcune caratteristiche di quest'ultimo sono altrettanto determinanti. Ci si riferisce, in particolare, alle seguenti:

- l'ampiezza. Nei gruppi di grandi dimensioni l'esigenza di una leadership definita e chiara è maggiormente avvertita (Hemphill, 1961);
- la natura delle relazioni all'interno del gruppo, intese come più o meno conflittuali, impersonali;
- le caratteristiche dei membri del gruppo. Le loro conoscenze possono essere omogenee oppure diversificate;

- il grado di coesione, caratteristica inversamente correlata all'ampiezza e all'eterogeneità e diversificazione delle competenze presenti tra i membri;
- il livello di maturità del gruppo (Tuckman, 1965). A seconda del ciclo di vita del gruppo, è possibile che i membri del gruppo siano in uno stadio embrionale in cui non si percepiscono ancora come tali e, pertanto, lasciano emergere atteggiamenti individualistici e conflittuali, oppure il gruppo è a uno stadio più avanzato, consolidato, in cui i membri convergono per il raggiungimento di un obiettivo comune.

Infine, oltre alle caratteristiche interne al gruppo, è necessario considerare il contesto esterno, le relazioni con gli altri gruppi, l'ambiente economico e politico, l'ambiente sociale stabile o instabile.

L'approccio situazionista ha avuto il pregio di superare i limiti dell'approccio basato sui tratti, ma anch'esso non è esente da critiche.

In particolare, parallelamente a quanto emerso con l'approccio dei tratti, il *focus* di analisi incentrato unicamente sulla situazione è ugualmente limitativo. Il concetto stesso di situazione appare vago e difficilmente definibile: sebbene il numero di variabili prese in considerazione sia ampio, nelle diverse ricerche si è tenuto quasi unicamente conto della natura del compito. In ultima analisi, come per l'approccio basato sui tratti, la relazione leader-follower non viene per nulla presa in considerazione e non si fornisce pertanto una spiegazione su come e perché nasce, si mantiene e decade una leadership. Anche in questo caso, nota Hollander (1985), il processo viene completamente ignorato.

Vroom (1976) riassume il contributo fornito dall'approccio situazionista affermando che non esiste una leadership ottimale per tutte le situazioni. Nello specifico, l'Autore sottolinea che il grado di efficienza di un leader non può essere valutato senza tenere in considerazione la natura e le caratteristiche della situazione in cui viene esplicitato il comportamento.

A seguito di quanto emerso con la teoria dei tratti e con le teorie situazioniste, storicamente si sono sviluppati due approcci differenti: le teorie comportamentiste e le teorie della contingenza.

## Le teorie comportamentiste

Negli Stati Uniti, a ridosso dello scoppio della seconda guerra mondiale, un gruppo di studiosi cercò di determinare il comportamento del leader, dando origine al filone di ricerca relativo alle teorie comportamentiste. Lo studio condotto da Lewin, Lippit e White (1939) rappresenta il contributo più significativo in questo campo.

Gli Autori ipotizzarono che la funzione del leader fosse quella di creare un determinato “*clima sociale*” nel gruppo e che tale clima influisse sullo stato d’animo dei membri del gruppo e sulla sua efficienza in termini di produttività. Per verificare tali ipotesi, questi studiosi si servirono di giovani studenti che operavano come volontari in attività di doposcuola. Gli Autori fornirono indicazioni relativamente agli stili di conduzione dei gruppi di bambini utilizzando tre modalità di comportamento differenti, definite dagli Autori “*stili di leadership*”. Questi stili erano:

- stile autocratico: il leader organizza le attività del gruppo, esclude i membri dalle decisioni, rimane distaccato e isolato dal gruppo stesso;
- stile democratico: il leader, amichevole e disponibile, cerca di diventare un membro del gruppo, discute con quest’ultimo ogni decisione e attività, si preoccupa di rendere tutti i membri partecipi e agevola le relazioni;
- stile permissivo (o “*laissez faire*”): il leader lascia il gruppo libero di agire, intervenendo pochissimo.

Ciascun leader volontario rimase con il gruppo assegnatogli per sette settimane. Successivamente i leader cambiarono gruppo e comportamento in modo da essere sicuri che gli effetti sul clima e sulla produttività del gruppo fossero dovuti al comportamento del leader e non alla propria personalità.

I risultati emersi evidenziarono una effettiva differenza nella produttività, rispetto al clima socio-relazionale e nel grado di soddisfazione dei membri del gruppo rispetto ai tre stili adottati. In particolare, nel caso dello stile autocratico la produttività era buona, ma all’interno del gruppo era presente una certa aggressività soprattutto tra i membri più che verso il leader, rispetto al quale i membri stessi erano fortemente dipendenti. Nel caso dello stile democratico, la produttività era discreta, minore rispetto allo stile autocratico, e maggiore era la capacità di autogestione. Il clima era sereno, il rapporto con il leader e tra i membri era buono e la motivazione alta. Il gruppo era caratterizzato da una maggiore



creatività e originalità. Lo stile *laissez faire*, infine, evidenziò una scarsa produttività; i bambini passavano quasi tutto il tempo a giocare piuttosto che a fare i compiti, il clima era caotico e il leader era meno gradito rispetto a quello democratico. Sulla base di questi risultati, Lippit e White (1943) giunsero a sostenere che lo stile di leadership maggiormente efficace era quello democratico, sia sotto il profilo dell'autonomia e del morale del gruppo sia per quanto riguardava l'efficienza e la produttività.

I risultati raggiunti da Lippit e White sono stati confermati anche da Coch e French (1948), i quali hanno replicato la metodologia di ricerca in ambito aziendale; gli psicologi della Università del Michigan hanno dimostrato, utilizzando come campione di studio alcuni lavoratori impiegati presso la *Harwood Manufacturing Corporation*, che le leve principali per il cambiamento e il miglioramento di un gruppo sociale a livello aziendale sono il coinvolgimento e la partecipazione dei lavoratori nei processi decisionali.

Nel 1947 fu varato un programma di ricerche dalla Ohio State University, diretto da Stodgill (già citato nella rassegna di ricerche condotte sulla leadership), finalizzato a definire una serie di schemi di comportamento propri del leader. A tal fine, Stodgill (1974) chiese a diversi soggetti (afferenti soprattutto all'ambiente militare e industriale) di descrivere i propri leader attraverso la compilazione del test *Leader Behavior Description Questionnaire* (LBDQ), precedentemente presentato.

L'analisi delle risposte permise di definire due fattori principali:

- considerazione: include comportamenti come aiutare i sottoposti, essere disponibili, preoccuparsi che si sentano a loro agio nelle relazioni col gruppo. L'individuazione di tale fattore può essere riconducibile allo stile democratico di Lewin, Lippit e White (1939);
- dare origine a una struttura (*initiating structure*): include comportamenti come definire regole, ruoli del leader e dei subordinati, preoccuparsi che siano seguite, creare delle procedure e mantenere determinati standard produttivi. Tale *pattern* di comportamenti è riconducibile allo "specialista del compito" o "leader tecnico" individuato da Bales (1953).

Mc Gregor (1960) ha sviluppato un filone di ricerca, determinando le note "Teorie X e Y", che riguardano la percezione che i responsabili hanno dei propri collaboratori a prescindere

dal modo in cui in genere si comportano. Secondo la Teoria X, il responsabile sostiene che i dipendenti sono intrinsecamente pigri e inclini a sfruttare qualsiasi occasione per evitare i carichi di lavoro. Questa visione porta il management a sviluppare sistemi di controllo rigidi e definiti dei propri collaboratori. La teoria X interpreta lo stile di leadership di tipo autoritario: l'enfasi è posta sulla produttività, sul concetto del giusto carico di lavoro giornaliero e della ricompensa per la performance (Hindle, 2003).

Nella Teoria Y, il management ritiene che i collaboratori possono essere ambiziosi e auto-motivati. Si ritiene che i dipendenti svolgano con "*piacere*" le loro attività fisiche e mentali. I collaboratori hanno un atteggiamento proattivo nei confronti del lavoro e possiedono capacità di *problem solving*. In presenza di determinate condizioni favorevoli, la Teoria Y ritiene che i dipendenti impareranno a cercare e accettare le responsabilità e a raggiungere in autonomia gli obiettivi. La soddisfazione di poter fare un buon lavoro è quindi un fattore motivante. McGregor (1966) rileva che avere una visione positiva dei lavoratori può creare un ambiente di lavoro che incoraggia le *best performance*. Lo sviluppo delle risorse umane diventa di conseguenza un aspetto fondamentale per qualsiasi organizzazione. Ciò porta i responsabili a comunicare apertamente con i collaboratori, riducendo al minimo le differenze gerarchiche e creando un ambiente confortevole. La Teoria Y reclama uno stile di management di tipo partecipativo (Ramesh, Che 2013); essa afferma come, consentendo agli individui di esercitare il *self-control* e utilizzando la leva della percezione delle motivazioni, è possibile finalizzare l'azione di leadership al raggiungimento degli obiettivi organizzativi.

Il contributo di Tannebaum e Schmidt (1958) si iscrive all'interno delle teorie comportamentiste, differenziando gli stili di leadership non da un punto di vista qualitativo, bensì quantitativo.

I due Autori individuano un *continuum* alle cui estremità sono situati il *decision-making* autocratico e il *decision-making* partecipativo. Tra i due estremi è possibile individuare numerosi stili di leadership determinati dalla diversa combinazione tra l'uso dell'autorità da parte del leader e il coinvolgimento dei componenti del gruppo.

Likert (1961), riprendendo il lavoro dei due Autori succitati, individua quattro sistemi di management, collocati lungo un continuum che va dalla massima direttività, alla polarità negativa, al massimo decentramento alla polarità positiva.

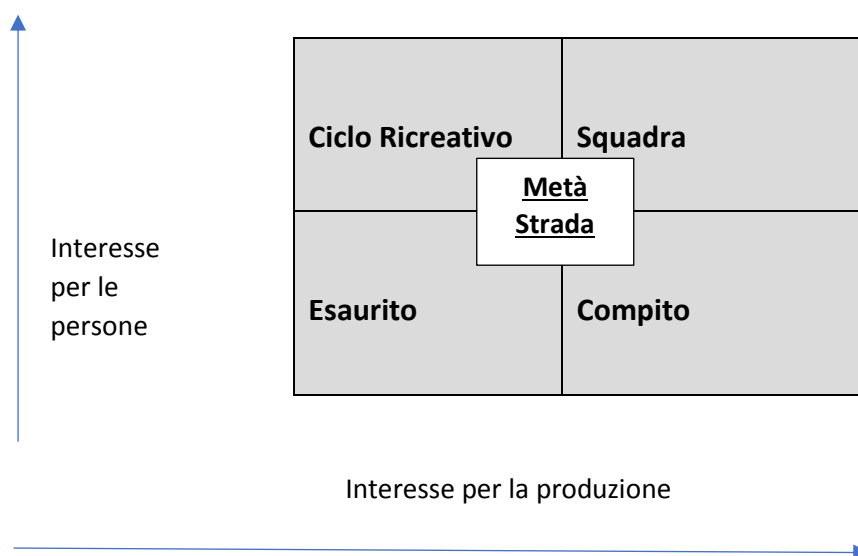
I sistemi individuati sono:

- autoritario-coercitivo: si rinviene un accentramento delle decisioni in capo al leader;
- autoritario-benevolo: l'accentramento delle decisioni è in capo al leader, ma esistono margini di autonomia, seppur minimi, per i collaboratori;
- consultativo: in capo al leader c'è l'accentramento soltanto delle decisioni più rilevanti. In questo sistema c'è un aumento di spazio per i subordinati e il controllo ha scopi solamente correttivi;
- partecipativo: in questo sistema c'è ampio ricorso al lavoro di gruppo, elevata fiducia reciproca ed il potere decisionale è fortemente decentrato.

L'Autore propone una organizzazione del lavoro basata su gruppi di lavoro parzialmente sovrapposti, in modo che ciascun soggetto partecipi contemporaneamente alle decisioni di un gruppo gerarchicamente superiore, in qualità di membro coinvolto nelle decisioni, e alle decisioni di un gruppo gerarchicamente inferiore, in qualità di membro responsabile. Diversi Autori (Likert, 1961; Tannenbaum e Schmidt 1958, Argyris, 1971) concordano sulla superiorità del modello partecipativo della leadership rispetto a tutti gli altri modelli, sia in termini di rendimento che di soddisfazione del gruppo (Adinolfi, 2003).

Una ulteriore evoluzione dell'interpretazione quantitativa del grado di leadership nei gruppi, è rappresentata dallo studio di Blake e Mouton (1964) secondo i quali il comportamento di un leader si può rappresentare lungo due assi separati anziché lungo un *continuum*. Il modello dei due autori, definito *griglia manageriale*, individua cinque diversi stili di leadership che si differenziano per il diverso grado di interesse mostrato dal manager nei confronti di due elementi: la produttività dell'impresa e le persone che lo circondano. Così facendo, la *managerial grid* vuole dimostrare che esiste uno stile di leadership migliore degli altri.

Figura 1: La managerial grid



Fonte: Blake e Mouton (1986)

La figura 1 permette di identificare diversi stili manageriale; nello specifico è possibile notare che gli Autori riportano sull'asse orizzontale l'interesse per la produzione, inteso come ricerca dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione, l'orientamento al compito e al risultato. Sull'asse verticale sono riportati l'interesse per le persone, inteso come orientamento alle relazioni.

Per ognuna di queste due dimensioni viene attribuito un punteggio che va da 1 (scarso interesse) a 9 (alto interesse); pertanto, ogni asse riporta i valori da 1 a 9, in modo da poter individuare 8 possibili combinazioni dell'interesse verso la produzione e verso le persone. Ognuna di queste possibili combinazioni è contrassegnata con un numero: si va dalla coppia (1;1), che indica scarso interesse alla produzione e scarso interesse alle persone, alla coppia (9;9), che indica elevato interesse alla produzione ed elevato interesse alle persone.

Il modello così costruito permette di individuare cinque stili di leadership, che corrispondono alle cinque principali combinazioni tra interesse per la produzione ed interesse per i collaboratori di seguito dettagliati:

- **Stile lassista – gestione scarsa (1;1):** scarsa attenzione alla produzione e alle persone. Il leader è pigro, disattento verso le attività e al conseguimento dei risultati, ma anche ai bisogni dei collaboratori. L'impiego del minimo sforzo necessario all'esecuzione del lavoro è adeguato a sostenere l'appartenenza all'organizzazione.

- **Stile autoritario – accondiscendenza all'autorità (9;1):** elevata attenzione alla produzione e scarsa attenzione ai collaboratori. Il leader è preoccupato soprattutto di conseguire dei risultati a discapito dell'attenzione rivolta ai collaboratori.
- **Stile metà strada – gestione a metà strada (5;5):** è questo il caso del leader che mostra un interesse simultaneo e parallelo sia per la produzione sia per le persone che lo circondano. Il leader che si colloca in questo gruppo, ritiene che un'adeguata performance organizzativa sia possibile attraverso il bilanciamento della necessità di eseguire il lavoro mantenendo alto il morale delle persone.
- **Stile partecipativo – gestione del club (1;9):** secondo questa combinazione c'è scarso interesse per la produzione e elevato interesse ai collaboratori. Il leader è interessato soprattutto ai bisogni dei suoi follower, mentre non presta sufficiente attenzione ai risultati: questo capo risulta, quindi, poco realista. La massima attenzione ai bisogni delle persone per costruire relazioni soddisfacenti conduce a un'atmosfera organizzativa amichevole e a un buon ritmo di lavoro.
- **Stile team – gestione del team (9;9):** elevato interesse alla produzione ed elevato interesse alle persone: come dire, il manager ideale che tutte le aziende vorrebbero. Il lavoro è completato da persone che si impegnano e sono coinvolte nell'attività aziendale; l'interdipendenza attraverso un interesse comune negli scopi organizzativi conduce a relazioni di fiducia e rispetto.

I due Autori ritengono che lo stile direzionale maggiormente correlato alla produttività ed alla soddisfazione del gruppo sia uno stile integrato, che prevede l'attenzione sia alla dimensione del controllo, riferito alle strategie da eseguirsi per il raggiungimento degli obiettivi del gruppo secondo forme corresponsabilizzanti e non autocratiche, sia alla dimensione socio-relazionale, relativa alla definizione del contatto interpersonale in termini di stima, rispetto e considerazione reciproca (Becciu e Colasanti, 1997).

La griglia manageriale rappresenta un modello attitudinale che misura i valori o i sentimenti di un leader, ma non prende in considerazione le variabili di contesto.

### Le Teorie Contingenti

Gli approcci contingenti allo studio della leadership si sviluppano parallelamente alla nascita della teoria contingente dell'organizzazione aziendale. La teoria organizzativa della

contingenza rappresenta una reazione nei confronti dei modelli normativi di organizzazione aziendale (Carroll, 2010). I fautori di questa nuova teorizzazione del management aziendale ritengono che ciascuna organizzazione può determinare la propria pianificazione del lavoro maggiormente performante, in ragione di fattori quali le risorse umane impiegate, il livello di sofisticazione tecnologico e la segmentazione nel mercato di riferimento.

In tema di leadership, i modelli della contingenza tentano di mettere in relazione leadership e situazione, nel tentativo di considerare il “buon leader” come il risultato di diversi fattori situazionali, tra loro interrelati, quali le circostanze culturali, economiche e sociali, che emergono in un determinato momento storico.

Influenzato da questa nuova interpretazione della realtà aziendale, Fred Fiedler (1967) è stato il primo Autore ad aprire la strada alla relazione comportamento-situazione.

Fiedler sostiene che l'efficacia dello stile di leadership dipende essenzialmente dalla situazione e dallo stile adottato dal leader in quella determinata situazione. Al riguardo, l'Autore definisce la situazione sulla base di tre elementi:

- le relazioni tra leader e dipendenti: la presenza o assenza di un clima positivo, di reciproca fiducia e lealtà;
- la struttura del compito: il grado di precisione e chiarezza con cui viene definito il compito assegnato al gruppo dal leader;
- il potere del leader: il livello di potere assegnato al leader dall'organizzazione e di conseguenza la sua capacità di influenzare i membri del gruppo.

La combinazione di questi tre elementi determina un *continuum*, definito da otto gradi, il cui grado massimo è dato da una situazione caratterizzata da un buon clima affettivo e di fiducia, un compito altamente strutturato e un alto livello di potere del leader, cui fa da contraltare una situazione di massimo sfavore: clima affettivo pessimo, scarsa fiducia, compito poco strutturato e basso potere assegnato al leader.

L'Autore ha proposto anche una misura anche la variabile “stile di leadership”: la misurazione di questa variabile avviene mediante la somministrazione del reattivo “*Last Preferred Coworker-LPC*”. Questo test viene somministrato al leader di un team di lavoro e richiede la valutazione del collaboratore meno preferito. Nel caso in cui, a seguito della somministrazione emergesse un alto livello di LPC, sarebbe il caso di uno stile di leadership incentrato sulle relazioni in quanto anche il collaboratore meno preferito viene comunque

giudicato in modo positivo. Un punteggio basso di LPC indica un leader centrato sul compito, ovvero il leader esprime le proprie valutazioni indipendentemente dalla persona che ha di fronte a sé.

Il modello proposto solo parzialmente ha trovato riscontro nella ricerca sperimentale (Brown, 1989; Avallone, 1994); il reattivo *Last Preferred Coworker* è stato soggetto a diverse critiche in quanto non ha mostrato una validità statistica significativa (Rice, 1978). Altri Autori, come McCormick e Ilgen (1981) e Stephenson (1978) hanno, invece, rilevato come anche gli elementi che definiscono la situazione in cui il leader ed il collaboratore sono inseriti siano difficilmente utilizzabili nella realtà organizzativa. Il pregio di tale approccio sta nell'aver considerato per la prima volta la dinamicità dello stile di leadership e l'importanza della relazione leader-contesto, riuscendo in parte a superare le critiche fin qui mosse agli altri approcci.

#### La Path Goal Theory

Questo modello, che si basa sugli aspetti motivazionali individuali espressi all'interno di gruppi, è stato dapprima delineato da Evans (1970), poi sviluppato da House (1971) e infine messo a punto da House e Mitchell (1974).

Questa teoria concentra l'attenzione sulla relazione tra lo stile del leader, le caratteristiche di personalità dei subordinati e l'ambiente in cui si svolge il comportamento o la caratteristica del compito. Essa trae origine dalla teoria dell'azione attesa, secondo la quale i collaboratori saranno motivati nel caso in cui pensino di essere in grado di realizzare il loro lavoro, se credono che i loro sforzi daranno come prodotto un certo risultato e se sono convinti che la retribuzione rispetto al lavoro che dovranno realizzare sia adeguata. Il leader riesce nella realizzazione del compito quando utilizza uno stile di leadership che incontri perfettamente le motivazioni dei collaboratori. Un ruolo chiave, in questa dialettica, è attribuito alla capacità del leader di definire il percorso utile al raggiungimento di un obiettivo.

Evans rilevò che i leader potevano influenzare la prestazione e la soddisfazione dei propri collaboratori incentivando la loro motivazione, aiutandoli ad analizzare ed identificare il processo che consente il raggiungimento degli obiettivi di un gruppo. House e Mitchell hanno cercato di definire i comportamenti messi in atto dal leader, che consentono di

umentare la motivazione dei follower. La teoria “*path-goal*” consiste nel rendere chiaro e percorribile il percorso (*path*) verso l’obiettivo (*goal*).

La teoria si basa quindi, su tre assunti fondamentali: i comportamenti del leader, le caratteristiche dei subordinati e le caratteristiche del compito.

Con l’avvento di questa teoria assumono un ruolo importante anche i subordinati: caratteristiche e propensioni quali la disponibilità ad essere guidati, la fiducia in sé stessi, i bisogni individuali, diventano determinanti affinché un leader possa esercitare il proprio ruolo di guida all’interno di un gruppo. I leader possono adottare quattro forme di leadership in rapporto alle caratteristiche funzionali delle situazioni in cui si trovano ad agire:

- leadership strumentale: definita anche come dare origine ad una struttura; stile orientato al compito, in cui il leader pianifica il lavoro e controlla. Funziona quando il compito è poco strutturato o molto complesso;
- leadership supportiva: detta anche "considerazione", orientata a creare un clima sereno e a considerare i bisogni dei membri. Risulta efficace quando il compito è noioso, poco strutturato;
- leadership orientata ai risultati: il leader ha elevate aspettative verso i subordinati e cerca di incentivarli di continuo;
- leadership partecipativa: orientata alle relazioni. Il leader mette in comune coi collaboratori le informazioni, li interpella e li ascolta. Questo tipo di leadership risulta funzionale collaboratori con elevato grado di *locus of control*<sup>4</sup> interno, che si percepiscono come responsabili dei propri successi e che hanno fiducia nei processi di partecipazione.

Lo stesso leader, in base alle caratteristiche della situazione, potrà assumere volta per volta questi quattro stili di leadership, alternandoli fra di loro.

---

<sup>4</sup> Nel campo delle scienze psicologiche indica la modalità con cui un individuo ritiene che gli avvenimenti della sua vita siano prodotti da suoi azioni e/o comportamenti, o prodotti da cause esterne indipendenti.



## La Leadership Situazionale: La leadership Transazionale

Questo particolare filone di ricerca si focalizza in una prospettiva situazionale, ponendo molta attenzione sull'interazione dinamica fra il leader e la situazione (seguaci e/o contesto) (Adinolfi, 2003).

In questo filone si ricerca si inserisce la teoria elaborata da Ken Blanchard e Paul Hersey (1990): questa teoria è particolarmente rilevante poiché ha avuto come scopo la sintesi di quanto noto relativamente al concetto di leadership, nel tentativo di fornire un modello intuitivo e di facile comprensione.

Lo stile di leadership elaborato dai due Autori, definita leadership transazionale, rappresenta un caposaldo in tema di comportamento organizzativo. I due Autori sostengono che non esiste uno stile di leadership efficace ed univoco per tutte le situazioni organizzative; piuttosto, essi pongono l'accento sul concetto che un buon leader deve essere in grado di adattare e modulare il proprio comportamento a seguito della diagnosi e della valutazione della situazione in cui sono inseriti.

Il modello elaborato dai due Autori rispetto il filone della leadership-situazione integra tre aspetti:

- la totalità dei comportamenti *task-oriented* che un leader mette in pratica;
- la totalità dei comportamenti orientati alla relazione con i follower che un leader fornisce;
- la preparazione che i membri di una organizzazione dimostrano nel corso della realizzazione di un compito.

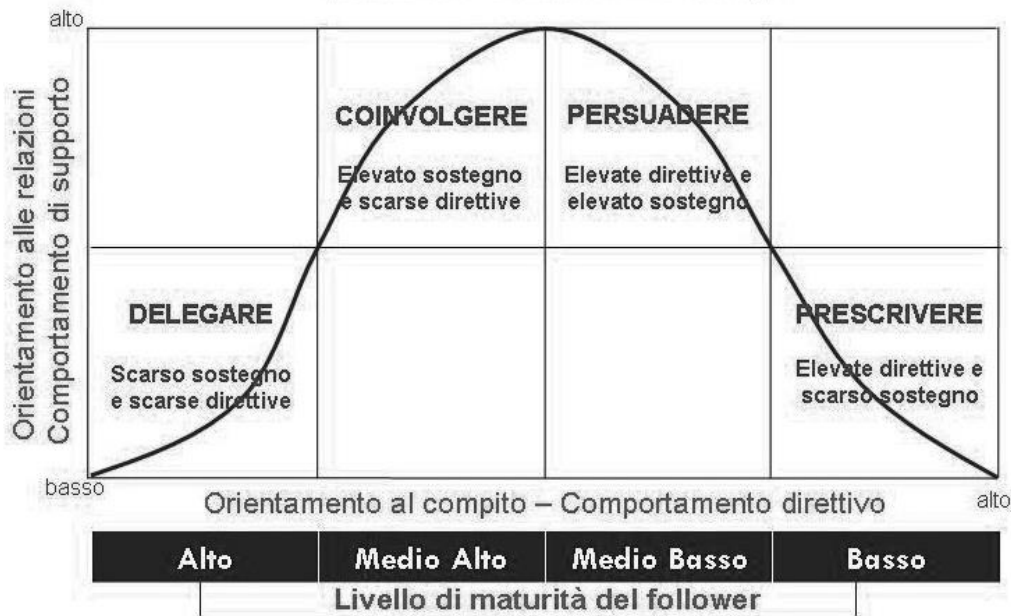
Anche questi due Autori focalizzano la loro ricerca sul tema della leadership in relazione all'interazione dinamica che si instaura fra il leader e la situazione, intesa come follower e/o contesto. Nel loro contributo, Hersey e Blanchard sostengono che gli stili di leadership risultano dalla combinazione di due variabili: guida (orientamento al compito) e sostegno (orientamento alle relazioni).

Dall'intersezione di tali variabili emergono le combinazioni seguenti:

- molta guida e poco sostegno (*prescrivere*)
- molta guida e molto sostegno (*persuadere*)

- molto sostegno e poca guida (*coinvolgere*)
- poco sostegno e poca guida (*delegare*).

Figura 2: La leadership situazionale



Fonte: Hersey e Blanchard (1990)

L'efficacia di queste combinazioni varia a seconda delle situazioni. Il primo stile, molta guida e poco sostegno detto stile direttivo, può rivelarsi efficace in quelle situazioni in cui l'orientamento all'efficienza e la strutturazione funzionale delle attività ai fini della produttività risultano essere scarsi; ma può produrre risultati scarsi, od addirittura controproducenti, qualora i membri del gruppo dovessero sentirsi strumentalizzati rispetto agli obiettivi di produttività.

Il secondo stile, molta guida e molto sostegno detto stile persuasivo, potrebbe rivelarsi inefficace nelle situazioni in cui è presente una certa differenza tra le diverse componenti gerarchiche del gruppo, e dunque l'attenzione del leader alle persone viene percepita come non sincera.

Il terzo stile, molto sostegno e poca guida detto stile partecipativo, potrebbe rivelarsi utile all'interno di quei gruppi carenti sotto il profilo della coesione, ma con una forte strutturazione rispetto al raggiungimento degli obiettivi di produttività. Il leader

contestualizzato all'interno di una diversa situazione, potrebbe essere percepito come persona poco efficiente e non attento ai risultati conseguiti dal gruppo.

Il quarto stile, poco sostegno e poca guida detto stile delegante, può rivelarsi efficace in contesti favorevoli in cui vi è buona coesione del gruppo e uno spiccato orientamento alla produzione, mentre all'interno di altri contesti può rivelarsi del tutto fallimentare.

Successivamente i due Autori (1994) hanno rivolto la loro attenzione alla relazione fra lo stile di leadership e le caratteristiche dei collaboratori. I due Autori pongono molta attenzione alla maturità intesa come *“la capacità e la disponibilità delle persone ad assumersi la responsabilità di indirizzare il proprio comportamento”*. Si tratta di un concetto relativo, che deve essere messo in relazione ad *“uno specifico compito, funzione od obiettivo che il leader cerca di realizzare”*, e graduabile, ossia rappresentabile su un continuum che va da un livello minimo ad un livello massimo. Il livello di maturità di un individuo è definito da due dimensioni: la capacità, o maturità lavorativa, che dipende dall'istruzione formale e dall'esperienza, e la disponibilità o maturità psicologica.

**Tabella 1: Relazione fra il livello di maturità del collaboratore ed il conseguente stile di leadership adeguato**

<b>Livello di maturità</b>	<b>Stile adeguato</b>
<i>Bassa Maturità</i> Incapace/incompetente e riluttante	<i>Prescrivere</i> Alta guida e basso sostegno
<i>Maturità medio/bassa</i> Incapace/incompetente ma disponibile	<i>Vendere</i> Alta guida e alto sostegno
<i>Maturità medio-alta</i> Capace/competente ma riluttante	<i>Coinvolgere</i> Alto sostegno e bassa guida
<i>Alta maturità</i> Capace/competente e disponibile	<i>Delegare</i> Bassa guida e basso sostegno

Fonte: Adinolfi (2003)

La tabella indica gli stili di leadership adeguati rispetto ai vari livelli di maturità.

Il leader efficace adotta lo stile di leadership indicato rispetto alla maturità dei collaboratori, ma incide contestualmente sulla maturità di questi. Il processo di maturazione dei collaboratori avviene per *step* graduali; una volta raggiunti alti livelli di maturità, le persone possono comunque retrocedere; la maturità infatti non è assoluta. Il

leader quindi deve essere in grado di valutare costantemente la performance del personale. Il modello presentato è uno dei più noti ed utilizzati, in quanto possiede oltre ad una valenza descrittiva, anche una chiara valenza prescrittiva (Adinolfi, 2000).

#### La Leadership Trasformativa

Questo filone rappresenta un indirizzo di ricerca nato in risposta all'esigenza di dare enfasi ai nuovi assetti organizzativi aziendali; questa teorizzazione pone il *focus* sulla capacità del leader di attuare il cambiamento.

Downton (1973) per primo ha utilizzato questo termine, poi ripreso da Burns (1978): secondo l'Autore il leader è colui il quale agisce sulle motivazioni dei seguaci al fine di raggiungere obiettivi comuni. Proprio in virtù di questa nuova attenzione posta alle motivazioni dei subordinati/follower, il leader si distingue da chi esercita il potere. Ciò che rende il leader trasformativo è la capacità di porsi in collegamento con gli altri, creando un legame tale da accrescere il livello di motivazione e moralità proprio e dei follower. In riferimento alla realtà aziendale, il leader è colui il quale è in grado di cambiare le motivazioni dei follower, utilizzando la valutazione etica delle proprie azioni. A differenza del leader transazionale, il leader trasformativo non si limita a stimolare una determinata performance facendo leva sui collaboratori e quindi soddisfacendo i loro bisogni, ma, riconoscendo le differenze individuali, sviluppa il potenziale di ciascuno per raggiungere performance sempre migliori (Adinolfi, 2000).

I leader transazionali apportano solo piccole modifiche agli obiettivi ed alla gestione del team, mentre i leader trasformativi determinano importanti mutamenti in queste aree e promuovono, inoltre, cambiamenti radicali nella stessa cultura delle organizzazioni, divenendo il punto di riferimento per la realizzazione di gestioni collettive.

Bass (1985) ha elaborato un modello che integra i due tipi di leadership succitati; secondo l'Autore le due tipologie di leadership non sono indipendenti, ma rappresentano due situazioni collocate lungo lo stesso continuum, che va dalla leadership trasformativa, situata a un'estremità, alla leadership transazionale, alla leadership laissez-faire situata all'estremo opposto.

Tichy e Devanna (1990) hanno teorizzato le modalità di cambiamento apportate dal leader trasformativo come un dramma in tre atti. Il primo atto consiste nel riconoscere

l'esigenza di rivitalizzazione: il leader avverte l'esigenza di cambiare l'organizzazione cogliendo disfunzioni e problemi che gli altri non vedono o addirittura prevedendo il loro verificarsi. Il secondo atto consiste nella creazione di una visione: il leader non utilizza soluzioni già sperimentate e formula, quindi, soluzioni che lo distaccano dagli schemi del passato. Il leader rappresenta una mappa concettuale che mostra dove l'organizzazione si collocherà in futuro. Il terzo atto, di istituzionalizzazione del cambiamento, rappresenta la messa in pratica del cambiamento; l'istituzionalizzazione implica la diffusione del suo significato presso tutti i soggetti da cui dipende l'attuazione dello stesso.

Nel complesso, il leader trasformazionale produce un impatto molto maggiore rispetto al leader transazionale. Mentre quest'ultimo è volto a migliorare l'efficacia dell'organizzazione, ma senza cercare un radicale cambiamento dei suoi assetti, dei processi e dei valori, il leader trasformazionale modifica i vincoli, utilizzando un proprio disegno personale. Le teorie relative alla leadership transazionale hanno il merito di aver individuato la leadership come un processo dinamico, sottovalutando, però, la capacità progettuale del leader. La leadership trasformazionale pone proprio l'accento sulla capacità del leader di agire in maniera proattiva.

### *Leadership & Management*

La difficoltà riscontrata nella concettualizzazione teorica del costrutto della leadership è data anche dal rapporto che intercorre tra i concetti di leadership e management: sovente questi due termini vengono utilizzati in maniera interscambiabile e sovrapponibile. Fra i due concetti esiste una profonda differenza concettuale che sottolinea come la dialettica fra le due nozioni sia molto complessa ed articolata.

Differenti Autori hanno sottolineato, nel corso del tempo, le nette differenze tra questi due temi (Selznick 1957, Zaleznick 1977, Bennis 1989, Kotter 1990, Rost 1991). Il management è considerato come il *“raggiungimento degli obiettivi organizzativi in maniera efficace ed efficiente, attraverso la pianificazione, l'organizzazione, la costruzione dello staff, la direzione ed il controllo delle risorse organizzative”* (Daft 1991, pag.35). La compresenza di leadership e management sembra essere un elemento imprescindibile per l'efficacia organizzativa (Rost, 1991).

La figura di seguito presentata ha lo scopo di delineare le principali differenze fra i concetti di leadership e management avendo come discriminine i concetti di orientamento, scopo, relazioni e risultati.

**Tabella 2: Tassonomia dei concetti di leadership e management**

	<b>Management</b>	<b>Leadership</b>
<b>Orientamenti</b>	Pianificare e gestire il budget	Creare visione e strategia, guardare al futuro
<b>Scopi</b>	Organizzare e scegliere i collaboratori, dirigere e controllare, creare confini (gerarchici)	Costruire e consolidare una cultura condivisa, sostenere la crescita dei collaboratori, ridurre i confini (gerarchici)
<b>Relazioni</b>	Sistema Dedicare attenzione agli oggetti, produrre/vendere beni e servizi, agire come capo	Cultura Dedicare attenzione alle persone, ispirare e motivare i follower, agire come coach e facilitatore
<b>Risultati</b>	Potere di posizione Mantenere la stabilità	Potere personale Guidare il cambiamento

Fonte: Ghislieri , Quaglino (2004)

Assumendo quali fattori discriminanti i concetti su elencati, emerge che:

- la leadership rappresenta una relazione di influenza tesa a realizzare significativi cambiamenti;
- il management è una relazione di autorità finalizzata a produrre e vendere beni/servizi come esito di un'attività coordinata.

**Tabella 3: Differenze fra leader e manager**

<b>Leader</b>	<b>Manager</b>
Non ha necessariamente una nomina	E' nominato ufficialmente
Riesce a far mettere in atto le sue decisioni nella misura in cui gli altri sono disposti ad accettarle	Ha l'autorità di far mettere in atto le sue decisioni
Influenza gli altri verso la realizzazione degli obiettivi in modo formale o informale	Responsabile della pianificazione, predetermina politiche, norme e procedure per conseguire i risultati dell'azienda
E' disposto ad assumere rischi e interessato a esplorare nuove strade	Tende a mantenere una struttura razionale, stabile, ordinata e controllata
Si relaziona con gli altri sul piano personale in maniera tendenzialmente empatica	Si relaziona con gli altri sulla base del proprio e del loro ruolo
Si ritiene gratificato dalle proprie realizzazioni	Si ritiene gratificato dal conseguimento dei fini istituzionali
Può essere o non essere altrettanto bravo come manager	Può essere o non essere altrettanto bravo come leader

Fonte: Calamandrei, Orlandi (2008)

Come Griffiths et al. (1985) hanno riportato, i termini “leadership” e “management” sono spesso utilizzati in modo intercambiabile, ma esistono differenze sostanziali: i manager lavorano all’interno di un sistema per mantenere o raggiungere obiettivi attraverso un utilizzo consapevole delle risorse disponibili. I leader, dall’altro canto, indirizzano visioni e direttrici comportamentali e motivano colleghi e collaboratori nel raggiungimento di obiettivi. In altri termini, secondo gli Autori, i leader domandano a loro stessi: “dove stiamo andando”, mentre i manager chiedono solitamente “come stiamo raggiungendo il nostro obiettivo”.

### *Leadership: una questione di genere?*

Il tema della differenza di genere in relazione alla leadership organizzativa ha assunto oggi un ruolo importante nel campo delle teorizzazioni scientifiche.

Detta attenzione è dovuta al fatto che, nonostante la presenza di donne in posizioni apicali all'interno delle organizzazioni, esse continuano ad incontrare molte difficoltà nello svolgimento delle proprie mansioni (Kulich et al., 2007; Onesto, 2017). Al riguardo, Andriolo (2016) richiama la metafora del "soffitto di cristallo", apparsa in un articolo del Wall Street Journal del 1986, *"The Glass Ceiling: Why Women Can't Seem to Break the Invisible Barrier That Blocks Them from the Top Job"*, con cui Carol Hymowitz e Timothy D. Schellhardt denunciavano la presenza di invisibili e trasparenti barriere che impediscono alle donne di accedere a posizioni apicali di carriera, artatamente poste da un'organizzazione sottilmente ostile verso ruoli di comando delle donne. È un percorso a *"suon di metafore"* quello efficacemente compiuto da Andriolo nel descrivere la questione di genere in ambito organizzativo, che passa per il "labirinto di cristallo", espressione coniata da Eagly e Carli nel loro articolo *"Women and the Labyrinth of Leadership"* (2007), che identifica "una sorta di groviglio di snodi e curve, visibili o meno, che devia da un percorso lineare di carriera, creando (nella donna) la sensazione di smarrimento, non senza alimentare al tempo stesso la sottile speranza di raggiungere la meta" (Andriolo, 2016, p. 34); si imbatte sovente in un *"tetto di amianto"*, che dà l'immagine degli ostacoli di carattere discriminatorio posti da un ambiente organizzativo "tossico" per lo sviluppo di carriera di una donna che sono la combinazione impropria di valori, sistemi e processi pensati per un *"edificio di management"* (Wittenberg-Cox & Maitland, 2010) *male oriented*; si scontra, infine, con una *"scogliera di cristallo"*, concetto immaginifico con cui si rappresenta l'abitudine di affidare alle donne compiti *"collegati a un alto rischio di critica, di impopolarità e di fallimento. Ciò penalizza le donne due volte: rende più difficili i compiti e dunque il successo delle donne che accedono a posizioni di leadership; disturba la misurazione dell'impatto economico effettivo della leadership femminile e dunque rinforza i pregiudizi negativi"* (Festuccia, 2013, p. 34).

Come affermato da De Vita (2013), l'incisività delle suddette metafore è espressione di una sorta di segregazione occupazionale causalmente collegata a fattori che condizionano il mercato del lavoro, sia dal lato dell'offerta sia dal lato della domanda. Il riferimento è a



condizioni di omosocialità<sup>5</sup> dei luoghi di lavoro (p. 118), che favoriscono, nel processo di selezione, il genere maschile poiché più vicino all'idea di manager per vissuto, valori ed esperienze, lasciando alle donne i cosiddetti *dead-end job*, ossia quei ruoli non strategicamente rilevanti per l'organizzazione.

Come è agevole desumere, la differenza di genere correlata all'esercizio della leadership nelle organizzazioni è un tema affascinante e tutt'oggi molto dibattuto (Vecchio, 2003; Sahin et al, 2017). Gli studi di management e di psicologia del lavoro hanno cercato di rispondere a domande tipo: qual è l'influenza del genere nell'esercizio della leadership? Donne e uomini esercitano stili di leadership differenti? Se sì, in cosa uomini e donne differiscono nell'esercizio della leadership?

Billing e Alevesson (2000), nel corso di una importante sistematizzazione della letteratura, riconducono gli studi che indagano il tema delle differenze e somiglianze tra i generi nell'esercizio della leadership a due aree distinte:

- no difference;
- gender stereotypic difference (o female advantage).

Nel filone "no difference", i ricercatori collocano quegli studi che evidenziano come, nello stile di leadership di donne e uomini, non emergano differenze significative; altri autori (Piccardo e Baiunco, 2007) hanno ricondotto a questa area anche quegli studi che evidenziano piccole differenze di genere nello stile di leadership.

Nel filone "gender stereotypic difference" si collocano quegli studi che evidenziano differenze significative tra i generi, sostenendo che il valore aggiunto dello stile di leadership nelle donne è condizionato dalla minore attenzione verso le gerarchie di potere, e più in generale, uno stile di collaborazione improntato alla cooperazione (Eagly & Schmidt, 2001).

Differenti competenze e tratti di personalità oggetto di presunte differenze fra uomo e donna sono stati oggetto di numerosi studi e ricerche (Monaci, 1997). Dalla realtà sperimentale è emerso che non esistono differenze significative relativamente ai tratti di personalità ed alla motivazione (Harlan & Weiss, 1982); queste ricerche, invece, hanno

---

<sup>5</sup> L'omosocialità dei luoghi di lavoro riguarda le relazioni che si instaurano fra membri dello stesso genere.

sottolineato che sia uomini che donne in posizioni apicali possiedono un'elevata motivazione al management. Quando vengono rilevate differenze nell'intensità della motivazione, queste ultime, al contrario di quanto prevede lo stereotipo, sono solitamente a favore delle donne (Chusmir & Parker, 1984). Altri studi hanno preso in considerazione il *commitment*, inteso come il livello di impegno e tempo dedicato all'organizzazione e richiesto dalle posizioni di leadership (Mottaz, 1986; Chusmir & Parker, 1991): non emergono sostanziali differenze ed il grado di impegno risulta direttamente correlato a fattori socio-anagrafici quali: l'età, il tipo ed il livello di istruzione, la presenza di un compagno o figli.

Altri studi, ancora, hanno indagato se uomini e donne, impegnati in contesti direttivi, differiscono per interessi, abilità, livelli e tipi di motivazione.

Howard e Bray (1988) hanno segnalato livelli di differenze riguardanti uomini e donne nell'ambito di un programma volto ad individuare potenziali leader: le donne dimostrano maggiore abilità amministrativa, migliore capacità di risolvere i problemi in modo creativo, maggiori capacità relazionali e di comunicazione scritta. Negli uomini si evidenzia particolare attenzione agli avanzamenti di carriera ed ai processi di potere. Emergono, in ogni caso, risultati simili per quanto concerne le abilità intellettuali, la capacità di comandare, la comunicazione orale e la stabilità della prestazione svolta.

Nel tentativo di verificare la presenza di differenze fra donne e uomini nell'esercizio della leadership e quantificare la loro entità, fondamentali e significativi risultano essere gli studi compiuti negli anni Novanta del secolo scorso da Alice Eagly e collaboratori, i quali hanno aperto il varco alle teorizzazioni che si sono temporalmente succedute. Una dei temi principali indagati dal team di ricerca è la relazione tra il genere e lo stile di leadership, osservata in funzione dell'orientamento al compito o alla relazione e dello stile autocratico o democratico. Eagly e Johnson (1990) hanno rilevato che le differenze tra donne e uomini nello stile di leadership orientato al compito o interpersonale sono esigue e che le donne sono, in modo poco significativo, più propense degli uomini a mantenere relazioni interpersonali. Emergono, invece, differenze più accentuate nello stile di leadership adottato: le donne manifestano uno stile di leadership più democratico e meno autocratico rispetto agli uomini. In uno studio successivo, Eagly e Karau (1991) hanno concluso che gli uomini emergono come leader orientati al compito più frequentemente delle donne, le

quali, invece, emergono come leader legate agli aspetti sociali e orientate alla relazione. Inoltre, gli uomini risultano meno inclini ad assumere il ruolo di leader quando il compito prevede molta interazione sociale e quando è percepito come un compito “femminile”, cioè con un’inclinazione di questo tipo. Un altro tema indagato dagli studi di Eagly riguarda il rapporto tra il genere e la valutazione della leadership (Eagly et al., 1992), dal quale emerge una lieve tendenza inerente la valutazione dell’operato del leader meno favorevole per le donne rispetto agli uomini. Gli uomini sono stati valutati in modo molto positivo con riguardo alle competenze, alla soddisfazione e all’efficacia della prestazione svolta; le donne invece sono state valutate positivamente rispetto allo stile di leadership adottato, sia con riguardo alle relazioni interpersonali che al compito. Le differenze rilevate sono minime e tendono a verificarsi solo in condizioni specifiche; le leader di sesso femminile sono valutate negativamente, rispetto agli uomini, quando utilizzano uno stile di conduzione autocratico, quando occupano ruoli tradizionalmente maschili e quando il giudizio sul loro operato è espresso dagli uomini. Le donne sono giudicate complessivamente simili agli uomini quando utilizzano uno stile di leadership interpersonale o democratico, o quando occupano un ruolo tradizionalmente femminile, o quando il giudizio è espresso da altre donne. E’ interessante notare come spesso la valutazione dell’efficacia è collegata alla presunta congruenza tra genere e ruolo: il ruolo definito in termini maschili facilita l’uomo, mentre il ruolo descritto in termini femminili favorisce le donne leader (Eagly et al., 1995).

Studi successivi hanno incentrato le indagini di genere partendo dagli esiti di *survey* condotte mediante la somministrazione di uno strumento appositamente predisposto, il *Multifactor Leadership Questionnaire- MLQ* (Avolio et al., 1999) a donne e uomini che occupavano posizioni direttive, al fine di confrontare i punteggi ottenuti rispetto ai tre stili di leadership identificati dal reattivo, cioè trasformatzionale, transazionale e laissez-faire. I risultati hanno rivelato poche seppur significative differenze: le donne ottengono punteggi migliori degli uomini rispetto a tre delle scale trasformationali: influenza idealizzante, motivazione ispirazionale e considerazione individuale. Questi dati suggerirebbero che le donne, più degli uomini, manifestano comportamenti che motivano i propri collaboratori, mostrano ottimismo ed entusiasmo per gli obiettivi futuri, si impegnano per la crescita e lo sviluppo delle capacità dei collaboratori. Gli Autori concludono che la leadership

trasformativa, attenta alla crescita ed al benessere dei collaboratori, sia più vicina alle inclinazioni tipicamente femminili e possa risolvere in parte l'incongruità percepita tra ruolo di genere e ruolo di leader.

Cliff, Langton e Aldrich (2005) hanno analizzato in modo critico l'assunto secondo il quale i leader di azienda, donne o uomini, producono nelle loro imprese culture organizzative ispirate agli stereotipi di genere. Emerge come il sesso del proprietario d'azienda non abbia effetti sulla gestione organizzativa e sulla relazione con i dipendenti: donne e uomini gestiscono le loro imprese attraverso un insieme di caratteristiche legate agli stili di leadership "al maschile" e "al femminile". Un'analisi successiva condotta dagli stessi Autori mostra come i proprietari d'azienda tendono a parlare come se organizzassero e gestissero le loro aziende in modi diversi, legati da stereotipi di genere, senza poi tradurli in reale pratica organizzativa. Secondo gli Autori ciò può contribuire a spiegare la credenza diffusa secondo cui il sesso del leader possa lasciare nelle caratteristiche dell'organizzazione un segno significativo, ma allo stesso tempo poco definibile.

Gli Autori prendono in considerazione e analizzano le varie definizioni presenti in letteratura delle qualità tipiche dell'organizzare "al femminile"; una di queste è il "disinteresse verso la burocrazia", fondata sull'assunto che le donne preferiscono una relazione egualitaria piuttosto che gerarchica. La gestione organizzativa "al femminile" preferirebbe l'assenza o la presenza minima di gerarchia: spesso questa appare strutturata come cerchio o a rete, in contrasto con una visione più "al maschile" che invece ha la forma di piramide, scala o catena. Un'altra caratteristica dell'organizzazione al "femminile" riguarda le relazioni: le donne, secondo tale assunto, sono particolarmente attente ai bisogni altrui, mentre gli uomini no.

Le organizzazioni archetipicamente femminili sono descritte come attente ed accomodanti nelle loro politiche di gestione del personale e caratterizzate da un forte orientamento alla relazione capo-collaboratori e verso obiettivi che sviluppano integrazione e coesione. Le organizzazioni archetipicamente maschili sono caratterizzate, invece, da un forte orientamento all'obiettivo e da un modello di gestione ad esso strumentale.

Le conclusioni dello studio indicano che donne e uomini leader d'azienda agiscono in modo molto simile, ma la differenza riscontrata è nel modo di raccontare la propria attività. Gli imprenditori, a seconda del sesso, parlano della propria leadership in accordo alle

caratteristiche stereotipicamente associate alla mascolinità e alla femminilità, confermando la teoria dei ruoli sociali sulle differenze e somiglianze tra i sessi suggerita da Eagly e collaboratori (2003). Una linea di lavoro produttiva, secondo questi Autori, potrebbe essere basata sulla definizione delle variabili contestuali ed organizzative che rendono la leadership al femminile e maschile più coerente ed adeguata ad esse.

All'interno dell'esercizio della leadership è essenziale il ruolo della comunicazione, che è uno strumento fondamentale per la leadership di successo (Santorelli, 2009): questo è evidente, per esempio, quando i leader compiono specifiche attività, quali condividere gli obiettivi con i collaboratori, fare osservazioni, dare feedback e esprimere valutazioni. Mohr e Wolfram (2008) hanno indagato le modalità di comunicazione di donne e uomini leader, prestando particolare attenzione alla "*considerazione verbale*", che comprende comportamenti comunicativi, quali chiedere il punto di vista di altri e notare i contributi di altri. Questi aspetti della comunicazione sono normalmente considerati tipici delle donne; la considerazione verbale può, quindi, essere considerata più vicina alla dimensione relazionale del comportamento di leadership e, secondo l'ipotesi di Mohr e Wolfram, ci si può aspettare che sia più evidente nelle donne. Contrariamente alle ipotesi dei ricercatori, emerge come la considerazione verbale sia uno stile distintivo dei leader donna; i risultati indicano che le donne leader possono riportare uno svantaggio rispetto ai colleghi uomini, poiché le espressioni di considerazione per i collaboratori hanno un'efficacia minore. I risultati dello studio riportano, inoltre, che la considerazione verbale è significativamente connessa a variabili organizzative quali la soddisfazione, il *commitment* ed il benessere.

#### *Differenze stereotipate di genere*

Gli stereotipi sociali sono delle descrizioni semplicistiche di interi gruppi; associazioni quindi di individui od oggetti a determinati classi concettuali, che di solito rivestono connotazione negativa. Quando si parla di stereotipi s'intendono dei concetti generalmente collegati ad altri, con cui si caratterizzano tutti i membri di un determinato gruppo sociale. Lo stereotipo rappresenta una cosiddetta "*scorciatoia cognitiva*", in quanto permette di risparmiare tempo ed energie nell'atto di categorizzazione. Il concetto di stereotipo è strettamente correlato al concetto di pregiudizio (Pojanghi e Nicoli, 2003); in tal senso gli stereotipi possono sicuramente influenzare in modo determinante le nostre azioni quotidiane.

Lo stereotipo rappresenta un meccanismo cognitivo, e i processi cognitivi più rilevanti che ad esso sono legati sono:

- la differenziazione e la polarizzazione: gli individui tendono a formare stereotipi sia sul proprio gruppo di appartenenza, che su gruppi estranei. Il gruppo di appartenenza ha caratteristiche positive rispetto al gruppo esterno, che racchiude in sé caratteristiche negative.
- La memoria negativa: sono più rilevanti a livello mnemonico gli stereotipi negativi che, mantenendosi più a lungo nel tempo, rinforzano la valutazione negativa.
- La correlazione ingannevole: tendono a stabilirsi correlazioni ingannevoli fra due termini, o caratteristiche; ciò determina un risparmio cognitivo anche se la correlazione non risulta suffragata da motivazioni valide e corrette.

Gli Autori appartenenti alla corrente che ha studiato le differenze stereotipate di genere partono dal presupposto che uomini e donne, per ragioni biologiche ma soprattutto legate alla diversa socializzazione, si differenziano in modo conforme agli stereotipi relativi alla femminilità e mascolinità, mettendo in atto stili di leadership differenti. Gli stereotipi di genere rappresentano credenze ed opinioni sulle caratteristiche di uomini e donne rispetto alle qualità significative della mascolinità e della femminilità (Gelli, 2009), e costituiscono una delle cause di segregazione e discriminazione sessuale nell'ambito professionale (Argentero et al., 2009). Le caratteristiche che le persone associano a uomini e donne sono sia descrittive che prescrittive: le prime riguardano la "*natura*" di uomini e donne e ciò di cui sono capaci, le seconde sono relative al potenziale modo di essere e relazionarsi. Le categorizzazioni e le credenze sugli attributi fondamentali di uomini e donne hanno prodotto e continuano a produrre effetti anche rispetto al mondo delle professioni; nelle organizzazioni le persone si aspettano che i ruoli tradizionalmente maschili siano ricoperti da chi ha tratti maschilini, quelli tradizionalmente femminili da chi possiede tratti tipicamente femminili.

In base agli stereotipi di genere, le donne presentano tratti elevati di femminilità, come per esempio la delicatezza degli atteggiamenti, la capacità di esprimere e cogliere stati d'animo e la propensione alla collaborazione e alla comunicazione interpersonale; gli uomini, invece, sono caratterizzati da tratti di mascolinità come l'indipendenza, l'aggressività e la tendenza al predominio.

Secondo la teoria del ruolo sociale (Eagly, 1987), gli stereotipi di genere possono essere spiegati a partire da considerazioni sui ruoli occupazionali: le donne infatti ricoprono tradizionalmente ruoli casalinghi o di livello inferiore rispetto agli uomini che, invece, ricoprono ruoli più elevati e legati al sostegno economico della famiglia.

Eagly e Karau (2002) hanno proposto la teoria della congruenza al ruolo di genere (2002): secondo questa teoria esistono caratteristiche proprie dei generi sessuali che si differenziano in *communal* ed *agentic*.

Le caratteristiche *communal*, attribuite principalmente alle donne, fanno riferimento all'attenzione verso il benessere altrui, all'essere affezionate, premurose, sensibili, inclini a fornire aiuto. Le caratteristiche *agentic*, che invece sono attribuite agli uomini, riguardano concetti come l'assertività, il controllo, la tendenza alla sicurezza di sé, l'essere aggressivi, energici ed indipendenti.

Tabella 4: Caratteristiche di personalità secondo il genere

<b>Le caratteristiche <i>Communal</i></b> Attenzione al benessere altrui	<b>Le caratteristiche <i>Agentic</i></b> Assertività Controllo Tendenza alla sicurezza di sé
<b>Essere:</b> Afezionati/e Capaci di aiutare Buoni/e Attenti ai sentimenti altrui Gentili/e	<b>Essere:</b> Aggressivi/e Ambiziosi/e Dominanti/e Energici/che Indipendenti Audaci Grintosi/e Competitivi/e
<b>In ambito lavorativo:</b> Parlare in modo esitante Non prestare attenzione a sé Accettare le direttive degli altri Contribuire alla soluzione dei problemi interpersonali e relazionali	<b>In ambito lavorativo:</b> Parlare in modo assertivo Essere competitivi/e Attirare l'attenzione Influenzare gli altri Assegnare compiti Focalizzarsi sui problemi

Fonte: Eagly e Karau (2002)

Dagli studi di Eagly e Karau (2002) emerge che le caratteristiche *agentic* e *communal* vengono distribuite rispettivamente agli uomini e alle donne in modo piuttosto rigido ed

inflexibile. Recenti studi confermano che il persistere di dette attribuzioni influenza la possibilità di accesso e il percorso professionale di donne e uomini (Duehr, Bono 2006; Zewdie, Reeichard, 2008).

Gli studi che si fondano sulla teoria della congruenza dei ruoli di genere si sono concentrati proprio sugli aspetti *communal* associati alle donne leader, considerandoli il motivo per cui le donne sono spesso penalizzate nell'accesso a determinati ruoli o posizioni organizzative, con la finalità di riflettere criticamente su queste attribuzioni e ridurre il *bias* di genere nello sviluppo delle carriere.

Secondo Helgesen (1990) le donne hanno un vantaggio potenziale nell'esercizio della leadership in ambito lavorativo, anche se raramente raggiungono posizioni apicali all'interno delle organizzazioni. Secondo l'Autrice, gli uomini impiegano la maggior parte del loro tempo nello svolgimento di attività lavorative, motivo per il quale tutto ciò che non è direttamente connesso con esse viene trascurato. Le donne, invece, hanno dovuto imparare a gestire il tempo per dedicarsi ad attività non legate al lavoro. Secondo l'Autrice, le donne utilizzano un approccio maggiormente "ecologico" rispetto agli uomini nell'esercizio della leadership professionale: esse tendono a prestare maggiore attenzione ai bisogni di cui sono portatori gli altri individui.

Rosener (1990) definisce la leadership femminile interattiva poiché le donne si impegnano nello sviluppare e mantenere relazioni positive con i collaboratori; esse incoraggiano la partecipazione, condividono il potere e l'informazione, favoriscono l'autovalorizzazione negli altri attraverso il riconoscimento delle altrui capacità e prestazioni. Infine, caratteristica della leadership al femminile secondo l'Autrice, è la capacità di dare energia agli altri.

Nel tentativo di sistematizzare le caratteristiche della leadership femminile, Viassone (2016, pp. 67-68) individua le seguenti:

- minore individualismo e maggiore concentrazione su obiettivi collettivi;
- attitudine innovativa e creativa al problem solving;
- empatia verso i componenti del team di lavoro;
- sviluppo di una visione collettiva del futuro intorno alla quale generare consenso;
- umiltà;
- maggiore capacità di motivare i collaboratori;



- maggior ottimismo;
- migliore capacità di gestire il tempo;
- maggiore focalizzazione sulle mansioni e sul portare a termine i compiti;
- migliore attitudine a costruire relazioni interpersonali;
- adozione di uno stile trasformatore;
- apertura al dialogo, in maniera onesta e rispettosa degli altri;
- preferenza verso strutture organizzative piatte, in cui prevalgono meccanismi di integrazione;
- maggiore capacità di comunicazione indiretta rispetto alle aspettative sugli obiettivi da raggiungere, lasciando più spazio alla determinazione e all'autonomia dei singoli nello svolgimento delle azioni necessarie allo svolgimento dei compiti.

Riprendendo il lavoro di Patel (2013), Viassone (2016) sintetizza altresì le più rilevanti differenze di genere che si riscontrano in ruoli di leader:

- fiducia: a differenza delle donne, gli uomini manifestano maggiore fiducia, in particolare rispetto a decisioni di tipo finanziario.
- Bluffing: gli uomini hanno una maggiore predisposizione a bleffare, per l'effetto del più spiccato atteggiamento di fiducia, che li induce a proiezioni e giudizi più ottimistici e dissimulati verso i loro *competitor* ma anche con i loro colleghi all'interno dell'organizzazione.
- Rischio sociale: sebbene non tutti gli studi convergano verso tale item, sembra emergere che le donne siano maggiormente predisposte ad assumere posizioni di rischio di natura sociale, dichiarando con maggiore onestà le proprie opinioni o il proprio disaccordo e gestendo meglio le problematiche nel contesto sociale.
- Riconoscimento emotivo e facciale: le donne sono maggiormente capaci di riconoscere ed interpretare lo stato emotivo e le espressioni facciali dei loro interlocutori, grazie ad un sistema di neuroni specchio<sup>6</sup> maggiormente articolato, che le porta ad atteggiamenti empatici e a più spiccata interazione nelle relazioni sociali.

---

<sup>6</sup> I neuroni a specchio rappresentano una classe di neuroni i quali si attivano quando un individuo esegue una determinata azione o quando lo stesso individuo osserva la medesima azione compiuta da un altro soggetto.

- Emozioni e azioni: a differenza degli uomini, le donne reagiscono con maggiore intensità emotiva alle situazioni, in particolare in caso di situazioni negative.

Alcuni studi recenti (Javidan, et al., 2016; Jones Christensen, et al., 2014) individuano una relazione positiva tra le caratteristiche del leader, il genere e i comportamenti di responsabilità sociale adottati dalle organizzazioni. In particolare, attribuendo al genere femminile una sorta di “*passione*” per le diversità (Javidan, et al., 2016), si riscontra come, al crescere del numero di livelli apicali ricoperti da donne, il livello di *corporate social responsibility* di un’organizzazione aumenta (Bear, et al., 2010).

Klenke (2017), infine, attribuisce alle donne peculiari abilità negli stili di leadership: in generale, le donne tendono a promuovere interazioni positive con i propri collaboratori attraverso incoraggiamento e partecipazione.

#### *Strategic Leadership Mindset*

Importante ai fini della presente trattazione, in ragione dell’impostazione di conciliazione delle due interpretazioni, di tipo psicologica e di tipo organizzativo manageriale, è l’analisi delle determinanti di ordine psicologico-cognitivo che sono relative al processo di leadership.

Eden & Leviathan (1975) asseriscono che gli individui sono etichettati come leader o come follower a seconda di specifiche caratteristiche cognitive.

Oggi la psicologia dei processi cognitivi si configura come la scienza che studia i meccanismi cognitivi, quali memoria, apprendimento, percezione (Penna & Pessa, 2000). La cognizione rappresenta il mezzo attraverso il quale emergono i comportamenti e l’attività cognitiva (Eysench et al., 2012). I processi mentali e cognitivi ci permettono di acquisire conoscenza attraverso, ad esempio, la riflessione su idee e sentimenti, nuove idee e credenze.

I processi cognitivi risultano essere i meccanismi che sottostanno a tutte le attività degli esseri umani; comprenderne le regole di funzionamento significa apprendere i passi sequenziali dell’attività cognitiva ed i loro risvolti sull’attività comportamentale.

In letteratura ritroviamo differenti evidenze che sottolineano lo stretto legame tra gli stili di leadership e i conseguenti processi cognitivi sottostanti (Fiedler & Garcia, 1987; Anolli, 2011).

Gli stili di leadership, ed i relativi processi cognitivi, sono stati oggetto di studio ed analisi da parte di psicologi che nel corso degli anni hanno incentrato l'attività scientifica sul tentativo di definizione ed analisi di questa particolare tipologia di processi.

La rinnovata importanza data al tema della leadership è sottolineata dal mutato contesto di riferimento in cui avvengono gli stili comportamentali: Pisapia (2006) sottolinea che il modello tradizionale di leadership non è ad oggi sufficiente per determinare cambiamenti importanti, e pertanto si rende necessario un ulteriore approfondimento della tematica.

La realtà post-moderna impone al leader di essere sicuro, competente e flessibile in modo da realizzare performance organizzative efficienti all'interno dell'organizzazione in cui è inserito. In ambienti in cui prevale la complessità, il leader deve possedere la competenza di esercitare influenza sugli altri; l'abilità di riconoscere interdipendenze, relazioni e caratteristiche degli stessi; abilità ed intuizioni per prendere decisioni consequenziali, competenze e *skills* comunicative particolarmente accentuate (Pisapia et al., 2005).

Come accennato, molti studiosi in passato hanno cercato di concettualizzare i processi mentali che i leader pongono in essere nelle organizzazioni in cui sono inseriti, durante lo svolgimento delle proprie attività. I processi mentali sono stati concettualizzati in modi molto eterogenei: per alcuni rappresentano processi che si declinano lungo la dialettica analitico-logico ed emozionale-intuitivo (Cohen et al. 1993; Kets de Vries, 2001); per altri rappresentano uno sforzo di tipo olistico (Senge, 1990). Per altri Autori rappresentano processi di *sense-making* (Weick, 1995), o processi che risentono dell'ambiente all'interno del quale traggono origine (Capra, 2002). Altri Autori hanno sottolineato invece le implicazioni che essi hanno: per taluni sono frutto di una estrema attività creativa (Kendall 1990; De Bono, 1996), per altri rappresentano un ostacolo od un'opportunità per la messa in pratica di determinati comportamenti (Neck & Manz, 1992; Godwin et al., 1999).

Esempi di attività cognitiva sono: la capacità di frazionare e successivamente valutare problematiche (Simon, 1947 e 1999; Newell & Rosenbloom, 1981; Agor, 1988), euristiche cognitive (Stanwick, 1996), mappe e schemi cognitivi (March & Simon, 1958; Simon, 1947; Stanwick, 1996), creatività (De Pree, 1989), pensiero critico (Baron, 1994; Halpren, 1996; Cohen et al, 2000), riflessione (Dewey, 1993).

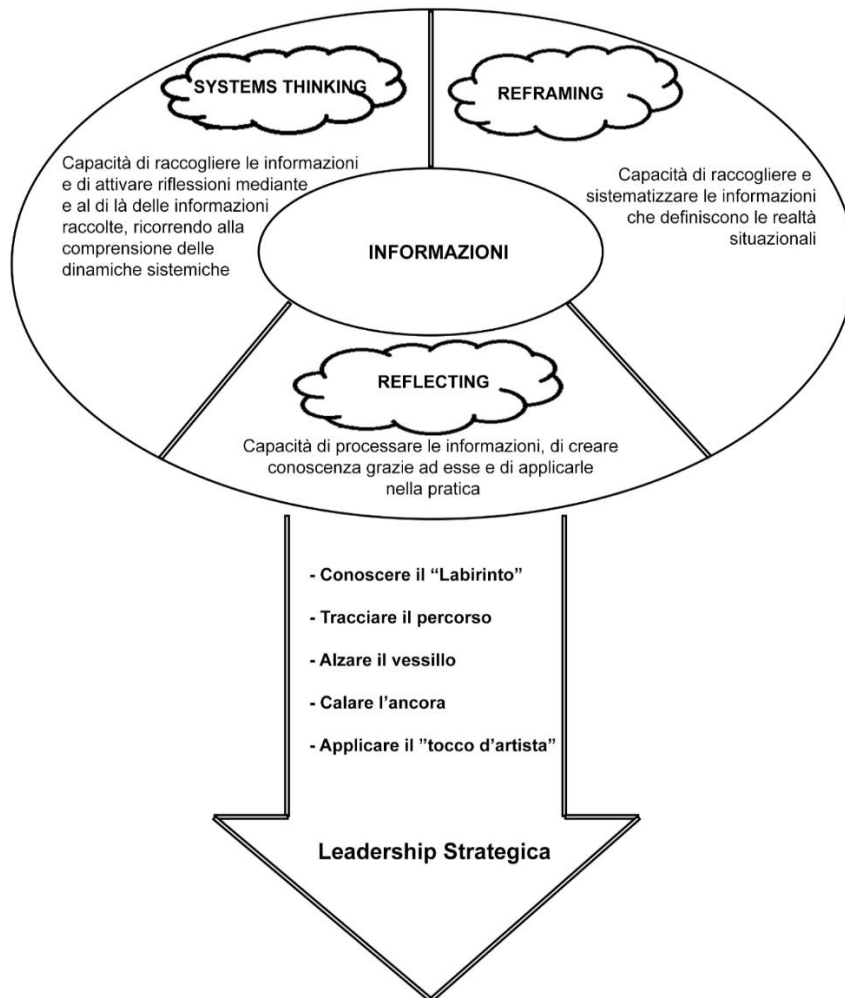
A seguito di un importante studio (Pisapia et al., 2005), sono stati isolati tre processi cognitivi potenzialmente distintivi associati con prestazioni superiori di leader di successo.

I tre processi, complementari gli uni con gli altri, sono:

- System Thinking,
- Reframing;
- Reflecting.

Di seguito la rappresentazione grafica fornita dagli Autori ed una non esaustiva descrizione degli stessi.

Figura 3 : Strategic Leader Mindset



Fonte: (Pisapia et al., 2005)

Di seguito una breve descrizione dei meccanismi cognitivi soggiacenti il processo di leadership.

### Il System thinking

Il System thinking individua la capacità di raccogliere le informazioni e di attivare riflessioni mediante ed al di là delle informazioni raccolte, ricorrendo alla comprensione delle dinamiche sistemiche.

Il System thinking rappresenta la capacità del leader di analizzare il proprio sistema di riferimento da un punto di vista olistico, analizzando le proprietà, le caratteristiche, le interdipendenze dello stesso, che ne modellano e definiscono il comportamento e che forniscono le differenti opzioni comportamentali e di sviluppo.

Esistono quattro abilità fondamentali nel system thinking:

- riflessione olistica;
- capacità di riconoscere caratteristiche ed interrelazioni;
- capacità di riconoscere ed utilizzare proattivamente le proprietà intrinseche del sistema e gli specifici archetipi del sistema;
- riconoscere ed utilizzare proattivamente le informazioni derivanti dall'esperienza cognitiva.

Il System thinking poggia sull'assunto che il tutto è maggiore della somma delle parti. Questo punto di vista si dimostra particolarmente efficace per comprendere le moderne organizzazioni; infatti, il cambio di paradigma rispetto al passato, consente di definire l'organizzazione come un sistema vitale, in cui la somma delle singole parti genera qualcosa di unico (Parson, 1960; Senge, 1990; Capra, 2002).

Bertalanffy (1968), come già riportato, è riconosciuto essere l'esponente di maggiore spicco della cosiddetta teoria dei sistemi, secondo la quale la caratteristica maggiormente rilevante dei sistemi sono le interazioni, le interrelazioni ed interdipendenze fra le singole parti del sistema. L'Autore sottolinea, inoltre, come molti sistemi siano effettivamente caratterizzati da una gerarchia naturale; infatti ciascun sistema ha un sovra-sistema e ciascun sistema, tranne i più piccoli, a loro volta hanno dei sottosistemi. Il leader, all'interno dei sistemi, risulta efficace nella propria performance organizzativa, e dimostra di

possedere un'ottica sistemica, se riesce a comprendere che un minimo cambiamento di una piccola parte di un sottosistema può determinare un grande stravolgimento del sistema stesso.

I più importanti esponenti della moderna teoria dei sistemi sostengono che è impossibile separare il sistema dal proprio ambiente di riferimento (Pisapia et al., 2005); gli Autori sottolineano che i sistemi hanno dei confini permeabili o impermeabili che separano i sistemi dall'ambiente in cui sono inseriti. Pertanto i leader possono riconoscere se i limiti del proprio sistema di riferimento sono troppo permeabili, ad esempio i sistemi ricevono troppe informazioni dall'ambiente circostante e quindi tendono a disintegrarsi in virtù di questo *overload* di informazioni; oppure troppo impermeabili, condizione che determinerà l'implosione del sistema. Il leader deve essere in grado di assicurare il giusto equilibrio rispetto alla permeabilità/impermeabilità dei confini del sistema di riferimento (Pisapia, 2005). La ricerca dell'equilibrio dinamico fra il sistema e l'ambiente di riferimento è un obiettivo molto importante che il leader di un sistema organizzativo deve sempre perseguire. Come hanno dimostrato Katz e Kahn (1978), i leader che non adattano il proprio comportamento, e la conseguente *vision* del gruppo di collaboratori, sono destinati a non sopravvivere.

La capacità di mutare costantemente in funzione di ciò che proviene dall'esterno è un elemento tipico del System thinking del leader strategico.

L'equilibrio di un sistema, però, è determinato anche dalla omeostasi che si viene a creare all'interno dello stesso; infatti, il sistema è caratterizzato da un equilibrio dinamico che riguarda le caratteristiche strutturali dello stesso (Capra, 2002).

Senge (1990) sottolinea che è determinante e necessario un cambio di paradigma per i leader delle moderne organizzazioni. Nello specifico, sottolinea come il leader deve:

- percepire le relazioni che occorrono tra le diverse parti del sistema, invece che utilizzare una logica di causa-effetto;
- comprendere che un cambiamento rappresenta un processo e non un semplice evento.

Questo presupposto rappresenta il cambio di paradigma, la transizione da una visione lineare ad una interpretazione olistica.

Affinché il System thinking possa essere utilizzato efficacemente, si presuppone che il leader comprenda che egli è parte del sistema, del processo e non è avulso da essi. Questo requisito presuppone consapevolezza delle interconnessioni esistenti all'interno del sistema. Ciò presuppone come *“ognuno condivide responsabilità per le problematiche generate all'interno di un sistema”* (Senge, 1990, p.78).

### Reframing

Il Reframing rappresenta la capacità di raccogliere e sintetizzare le informazioni che definiscono le realtà situazionali.

Rappresenta l'abilità di suddividere l'attenzione fra prospettive multiple, modelli mentali, schemi cognitivi e paradigmi al fine di generare nuove soluzioni ai problemi e nuove opzioni per le azioni da compiere.

Esistono quattro differenti sotto-abilità:

- sospensione del giudizio mentre si ricercano ulteriori informazioni;
- capacità di identificare e comprendere modelli mentali, paradigmi e *framework* che sono utilizzati per interpretare problemi, situazioni o comportamenti;
- capacità di utilizzare modelli mentali, schemi e paradigmi per comprendere la situazione;
- capacità di revisionare e rinnovare i propri e gli altrui schemi mentali.

Il leader contestualizza gli eventi nei contesti: il reframing rappresenta il processo cognitivo che raccoglie ed organizza le informazioni, e crea conoscenza. E' un processo che coinvolge l'interpretazione delle nuove informazioni, esperienze ed eventi. Questo tipo di attività coniuga la capacità di linguaggio e di interpretazione di situazioni e comportamenti; rappresenta un processo soggettivo e risulta cruciale relativamente alla caratterizzazione, da parte del leader, di aspetti, situazioni e caratteristiche di eventi, comportamenti ed individui.

Questo processo è strettamente legato alla percezione propria dell'individuo (Cuban, 1990).

Emerge chiaramente che l'interpretazione che si fornisce è strettamente legata ai modelli mentali, ai paradigmi, alle metafore che utilizza l'individuo nel proprio lavoro cognitivo; essi possono, anche, creare una specie di vicolo cieco in cui parte delle informazioni non

vengono correttamente processate. Utilizzati correttamente, gli schemi mentali consentono al leader di diagnosticare correttamente il contesto di riferimento e comunicare, conseguentemente, in maniera corretta con i propri follower. Il costrutto del reframing ha assunto molta importanza a seguito della pubblicazione del volume *Metafore Organizzative* di Morgan (1986). Il concetto maggiormente innovativo riguarda il ruolo della metafora: nello specifico, l'Autore sottolinea come ciascun problema possa essere sistematizzato, anche in più episodi tra loro successivi, al fine di creare nuovi tipi di soluzione.

La capacità di utilizzare efficacemente le metafore permette la nascita di nuove soluzioni. Bolman e Deal (1991) sottolineano che il manager deve utilizzare sempre nuove prospettive per innovare le organizzazioni.

La capacità di utilizzare *frame* mentali multipli è una competenza essenziale del leader post-moderno. Il reframing è considerato un processo conscio; lo scopo è produrre conoscenza. L'abilità di riformulare e riorganizzare schemi mentali è una preconditione importante per garantire l'effettivo esercizio della leadership. I due Autori succitati aggiungono, inoltre, che in mancanza di una riorganizzazione armonica di schemi e paradigmi mentali, secondo un'ottica proattiva di comprensione, l'organizzazione non potrà cambiare. Morgan (1986) arricchisce ulteriormente il concetto di reframing, sottolineando come il leader debba rimanere flessibile verso nuovi scenari, sospendendo momentaneamente il giudizio. Il punto di vista dal quale procedere per effettuare le varie interpretazioni deve essere mobile e mutevole.

I paradigmi rappresentano schemi mentali particolarmente efficaci in virtù della loro abilità di persuadere e stimolare. Spillane e colleghi (2002) definiscono modelli mentali, paradigmi, tutto ciò che descrive la conoscenza e consente di effettuare inferenze su di esse. I modelli mentali rappresentano modelli intuitivi derivanti dalla propria esperienza, che permettono di congiungere cause ed effetti di eventi o possibili comportamenti.

### Reflecting

Rappresenta una *skill* cognitiva che coinvolge una approfondita considerazione di tutte le credenze e le pratiche che promuovono la conoscenza di situazioni, ovvero un valore aggiunto che apporta senso alle nuove situazioni che ci si trova ad affrontare.



E' l'abilità di processare informazioni, creare conoscenza ed applicarla per lo svolgimento di pratiche quotidiana, inoltre, rappresenta l'abilità di intrecciare conoscenza logica e razionale con tutto ciò che è relativo alla percezione, in modo da creare giudizi rispetto a ciò che accade, e successivamente creare intuizioni (*insights*) che siano di aiuto per il futuro. Questa particolare competenza è articolata in cinque abilità:

- riconoscere la motivazione per la quale determinate soluzioni risultano corrette ed altre invece no;
- utilizzare un doppio meccanismo di apprendimento;
- utilizzare percezioni, esperienze e conoscenza per comprendere situazioni;
- integrare percezioni, esperienze, conoscenza ed analisi al fine di compiere una determinata azione;
- utilizzare percezioni, esperienze e conoscenze attuali e del passato al fine di comprendere il presente ed il futuro.

L'abilità di combinare riflessione ed azione è un tema centrale nella letteratura scientifica: Dewey (1993) ritiene che la riflessione rappresenta un processo sistematico di pensiero, riflessioni e disposizioni. Rappresenta, secondo l'Autore, qualcosa che è oltre il "rimuginare": crea infatti relazioni e connessioni profonde fra le esperienze vissute e le idee. Korthagen (1988) ha definito la riflessione come un ciclo di pensieri ed azioni che include azione, la riflessione sull'azione compiuta, la consapevolezza di aspetti centrali. Argyris e Schön (1978) hanno contribuito in modo determinante alla concettualizzazione teorica: essi hanno sottolineato che le persone posseggono implicite mappe mentali che suggeriscono i comportamenti da intraprendere in determinate situazioni ed altre mappe che sono utilizzate per definire i comportamenti in altri tipi di situazioni. Queste ultime rappresentano, in definitiva, il modo in cui noi rispondiamo quando qualcuno ci chiede di una ipotetica risposta in certe situazioni. Sono le mappe che, più delle teorie, guidano i nostri comportamenti. I due Autori sottolineano come i leader maggiormente efficaci ritrovano molte corrispondenze fra queste due differenti teorie. Schön (1983) ha ulteriormente approfondito la questione, sottolineando come la riflessione può essere utilizzata durante l'azione e per l'azione: la riflessione per l'azione riguarda la considerazione di multipli punti di vista e soluzioni; durante questo tipo di riflessione il leader riflette sull'esperienza pratica in termini di esperienza personale, successi

precedenti, speranze, preferenze, punti di forza e di debolezza e risultati desiderati. La riflessione durante l'azione consente, d'altro canto, di utilizzare il punto di vista altrui, servendosi di schemi mentali e mappe cognitive.

Importante per i fini della presente trattazione, è ora cercare di definire il concetto di leadership applicata nella gestione delle aziende sanitarie, la cosiddetta clinical leadership. La trattazione del costrutto sarà oggetto di analisi del successivo capitolo.

## Capitolo secondo

### *Introduzione*

Il settore sanitario sta vivendo oggi un momento di forte instabilità a causa delle problematiche legate alla sostenibilità finanziaria, per i Paesi con un buon livello di sviluppo, e agli standard qualitativi offerti, per ciò che concerne i Paesi in fase di sviluppo (Lega et al., 2017).

In questo contesto, il tema della governance e della leadership, in particolare, ha acquisito molta importanza, in virtù delle importanti trasformazioni che hanno investito la “sanità”, e per la rinnovata importanza che il ruolo del leader ha assunto nell’ambito della gestione delle risorse umane impiegate in sanità (Gopee e Galloway, 2017).

Un ruolo complesso è affidato, infatti, a chi è chiamato ad amministrare le aziende sanitarie e a gestire i compositi team di lavoro in esse presenti; ciò, in particolare, per le peculiarità insite nelle professioni di aiuto e assistenza, per le criticità dovute a fattori quali il blocco del turnover, per la riorganizzazione dei *setting* assistenziali, per la scarsità di risorse a disposizione, per l’accreciuto *empowerment* degli utenti e, non ultime, per le accresciute istanze degli stakeholder presenti sul territorio.

Gilmartin e D’Aunno (2008) hanno sottolineato come le sfide che il contesto attuale impone ai manager costituiscano lo sfondo ideale per analizzare il costrutto della leadership all’interno della struttura sanitaria. In questo contesto di instabilità viene introdotto il concetto di *clinical leadership*, ovvero:

*“leadership must be exercised at all levels in all settings in the clinical team and in support services, in the ward and in the community and in the boardroom. Leadership is about setting direction, opening up possibilities, helping people to achieve, communicating and delivery. It is also about behaviour”* (Crisp, 2001).

La leadership clinica, inoltre, rappresenta un fattore discriminante anche per coloro i quali sono i principali fruitori delle prestazioni sanitari, i pazienti (Ham, 2003).

Nel corso del capitolo saranno presentate le principali teorizzazioni relative alla clinical leadership ed i principali risvolti applicativi, con una particolare attenzione all’esercizio della stessa relativamente alle differenze di genere.

### *Organizzazione Aziendale e Azienda Sanitaria*

Quando ci si riferisce al settore sanitario si fa riferimento a *“tutte le organizzazioni pubbliche e private (includere organizzazioni di promozione della salute, prevenzione del disagio, organizzazioni che effettuano diagnostica, trattamento e servizi di cura), le politiche e le attività dei dipartimenti di salute e dei ministeri e delle organizzazioni umanitarie messe in atto da gruppi, professionisti e associazioni”* (WHO, 2004). I Sistemi Sanitari cercano di gestire la complessità delle patologie in modo da conseguire una buona performance, in termini di esito del processo di cura, garantendo la sostenibilità economica ed organizzativa del sistema *“organizzazione”* nel lungo periodo.

In molti Paesi l'industria sanitaria rappresenta un settore produttivo estremamente importante dal punto di vista economico. Per esempio, nel Regno Unito il Servizio Sanitario Nazionale impiega oltre un milione di individui; in Italia il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale - costituito dal personale delle aziende sanitarie locali (compreso quello degli Istituti di ricovero a gestione diretta), delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dal personale delle aziende ospedaliere integrate con l'Università conta 626.350 unità, di cui 65% donne e 35% uomini. Il personale è così ripartito: il 71% è rappresentato dal ruolo sanitario, il 17,7%, dal ruolo tecnico, l'11,1% dal ruolo amministrativo e il restante 0,2% dal ruolo professionale. Le unità di personale con profilo infermieristico sono il 58,5% del totale del ruolo sanitario, i medici e gli odontoiatri il 23,4% mentre il 18,1% è rappresentato da altre figure professionali sanitarie, quali: altro personale laureato; dirigenti delle professioni sanitarie; personale tecnico-sanitario; personale deputato alle funzioni riabilitative; personale per la vigilanza-ispezione. I dati suesposti fanno riferimento al report messo a punto dalla Direzione Generale Digitalizzazione del Ministero della Salute per l'anno 2013, il più recente attualmente disponibile<sup>7</sup>. In Italia, il Servizio Sanitario Nazionale rappresenta lo strumento attraverso il quale lo Stato italiano eroga prestazioni di assistenza e prevenzione sanitaria. In parallelo con le strutture sanitarie pubbliche, è prevista la

---

<sup>7</sup> Il Ministero della Salute ogni anno redige l'Annuario statistico del Ministero, che contiene i dati relativi alle risorse strutturali, all'organizzazione dei servizi e all'attività delle aziende e delle strutture sanitarie che svolgono assistenza sanitaria in ambito distrettuale ed ospedaliero. L'ultima edizione ad oggi disponibile per la consultazione è relativa all'anno 2013.

presenza di strutture di tipo privato convenzionato che erogano prestazioni sanitarie in forza di una procedura di accreditamento<sup>8</sup>.

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere inteso come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e contemperamento degli interessi che convergono sulle aziende stesse (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche, i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro.

La collettività di riferimento dell'azienda sanitaria partecipa al governo aziendale attraverso la rappresentanza politica; nello specifico, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN, legge n. 833 del 23 dicembre 1978, è possibile identificare prevalentemente negli organi di governo regionali i rappresentanti della popolazione preposti al governo aziendale.

Le regioni, in quanto unità amministrativa di rappresentanza, devono:

- ✓ individuare le aziende (dotate di autonomia giuridica ed economica) che compongono il "gruppo sanitario pubblico regionale";
- ✓ definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi);
- ✓ strutturare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;
- ✓ delineare le politiche complessive del sistema, in termini di caratteristiche delle combinazioni economiche;
- ✓ progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo. (Rapporto OASI, 2014)

Stando ai dati pubblicati nel 2017 dal Consiglio dei Ministri nel Documento di Economia e Finanza<sup>9</sup>, nel 2018, il rapporto tra la spesa sanitaria e la ricchezza prodotta nel Paese, cioè il Pil, scenderà a quota 6,5 per cento, soglia limite indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Al di sotto di detta soglia, non è più possibile garantire un'assistenza di qualità e neppure l'accesso alle cure, con una conseguente riduzione dell'aspettativa di vita, come ha certificato l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

---

<sup>8</sup> Annuario statistico Ministero della salute per l'anno 2013

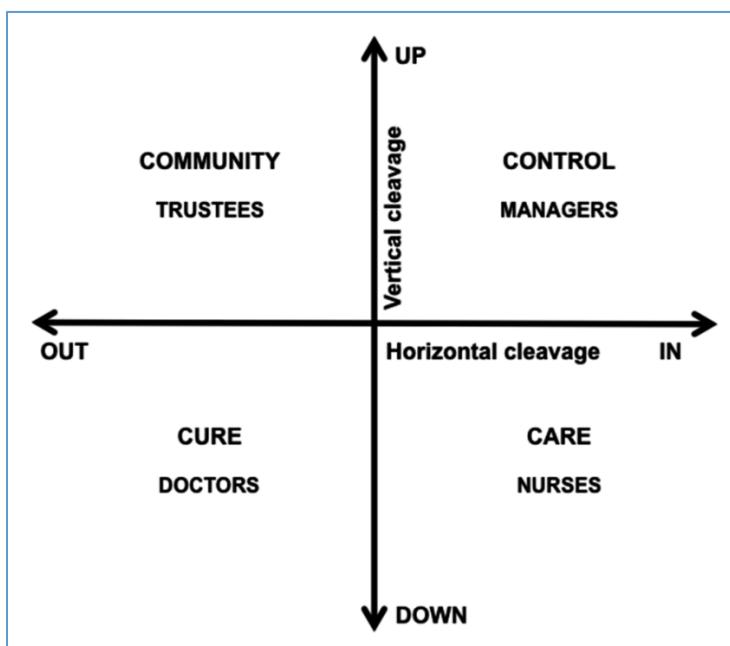
<sup>9</sup> [http://www.mef.gov.it/focus/article\\_0031.html](http://www.mef.gov.it/focus/article_0031.html)

Risulta un compito gravoso e complesso, partendo dagli assunti di base su esposti, creare organizzazioni ospedaliere in cui possano coesistere strumenti di gestione dalle regole e procedure chiare e definite, come ad esempio il controllo di gestione, con processi e azioni atti a garantire al contempo una efficace ed efficiente prestazione di cura e un rapporto umanizzato paziente, nell'ottica di perseguire la sostenibilità dell'azienda.

Generalmente, gli ospedali e le altre strutture finalizzate alla cura possiedono una struttura di potere rovesciata, in cui cioè le professionalità poste in basso rispetto al management aziendale possiedono maggiore potere decisionale rispetto a coloro che sono al di sopra, per ciò che riguarda le decisioni inerenti lo svolgimento della pratica clinica quotidiana. Con questi presupposti, diviene necessario per coloro che sono posti gerarchicamente in cima, negoziare qualsiasi tipo di cambiamento o nuova policy prima di metterla in atto (Ham, 2003).

Glouberman e Mintzberg (2001) hanno sottolineato che nelle società modernamente organizzate, la struttura ospedaliera risulta essere l'Azienda dalla gestione più difficile e complessa. Gli Autori hanno definito un *framework* teorico che definisce il sistema "ospedale" suddiviso in quattro mondi differenti ovvero quattro differenti attività, quattro diverse organizzazioni.

Figura 4: The 4 worlds of healthcare organizations



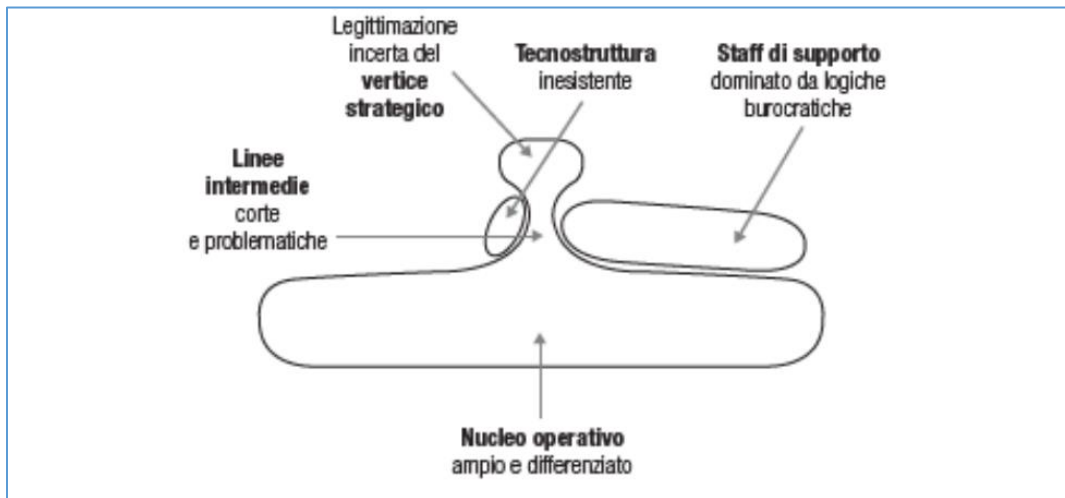
Fonte: Glouberman e Mintzberg (2001)

Come si evince dalla Figura 4, la direttrice orizzontale separa gli attori impegnati nelle attività di ambito clinico dagli altri; la direttrice verticale, invece, separa coloro i quali sono direttamente coinvolti nella gestione pratica e pragmatica dell'istituzione, come infermieri e i medici, da coloro i quali sono formalmente coinvolti nell'azienda sanitaria, come gli stakeholder istituzionali ed i manager. Secondo gli Autori, in un'organizzazione ospedaliera è possibile distinguere chi opera direttamente nella prestazione di cura al paziente, medici ed infermieri, da coloro che operano al di sopra di essa, ovvero il management aziendale; il management aziendale, a sua volta, può essere distinto in due categorie. In una categorizzazione rientrano i manager che operano in diretta dipendenza dagli organismi di controllo delle istituzioni; nell'altra categorizzazione rientrano i manager che detengono un ruolo di vertice di tipo "tecnico", indipendente dal controllo delle istituzioni.

Lo scollamento esistente tra clinici e manager condiziona gli assetti organizzativi delle strutture sanitarie, influenzando fortemente sulle loro performance. Tale *mismatch* caratterizza il modello dipartimentale, introdotto nel nostro sistema sanitario a seguito del processo di aziendalizzazione, che ha origine dall'esperienza statunitense della creazione delle *divisions*. Fu, infatti, l'Ospedale John Hopkins di Baltimora ad istituire la figura del "*clinical director*", focalizzandosi sull'idea che i medici sono influenzati maggiormente da manager di estrazione clinica rispetto ai manager di stampo non clinico (Witman, 2011). Questa particolare figura professionale ha il compito di coordinare e supportare le differenti professionalità cliniche presenti all'interno della struttura sanitaria.

Utili punti di partenza per comprendere l'evoluzione degli assetti organizzativi nelle aziende sanitarie pubbliche sono, da una parte, la configurazione tipica delle "*burocrazie professionali*" (Mintzberg, 1985) e, dall'altra, alcune specifiche caratteristiche del contesto istituzionale pubblico (Borgonovi, 1996).

Figura 5: Le aziende sanitarie pubbliche: le caratteristiche di base



Fonte: adattamento di Del Vecchio, Lega e Prenestini (2017) su Mintzberg (1985)

La Figura 5 descrive l'azienda sanitaria guidata da un vertice strategico posto in relazione diretta con il nucleo operativo attraverso le linee intermedie, che garantiscono il funzionamento coordinato delle unità poste sotto la loro responsabilità e, inoltre, risultano essere parte attiva della più generale funzione di governo strategico. La tecnostuttura, di cui sono esempio il controllo di gestione o il governo clinico, ha il compito di coadiuvare il governo e l'operatività aziendale attraverso la diffusione e la pratica di processi di standardizzazione. Agli staff di supporto è richiesto di sovrintendere le operazioni non direttamente connesse alla produzione e all'erogazione di servizi; il nucleo operativo rappresenta, nel caso specifico, l'interfaccia diretta con il paziente. Gli ospedali con le diverse specializzazioni mediche che si trovano ad interfacciarsi direttamente con i pazienti ne sono un esempio tipico.

Nelle aziende sanitarie le relazioni tra vertice strategico e nucleo operativo sono molto strette, anche per le intrinseche difficoltà nel "gerarchizzare", attraverso l'azione di linee intermedie, una struttura che per sua stessa definizione è caratterizzata da una decisa autonomia professionale: i medici, infatti, hanno una elevata autonomia operativa nel rapporto con il paziente e nella decisione di cura. Le possibilità di coordinare efficacemente gli sforzi in vista di un obiettivo unitario passano, quindi, attraverso un insieme complesso di condizioni, tra le quali spiccano le capacità di influenza e l'intervento diretto del vertice



strategico sul nucleo operativo e una sufficiente pressione dei meccanismi di standardizzazione delle procedure.

A questo contesto di base, la natura pubblica delle aziende ha poi aggiunto ulteriori e specifici elementi di complessità. In primo luogo, la complessità è data da una legittimazione incerta del vertice strategico che consegue a una investitura di origine politica e a orizzonti temporali di mandato relativamente brevi e poco prevedibili (fenomeno del cosiddetto *spoil system*) (Borgonovi, 2004). E' opinione condivisa che: *“the average span of time of CEOs mandate is by far too short to provide the necessary context for consolidating organizational development. Therefore, health organizations are living in a permanent state of change, as any new CEO is tempted to restart or rearrange previous changes to mark his/her presence”* (Lega, 2008, pag.251).

Ad accrescere la complessità, vi è poi l'impatto di funzioni di supporto e standardizzazione largamente influenzate da logiche e pratiche burocratiche che guardano più alla *“conformance”* nelle procedure che alla performance dei processi e al perseguimento dei risultati sperati (Lega, 2008).

#### *Leadership & Azienda sanitaria*

La complessità dell'organizzazione di un'azienda ospedaliera è argomento di continuo confronto e discussione, per le implicazioni sociali e politiche, evidentemente, ma altresì per la sfida che tale complessità rappresenta per gli studiosi. Peraltro, l'aumento della domanda di cura e la richiesta incessante di controllo a livello economico e fiscale hanno accresciuto il livello della pressione su tutti i professionisti, sia di tipo clinico che non-clinico. In particolare, coloro che ricoprono ruoli dirigenziali sono chiamati ad essere parte attiva nei processi decisionali e nella gestione dei loro meccanismi di applicazione, divenendo direttamente responsabili dell'esito delle performance aziendali, della qualità dell'offerta di salute erogata, delle condizioni di lavoro delle risorse umane e della loro valorizzazione (Sarchielli, et al., 2011).

L'ospedale, come già su esposto, rappresenta una entità molto complessa dal punto di vista socio-politico; ormai a livello globale, le caratteristiche organizzative del luogo di cura sono fonte di teorizzazioni a causa della peculiarità del luogo (Lee, 2010).

Fattori distintivi, quali la transizione epidemiologica e i cambiamenti nel sistema sociale, la necessità di contenere le spese (c.d. *spending review*) e allocare opportunamente le risorse disponibili, sovente scarse, il progressivo aumento delle malattie croniche e delle patologie che comportano multi morbilità, le accresciute attese dei pazienti in termini di qualità dell'offerta di cura, la necessità di gestire opportunamente il rischio clinico, rendono oramai inadeguato il tradizionale modello di cura e assistenza di tipo paternalistico, improntato su una visione *doctor-centered* (Annarumma, et al., 2016; Lega & Sartirana, 2016), e conseguentemente superato quell'approccio tacito e informale al *performance management* che connota le burocrazie professionali, richiedendo, per contro, un cambiamento sostanziale nel modo con cui i medici che ricoprono ruoli di dirigenza esercitano le loro funzioni manageriali (Lega & Sartirana, 2016). Si tratta, in sostanza, di riconoscere a tali medici delle capacità distintive, che *"make them "hybrids" that are capable of bridging the worlds of medicine and management"* (Lega & Sartirana, 2016, p. 66). Tale ibridizzazione, peraltro, sconta la riluttanza dei medici ad assumere responsabilità di gestione (Forbes et al., 2004) in ragione della loro attitudine a mantenere una spiccata autonomia professionale e decisionale, che li conduce ad assumere un atteggiamento di *"custodial manager"* (Lega & Prenestini, 2009; Ackroyd, et al., 1989), ossia difensivo della propria posizione e avverso a decisioni strategiche che possano ledere margini di autonomia e di giudizio. Per tale ragione, il processo di managerializzazione dei ruoli dei clinici incide fortemente sulla performance organizzativa ed è correlato ad esso anche in virtù dello stile di leadership esercitato dai *professional* (Lega & Prenestini, 2009).

#### *La Clinical Governance e il ruolo del manager*

Il governo clinico, *Clinical Governance*, è un *"sistema mediante il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei propri servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, mediante la creazione di un ambiente nel quale l'eccellenza delle cure cliniche possa prosperare"* (Department of Health, 1998; Fontana, 2005).

La *clinical governance* integra aspetti clinici con aspetti di gestione organizzativa e manageriale, *"contribuendo a superare le dicotomie che si formano tra aspetti non separabili della prestazione sanitaria"* (Fontana, 2005, p. 10).

Pertanto, essa rappresenta un insieme di strumenti organizzativi ed operativi attraverso i quali le istituzioni del Sistema Sanitario Nazionale assumono una diretta responsabilità per il miglioramento della qualità dell'assistenza, ponendo al centro il paziente con le sue esigenze e percezioni.

Una ulteriore prospettiva definisce la *clinical governance* come la strategia finalizzata a perseguire l'eccellenza nella qualità clinica, attraverso il miglioramento continuo dei processi di cura, l'adozione di standard elevati di assistenza, la pratica dell'audit clinico e della gestione dei rischi, la "accountability" della gestione clinica, l'apprendimento continuo dalle esperienze e dall'aggiornamento professionale (Guzzanti, 2004).

Secondo un ulteriore approccio (Fontana, 2005, pag.11), la *clinical governance* "aspira a conseguire l'eccellenza nella qualità clinica, secondo criteri di economicità, andando a incidere sugli assetti strutturali e sui processi clinici e organizzativi. Nel concetto di appropriatezza delle prestazioni a livello di sistema sono implicite sia l'efficacia clinica, sia l'economicità". Utilizzando il punto di vista dell'Autore appena citato "appaiono disfunzionali ... i percorsi top-down di introduzione della *clinical governance*, fondati sull'attivazione di nuove strutture organizzative stratificate sul reale organizzativo esistente" (Fontana, 2005, pag.12) Al contrario, sembra opportuno introdurre un percorso di sperimentazione progressiva, per progetti, di introduzione della *clinical governance* di tipo "bottom up" (Palumbo, 2004), nell'ambito di regole istituzionali, organizzative e di comportamento, in modo da attivare una progettualità di sistema diffusa, capace di elaborare risposte organiche, coordinate e bilanciate (Borgonovi, 2004).

Utilizzando l'approccio circoscritto dalla *clinical governance*, al manager dell'azienda sanitaria è affidato l'onere di assumere decisioni dirimenti sia in materia di organizzazione che di pratica clinica quotidiana, perseguendo, in via prioritaria, qualità clinica, intesa come definizione di processi clinici appropriati e adeguati a soddisfare i bisogni di cura, ed economicità, intesa come opportuna ed efficace allocazione ed impiego delle risorse.

*"La solitudine e la complessità decisionale del manager dell'azienda sanitaria è una condizione strutturale e un portato della complessità in cui opera l'azienda"* (Lega, 2006).

Tale complessità richiede modelli di leadership adeguati, capaci di generare consenso intraaziendale, sovraaziendale, istituzionale, popolare e politico.

Koh e McCormack (2006) individuano nella figura del *servant leader* l'ideal-tipo di public health leadership ed affermano che

*“the new public health leaders of the 21st century will be those who can mobilize, and motivate to the higher purpose of upholding the health of others. Promoting the power of prevention for all people in a global community requires special attention to the ambiguous and interdependent nature of our new world. Promoting routine prevention while preparing for the unthinkable remains part of the job. Emerging leaders must tap into their unique talents, passion and compassion to promote a mission of health for all in every community”*.

Una nuova filosofia manageriale è dunque necessaria, per stabilire logiche di governance in luogo di strumenti di government. Si tratta di superare quella relazione impositiva e quasi gerarchica del modello del “*mandato*”, in cui la delega viene esercitata “*a cascata*” dal Ministero alla Regione, all'ASL, alla Direzione Aziendale, ai Dirigenti, ecc., privilegiando un orizzonte temporale di breve termine, che amplifica il controllo sui costi ed il contenimento del rischio, e di affermare un nuovo stile direzionale improntato alla “*gestione responsabile dei servizi sanitari*”(Nutti, 2008): la *stewardship* (Caldwell e Lejeune, 2008).

Il modello di *stewardship* privilegia il coinvolgimento attivo degli attori del sistema, favorisce comportamenti cooperativi, rimarca il nesso imprescindibile tra condivisione della *vision* e ottenimento di risultati, instaura meccanismi di autorevolezza e non di autorità. Steward è, pertanto, quel leader che sa declinare il proprio agire secondo i canoni di una gestione responsabile, ponderando il processo decisionale con un approccio etico alle risorse umane e finanziarie. Il risultato è una leadership persuasiva, capace di corresponsabilizzare i collaboratori facendo leva sull'identificazione, il senso di appartenenza, l'autorealizzazione (Novinsky, Federici, 2008). “*High quality stewardship is critical if a modern health system is to perform at its best. This means management that empowers, supports, reviews and communicates; that encourages participation while sanctioning those who undermine, and that offers incentives for better performance*” (Brundtland, 2002).

Una delle strategie gestionali per assicurare la sostenibilità economica delle aziende sanitarie e la qualità dei servizi offerti, è rappresentato dalla progressiva trasformazione dei medici in manager. Attraverso il coinvolgimento dei medici nel campo del management due mondi separati sono coniugati in un solo individuo (Dawson et al., 1995). Un manager

di struttura sanitaria di formazione clinica rappresenta un ponte fra due mondi (Hoff, 1999). Un professionista clinico può divenire un manager di struttura sanitaria perché può, almeno teoricamente, acquisire le nozioni relative al mondo del management; un manager di formazione non clinica non può acquisire tutte le nozioni della pratica clinica (Llewellyn, 2001).

#### *La Leadership in Sanità: caratteristiche distintive in letteratura*

I comportamenti ed ai conseguenti stili comportamentali sono stati largamente utilizzati per la teorizzazione della leadership in sanità, motivo per il quale l'approccio scientifico utilizzato è di tipo cognitivo-comportamentale.

Harper (1995) definisce il leader di tipo clinico come colui il quale è esperto di una particolare area clinica e che utilizza le proprie competenze interpersonali per permettere ai collaboratori (es. infermieri) di erogare cure di qualità. Peraltro, competenze professionali di tipo economico-gestionale rappresentano una condizione essenziale per lo svolgimento di ruoli apicali all'interno delle aziende sanitarie. Thorne (1997) ha descritto il modo in cui i manager clinici hanno spesso delegato in passato la gestione di aspetti economici e manageriali a manager di formazione non clinica, i quali poi hanno utilizzato queste informazioni al fine di esercitare una sorta di supervisione. Il processo di selezione dei direttori di strutture sanitarie di solito è un processo a due vie, in cui alla selezione di natura formale, che segue le regole poste dalla normativa in vigore, si affianca un processo di tipo informale, i cui parametri fondamentali sono la credibilità degli stessi e la capacità di farsi accettare dall'organizzazione stessa. Solo quando i medici, nella loro veste di manager, hanno il supporto e il riconoscimento dei loro colleghi si svilupperà un processo di influenza reciproca (Dawson, 1995).

Le organizzazioni sanitarie sono costituite da un insieme di numerosi gruppi professionali, dipartimenti e specializzazioni. Come già riportato, l'attuale contesto economico, caratterizzato da un impianto finalizzato ad efficacia, efficienza ed economicità, impone un cambio di paradigma gestionale, in modo da consentire un miglioramento della qualità dei servizi offerti, così come delle performance organizzative realizzate dalle aziende che forniscono salute. Il leader può rappresentare il catalizzatore per il raggiungimento del

cambiamento reale e pragmatico, in modo da consentire all'organizzazione di essere competitiva, garantendo la sostenibilità del sistema organizzativo (Rashmi, 2017).

I manager delle aziende sanitarie devono essere in grado di coniugare abilità gestionali con caratteristiche e competenze specifiche delle professioni di cura, in modo da non porre in secondo piano la relazione con i propri collaboratori e, naturalmente, con i pazienti. In considerazione dell'ambivalenza del ruolo di medico e di manager, la capacità di leadership rappresenta sovente un fattore discriminante, sottoposto a valutazione, che determina il successo nello svolgimento delle performance aziendali (Committee on Quality of Healthcare in America, 2014).

Così come già riportato in precedenza relativamente al costrutto di leadership, una *review* della letteratura, condotta da Vance e Larson (2002), ha dimostrato che la ricerca di una definizione univoca di "leadership in sanità" o *clinical leadership* non ha prodotto i risultati sperati, poiché la sua categorizzazione dipende strettamente dall'aspetto teorico, metodologico, e sostanziale considerato.

Una recente *review* della letteratura in tema di *clinical leadership* (Lega, et al., 2017) ha utilizzato come metodologia di indagine una precisa categorizzazione dei lavori pubblicati, suddividendoli per:

- caratteristiche del leader;
- risultati;
- sviluppo della leadership;
- approccio sistemico.

A seguito dell'analisi compiuta, è emerso che il maggior numero di pubblicazioni riguarda le caratteristiche del leader ed i risultati che essi possono raggiungere e le conseguenti modalità utilizzate. Un ulteriore spunto di riflessione è inerente alla valutazione relativa alla constatazione che la maggior parte delle ricerche non sono focalizzate solo su uno degli aspetti su esposti, ma cercano di comprendere lo stile comportamentale del leader utilizzando una visione basata su differenti aspetti, adottando una visione più ampia, con l'intento di cogliere la multidimensionalità del costrutto della *clinical leadership* (Lega et al., 2017).

Alcuni Autori, nel tentativo di esplicitare il tema della leadership clinica, hanno posto particolare attenzione al processo di leadership come processo sociale. La leadership rappresenta un processo dinamico che mira a perseguire una visione di cambiamento in cui il leader è supportato da due gruppi: i follower, all'interno della propria organizzazione, e tutti gli stakeholder, che sono all'esterno dell'organizzazione di riferimento (Goodwin, 2006). Gli accademici hanno distinto fra la leadership clinica formale e la leadership clinica di tipo informale: utilizzando questo approccio, la posizione formale che si assume all'interno dell'organizzazione sanitaria rappresenta un importante fattore di analisi (Heifetz, 1994; Heifetz & Laurie, 1997). I medici, gli infermieri e le altre professionalità presenti nell'azienda sanitaria possono esercitare la leadership clinica, ossia *“facilitare la pratica basata su prove e migliorare i risultati di salute attraverso l'assistenza direttamente prestata”* (Millward & Bryan, 2005).

Malby (1998), in una serie di studi compiuti soprattutto in campo infermieristico, ha stabilito che i leader clinici sono *“semplicemente”* leader con un background formativo e professionale di tipo clinico.

Edmonstone (2005) supporta in parte questa definizione, e conclude che:

*“Clinical Leadership is Leadership by clinicians of clinicians”.*

I *“clinicians”* sono coloro i quali rivestono un ruolo di tipo clinico-medico a contatto con i pazienti; per costoro, la leadership esercitata non è solo di tipo medico, ma diventa espressione di un costrutto maggiormente inclusivo, in ragione delle differenti caratteristiche e competenze della professionalità. I leader all'interno dell'organizzazione sanitaria sono, pertanto, coloro i quali svolgono mansioni di tipo clinico, ma che allo stesso tempo rivestono un ruolo importante nel management aziendale, collaborano attivamente e proattivamente con i propri colleghi, con la direzione aziendale, e contribuiscono a realizzare la *vision* distintiva dell'azienda all'interno della quale operano. I leader di provenienza professionale di tipo medico hanno responsabilità sia come leader del team di lavoro in cui sono inseriti, che come responsabili del processo organizzativo.

Bohmer (2013) ha proposto una sistematizzazione teorica del concetto di leadership in ambito sanitario. Secondo l'Autore, molti medici assumono, a causa della formazione

ricevuta, una prospettiva individualistica relativamente al raggiungimento dell'obiettivo; ne consegue, pertanto, che i medici non sono in grado di perseguire un obiettivo comune come gruppo di lavoro composito.

Un buon leader clinico, secondo l'Autore, ha quattro compiti principali all'interno del sistema nel quale è inserito:

- definire con precisione l'obiettivo del gruppo di lavoro, ponendo enfasi sul concetto che l'obiettivo è condiviso e che l'azione finalizzata al raggiungimento dello stesso deve necessariamente essere collettiva. Il leader deve possedere le competenze necessarie per identificare l'obiettivo, unendo diversi settori disciplinari.
- Assicurarsi che il gruppo di lavoro ponga in atto tutte le azioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo: in questo senso il leader si trova a fronteggiare due tensioni differenti. La prima tensione riguarda il concetto di centralità del paziente nel processo di cura ed il tema delle scelte mediche basate su evidenze oggettive: in questo senso, bisogna assicurare l'aderenza alle linee guida della pratica medica in presenza di evidenze certe, ma anche garantire scelte *ad hoc* in riferimento al caso trattato. La seconda tensione da fronteggiare riguarda il giusto bilanciamento fra necessità di tipo clinico ed umano, derivanti dal rapporto con il paziente al quale prestare attività di cura. In questo senso, bisogna porre in atto scelte che tengano conto della compassione umana così come della corretta aderenza a pratiche e linee guida cliniche. Questo particolare aspetto definisce le strategie di *decision making* e la cultura organizzativa che sono proprie del team di cura.
- Monitorare le performance del proprio gruppo: i sistemi complessi richiedono un controllo molto rigido in modo da minimizzare le inappropriate variazioni. Una strategia utile al fine di monitorare le performance è data dalla condivisione e dall'analisi delle scelte effettuate, una sorta di *focus group* permanente, uno spazio cioè in cui condividere evidenze ed esperienze.
- Migliorare le performance del proprio gruppo. Il richiesto miglioramento della produttività necessita di continua innovazione e miglioramento nel campo della pratica clinica: il leader deve essere in grado di assicurare al suo gruppo umiltà,



dinamismo e curiosità, al fine di condurli sempre oltre le performance già conseguite o assicurate.

La leadership definita dall'Autore è una leadership che, quindi, elicitare il team nella definizione dei propri obiettivi e che aiuta a definire le modalità migliori per il raggiungimento degli stessi; in questo senso il leader è parte del team, ma contestualmente ne è separato.

Un importante aspetto della leadership clinica è legato alla capacità di poter elicitare l'interazione fra più persone (Goudsblom, 2001). La capacità dei manager di strutture sanitarie di influenzare le performance dei loro gruppi è un vitale aspetto delle loro funzioni e rappresenta anche la parte più difficile dello svolgimento delle loro mansioni (Thorne, 1997). La considerazione dello stile di leadership, dunque, diventa un fattore psico-sociale da considerare in maniera integrata con le capacità economico-manageriali per meglio comprendere le modalità di svolgimento del ruolo dirigenziale nelle aziende sanitarie (Sarchielli, et al., 2011).

A seguito di una corposa *review* della letteratura, Stanley (2012) ha riassunto le caratteristiche del professionista che opera come leader all'interno della struttura sanitaria:

- ha competenza nel campo clinico;
- è coinvolto direttamente nel processo di cura;
- ha competenze relazionali, doti comunicative ed empatia;
- è motivatore;
- garantisce e mantiene elevati standard qualitativi relativamente al processo di cura;
- responsabilizza gli altri e delega;
- è guidato da valori e credenze, è promotore di valori condivisi, che sono parte centrale dell'identità professionale del medico.

Mc Kinsey (2007) sostiene che la leadership clinica consiste nel porre le professionalità mediche al centro della prestazione erogata, in modo che gli *outcomes* di salute siano la parte centrale dell'identità professionale dei medici.

Lett (2002) individua come leader clinici coloro i quali sostengono e guidano i colleghi e collaboratori al fine di garantire un miglioramento continuo del processo di cura verso i pazienti.

Jonas, Mc Cay e Keogh (2011) individuano la leadership clinica come il fattore chiave per garantire un alto livello nella pratica clinica nell'ottica del raggiungimento di elevati standard di performance di eccellenza. Il buon leader è, secondo questi Autori, colui il quale ispira e promuove valori e visioni ed utilizza la propria esperienza professionale e le proprie competenze per assicurare che i bisogni del paziente siano il focus centrale per l'organizzazione. Secondo gli Autori, al fine di generare innovazione e implementare cambiamenti (in particolare cambiamenti che sono basati sull'evidenza clinica), i leader clinici hanno bisogno di generare processi, applicare strumenti, modelli e strutture supportati da chiare regole e *policies*; nel caso in cui così non fosse, sarebbe difficile garantire cambiamenti ed una reale innovazione.

Ulteriori studi hanno posto l'accento sulla caratteristica della *clinical leadership* di possedere competenze di sostegno e l'abilità di realizzare cambiamenti (Cummings, 2010; Fealy, 2011); altri Autori (Jackson e Daly, 2010) hanno posto l'accento sulla capacità del leader di promuovere e mantenere luoghi di lavoro salutarie guidando e stimolando l'introduzione di fattori di cambiamento culturale. Al fine di raggiungere questi obiettivi, il leader deve essere individuato dal gruppo di lavoro come detentore di competenze professionali di tipo clinico e di competenze relative alla capacità comunicativa di interazione con differenti professionalità presenti all'interno del team di lavoro. (Daly, 2014). In merito alle competenze che un leader deve possedere, altri autori hanno sottolineato che un buon leader deve avere un adeguato livello di *self-confidence* nelle proprie capacità professionali, sì da aiutare il gruppo ad interiorizzare le buone pratiche cliniche (Jackson, 2013; Mannix, 2013).

Una importante *review* della letteratura (Daly, 2014) ha avuto come scopo la sintesi della letteratura prodotta in tema di leadership clinica: secondo l'Autore, la leadership può essere declinata secondo molti aspetti, come leadership situazionale, guidata da valori e competenze o *vision* dell'organizzazione, come un processo collettivo o un processo co-generato, che riguarda relazioni di scambio e come processo che amplia i confini attuali verso nuovi confini.

Di seguito una tabella che sistematizza le caratteristiche della leadership secondo gli approcci più noti, ed i conseguenti stili comportamentali del leader, applicata alla clinical leadership.

Tabella 4: Le caratteristiche dello stile di clinical leadership e le conseguenti caratteristiche del leader

<b>Stili di Leadership</b>	<b>Caratteristiche dello stile di leadership</b>	<b>Caratteristiche del leader</b>
<b>Leader Situazionale</b>	Focus sul contest	Direttamente coinvolto nel processo di cura
	Valutazione delle caratteristiche proprie del microsistema di riferimento	Depositario dei processi di cura
		Predisporre risposte ad hoc
<b>Leadership basata sulle competenze</b>	Si affrontano le situazioni e si apportano cambiamenti	Passione per la pratica clinica e prestigio professionale
		Utilizzo metodologie di problem solving innovative
	Utilizzo metodologie di problem solving innovative	Competenze tecniche
		Coraggio
		Forte identità professionale
		Atteggiamento positivo nei confronti della professione
<b>Leadership basata sui valori</b>	Fiducia e rispetto	Identità professionale
	Forte senso di responsabilità	Atteggiamento positivo nei confronti della professione
<b>Leadership basata sulla Vision</b>	Fornisce obiettivi sfidanti	Visione Strategica
		Guida
		Intuisce le opportunità di miglioramento
		Utilizza le metodologie di miglioramento
<b>Leadership collettivista</b>	Complementarietà dei follower	Attiva gli altrui comportamenti
	Coabitazione di più leader	Fornisce supporto
		Collegiale nei processi decisori
<b>Leadership come co creazione</b>	Tutti i componenti dello staff sono responsabili nel processo	Comunicatore efficace

	Interdipendente	Capace di influenzare gli altri ad agire
	In interazione con gli altri	Competenze inter-professionali
	Lavoro a rete	Capacità di guidare un team
<b>Leadership come relazione di scambio</b>	Individua il modello	Capacità di affidarsi ai collaboratori
	Inspira una vision condivisa	Ruolo modello
		Fornisce supporto
		Motivatore
		Empowerizza gli altri
		Supporta i colleghi
<b>Leadership come estensione dei confini</b>	Allarga i confini collegiali, burocratici, interdisciplinari	Abilità di lavorare fra più team
	Crea legami e ponti fra i micro-sistemi del processo di cura	Conoscenza dei sistemi

Fonte: adattamento da Daly (2014)

Una leadership efficace è caratterizzata, per alcuni Autori, dal possesso sia di competenze utili al sostegno e alla guida che di abilità distintive nell'incidere sui cambiamenti (Cock, Leathard, 2004; Watson, 2008). Una leadership clinica efficace è correlata alla capacità di assicurare spazi di lavoro sani (Cummings, Mc Gregor, Davey, 2010; Fealy, Mc Namara, Casey, et al., 2011), compulsando il cambiamento culturale fra i professionisti nel luogo di lavoro (Jackson & Daly, 2010). Per raggiungere questi risultati positivi, è necessario che il leader sia ritenuto una persona credibile; nello specifico, deve possedere, secondo i colleghi, competenze di tipo tecnico-clinico (Mannix, et al, 2013; Desveaux, et al., 2012; Mc Namara, et al., 2011) ed anche competenze e capacità per supportare i membri dei team multidisciplinari e per comunicare con loro (Mannix, et al, 2013). Assumendo una prospettiva individuale, una leadership efficace richiede qualità personali che, oltre a riflettere atteggiamenti positivi verso la propria professione, dimostrano il coraggio di avanzare proposte di innovazione e capacità di apportare cambiamenti allo stato delle cose. Pepin (2011) ha rilevato che la competenza clinica, le capacità di guidare un team e di essere propensi al cambiamento, sono caratteristiche necessarie per un buon leader. I risultati di uno studio australiano hanno indicato che gli allievi infermieri vorrebbero

formazione in materia di leadership dai propri mentori, in materia di comunicazione, assertività ed empatia (Zilembo & Monterosso, 2008).

Nonostante l'evidenza della mancanza di una definizione univoca della leadership clinica, alcuni Autori, a seguito di una *review* della letteratura, hanno identificato alcuni temi che rappresentano il filo conduttore del costrutto, individuando le seguenti caratteristiche:

*“the ability to influence peers to act and enable clinical performance; provide peers with support and motivation; play a role in enacting organizational strategic direction; challenge processes; and to possess the ability to drive and implement the vision of delivering safety in healthcare”* (Garrubba, Harris, Melder, 2011).

E' evidente che la teorizzazione in tema di leadership clinica è ad una fase iniziale di sviluppo e sono disponibili pochi supporti di tipo empirico utili a garantire modelli che possano irrobustire un determinato approccio. Edmonstone (2014) ha rilevato che nonostante siano stati sviluppati diversi studi in tema di leadership clinica, sono ancora carenti le evidenze disponibili che diano la misura della loro utilità pratica. Eppure, è un ambito di particolare interesse e per il quale il proliferare di studi e indagini che si stanno avendo negli ultimi tempi consente di scommettere che l'incremento del numero delle evidenze non potrà che consentire di giungere ad una maggiore chiarezza in ambito definitorio.

#### *Clinical leadership & Managerial leadership*

Le aziende sanitarie scontano la contrapposizione, più o meno evidente, tra professionisti e manager. Tale contrapposizione esiste in quanto diversi sono gli obiettivi che appartengono ai due ruoli (De Pietro, Prenestini, 2008). *“As health care has become increasingly complex and specialized, a false dichotomy has emerged between public health specialists and health service managers”* (Hunter e Berman, 1997). L'applicazione dei principi dell'aziendalizzazione ad un sistema organizzativo quale quello sanitario, che è paradigmatico della burocrazia professionale, ha richiesto l'introduzione di figure nuove, i manager, che ricalibra i ruoli ed i poteri del nucleo operativo. Se il *professional* ha una visione monocentrica del proprio lavoro, focalizzata sul paziente e l'efficacia della cura, il manager ha una visione eterocentrica, focalizzata sull'ambiente interno ed esterno e finalizzata all'efficienza allocativa e al controllo dei costi.

La dialettica fra i costrutti della leadership e del management sono riscontrabili anche nel campo della gestione delle aziende sanitarie. Come già Griffiths ha rilevato (2010), i termini leadership e management, in ambito sanitario, sono di solito utilizzati in modo interscambiabile, ma ha sottolineato come fra questi due termini ci siano molte differenze riconducibili, ad esempio, al raggiungimento degli obiettivi e all'utilizzo delle risorse.

Tabella 5: Caratteristiche di Management e Leadership nelle aziende sanitarie

<b>Aspetto</b>	<b>Management</b>	<b>Leadership</b>
<u>Stile</u>	Transazionale	Transformational
<u>Fonte del potere</u>	Autorità	Carisma
<u>Orientamento</u>	Breve termine	Lungo termine
<u>Risposta</u>	Reattiva	Proattiva
<u>Ambiente</u>	Stabile	Dinamico
<u>Obiettivi</u>	Gestire flussi di lavoro	Guidare le persone
<u>Risorse Necessarie</u>	Dipendenti	Seguaci
<u>Bisogni</u>	Obiettivi	Vision
<u>Incentiva attraverso</u>	Offrendo remunerazione aggiuntiva	Ispirazione/Incentivi informali
<u>Modalità coordinamento</u>	Pianificazione	Indirizzo strategico
<u>Modello decisionale</u>	Decisione unilaterale/verticistica	Agevola il cambiamento/ concertativo
<u>Desiderio/obiettivo</u>	Risultato di breve termine	Traguardo/lungo termine
<u>Gestione del rischio</u>	Minimizzazione del rischio	Propenso al rischio
<u>Modalità di controllo</u>	Formula direttiva	Rompe gli schemi/innova
<u>Management del conflitto</u>	Evita il conflitto	Valorizza il conflitto (finalizzato al cambiamento)
<u>Opportunismo (visione futura)</u>	Mantiene la direzione attuale (preserva)	Definisce nuovi indirizzi (innova)
<u>Scopi</u>	Acquisire prestigio	Attribuire prestigio

<u>Gestione del risultato in caso di fallimento</u>	Attribuisce rimproveri/Rimprovera/ Attribuisce Responsabilità	Assume la responsabilità
<u>E' interessato a</u>	Essere nel "giusto"	Trovare la "giusta" soluzione
<u>Motivazione</u>	Finanziaria/Monetaria	Raggiungere obiettivi/eccellenza
<u>Risultato/prospettiva</u>	Colpire il target bersaglio fissato ex ante	Trovare nuovi target/ atteggiamento sfidante

Fonte: nostro adattamento su Bolman & Deal (1997)

La tabella n. 5 riassume in modo schematico le caratteristiche rilevabili nella comparazione fra i concetti di management e di leadership: nello specifico la tassonomia riportata sottolinea come il costrutto della leadership sia fonte di una *vision* definita per il team di lavoro ispirata appunto dal leader. Il leader, rispetto al manager, ha un atteggiamento maggiormente proattivo nei confronti dei propri collaboratori e degli obiettivi.

Una valutazione della tabella consente di ribadire un concetto già espresso da Alimo-Metcalfe e Franks (2011): la collaborazione fra i vari saperi all'interno di una struttura sanitaria consente al leader di esercitare efficacemente la leadership e la gestione della struttura.

Il management di un'azienda od organizzazione sanitaria dovrebbe essere collaborativo con gruppi eterogeni di professionisti al fine di lavorare insieme secondo lo scopo comune di assicurare un buono stato di salute per la popolazione di riferimento (Chatterije et al., 2018).

Un giusto ed equo approccio al tema è dato dalla comparazione della clinical leadership con la leadership della gestione dell'organizzazione sanitaria. Storicamente, la leadership di tipo manageriale ha un focus preminente sui bisogni generali dell'organizzazione: i manager sono incaricati di raggiungere obiettivi prefissati attraverso l'uso di procedure e politiche di gestione. La condizione di partenza dei manager di aziende pubbliche in molte burocrazie professionali è data dal fatto che la loro abilità di influenzare le altre figure professionali è basata unicamente sulla loro posizione di potere (i loro ruoli e status

all'interno della gerarchia manageriale) e che inoltre esercitano le loro funzioni unicamente basandosi sulla relazione superiore-subordinato (Jacques, 1976).

La leadership esercitata dal clinico, invece, ha un focus principale sul paziente; il clinico, infatti, è parte di gruppi professionali formati in un modo specifico e settoriale, che avverte, quindi, una forte influenza della responsabilità di tipo personale.

In contrapposizione con la leadership di tipo manageriale, che opera attraverso meccanismi di dipendenza gerarchica, la leadership clinica ha un orientamento di tipo collegiale ed un focus sul paziente:

*“the ability to influence all actors in and outside the healthcare organization to act and enable clinical performance; provide support and motivation; play a role in enacting organizational strategic direction; challenge processes; and to possess the ability to drive and implement the vision of delivering safety in healthcare” (Lalleman, et al., 2016, p.180).*

Crisp (2001) sottolinea come la leadership clinica debba essere esercitata a tutti i livelli, nei team professionali e nell'atto di prestazione di servizi di cura. La leadership fornisce la direzione da seguire, apre nuove possibilità e definisce nuovi scenari, aiuta i professionisti nello svolgimento delle proprie mansioni.

Baker (2011) sottolinea come sia necessario andare oltre le competenze tipiche delle professioni clinico-mediche ed allineare le competenze agli obiettivi gestionali. Ne consegue, pertanto, che è importante offrire formazione in merito agli stili di leadership per le professionalità che svolgono attività clinico-assistenziale. Ham (2008) sottolinea che è necessario valutare la competenza della leadership clinica a livello organizzativo-manageriale al fine di renderla una caratteristica imprescindibile della valutazione delle performance aziendali delle aziende sanitarie.

Il leader trasformazionale in sanità pone molta importanza sulle competenze interpersonali; il leader, infatti, fornisce motivazione, ispirazione, stimola ed agevola le mansioni dei collaboratori (Kouzes e Posner 1997).

D'Aunno e Gilmartin (2008) sottolineano come la mancanza di una teoria generale sulla clinical leadership sia dovuta sia alla mancata identificazione della figura del leader clinico negli assetti organizzativi esistenti ma, ancor più, alla mancanza di utili spunti di riflessione in merito al ruolo esercitato dal genere nell'esercizio stesso della leadership.



### *Leadership transazionale e trasformativa in sanità*

Come appena riportato, nel loro lavoro di *review* D'Aunno e Gilmartin (2008) hanno compiuto una serie di inferenze per ciò che riguarda la leadership transazionale e trasformativa all'interno delle strutture sanitarie. I due Autori hanno studiato questi due particolari stili di leadership poiché essi rappresentano gli stili maggiormente presenti nelle strutture sanitarie (Gilmartin e D'Aunno, 2008), così come già sottolineato da Lowe e Gardner (2001).

I due Autori hanno analizzato gli studi compiuti all'interno delle strutture ospedaliere i cui dati, principalmente, sono emersi a seguito di analisi relative agli infermieri e più in generale allo staff di supporto all'attività clinica.

Come già riportato in precedenza, emerge chiaramente che la leadership trasformativa è correlata positivamente con la *job satisfaction* (Gellis, 2001; Medley e Larochelle 1995), così come con la performance percepita dell'unità organizzativa (Stordeur, Vandenberghe & D'Hoore 2000), con un clima organizzativo incentrato sul supporto (Corrigan, Diwan, Campion & Rashid 2002) e, infine, con il livello di commitment organizzativo e di *staff retention* (Force, 2005).

A seguito del lavoro di *review*, i due Autori hanno rilevato che il grado di scolarizzazione è correlato con la percezione di efficacia del leader (Morrison et al., 1997). Il peso che ha lo stile di leadership all'interno di una struttura sanitaria risulta essere maggiore per coloro i quali hanno un livello di scolarizzazione e formazione medio-basso rispetto a coloro i quali hanno un livello di scolarizzazione medio-alto (Gilmartin e D'Aunno, 2008).

Riprendendo il lavoro di Bass (1995), i due Autori rilevano anche all'interno della struttura ospedaliera la "cascata" emersa dal confronto fra leadership transazionale e trasformativa: infatti, emerge che i manager posti gerarchicamente più in alto mettono in pratica maggiormente comportamenti di tipo trasformativa rispetto a coloro i quali sono posti in basso gerarchicamente (Hamlin, 2002; Leach, 2005).

Un ulteriore risultato interessante raggiunto attraverso il lavoro di *review* sottolinea come il modello trasformazione della leadership nelle organizzazioni sanitarie può essere efficacemente adattato anche, più in generale, alle strutture ospedaliere. Risultati di un lavoro di meta-analisi (Lowe, et al., 1996) indicano che i leader all'interno di organizzazioni

no-profit sono maggiormente inclini ad utilizzare la leadership trasformazionale dei leader che sono inseriti all'interno di strutture for-profit.

Come riportato, inoltre, nella figura-tabella n. 5 altri Autori hanno imputato la differenza fra leadership transazionale e trasformazionale alle differenze più profonde relative ai concetti di management e leadership.

Il lavoro di *review* di D'Aunno e Gilmartin, in conclusione, ha sottolineato un aspetto importante rispetto al costrutto della leadership trasformazionale all'interno delle strutture e delle organizzazioni sanitarie. Risulta evidente che la percezione di uno stile di leadership trasformazionale dipende dalle aspettative dei follower e dalle norme specifiche al contesto. Il lavoro, inoltre, sottolinea che il settore sanitario risulta essere in cui gli stili di leadership possono essere sviluppati per migliorare le aspettative dei follower. Più nello specifico, i due Autori hanno sottolineato che all'interno delle strutture sanitarie i leader che risultano essere maggiormente efficaci sono quelli che forniscono una *vision* chiara e definita e degli standard di performance che favoriscono la partecipazione e che risultano essere flessibili nell'approccio alle differenti problematiche. I risultati dello studio hanno fornito meccanismi specifici e stili comportamentali utili all'esercizio della leadership, come ad esempio, la capacità di mitigare le differenze di status attraverso l'utilizzo di team professionali caratterizzati da differenti professionalità.

#### *Clinical leadership e differenze di genere*

Il lavoro di Gilmartin e D'Aunno (2008) segna un caposaldo rispetto il concetto di clinical leadership per due importanti aspetti: nella *review* si sottolinea il ruolo della leadership nelle organizzazioni professionali di tipo sanitario, e l'impatto che hanno le differenze di genere rispetto l'esercizio della leadership.

Il settore sanitario rappresenta un ambito favorevole per lo studio comparativo del genere nell'esercizio della leadership, infatti nelle organizzazioni sanitario sono, in proporzione, un egual numero di donne e di uomini. Le donne nella gestione di organizzazioni non di tipo sanitario tendono a valutare in modo meno positivo gli stili di leadership che adottano rispetto agli uomini (Gilmartin e D'Aunno, 2008), mentre all'interno delle organizzazioni sanitarie questa differenza scompare o risulta essere meno pronunciata (Borman, 1993;

Murray et al., 1998; Ostroff, Atwater e Feinberg, 2004; Webster, Grusky, Podus e Young, 1999).

Alimo-Metcalfe e Franks (2011) hanno tentato di individuare i costrutti dell'esercizio della clinical leadership analizzando i comportamenti di un gruppo di manager di strutture ospedaliere inglesi.<sup>10</sup>

**Tabella 6: Declinazione del costrutto di Clinical leadership per donne e uomini**

<b>Sesso Maschile</b>	<b>Sesso Femminile</b>
Fornisce Indicazioni chiare	Si riferisce agli altri su un piano di eguaglianza
Fiducioso	Forte e supportiva
Orientato alla carriera	Preoccupata per i propri collaboratori
Chiarezza di obiettivi	Riconosce che la conoscenza/l'esecuzione di un compito coinvolge altre persone
Organizzato	Consapevole
Analitico	Onesta con i propri valori
Politicamente preparato	

Fonte: adattamento da Alimo-Metcalfe e Franks (2011)

I costrutti che gli Autori hanno rilevato sono ben definibili a seconda che si tratti di un uomo o di una donna che esercita la leadership di un gruppo all'interno di un'organizzazione. Emerge chiaramente che i follower sono molto importanti per le donne rispetto agli uomini; gli uomini sono invece, in definitiva, molto concentrati sui propri valori e sugli obiettivi. Relativamente agli uomini assume un ruolo importante anche il concetto legato alla politica e più in generale, le tensioni ambientali esterne

Relativamente al concetto di differenze di genere in correlazione con l'esercizio della leadership, lo studio della letteratura sottolinea come la leadership trasformazionale sia effettivamente prevalente fra il genere femminile quando si ricoprono ruoli apicali (Bass e Avolio, 1996; Alimo-Metcalfe e Franks, 2011): Bass e Avolio (1996) hanno somministrato il

<sup>10</sup> I dati riportati dagli Autori sono stati raccolti attraverso la somministrazione di interviste strutturate ed analisi di griglie comportamentali ad un campione di 50 manager occupati presso strutture sanitarie pubbliche.

test MLQ<sup>11</sup> ed a seguito dell'analisi dei risultati ottenuti hanno rilevato come le donne che ricoprono posizioni apicali tendono a porre in essere stili di leadership di tipo trasformatore rispetto agli uomini, che invece tendono a mettere in atto maggiormente stili di leadership di tipo transazionale<sup>12</sup>.

A seguito della trattazione della *clinical leadership* è emerso che i meccanismi di gestione delle strutture sanitarie modernamente organizzate sono improntate pressoché esclusivamente a stili di leadership di tipo transazionale e trasformatore (Gilmartin e D'Aunno, 2008).

Pertanto, risulta interessante analizzare, nel prosieguo del lavoro, se tali assunti, emersi dalla letteratura, trovano conforto nell'evidenza delle organizzazioni sanitarie italiane. Dunque, prendendo ad esempio il caso di una determinata azienda sanitaria, di cui si dirà nel capitolo seguente, l'attenzione della ricerca sarà volta ad analizzare lo stile di leadership prevalente tra coloro che ricoprono ruoli dirigenziali e a combinare tale analisi con la dimensione delle differenze di genere, al fine di derivarne *insight* significativi.

---

<sup>11</sup> Cfr. capitolo 1

<sup>12</sup> Il Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ, versione 5R) è stato somministrato ad un ampio campione di collaboratori di leader donne ed uomini statunitensi appartenenti alle 50 più importanti aziende. Le valutazioni ottenute hanno consentito di delineare gli stili di leadership messi in atto da donne ed uomini.

## Capitolo terzo

### *Metodologia della ricerca*

Attraverso l'adozione dei costrutti presentati nei capitoli precedenti - leadership, clinical leadership e differenze di genere – il caso di studio qui presentato si propone di rispondere alle domande di ricerca del presente lavoro:

- Research Question n.1: Come si configura lo stile di leadership all'interno delle strutture sanitarie italiane?
- Research Question n.2: In che modo impattano le differenze di genere sulla clinical leadership all'interno delle strutture sanitarie pubbliche italiane?

Nello specifico è stato analizzato lo stile di leadership esercitato da due dirigenti medici, responsabili di due unità operative afferenti la medesima azienda sanitaria pubblica. È stato osservato, attraverso un'esperienza sul campo, a quale categorizzazione appartengono gli stili di leadership esercitati da due diversi professionisti. Successivamente, sono state rilevate le inferenze determinate dal genere nell'esercizio della clinical leadership. Lo studio si propone di contribuire ad un attuale gap della letteratura manageriale sanitaria che Lega et al. (2017) così sintetizzano *“the literature on transformational and charismatic leadership<sup>13</sup> has not yet been reflected in the literature on male-female differences”*.

L'obiettivo della ricerca è perseguito attraverso uno caso studio<sup>14</sup> esplorativo (Yin, 2014) svolto sul campo. La metodologia di ricerca prescelta è ritenuta coerente con le finalità dell'indagine di pervenire a un inquadramento di fondo delle implicazioni manageriali del costrutto della leadership all'interno delle organizzazioni sanitarie. In considerazione dell'esigenza di conseguire una puntuale e approfondita disamina dell'oggetto della ricerca, l'attenzione è stata focalizzata su un caso di studio singolo (Barzelay, 1993). Di fatti,

---

<sup>13</sup> In questo caso specifico gli Autori fanno riferimento alla dialettica fra leadership transazionale e trasformativa.

<sup>14</sup> Il caso studio appartiene alle tecniche di ricerca qualitative: rappresenta lo strumento la cui finalità è ottenere informazioni dettagliate ed analitiche in relazione ad una particolare situazione od alle relazioni che si instaurano all'interno di essa.

quantunque tale approccio non consenta la generalizzazione dei risultati ottenuti, esso offre la possibilità di ottenere interessanti evidenze empiriche per contribuire all'avanzamento della conoscenza scientifica (Flyvbjerg, 2006).

La scelta del paradigma di ricerca maggiormente fittante con le domande di ricerca a cui ci si propone di rispondere rappresenta un passaggio importante nel contesto della ricerca scientifica. La scelta rispetto l'utilizzo di una metodologia di tipo quantitativo rispetto ad una metodologia di tipo qualitativo riflette una sostanziale differenza rispetto al paradigma che ci si propone di utilizzare (Corbetta, 1992).

Nel caso della ricerca quantitativa si utilizza un'impostazione di tipo deduttivo, la teoria precede l'osservazione: ci si muove, quindi, entro il contesto della giustificazione, cioè si ricerca il sostegno, attraverso i dati empirici, alla teoria formulata precedentemente sulla base della letteratura.

Nel caso in cui, invece, si decida di utilizzare il paradigma qualitativo, accade che elaborazione teorica e ricerca empirica siano strettamente correlate, infatti il ricercatore parte dal presupposto che la formulazione iniziale di una teoria rappresenti un possibile condizionamento che potrebbe negargli una incondizionata osservazione della realtà che si propone di analizzare e studiare.

Nella ricerca quantitativa il ricercatore è preoccupato della rappresentatività della realtà o del fenomeno che sta studiando piuttosto che della sua capacità di comprendere, mentre l'opposto vale per la ricerca qualitativa: in questo caso al ricercatore non interessa la rilevanza statistica bensì l'importanza che il singolo caso sembra esprimere. Nel caso della ricerca qualitativa si pone importanza alla raccolta di informazioni e dati di tipo testuale per raccogliere quante più informazioni è possibile per descrivere un fenomeno.

Anche lo strumento di rilevazione che viene utilizzato per i due tipi di indagine, riflette questa differenza: la ricerca quantitativa privilegia strumenti che forniscono un dato oggettivo, statistico, che consente di trarre inferenze. La ricerca qualitativa utilizza strumenti di ricerca che forniscono una conoscenza dettagliata di quanto è oggetto di ricerca.

Anche i costrutti sono usati in modo diverso dai due approcci: i costrutti sono gli elementi costitutivi della teoria, e tramite la loro operativizzazione (trasformazione in variabili

empiricamente osservabili) (Pedon e Gnisci, 2004) consentono alla teoria di essere sottoposta a controllo empirico.

Nell'approccio tipico del paradigma quantitativo, la chiarificazione dei costrutti e la loro operativizzazione in variabili avvengono prima ancora di iniziare la ricerca. Questo metodo, se da un lato offre il vantaggio di poter rilevare empiricamente il concetto, dall'altro comporta anche lo svantaggio di una forte riduzione e impoverimento del costrutto stesso, con il rischio ulteriore che la variabile sostituisca il costrutto.

Un ricercatore qualitativo solitamente utilizza il costrutto come strumento che consente di orientarsi, che predispone alla percezione, ancora da definire non solo in termini operativi, ma anche teorici, nel corso della ricerca stessa. I costrutti diventano, quindi, una guida di avvicinamento alla realtà empirica, non riduzioni della realtà stessa in variabili astratte.

Per quanto riguarda il rapporto generale con l'ambiente studiato, l'approccio tipico della ricerca quantitativa non ritiene che la reattività del soggetto possa rappresentare un ostacolo di base, e crede che un certo grado di manipolazione controllata sia ammissibile. Viceversa la ricerca qualitativa si basa sull'approccio naturalistico, vale a dire che il ricercatore non manipola in alcun modo la realtà in esame. I due modi di fare ricerca trovano illustrazioni tipiche e opposte nelle tecniche dell'esperimento<sup>15</sup> e dell'osservazione partecipante<sup>16</sup>.

Analizzando la specifica interazione psicologica con i singoli soggetti studiati, il ricercatore quantitativo assume un punto di vista esterno al soggetto studiato, in modo neutro e distaccato; inoltre studia solo ciò che egli ritiene importante. Il ricercatore qualitativo, invece, si immerge il più completamente possibile nella realtà del soggetto e quindi tende a sviluppare con i soggetti una relazione di immedesimazione empatica.

Ma in questo modo sorge prepotentemente il problema dell'oggettività della ricerca.

Anche l'interazione fisica con i singoli soggetti studiati è differente per i due approcci. La ricerca quantitativa spesso non prevede alcun contatto fisico tra lo studioso e l'oggetto o

---

<sup>15</sup> L'esperimento rappresenta un processo di conoscenza della conformità di un evento ad una legge, ovvero vengono verificati dati ed ipotesi attraverso l'osservazione metodica degli eventi. (Tito Marci, logica discorsiva e procedure dell'arte nella società contemporanea, Sociologia rivista quadrimestrale di scienze storiche e sociali)

<sup>16</sup> L'osservazione partecipante rappresenta una tecnica di ricerca qualitativa in cui l'osservatore analizza una data realtà oggetto di ricerca: l'osservatore si inserisce in maniera diretta, per un tempo relativamente prolungato in un dato ambiente, instaurando relazioni dirette con color i quali sono inseriti nell'ambiente, al fine di descriverne il comportamento e le motivazioni ad esso sottostante.

fenomeno studiato, mentre nella ricerca qualitativa il contatto fisico è una preconditione essenziale per la comprensione.

Il fenomeno studiato quindi risulta passivo nella ricerca quantitativa, mentre ha un ruolo attivo nella ricerca qualitativa.

La descrizione qualitativa (Sandelowski, 2010) risulta essere un approccio pragmatico (Neegaard et al., 2009) che risulta essere fittante con gli obiettivi del presente studio, rappresentato dall'analisi dello stile di leadership di due dirigenti medici attraverso l'utilizzo della tecnica dello shadowing. Utilizzando questo particolare approccio, è stato possibile esplorare approfonditamente il costrutto ed ottenere *insights* attraverso la somministrazione di un'intervista semi-strutturata ed attraverso l'utilizzo di una griglia di osservazione comportamentale.

### *Lo shadowing*

Lo shadowing rappresenta uno strumento di indagine di tipo qualitativo, utilizzato nel campo delle scienze sociali; esso permette di analizzare la sequenza delle azioni che la persona oggetto dell'indagine compie. Nello shadowing il ricercatore (shadower) segue "da vicino" il membro di un'organizzazione (shadowee) per un esteso periodo di tempo (Czarnoiwka, 2007). Questa tecnica è ritenuta l'osservazione diretta che consente di analizzare maggiormente in profondità i comportamenti all'interno di un particolare *setting* organizzativo e sociale (Bartowiak-Theron e Sappey, 2012). Durante l'attività di shadowing si ha la possibilità di "catturare" il segmento di un determinato spezzone di vita lavorativa (Mc Donald, 2005; Quinlan 2008).

Mc Donald (2005) suddivide il concetto più generale di shadowing in tre sottocategorie più specifiche:

- lo shadowing come mezzo per registrare i comportamenti;
- lo shadowing come mezzo per analizzare ruoli o prospettive non definite;
- lo shadowing come un apprendimento esperienziale.

Allo stesso tempo, lo strumento consente di conoscere tutto ciò che è riferito ad una data azione, dal punto di vista di chi la compie, avendo come sfondo la realtà organizzativa di cui fa parte lo shadowee (Mc Donald, 2005).



La tecnica può essere inserita nell'ambito delle etnografie organizzative<sup>17</sup>, al pari dell'osservazione partecipante e dell'osservazione strutturata<sup>18</sup> (Bruni, 2011).

Nel campo degli studi organizzativi si assiste ultimamente all'utilizzo della tecnica dello shadowing quale strumento che permette di analizzare la realtà oggetto di indagine (Bonazzi, 2002). Barley e Kunda (2001) sottolineano l'importanza di rivitalizzare il campo di studi inerente l'analisi dei flussi quotidiani di lavoro all'interno delle organizzazioni, al fine di dotare di senso i processi organizzativi post-burocratici.

Czarianawska (2007) sottolinea che lo shadowing risulta essere uno strumento molto utile nei casi in cui sono oggetto di studio le mansioni che hanno contorni fluidi e poco delineati, intensi contenuti emozionali e rilevanti aspetti intangibili. Vasquez et al. (2012) rilevano che lo shadowing consente di delineare con particolare precisione l'oggetto di studio, di scandire il flusso di un dato processo organizzativo. Quinlan (2008) definisce lo shadowing "*invisibilità vistosa*": si cerca, in altre parole, di non influire in nessun modo sui processi che si analizzano non celando, al contempo, la propria presenza. Nel corso dello shadowing il ricercatore segue come un'ombra il soggetto osservato nello svolgimento delle proprie mansioni quotidiane (Bruni et al., 2000; Bruni, 2011; Cozzi, 2004, in Maci, 2011; McDonald 2005, in Earley 2012; Varella in Amaturò, 2012, Mc Donald 2014).

L'attività di shadowing è variegata così quanto sono tra loro differenti e complesse le attività che svolge l'individuo target nel corso del proprio lavoro.

Lo shadowing può svolgersi per periodi consecutivi o non-consecutivi, per un solo giorno o per diversi mesi. Questa tecnica, dal punto di vista degli studi organizzativi, può essere focalizzata su un singolo ruolo o su ruoli differenti di professionalità afferenti la medesima realtà aziendale. Durante lo svolgimento dell'attività di osservazione, il ricercatore può fare domande alla persona coinvolta: le domande possono essere finalizzate a ottenere specificazioni e spiegazioni rispetto allo svolgimento di una data attività, oppure possono essere fatte per investigare motivazioni profonde circa lo svolgimento di un determinato comportamento messo in atto.

---

<sup>17</sup> Le etnografie organizzative rappresentano una metodologia di ricerca delle organizzazioni, infatti consentono di conoscere ed interpretare la realtà attraverso il contatto diretto con essa, tenendo sempre da conto che ciascuna organizzazione è di per sé unica ed irriducibile (Piccardo e Benozzo, 1996)

<sup>18</sup> Rappresenta un tipo di osservazione sistematica e che si avvale di strumenti strutturati di raccolta di informazioni, quali ad esempio le griglie di rilevazione delle frequenze dei comportamenti.

Durante il momento di raccolta di dati, il ricercatore scrive una serie complessa di note, le quali riporteranno spezzoni di frase, comportamenti palesi dello shadowee e dei suoi interlocutori.

Lo shadowing è in grado di apportare un contributo distintivo alle ricerche in tema di organizzazione e management aziendale, in quanto si differenzia dalle altre tecniche di ricerca per due ordini di motivi ben definiti:

- il livello di analisi: le informazioni acquisite attraverso lo shadowing risultano essere molto approfondite rispetto a quelle ottenibili utilizzando altre metodologie di ricerca. Lo shadowing permette, inoltre, di ottenere un dato completo, in quanto il ricercatore ha la possibilità di accedere a molteplici aspetti della vita organizzativa.
- L'oggetto di analisi: utilizzando questa particolare tecnica, si ha il privilegio di analizzare opinioni e comportamenti e la relazione che fra essi intercorre. I comportamenti, e le relative motivazioni e ricadute, sono dunque contestualizzate, attraverso l'analisi del materiale raccolto dal ricercatore. L'organizzazione è analizzata attraverso il punto di vista del lavoratore.

Lo shadowing ha il pregio di catturare il coinciso, frammentato, variegato, verbale ed interrotto corso della vita dell'organizzazione (Weick 1974).

Diversi Autori concepiscono lo shadowing come una modalità di osservazione svincolata e autonoma, esaustiva in sé stessa (es. Maci, 2011); McDonald (2005) definisce lo shadowing come un metodo olistico e penetrante, che può offrire molto allo studio delle organizzazioni in tutta la loro complessità. Lo shadowing può fornire intuizioni uniche nel funzionamento quotidiano delle organizzazioni grazie all'enfasi posta sullo studio diretto di azioni contestualizzate (McDonald, 2005, in Earley, 2012).

Esso può essere utilizzato per raggiungere tre finalità rilevanti per il ricercatore-shadower: apprendere dall'esperienza che si vive insieme al professionista oggetto di indagine; registrare o annotare dettagli di comportamento al fine di ricondurli a modelli stabiliti; indagare ruoli e prospettive in dettaglio con metodi qualitativi e quindi osservare la realtà organizzativa dal punto di vista dei soggetti oggetto della ricerca. Assumendo questi differenti presupposti teorici e metodologici, risulta chiaro come anche l'osservatore ha un ruolo preminente nel processo di ricerca: nello shadowing; infatti, l'osservatore è

consapevole del ruolo che svolge, ai fini della rilevazione, anche la propria personalità, carica delle proprie emozioni, delle proprie abitudini di pensiero, la continua ricerca e contrattazione sulla propria identità come parte fondamentale della dinamica interattiva studiata (Sclavi, 2005).

Lo shadowing può essere interpretato come una relazione in cui il ricercatore non tenta di innalzarsi al di fuori della realtà osservata, ma si pone dentro la stessa non soffocando le voci dei soggetti, ma riportando le loro voci come punti di vista autonomi dal proprio e altrettanto fondanti. La ricerca è intesa non come monologo, ma come polifonia (Sclavi, 2005). Nella fase di ricerca sul campo si è cercato di fare riferimento a uno schema comportamentale metodologico, al fine di orientare l'osservazione e renderla efficace ed efficiente, sfruttando cioè ogni frammento della stessa al fine di compiere inferenze significative. Nello specifico nel corso dell'osservazione si è cercato di:

- prendere nota di tutto, anche se può apparire a prima vista ovvio e scontato;
- registrare attraverso lo scritto su un quaderno (diario di campo) le azioni proprie e altrui, le relazioni tra le azioni, le consuetudini o gli eventi straordinari, i rapporti formali e informali, i pettegolezzi, i luoghi, i tempi, le aspettative che si instaurano tra ricercatore/manager/altri soggetti coinvolti, le emozioni, gli incidenti, le riflessioni su di sé in qualità di osservatore e di come è stata interpretata e vissuta la relazione con il manager e nell'organizzazione nel suo complesso;
- non anticipare gli eventi. Permettere che gli eventi prendessero ordine e significato da sé, avere la pazienza di non dover capire tutto e subito, riflettere e osservare senza dover iscrivere tutto in ordine prestabilito;
- chiedere spiegazioni di determinati aspetti o comportamenti per approfondire ciò che risultava non essere chiaro o potenzialmente di poco interesse ai fini della presente trattazione.

Il presupposto fondamentale dello svolgimento dell'attività di osservazione è stata la negoziazione della vicinanza con gli shadowee. La vicinanza crea occasioni di contatto, le quali aumentano la familiarità fra le persone (Palmonari et al., 2012). Studiare all'interno di una struttura sanitaria nella quale venivano assistite persone portatrici di patologie

complesse e talvolta severe, ha imposto di negoziare di volta in volta il coinvolgimento personale.

Le osservazioni compiute sono state tutte improntate al mantenimento costante di un'“*attenzione diffusa*” (Bruni, 2011), in modo da poter dirigere l'attenzione all'organizzazione analizzata, al clima, ai membri ed alle relazioni che tra loro si sono instaurate. Il *focus* attenzionale non è stato solo la serie di comportamenti messi in atto, ma invece l'insieme di quanto avveniva: pertanto è stata privilegiata l'interpretazione globale del contesto e non quella olistica.

Necessariamente ne consegue che il rapporto fra shadower e shadowee risulta essere un rapporto estremamente complesso: entrambi gli attori coinvolti hanno aspettative differenti e sicuramente differenti motivazioni relativamente all'attività di ricerca; di entrambi questi aspetti è bene sempre tenere cura per non rischiare di ricadere nel cosiddetto “effetto Hawthorne”<sup>19</sup>. L'effetto di cui si è accennato pocanzi consiste nella variazione di un comportamento o di un fenomeno che si è intesi ad osservare, a causa della presenza degli osservatori; questa variazione non dura nel tempo, non è dunque imm modificabile. Detto effetto ha profonde radici di ordine psicologico. Al fine di non cadere in questo *bias* distorsivo che potenzialmente può compromettere la validità interna della ricerca, nel corso dell'introduzione alla descrizione della metodologia di ricerca, i due shadowee sono stati invitati a comportarsi entrambi come durante una loro normale giornata di lavoro. Le sequenze comportamentali oggetto di osservazione sono state rilevate attraverso l'utilizzo di una griglia comportamentale, la quale ha avuto lo scopo di orientare l'attenzione verso le caratteristiche costitutive del costrutto della clinical leadership.

Si è cercato di assicurare un buon livello di validità interna anche grazie alla somministrazione di una intervista semi-strutturata, progettata ai fini della presente ricerca ed in allegato al presente lavoro: infatti alcuni *items* sono stati ideati e trascritti con l'intento di fungere da *items* di controllo.

---

<sup>19</sup> Detto effetto si fa risalire agli studi compiuti da Elton Mayo fra il 1927 ed il 1932 presso le officine Hawthorne della Western Electric Company, presso Chicago. Mayo avviò una serie di rilevazioni per stabilire il legame fra ambiente di lavoro, e nello specifico l'illuminazione, ed il rendimento lavorativo nello stabilimento. I risultati emersi indicarono che il rendimento lavorativo era aumentato molto, ma solo perché i lavoratori erano consapevoli di essere osservati. Mayo definì questo effetto “effetto Hawthorne”.

### *L'indagine presso l'ASL Salerno*

La ricerca è stata svolta presso una struttura sanitaria pubblica, ubicata nella regione Campania, ovvero il polo ospedaliero Umberto I di Nocera Inferiore presso l'Azienda sanitaria locale di Salerno.

A causa dei disavanzi maturati dalla gestione della spesa sanitaria nei primi anni del 2000, a partire da marzo 2007 la Regione Campania è stata sottoposta al "Piano di rientro dal deficit sanitario" e a causa dell'inadempienza degli obblighi ivi assunti, dal 24 luglio 2009 è stata sottoposta a commissariamento ai sensi dell'art. 4, comma 2 del D.L. n.159 del 1° ottobre 2007, convertito con modificazione della legge n.222 del 29 novembre 2007. L'attività di affiancamento alle Regioni con i Piani di rientro della spesa sanitaria è affidata al Siveas (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria). Il supporto tecnico è assicurato dalla Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Dipartimento della qualità del Ministero della salute.

I Piani sono parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione e si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle regioni.

Questo aspetto risulta particolarmente dirimente ai fini della presente trattazione: il contesto in cui sono state condotte le attività di shadowing, infatti, risentono in maniera importante del controllo delle risorse utilizzate e dei costi che comportano. Nondimeno questo aspetto è particolarmente rilevante rispetto alla composizione numerica dei punti organici presenti all'interno della struttura. Gli spazi e le attrezzature presenti nel polo ospedaliero risentono di questo aspetto: sono evidenti delle carenze a livello strutturale in entrambi i reparti in cui ho condotto le mie osservazioni.

L'Azienda Sanitaria Locale Salerno ha sede legale in Salerno, via Nizza n.146; è stata costituita, con personalità giuridica pubblica, con DGRC n. 505 del 20 marzo 2009 ed è dotata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1bis, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con lo scopo di definire, sviluppare e governare l'attività svolta per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi di salute individuati dalla programmazione regionale e nazionale. Svolge le proprie funzioni in osservanza della legislazione statale e di quella regionale,

nonché secondo i principi del proprio Atto Aziendale, i relativi atti programmatici e quelli regolamentari che ne disciplinano l'attività.

L'Azienda comprende l'intera area della provincia di Salerno, territorio sul quale insistono 158 comuni:

- 21 con un elevato grado di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 56% del totale;
- 40 con un livello medio di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 23%;
- 97 con un basso livello di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 21%.

L'area ad elevato grado di urbanizzazione o metropolitana della provincia di Salerno è costituita soprattutto dai comuni compresi nella fascia di territorio che va dall'Agro Nocerino-Sarnese a Nord fino a Pontecagnano e Battipaglia a Sud. L'area con livello medio di urbanizzazione è localizzata a ridosso di quella metropolitana, lungo la costa cilentana e del Vallo di Diano. L'area a basso livello di urbanizzazione è localizzata prevalentemente nelle zone della collina e della montagna interna, area Cratere, Cilento Interno e Vallo di Diano.

L'Azienda è organizzata in Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri, così come individuati nella L.R. n. 16 del 28.11.2008, nelle Delibere di Giunta Regionale n. 504 e 505 del 20.3.2009 e nel DCA n. 33 del 17.5.2016.

L'attività di ricerca è stata svolta presso il Polo Ospedaliero di Nocera Inferiore, DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) di Primo livello afferente all'ASL Salerno. Il DEA di primo livello garantisce oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di pronto soccorso anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione e garantisce interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica. Sono inoltre assicurate prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali. L'obiettivo del DEA è creare integrazione funzionale delle divisioni e dei servizi sanitari finalizzati ad affrontare i problemi diagnostico-terapeutici dei pazienti in situazioni di emergenza. È basato su un *modello organizzativo multidisciplinare* che riunisce in un'unica struttura diversi specialisti.

La ricerca ha visto coinvolti medici di due reparti ad alta intensità di cura, ovvero i reparti di neurologia e neuroradiologia. La scelta dei reparti nei quali effettuare l'attività di ricerca è stata dettata dalla possibilità di analizzare in profondità le dinamiche organizzative legate allo svolgimento della prestazione di cura. Nei due reparti in cui è stata condotta la ricerca, la prestazione di cura ha carattere di complementarità. I due dirigenti medici responsabili dei reparti lavorano a stretto contatto per garantire la gestione di patologie correlate con il sistema nervoso.

Il polo ospedaliero di Nocera Inferiore risulta essere un *hub*<sup>20</sup> di secondo livello di riferimento dell'area nord salernitana per la gestione degli episodi di ictus cerebrali.

Il reparto di neurologia è diretto dal dirigente medico donna: è ubicato al quarto piano del plesso ospedaliero. All'interno del reparto si svolgono attività clinico-diagnostiche in regime sia di ricovero che di day-hospital.

Il reparto di neuroradiologia è ubicato al piano semiinterrato del plesso ospedaliero.

Le attività che si svolgono all'interno del reparto di neurologia sono:

- ricovero ordinario e in day hospital
- cerebropatie vascolari cerebrali acute (solo in ricovero ordinario)
- epilessia
- cefalea
- patologie sistema nervoso periferico
- patologie degenerative SNC
- neurologia
- elettroencefalogramma.

All'interno del reparto di neuroradiologia si svolgono le seguenti attività:

- diagnostica strumentale TC ed RM Diagnostica ed Interventistica;
- procedure di interventistica spinale;
- biopsie TC guidate.

---

<sup>20</sup> Gli hub rappresentano strutture sanitarie con disponibilità di trattamento endovascolare per i casi di ictus ischemico, riferimento per il proprio territorio di pertinenza per il trattamento delle suddette patologie.

### *I soggetti della ricerca*

Come riportato, l'attività di shadowing svolta ha riguardato due dirigenti medici, un uomo ed una donna. Tali dirigenti sono stati scelti in quanto responsabili di due reparti, ma anche poiché responsabili di equipe multidisciplinari di lavoro.

Una volta ricevuto l'assenso della Direzione Generale allo svolgimento della ricerca, si è provveduto a contattare i due Dirigenti medici, cercando di pianificare con loro, nel miglior modo possibile, l'attività di shadowing, in considerazione delle attività lavorative e dei vari impegni.

L'attività di shadowing è stata svolta nel corso del mese di gennaio 2018; il tempo da dedicare a ciascuna attività di rilevazione è stato valutato sufficiente in relazione all'analisi delle dinamiche oggetto della presente trattazione. La presenza di un osservatore esterno alla realtà organizzativa ha suscitato interesse da parte dei collaboratori di entrambi i dirigenti medici oggetto di osservazione.

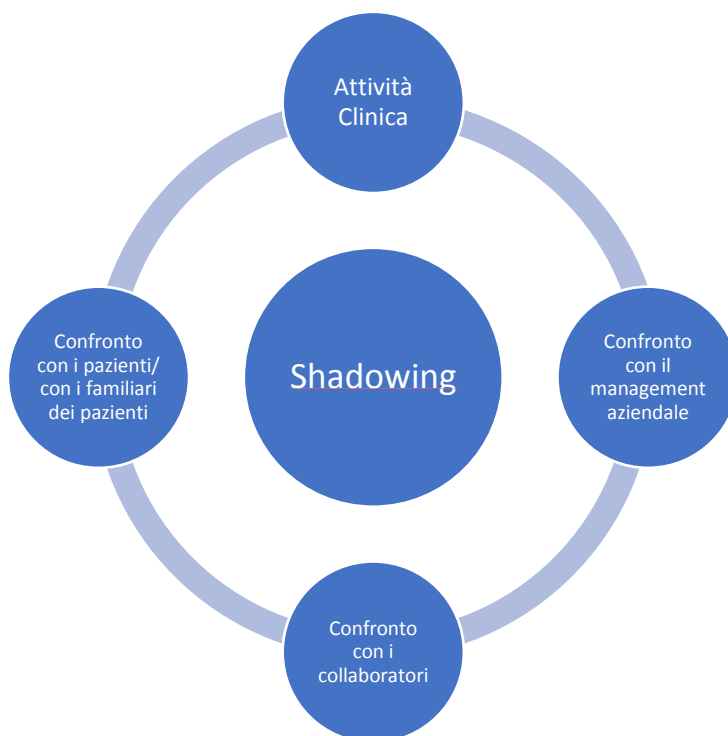
Entrambi gli shadowee hanno mostrato grande interesse e collaborazione nei confronti dell'attività di ricerca. Entrambi erano stati informati circa la natura puramente esplorativa della presente lavoro, quindi non esaustiva. Entrambi preferiscono che non venga esplicitato il proprio nome. Entrambi gli shadowee hanno introdotto il ricercatore e la relativa ricerca ai loro collaboratori, consentendo di effettuare osservazioni maggiormente approfondite ed accurate, in quanto anche alcuni di loro hanno fornito utili dati alla presente ricerca.

Così come rappresentato dalla figura n.6, l'attività di shadowing condotta ha avuto come finalità l'analisi e la successiva valutazione di una serie di attività che sono direttamente correlate con il costrutto della clinical leadership. Nello specifico sono stati oggetto di analisi:

- l'attività clinica;
- il rapporto con i collaboratori;
- il rapporto con il management aziendale;
- il rapporto con i pazienti, con i familiari dei pazienti.



Figura 6: Rappresentazione grafica degli elementi analizzati con l'attività di shadowing



Fonte: nostra elaborazione

### *Risultati*

I risultati riportati sono il frutto delle trascrizioni di interviste semi-strutturate somministrate e di schede di osservazione e rilevazione<sup>21</sup> utilizzate al fine di rispondere alle domande di ricerca.

La scheda di rilevazione, costruita all'uopo del presente lavoro, ha analizzato i seguenti aspetti:

- ✓ analisi del percorso di carriera;
- ✓ analisi delle competenze personali;
- ✓ descrizione dell'organizzazione del reparto;
- ✓ rapporto con i pazienti/ con i familiari dei pazienti;
- ✓ rapporti con i collaboratori;
- ✓ rapporti con il management aziendale.

---

<sup>21</sup> Il format della scheda di osservazione è in allegato al presente lavoro (cfr. appendice).

La scheda, come riportato in precedenza, è stata costruita inserendo *items* di controllo, in modo da controllare eventuali minacce alla validità interna. La struttura degli *items* è stata derivata dalla definizione che si è ritenuta più completa rispetto al costrutto di clinical leadership (Lalleman, 2016).

L'intervista semi-strutturata<sup>22</sup> sottoposta ad entrambi ha avuto lo scopo di analizzare nel dettaglio quanto emerso a seguito dell'osservazione realizzata, sistematizzando le informazioni di tipo qualitativo ricavate nell'ottica dell'analisi della clinical leadership. È stato deciso di utilizzare un'intervista semi strutturata, poiché tale strumento offre la possibilità di sviluppare determinati aspetti, nell'ottica della sistematizzazione teorica-concettuale.

Al fine di analizzare le differenti osservazioni riportate di seguito, è stata analizzata la prossemica degli shadowee, la comunicazione verbale, non verbale e para verbale degli stessi (Watzlawich et al., 1967). Questi Autori utilizzano un approccio sistemico alla comunicazione, uno dei loro assiomi sostiene che "*è impossibile non comunicare*": l'approccio sistemico permette di analizzare determinati aspetti degli individui avendo come presupposto e chiave interpretativa gli stili comportamentali che gli individui mettono in atto.

La comunicazione verbale è relativa a ciò che viene detto: la scelta delle parole, la costruzione delle frasi; la comunicazione non verbale riguarda tutto ciò che si trasmette attraverso la nostra postura. La comunicazione para verbale è relativa alle modalità attraverso le quali gli individui si esprimono verbalmente (tono della voce, volume, intonazione).

Sono state oggetto di osservazione anche lo svolgimento dei processi aziendali e lo studio della realtà aziendale in cui si è svolta l'attività di osservazione. Si è avuta la possibilità, nel rispetto della privacy e dell'etica professionale, di osservare lo svolgimento di colloqui clinici.

---

<sup>22</sup> L'intervista semi strutturata prevede una traccia che riporta gli argomenti che necessariamente devono essere affrontati durante l'intervista; essa può essere costituita da un elenco di argomenti o da una serie di domande a carattere generale.

## Shadowing n.1

La prima osservazione condotta riguarda il responsabile del reparto di neuroradiologia.

Il dirigente medico è stato osservato nello svolgimento della sua attività quotidiana, analizzando lo svolgimento della pratica clinica, sia con i pazienti che con i caregiver, il rapporto con i collaboratori e con il management aziendale, così come riportato nella scheda di osservazione in appendice del presente lavoro.

Lo shadowee è responsabile del reparto da alcuni anni, è un professionista affermato che affianca alla pratica clinica lo svolgimento dell'attività didattica. Il dirigente medico possiede una personalità molto forte e strutturata: svolge la sua attività professionale per obiettivi in modo conciso e diretto, ed in virtù di questi obiettivi, cadenza lo svolgimento delle proprie mansioni. Il dirigente è inserito nella realtà organizzativa in cui lavora da molti anni.

Il giorno precedentemente concordato per effettuare l'attività di shadowing, lo shadowee mi riceve in modo cordiale; è un giorno di lavoro come tutti gli altri, i ritmi sono abbastanza serrati; il dottore mi riceve nel suo studio, stanza attigua a una sala dove lavorano i collaboratori, ed una sala di aspetto.

- Analisi della realtà organizzativa

Il reparto in questione ha una conformazione abbastanza particolare, in quanto la diagnostica per immagini si svolge in altri locali, ubicati al piano superiore rispetto al reparto in questione.

L'ufficio ha la porta aperta, sulla scrivania sono presenti le cartelle cliniche dei vari pazienti, che attendono una refertazione. Casualmente durante una sessione osservativa è presente un consulente esterno all'azienda sanitaria: rappresenta l'azienda che si occupa del processo di informatizzazione dell'intera azienda sanitaria locale, processo di cui lo shadowee è responsabile. Si ha quindi l'occasione di annotare e rilevare eventuali stili di leadership anche nei confronti di uno stakeholder dell'azienda sanitaria.

Questo reparto funge da raccordo nell'attività clinico-diagnostica degli altri reparti, soprattutto rispetto al reparto di neurologia. Alcuni pazienti arrivano direttamente dal pronto soccorso per essere sottoposti ad una serie di valutazioni cliniche.

L'attività svolta in questo reparto inevitabilmente ha delle ricadute sugli altri reparti: se i tempi necessari per lo svolgimento degli esami si riducono, conseguentemente diminuiscono i tempi di degenza dei pazienti afferenti ai vari reparti del plesso ospedaliero. A seguito dell'osservazione è possibile rilevare senz'altro che il dirigente rappresenta il fulcro dell'attività dell'unità operativa: nello specifico detta i tempi dedicati allo svolgimento delle varie mansioni, smista gli esami programmati e le attività clinico-diagnostiche per la giornata.

Nel reparto in questione sono evidenti carenze di personale che inevitabilmente si riflettono sull'organizzazione dei turni di lavoro e lo svolgimento della pratica clinica relativa al reparto in questione. A primo impatto è possibile rilevare come le attività clinico-diagnostiche seguono un iter preciso e definito: risulta, quindi, evidente che i meccanismi relativi alla pratica clinica sono collaudati e rodati. Traspare sicurezza nello svolgimento delle mansioni.

Emerge, a seguito della somministrazione dell'intervista semi-strutturata, come siano evidenti difficoltà relative alla gestione economico-finanziaria della struttura: definisce come "drammatica" la situazione nella quale operano lui ed i suoi collaboratori.

Il fulcro dell'analisi, durante la somministrazione dell'intervista semi-strutturata, si concentra sul percorso legato al processo di assegnazione delle risorse, che avviene a livello aziendale.

Il clima organizzativo che è possibile rilevare è il clima di un team focalizzato su un obiettivo; non ci sono molti scambi, ne consegue che i vari processi sono in mano di una sola persona, il leader, che segue e monitora il corretto svolgimento dello stesso in toto.

Il Dirigente medico sicuramente mette in atto stili di leadership: coordina e monitora lo svolgimento delle varie attività, rappresenta il punto di riferimento per l'unità organizzativa nella quale è inserito. Il dottore mette in atto uno stile comunicativo molto diretto nei confronti dei collaboratori e dei pazienti. Nello svolgimento delle varie mansioni che si è potuto osservare, è lui a dettare l'agenda, definendo le priorità, tenendo conto del carico di lavoro complessivo dei vari collaboratori e della gravità delle mansioni da svolgere. Il dottore utilizza una prossemica molto definita: osserva sempre attentamente i vari movimenti dei vari interlocutori, mantiene lo sguardo fisso su di essi. A causa

dell'accavallarsi di più problematiche, riesce a gestire diversi processi simultaneamente grazie allo scambio con i collaboratori.

- Rapporto con i collaboratori

Relativamente a questo particolare aspetto, si nota a primo impatto che con i collaboratori utilizza la forma pronominale Lei.

Come già esposto, è lui a dettare l'agenda delle mansioni da svolgere: si rileva, a seguito di alcuni scambi con una specializzanda, come ripartisce le mansioni. Riconosce l'apporto che i collaboratori danno in relazione all'attività del reparto, e lo fa presente anche agli stessi collaboratori. Seguendo il dottore durante lo svolgimento della pratica clinica, si giunge nella sala dove viene effettuata la diagnostica per immagini: si assicura, utilizzando uno stile deciso, che le prestazioni richieste dal suo reparto siano svolte secondo le priorità assegnate. In questo caso utilizza uno stile comunicativo molto diretto, nonostante non si tratti di operatori che sono a lui direttamente subordinati. Nel corso della somministrazione dell'intervista semi-strutturata è stato possibile constatare che non riesce ad esercitare spesso la delega nei confronti dei suoi collaboratori, sia per motivi organizzativi, ma anche perché non sembra riporre molta fiducia in loro.

- Analisi del rapporto con il management aziendale

Il dottore è pienamente consapevole del ruolo che riveste in rapporto al management aziendale: è consapevole di essere un punto strategico e di raccordo rispetto alle decisioni che vengono prese a livello aziendale. Il dottore ha scambi continui con la direzione aziendale sia a livello del plesso ospedaliero, sia a livello centrale, con la Direzione Generale. Avvengono scambi continui in relazione alle tematiche economico-finanziarie. Nel corso dell'attività di shadowing, il dottore rileva che la maggior parte delle difficoltà di tipo gestionale sono legate alla gestione economica del reparto, il quale è inserito all'interno di un'Azienda di una regione sottoposta a piano di rientro. Sottolinea come nella gestione di questi determinati aspetti, tende ad utilizzare la visione del "buon padre di famiglia": inserito all'interno di un determinato contesto, cerca di soddisfare le differenti esigenze. Non c'è una gestione diretta del budget, gli obiettivi sono definiti dalla direzione sanitaria, sicuramente fa del suo meglio per riuscire a raggiungerli.

Seguendo nell'attività di shadowing il dottore, è possibile rilevare che, in giro per i vari reparti dell'ospedale, tutte le persone che incontra lo salutano; dal nostro punto di vista ciò denota un forte senso di stima e rispetto nei suoi confronti. Gli viene, pertanto, riconosciuta una forte professionalità.

- Attività clinica

Lo shadowee, come già precedentemente riportato, definisce in prima persona l'agenda degli esami programmati per la giornata, accoglie direttamente i pazienti fornendo indicazioni. Nel corso dell'attività di shadowing è stata posta molta attenzione alla comunicazione messa in atto dallo shadowee in tutte le sue differenti sfaccettature. Il dirigente adatta il registro linguistico in base all'interlocutore che ha di fronte. Il registro comunicativo, anche in questo caso, è estremamente diretto e chiaro. Nel rapporto con un paziente definisce, in modo assertivo, le domande da porre al paziente stesso ed al caregiver che è con lui. Riteniamo questo particolare molto importante: la sequenza delle domande da porre è ben definita, lascia poco spazio ad eventuali commenti; il dirigente ha quindi, ben chiaro l'obiettivo al quale tendere, ovvero la definizione e risoluzione della problematica. Una volta definito con precisione la problematica, lascia spazio a riflessioni, commenti, scambi di punti di vista con i caregiver e con gli stessi pazienti. Ha la capacità di gestire, sempre in modo molto diretto, la relazione con i pazienti e con i caregiver che li accompagnano. E' stato possibile rilevare, a seguito della comunicazione di una diagnosi particolarmente infausta ad un signore anziano accompagnato dalla moglie, come, dopo aver comunicato la diagnosi in modo chiaro e diretto, ha lasciato spazio a commenti e valutazioni da parte del caregiver. Sono emerse, infatti, degli atteggiamenti empatici nei confronti del paziente, ad un certo punto si è rivolto alla moglie dicendo *"ci vuole molta pazienza"*.

Il dottore effettua dei colloqui molto diretti con i pazienti: cerca di reperire le informazioni più discriminanti secondo uno schema d'indagine ben preciso. In un momento successivo alla comunicazione della diagnosi, o degli *step* terapeutico-clinici successivi, lascia spazio alle domande.

- Analisi dell'intervento di shadowing

Nonostante l'attività di shadowing sia stata svolta in momenti particolarmente "pieni", è stata data la possibilità di osservare lo shadowee anche nello svolgimento della pratica clinica; ciò ha consentito di effettuare inferenze sul rapporto con il paziente e con i familiari, attraverso l'attività di osservazione e la somministrazione dell'intervista semi-strutturata di cui abbiamo fatto menzione precedentemente.

Il dirigente medico osservato ha mostrato molta disponibilità.

Sicuramente il dottore è il leader del reparto in cui svolge le proprie mansioni: è una personalità carismatica e strutturata, risulta essere colui il quale definisce obiettivi e mansioni per i propri collaboratori, supervisiona in modo diretto, esercita il controllo in modo costante. Questa autorità gli viene riconosciuta sia dai collaboratori che dal management aziendale. Emerge chiaramente la sicurezza con cui dirige l'unità operativa, consapevole delle procedure organizzative e clinico-terapeutiche.

Lo stile comunicativo del dirigente fa emergere molta sicurezza in sé stesso, una piena consapevolezza del suo ruolo e della sua professionalità. A seguito dell'attività di shadowing, è possibile rilevare come i concetti di assertività ed empatia siano presenti nel dirigente, con una leggera inclinazione verso il primo aspetto. Il dirigente medico non manca di sottolineare, nel corso dell'intervista semi-strutturata, le criticità gestionali dell'azienda sanitaria di cui fa parte, individuando contestualmente eventuali percorsi di miglioramento.

Ritengo che lo stile di leadership adottato dal dirigente sia di tipo transazionale, in quanto ritengo che la valutazione degli obiettivi, legati alla performance aziendale, abbiano un ruolo predominante nella dinamica organizzativa. Il dirigente, inoltre, utilizza le ricompense in modo funzionale alla gestione del proprio team di lavoro, aspetto discriminante dell'approccio transazionale. Cerca di inculcare le responsabilità ai propri follower, ma supervisiona il processo, mantenendo sempre l'autorità che gli compete. La leadership messa in atto dal dottore, è una leadership carismatica: è consapevole del proprio ruolo delle proprie responsabilità, fa di tutto per raggiungere i propri obiettivi.

## Shadowing n.2

Il Dirigente donna svolge la sua attività di dirigente medico all'interno della UOC di Neurologia del plesso ospedaliero in cui ho svolto l'attività di shadowing. E' un medico che ha sempre lavorato nel plesso ospedaliero in cui la incontro, prima come dirigente medico e poi, da tre anni, come responsabile; svolge l'attività clinica sia nel polo ospedaliero sia come privato. La dirigente è un noto professionista affermato; mi riceve in modo molto cordiale e familiare.

La dottoressa ha una personalità molto strutturata e carismatica: svolge il suo lavoro per "passione": è fortemente centrata sull'obiettivo, che non è solo il raggiungimento di buone performance professionali, ma anche l'assicurare un luogo di lavoro incentrato sull'umanizzazione delle cure ed un buon clima organizzativo. La dottoressa ha ottime doti relazionali: a seguito dell'attività di shadowing è evidente come tenda sia ad essere fortemente empatica che assertiva. La dottoressa ha accettato di sottoporsi allo shadowing in quanto estremamente affascinata dalla tematica della leadership e delle differenze di genere. La dottoressa è convinta che l'uomo debba mantenere l'autorità all'interno del team professionale in cui è inserito; la donna, invece, tende a stabilire rapporti di tipo personale.

- Analisi della realtà organizzativa

Il reparto svolge attività clinica e diagnostico-terapeutica sia in regime di degenza che di day hospital. Già al mattino ci sono in attesa già molte persone: attendono di ricevere informazioni circa i loro cari, ma attendono anche di svolgere pratiche clinico-terapeutiche. Già prima di iniziare l'attività di shadowing, è possibile rilevare alcune caratteristiche dell'UOC diretta dalla dottoressa: all'esterno della porta di ingresso del reparto, sono indicate in modo preciso sia la denominazione dello stesso, sia il nome della responsabile, così che invece è stato rilevato durante la prima osservazione. Lo studio della dottoressa è dislocato sullo stesso piano del reparto, ma non all'interno di esso. Da quando è responsabile ha apportato dei piccoli cambiamenti organizzativi ed inoltre è in predicato di allestire una unità organizzativa specializzata nel trattamento degli ictus cerebrali (*stroke unit*). All'interno del reparto convergono differenti professionalità: infatti è presente sia un assistente sociale che un fisiatra. Per l'attività di degenza il reparto dispone di 18 posti letto,



a volte sono accolti anche 21 pazienti. Sono evidenti le carenze a livello strutturale. All'interno del reparto non si programmano i ricoveri: i ricoveri, infatti, avvengono per accesso dal pronto soccorso e per le attività da svolgersi attraverso day-hospital.

Il reparto è separato dal corridoio da una porta che viene aperta solo dall'interno: lungo il corridoio del reparto si trovano le stanze riservate alla degenza dei pazienti. All'ingresso del reparto c'è una stanza riservata al team: in questa stanza è presente una lavagna che permette lo scambio sulle informazioni dei pazienti in modo rapido ed intuitivo.

Il reparto ha carenze relative al personale, la dottoressa sottolinea che vengono svolte tantissime ore di straordinario: la dirigente rileva, inoltre, che le motivazioni legate allo svolgimento di così tante ore di straordinario sono tutte di tipo personale: economiche, ma anche di commitment aziendale. La dottoressa sottolinea come anche nel momento delle dimissioni di un paziente, c'è una presa in carico dello stesso da parte del suo team: mi racconta di esempi in cui è stato richiesto l'utilizzo dell'autoambulanza pro bono per pazienti portatori di problematiche sociali, o di come spesso lei ed i suoi collaboratori, diano informazioni, ad esempio, rispetto a strutture deputate alla lungodegenza.

Il lavoro del reparto è organizzato su tre turni, tutti i giorni compie il giro visite dei pazienti ricoverati; per tre volte a settimana controlla le cartelle, l'evoluzione della patologia acuta. La dottoressa ha ben chiari gli obiettivi che si è prefissata per il reparto di cui è responsabile: la riduzione dei tempi di degenza e la diminuzione dei ricoveri impropri. A livello organizzativo, inoltre, ha come scopo l'abolizione dei DH diagnostici, per aumentare la percentuale dei DH terapeutici.

- Rapporto con i collaboratori

Anche in questo reparto sono rilevabili difficoltà di tipo organizzativo ascrivibili a difficoltà di gestione economica: il reparto presenta evidenti carenze di personale.

La dottoressa ha un rapporto molto diretto con i suoi collaboratori: esercita molto spesso la delega, perché altrimenti ne risentirebbe l'organizzazione e la produttività del reparto. Le responsabilità vengono condivise a livello di team. Nel caso di difficoltà gestionali avviene un momento di condivisione e riflessione diretto.

La dottoressa sottolinea gli sforzi compiuti per creare un buon clima organizzativo all'interno del suo reparto: questi momenti sono molte volte elicitati da lei. Sottolinea

come il clima del reparto sia un aspetto fondamentale per assicurare delle buone performance. Il team, sotto la sua spinta compulsiva, ha realizzato diversi momenti di socialità.

Non sono mancati nel corso del tempo, esempi di criticità derivanti dal modello di gestione; in questi casi, avviene la diretta responsabilizzazione dei collaboratori attraverso la condivisione delle responsabilità.

La dottoressa racconta di come abbia modificato lo stile di relazione con i suoi collaboratori: inizialmente erano cadenzate riunioni di team, in cui tutto ciò veniva verbalizzato; successivamente ha deciso di svolgere *breefing* continui di tipo informale.

Lo stile di leadership messo in atto dalla dottoressa non è fisso e stabilito, ma si adegua di volta in volta rispetto all'interlocutore che ha di fronte a sé.

Come per tutte le realtà organizzative, non mancano episodi di criticità: questi momenti, che a dire della dottoressa sono "delicati, in quanto è in gioco anche la motivazione del collaboratore", vengono gestiti in modo preciso dalla dottoressa; ha infatti l'abitudine di avere uno scambio diretto con il collaboratore all'interno del suo studio.

A seguito dell'attività di shadowing, dopo aver visto la dottoressa nell'espletamento delle sue mansioni, è sicuramente possibile affermare che ha la tendenza a valorizzare le competenze di ciascun suo collaboratore. Le situazioni problematiche e di conflitto vengono gestite attraverso l'elaborazione dal punto di vista cognitivo della problematica, ciò rappresenta una importante caratteristica della leadership, così come osservato nel corso del secondo capitolo. La dottoressa utilizza molto spesso le leve motivazionali di tipo organizzativo e materiale per combattere la demotivazione dei collaboratori.

- Attività clinica

La dottoressa sottolinea come cura direttamente il rapporto con i pazienti ed i loro familiari: al termine del giro di visite fornisce tutte le informazioni e le spiegazioni richieste, adattando il proprio registro linguistico a seconda dell'interlocutore che ha davanti a sé.

La dottoressa cura in modo diretto i rapporti con pazienti e familiari

Nel caso di momenti di particolare criticità la dottoressa interviene in prima linea nella gestione delle dinamiche clinico-terapeutiche-assistenziali ed organizzative.

Nel caso avvenga un *exitus* nel reparto mi descrive le procedure che adotta dal punto di vista organizzativo: lei parla direttamente con i familiari, mentre il collaboratore che ha constatato il decesso compila la modulistica richiesta dal punto di vista burocratico.

Lo stile comunicativo della dottoressa è decisamente empatico: è accogliente con i pazienti, pur mantenendo il necessario distacco finalizzato ad una corretta ed efficace realizzazione della relazione terapeutica medico-paziente.

- Rapporto con il management aziendale

La dottoressa ha un rapporto diretto con la direzione aziendale: alcune decisioni di tipo organizzativo sono stabilite di concerto con la direzione. La dirigente racconta, infatti, di come abbia gestito momenti di criticità con alcuni componenti del suo team: qualsiasi decisione è intrapresa d'intesa con il management aziendale. Non esita quindi ad avvalersi della collaborazione del management o a richiedere differenti interpretazioni/punti di vista. A seguito dell'attività di shadowing è possibile sicuramente affermare che il rapporto con il management aziendale è molto stretto: alcune decisioni, soprattutto in merito alla gestione del personale sono prese di concerto; il confronto avviene sia attraverso vie formali, che informali. La dottoressa, rispetto la situazione organizzativa del suo reparto, agisce al meglio delle proprie possibilità, nel pieno della consapevolezza che lo scenario di riferimento non può essere modificato, almeno nell'immediato e senza una serena consapevolezza del proprio ruolo da parte dei dirigenti coinvolti nei processi aziendali.

- Analisi dell'attività di shadowing

Il reparto risente molto della personalità del leader che lo gestisce: la dottoressa ha impresso uno stile gestionale ben preciso all'organizzazione di cui è referente, ciò risulta evidente in quanto ha fatto in modo da apportare tutti i cambiamenti organizzativi in linea con il suo stile di gestione.

Il bisogno di appartenenza rappresenta la necessità di sentirsi legati ad altri, è la naturale tendenza a stabilire relazioni con gli altri; questo costrutto si può anche rilevare a seguito di un'analisi di una realtà organizzativa.

La dottoressa mette in atto stili di leadership riferibili alla leadership trasformativa; questo stile di leadership si basa, come rilevato in precedenza, sull'autostima, sulla fiducia, sulla condivisione dei valori e sull'empowerment dei collaboratori.

I rapporti con i collaboratori, con il management aziendale e con i pazienti sono improntati tutti ad una forte personalizzazione degli stessi; i rapporti interpersonali sono improntati sulla relazione personale con l'interlocutore. Ciò consente di motivare i collaboratori e di responsabilizzare ed *empowerizzare*<sup>23</sup> i collaboratori dal punto di vista organizzativo. Consente a ciascuno dei propri collaboratori di sentirsi parte attiva e responsabile dell'intera performance erogata nel reparto. Emerge un forte spirito di condivisione.

#### *Discussione dei risultati*

Così come riportato nell'introduzione, scopo dell'indagine è stata l'analisi dei risultati grazie all'ausilio di due punti di vista inscindibili: il punto di vista psicologico, insieme al punto di vista inerente la gestione e la direzione di aziende sanitarie pubbliche.

Dal punto di vista degli spazi, colpisce subito il fatto che siano le poche indicazioni rispetto al reparto, cosa che non è stato rilevato per il reparto di neurologia, chiaramente segnalato da opportuna cartellonistica.

La letteratura (Gilmartin e D'Aunno, 2008) ha sottolineato che gli stili di clinical leadership sono differenti fra uomo e donna: nello specifico il dirigente di sesso maschile tende a mettere in atto strategie di leadership afferenti la leadership transazionale, la donna tende a mettere in atto stili di leadership di tipo trasformativa.

Lo stile di leadership adottato dal leader si riflette in modo chiaro sulla gestione del lavoro: conoscerlo ed analizzarlo è importante al fine di rilevare eventuali criticità e riuscire a superarle.

A livello scientifico, il ruolo della clinical leadership da pochi anni viene riconosciuto come elemento discriminante del management aziendale di una struttura sanitaria. All'interno della struttura ospedaliera oggetto di indagine è stato possibile rilevare che la leadership clinica viene declinata e messa in atto dai dirigenti medici, seppur con differenze ed in modo non sempre consapevole. Il leader all'interno della struttura sanitaria ha un ruolo

---

<sup>23</sup> L'empowerment organizzativo consente all'individuo di liberare il potenziale personale e raggiungere obiettivi sia dal punto di vista individuale che dell'organizzazione di cui fanno parte (Maran, 2001)

fondamentale: definisce e tutela il corretto svolgimento delle pratiche clinico-terapeutiche, avendo cura di assicurare adeguata comprensione delle informazioni ai pazienti ed ai loro caregiver. Lo svolgimento della pratica clinica ha un ruolo preminente nella messa in atto di stili di clinical leadership: il leader è colui il quale apporta cambiamenti e miglioramenti nello svolgimento dei protocolli clinico-terapeutici, ma è anche colui il quale permette ai propri collaboratori di sperimentare questi cambiamenti, al fine di renderli autonomi e consapevoli. Il leader clinico è, inoltre, colui il quale consente l'umanizzazione degli approcci clinico-terapeutici. Il leader della struttura sanitaria lavora con un team di collaboratori, deve quindi garantire adeguati livelli di performance aziendale, senza dimenticare, infatti, che l'unità operativa di cui è responsabile è inserita in una realtà aziendale che ha dei vincoli di tipo economico; in questo senso funge da raccordo con il management aziendale e con i vari stakeholder. La comunicazione, in questa dialettica organizzativa, assume un ruolo fondamentale: il migliore equilibrio è dato dalla giusta combinazione di assertività ed empatia: l'empatia rappresenta lo strumento attraverso il quale entrare in contatto con il proprio interlocutore e farsi carico della sua emotività. L'assertività è, invece, lo strumento attraverso la quale si può correttamente assicurare performance aziendali ed organizzative efficaci ed efficienti. Ne deriva che questo ruolo è di particolare rilevanza, ma non sempre la messa in atto produce consapevolezza della sua cruciale e fondamentale importanza. Il leader è un punto di raccordo nevralgico per diversi portatori di interesse, all'interno di un contesto caratterizzato da forte emotività. Ritengo che la messa in atto di stili di leadership sia inconsapevole, in quanto manca in Italia, così come già rilevato in letteratura, un approfondimento sulle competenze personali, *soft-skills*, richieste ad un professionista sanitario che dirige un'equipe di professionisti, all'interno di un'organizzazione strutturata. Ritengo che i comportamenti dirimenti di un corretto stile di leadership, risultano appresi in modo inconsapevole: manca ad esempio un focus formativo sui corretti stili di gestione di un gruppo o sulla comunicazione interpersonale. Un focus di tipo conoscitivo sugli strumenti che consentono una buona gestione di un team di lavoro permetterebbe al professionista, che è portatore di una personalità unica, di strutturare al meglio la sua stessa professionalità in relazione agli strumenti forniti dall'organizzazione aziendale utili a garantire una buona performance organizzativa.

A seguito delle attività di shadowing, emergono chiaramente due stili di leadership di tipo differente fra uomo e donna. Tale differenza è, a giudizio di chi scrive, in parte ascrivibile alle differenze di personalità fra uomo e donna ed alle inclinazioni relative alle differenze di genere.

Il dirigente medico uomo mette in atto stili di leadership di tipo transazionale: il dottore ha ben chiari gli obiettivi manageriali legati allo svolgimento delle proprie mansioni, assicura che tutte le procedure vengano eseguite nel miglior modo possibile. Ha una visione chiara e diretta del proprio ed altrui ruolo e mansione. E' una visione chiaramente pragmatica.

La dottoressa, d'altro canto, ha maggiormente impostato il reparto di cui è responsabile sul rapporto diretto con i suoi interlocutori; in questo caso la leadership messa in atto è di tipo trasformativa: motiva i propri collaboratori nel perseguimento degli obiettivi di pratica clinica e terapeutica.

In riferimento alle domande di ricerca che hanno guidato il presente lavoro, è possibile sicuramente affermare che all'interno delle strutture sanitarie italiane è possibile rinvenire esempi di clinical leadership fra i dirigenti di unità operative di tipo clinico, nello specifico emerge, a giudizio di chi scrive, che sono presenti la leadership transazionale e la leadership trasformativa.

Nell'esercizio dello stile di clinical leadership emergono differenze ascrivibili alle differenze di genere: nello specifico così come riportato in letteratura (Alimo e Franks, 2011). La donna tende ad essere collaborativa, motiva i collaboratori affinché mettano in atto strategie funzionali al raggiungimento dell'obiettivo professionale. La donna si mostra empatica e supportiva. Per ciò che riguarda l'uomo, tende a mostrarsi assertivo, dirige il comportamento altrui è analitico, sicuro di sé stesso, ha ben chiari gli obiettivi da perseguire.

Le differenze di genere sono chiaramente rilevabili nell'esercizio della clinical leadership: dette differenze, a giudizio di chi scrive, possono risultare un fattore discriminante nella gestione dei gruppi di lavoro. Le differenze di genere caratterizzano in modo chiaro e definito la gestione delle mansioni e dei follower ed il rapporto con il paziente ed i caregiver.

## Conclusioni

Dalla disamina sinora svolta è possibile derivare alcune riflessioni che, pur senza pretese di esaustività, forniscono un contributo all'analisi delle dinamiche organizzative dell'azienda sanitaria e della leadership in essa esercitata. Il presente lavoro, in particolare, ha voluto realizzare una sistematizzazione concettuale del costrutto della clinical leadership. La definizione che ha guidato l'analisi condotta ingloba sia la relazione di prestazione di cura con i pazienti e i caregiver, sia il rapporto con i collaboratori e il management aziendale, e ha come finalità la gestione integrata dei processi per l'erogazione della migliore prestazione di cura possibile. In considerazione della complessità e della coesistenza di diverse professionalità all'interno dell'organizzazione sanitaria, e dei diversi interlocutori e portatori di interesse che gravitano al suo esterno, è evidente che lo stile di gestione adottato dai leader risente inevitabilmente di fattori legati anche al contesto extra-aziendale.

Il clinical leader è una figura a cavallo tra due distinti ambiti: quello clinico, relativo all'erogazione della prestazione diagnostico-clinico e terapeutica, nei confronti dei pazienti e dei loro caregiver; quello gestionale, che si sostanzia nel ruolo apicale rivestito all'interno dell'azienda e trova espressione nel rapporto con il management strategico e con propri pari e sottoposti, anche con professionalità differenti, di concerto con i quali perseguire la performance organizzativa secondo parametri di efficienza, efficacia ed economicità.

Analizzare compiutamente il ruolo del clinical leader, che opera come raccordo fra il top management aziendale, i pazienti ed altre professionalità presenti nell'organizzazione, richiede l'adozione di una duplice chiave interpretativa: la chiave organizzativo-gestionale e l'interpretazione psicologica del rapporto con il paziente e con i propri collaboratori. Il lavoro presentato ha utilizzato la doppia chiave interpretativa grazie alla metodologia prescelta che ha consentito di analizzare le dinamiche personali, interpersonali ed organizzative all'interno di una struttura sanitaria.

Attraverso il ricorso a questo approccio, risulta evidente che il clinical leader è colui il quale è in grado di ricongiungere il *qualitative chasm* (Plsek, 2001), ossia la frattura qualitativa esistente nelle due differenti anime che caratterizzano la clinical leadership: l'esercizio della pratica clinica e lo svolgimento del ruolo manageriale all'interno dell'organizzazione.

Il *qualitative chasm* è tanto più evidente quanto più alla duplice chiave interpretativa si affianca la prospettiva di genere. Per tale ragione, lo studio esplorativo svolto nel presente lavoro ha voluto analizzare la *clinical leadership* nell'ottica della *gender diversity*. La metodologia di ricerca qualitativa del caso singolo ha consentito di garantire la ricchezza del dato ottenuto.

Dall'analisi compiuta emergono alcuni aspetti peculiari.

Gli stili di gestione e di leadership adottati dai responsabili di unità organizzative sanitarie, inevitabilmente, sono influenzati da fattori di contesto; appare evidente che scelte di tipo organizzativo e gestionale risentono, ad esempio, di logiche di tipo economico e politico, entro i cui confini deve essere erogata la prestazione di cura.

Il tipo di leadership esercitata incide in maniera rilevante sulla modalità di gestione di una unità organizzativa; in particolare, cambiano le modalità di comunicazione fra colleghi e con pazienti e caregiver familiari.

I suddetti aspetti sono il frutto dell'interazione fra caratteristiche di personalità del leader, fattori di contesto e, inevitabilmente, la pratica e l'esperienza.

Nella valutazione di tipo psicologico delle determinanti della leadership è emerso come uomini e donne tendono a gestire i gruppi di lavoro in modo differente. Nell'esercizio della leadership, l'uomo risulta essere maggiormente assertivo, mentre la donna tende a privilegiare il ruolo del team al fine di perseguire i risultati aziendali ed organizzativi. A conferma da quanto emerso nell'analisi della letteratura, l'attività di ricerca svolta ha evidenziato che il dirigente uomo tende ad esercitare il suo ruolo avendo sempre come punto di riferimento il risultato da raggiungere; la dirigente donna, invece, valuta sé stessa come un anello dell'ingranaggio organizzativo. Relativamente allo svolgimento della pratica clinica sono emerse importanti differenze: l'uomo appare molto centrato sulla problematica clinica, dirige in modo sicuro lo svolgimento delle mansioni. Il rapporto con il paziente ed i caregiver è diretto: la comunicazione ha uno svolgimento fluido ma determinato. La donna, invece, assume di sovente, un atteggiamento familiare e rassicurante; lo stile comunicativo è analitico, ma i toni sono maggiormente "morbidi" e concilianti.

L'analisi approfondita delle risposte dell'intervista semi-strutturata somministrata ha consentito di rilevare come questo tipo di differenze, emerso a seguito della fase di



osservazione, fosse chiaramente rilevabile anche in questo *step* analitico. Il dirigente medico uomo ripete più volte termini come “ruolo”, “collaboratori”, “management”; la donna, invece, utilizza sovente termini come “empatia”, “collaborazione”, “relazione”. Le differenze di gestione rilevate dallo studio condotto in questo lavoro consentono di ipotizzare una correlazione tra lo stile di leadership all’interno di una organizzazione sanitaria e la variabile di genere.

Non esistono attualmente in Italia percorsi formativi finalizzati ad un sviluppo o a una comprensione armonica dello stile di leadership per i dirigenti di strutture sanitarie. Sicuramente si può affermare che una conoscenza maggiormente approfondita della clinical leadership potrebbe essere di supporto nel momento della formazione del personale preposto a svolgere mansioni apicali all’interno delle strutture sanitarie.

Per un leader, riconoscere i propri punti di forza e di debolezza consente di esercitare la leadership in modo completo, rendendo l’organizzazione maggiormente performante. Con il presente lavoro si è tentato di contribuire alla ricerca sul tema della clinical leadership; futuri ed interessanti sviluppi di ricerca potrebbero riguardare un più solido approfondimento delle differenze di genere in relazione alla leadership clinica, al fine di dare ulteriori conferme agli orientamenti della letteratura scientifica sull’argomento. Così come sottolineato in recenti apporti della letteratura scientifica (Lega et al., 2017) non sono disponibili evidenze scientifiche sufficienti a confutare anche nel campo del management sanitario le differenze solitamente ascrivibili ad uomini e donne leader. Ulteriori domande di ricerca future potrebbero riguardare il livello di expertise dei leader come fattore potenzialmente mitigatore delle differenze di genere.

## Bibliografia

Ackroyd S., Hughes J.A., Soothill K. (1989). Public-sector services and their management. *Journal of Management Studies*, 26(6), 602-619.

Acquadro Maran D. (2001). *Leadership ed immagini di eccellenza*. Milano: Franco Angeli

Adinolfi P. (2000) Modelli Organizzativi e fabbisogno di integrazione nelle aziende sanitarie In *Management e organizzazione aziendale*, Roma: Aracne Editrice

Adinolfi P. (2003). *Teorie della leadership* in Cafferata R. *Management e organizzazione aziendale*. Materiali di studio Roma: Aracne Editrice.

Agho A. (2009) Perspectives of Senior-Level Executives on Effective Followership and Leadership. *Journal of Leadership & Organizational Studies* (16) 2, 159-166.

Agor, W. (1988). Finding and developing intuitive managers. *Training and Development Journal*, 42 (3), 68-70.

Airoidi, G., Brunetti, G., Coda, V. (2007) *Corso di economia aziendale*. Bologna: Il Mulino.

Alimo-Metcalfe e Beverly Franks (2011). *ABC of Clinical Leadership*. New York: Wiley and sons.

Andriolo M., Viassone M. (2016). *Donne e management: una questione di opportunità*. Milano: Franco Angeli Editore

Annarumma C., Festa G., Piscopo G., Palumbo R. (2016). *I percorsi di cura e la centralità del paziente*. In: (a cura di): Adinolfi P. Tartaglia Polcini P., *Il controllo dei costi in Sanità secondo il modello Activity-Based. Prime riflessioni ed esperienze di cambiamento organizzativo*. Roma: Aracne Editore.

Annarumma C., Festa G., Piscopo G., Palumbo R. (2016). *I percorsi di cura e la centralità del paziente*. In: (a cura di): Adinolfi P. Tartaglia Polcini P., *Il controllo dei costi in Sanità secondo il modello Activity-Based. Prime riflessioni ed esperienze di cambiamento organizzativo*. Roma: Aracne Editore.

- Anolli L. (2011). *La sfida della mente multiculturale. Nuove forme di convivenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Argyris C., Schon D. (1996) *Organizational learning: A theory of action perspective reading*. Massachussets: Addison Wesley
- Baker, R. (2001). Healthcare managers in the complex world of healthcare. *Frontiers of Health Services Management*, 18 (2), 23-32.
- Barley, S. R., Kunda G. (2001). Bringing Work Back. *Organization Science* 12, 76–95.
- Baron J. (1994). Nonconsequentialist decision. *Behavioral and Brain Sciences*, 17(1), 1-42.
- Bartowiak-Theron I., Sappey Robyn J., (2012). The methodological identity of shadowing in social science research. *Qualitative research journal*, 12 (1), 7-16.
- Barzelay, M. (1993). The Single Case Study as Intellectually Ambitious Inquiry. *Journal of Public Administration Research Theory*, 3(3), 305-318.
- Bass, B. M., Avolio, B. J., & Atwater, L. (1996). The transformational and transactional leadership of men and women. *Applied Psychology: An International Review*, 45, 5-34.
- Bass, B.M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York : Free Press.
- Bennis, W. (1989). Why leaders can't lead. *Training and Development Journal* 43(4), 35-39.
- Bertalanffy, L.V. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. New York: George Braziller.
- Billing Y, Alvesson M., (2000). Questioning the notion of feminine leadership Gender. *Work and Organization*, Vol 7, Issue 3, 144-158.
- Blake, R. R. and Mouton, J. S. (1964) *The managerial grid*, Houston: Gulf Publishing Company.
- Bohmer, R.M.J. (2013). Leading clinicians and clinicians leading. *New England Journal of Medicine* , (368) 16, 1468-1470
- Bolman L., Deal T. (1997). *Reframing organization: artistry, choiche and leadership*. San Francisco: Jossey-Bas.

Bolman L., Deal T. (1997). *Reframing organization: artistry, choice and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bolman, L. G. & Deal, T. E. (1991). Leadership and management effectiveness: A multiFrame, multi-Sector analysis. *Human Resource Management*, 30, 509-534.

Bonazzi, A. (2002). Heterotopology and Geography: a reflection. *Space and Culture* 5(1), 42-48.

Bono J.E., Judge T.A. (2004). Personality and transformational and transactional leadership: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 901-910.

Borgonovi E., (1996). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea

Borgonovi E., (2004). *Ripensare le amministrazioni pubbliche. Tendenze evolutive e percorsi di approfondimento*. Milano: Egea

Borman, J. S. 1993. Women and nurse executives. Finally, some advantages. *Journal of Nursing Administration*, 23, 34–41.

Bowden AO (1926) A study of the personality of student leaders in colleges in the United States. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 21(2), 149-160.

Bronfenbrenner U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development. *Research Perspectives Developmental Psychology*, (22) 6,723-742.

Brown R. (1990). *Psicologia sociale dei gruppi. Dinamiche intragruppo e intergruppi*, Bologna: Il Mulino.

Brundtland G.H. (2002). From the World Health Organization: Reducing risks to health, promoting healthy life. *JAMA*; 288

Bruni A. (2011). *Lo studio etnografico delle organizzazioni*. Roma: Carocci.

Bruni A., Gherardi S. e Poggio B. (2000). *All'ombra della maschilità. Storie di imprese e di genere*. Milano: Guerini e Associati.

Bruni, F., (2011). Nuove tecnologie, metodo etnografico e strategie narrative. In *Actes de la conférence Il futuro della ricerca pedagogica e la sua valutazione*. Università degli Studi di Macerata, 23-24-25 mars 2011.

Brydon-Miller M., Davydd & Maguire P. (2003). Why Action Research? *Action Research*, 1(1) 9-28.

Burns, J.M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.

Calamandrei C., Orlandi C. (2008). *La dirigenza infermieristica*. New York: Mc Graw Hill.

Caldwell C., Lejeune A. (2007). Transformative leadership: an ethical stewardship model for healthcare. *Organizational ethics: healthcare, business, and policy*, 4 (2), 126-134.

Capra, F. (2002). *The Hidden Connections*. New York: Doubleday

Chatterjee R., Suy R., Yen Y., Chhay L. (2018). Literature Review on Leadership in Healthcare Management. *Journal of social science studies*,5,(1), 38-47.

Chusmir L.H., Parker B. (1991). Gender and situational difference in managers value: A look at work and home lives. *Journal of Business Research*, (23), 325-355

Chusmir L.H., Parker B., (1984). Dimension of need for power: Personalized vs. socialized power in female and male managers. *Sex Role*, (11), 759-769.

Cliff, J., Langton, N., & Aldrich, H. (2005). Walking the talk? Gendered rhetoric vs. action in small firms. *Organization Studies*, 26(1), 63–91.

Cohen, M., Adelman, L., Tolcott, Martin, Bresnick, F. & Freeman, M (1993). *A cognitive framework for battlefield commanders' situation assessment*. United States Army Research Institute Fort Leavenworth Field Unit.

Cohen, M., Thompson B., Adelman L., Bresnick T., Bresnick T., Shastri L., Riedel S., (2000). *Training critical thinking for the batterfiled. Basis in cognitive theory and research*. United States Army Research Institute Fort Leavenworth Field Unit.

Corbetta P. (1992). *Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali*. Bologna: Il Mulino

Corrigan, P.W., Diwan, S., Campion, J., and Rashid, F. (2001). Transformational leadership and the mental health team. *Administration and Policy in Mental Health*, (30), 97–108.

Crisp, N. (2001). NHS Modernisation Agency: Launch of the new Leadership Centre. London: Department of Health.

Crisp, N. (2001). *NHS Modernisation Agency: Launch of the new Leadership Centre*. London: Department of Health.

Cuban, L. (1990). *Problem-finding: Problem-based learning project*. Palo Alto: Stanford University School of Education.

Cummings G., MacGregor T. , Davey M. , Lee H., Wong C.A., Lo E. , Muise M., Stafford E. (2010) Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal Nurses Studies* 47(3), 363-85

Czarniawska, B. (2007). *Shadowing: And other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Copenhagen: Liber and Copenhagen Business School Press.

Daly J., Jackson D., Mannix J., Davidson P.M., Hutchinson M. (2014). The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership* (6), 75-83

Dawson S, Mole V, Winstanley D, Sherval J. (1995). Management, competition and professional practice: medicine and the marketplace. *British Journal of Management* (6), 169-181.

De Pietro C., Prenestini A. (2008). Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: il ruolo del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Rapporto OASI 2008. Milano: Egea, pp. 301-26. 41.

De Pree M. (1989). *Leadership is an art*. New York: Simon & Schuster.

De Vita L. (2013). Donne in percorsi non tradizionali. Tra nuove opportunità e vecchi limiti. La Rosa M. e Pallareti U. (cur), in *Lavoro e ricerca sociologica: un confronto tra giovani ricercatori italiani* Milano: Franco Angeli.

Del Vecchio M., Lega F. e Prenestini A. (2017). *Nuovi modelli organizzativi e sviluppo del middle management nelle Aziende Sanitarie*. Rapporto OASI 2017. Milano: Egea

Derue, D. S., Nahrgang, J. D., Wellman, N., & Humphrey, S. E. (2011). Trait and behavioral theories of leadership: An integration and meta-analytic test of their relative validity. *Personnel Psychology*, 64(1), 7-52.

Desveaux L., Nanavaty G., Ryan J., Howell P. , Sunder R. , Macdonald A. , Schleifer Taylor J.,(2012) Exploring the concept of leadership from the perspective of physical therapists in Canada. *Physiotherapy Canada*, 64(4), 367–375.

Dewey, J., (1993). *How We Think*. Chicago: Henry Regnery.

Downton, J. V. (1973). *Rebel leadership: Commitment and charisma in the revolutionary process*. New York: The Free Press.

Eagly A., Carli L. (2007). Women and the Labyrinth of Leadership. *Harvard Business Review*, 65, 62–71.

Eagly A.H., Karau S.J., (1991). Gender and the emergence of leaders: a metanalysis. *Journal of personality and social psychology* 60(5), 685-710.

Eagly A.H., Karau S.J., Makhijani M.G. (1995) Gender and effectiveness of leaders: a meta-analysis. *Psychological bulletin* 117(1), 125-145.

Eagly A.H., Makhijani M.G., Klonsky B.G. (1992). Gender and the evaluation of leaders: a meta-analysis. *Psychological bulletin* 111(1), 3-22.

Eagly, A.H. and Johannesen-Schmidt, M.C. (2001). The leadership styles of women and men. *Journal of Social Issues*, 57 (4), 781-797.

Earley P. (2012), Observation Methods: Learning about Leadership Practice through Shadowing. *Educational, cultural and psychological journal*, (6), 15-31.

Edmonstone J. (2005). *What is clinical leadership development?. Clinical leadership: a book of readings*. Chichester: Kingsham Press.

Edmonstone J.D.(2014). Whither the elephant?: the continuing development of clinical leadership in the UK National Health Service. *International Journal Health Planning Management*,29 (3), 280–291.

Fealy G., McNamara M., Casey M., Geraghty R, Butler M, Halligan P, Treacy M, Johnson M. (2011). Barriers to clinical leadership development: findings from a national survey. *Journal of Clinical Nurses* (20), 2023–2032

Festuccia F. (2013). *L'altra metà del CdA. Sfide e successi di donne manager in Italia*. Roma: Luiss University Press.

Fiedler F.E., Garcia J.E.(1987). *New approaches to effective leadership: Cognitive resources and organizational performance*. Oxford, England: John Wiley.

Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245.

Fontana F. (2005). *Clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*. Milano: Franco Angeli Editori.

Fontana F. (2005). *Clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*. Milano: Franco Angeli.

Forbes T., Hallier J., Kelly L. (2004). Doctors as managers: investors and reluctant in a dual role. *Health Service Management Research*, 17 (3), 167-176.

Force M.V. (2005). The relationship between effective nurse managers and nursing retention. *Journal of Nursing Administration* (35), 336–341.

Freud S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'io* (E. Panaitescu, trad.) Torino: Bollati Boringhieri.

Garrubba M., Harris C., Melder A. (2011). Clinical leadership: a literature review to investigate concepts, roles and relationships related to clinical leadership. *Journal of healthcare leadership*, (2014) 6,75-83.

Gelli B., (2009). *Psicologia delle differenze di genere*. Milano: Franco Angeli.

Gellis, Z. D. (2001). Social work perceptions of transformational and transactional leadership in health care. *Social Work Research*, 25, 17–25.

Ghislieri C., Quaglino P., (2004). *Avere Leadership*. Milano: Raffaello Cortina.

Gilmartin, M. J., & D'Aunno, T. A. (2008). Leadership Research in Healthcare: A Review and Roadmap. *The Academy of Management Annals*, 1 (1), 387-438.

Glouberman S. , Mintzberg H. (2001) Managing the care of health and the cure of disease—Part I: *Health care management review*, (26)1, 56-69.

Godwin, J., Neck, C. & Houghton, D. (1999). The impact of thought self-leadership on individual goal performance: A cognitive perspective. *Journal of Management Development*, 18 (2) 153-169.

Gopee N., Galloway J., (2017). *Leadership and Management in Healthcare*. London: Sage Publications Ltd.

Goudsblom J. (2001). *Stof waar honger uit ontstond. Over evolutie en sociale processen*. Amsterdam: Meulenhof.

Griffiths D. (2010). *Clinical leadership- the what, why and how in clinical leadership: bridging the divide*. London: Quay Book.

Guzzanti E. (2004). *Governo Clinico*. Forum Sanità Futura, Cernobbio

Halpren D. (1996). *Thought & knowledge: an introduction to critical thinking*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Ham C. (2003) Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *The Lancet*, (361), 1978-1980.



Hamlin, R. G. (2002). A study and comparative analysis of managerial and leadership effectiveness in the National Health Service: an empirical factor analytic study within an NHS Trust hospital. *Health Services Management Research*, 15(4), 245 – 263.

Harlan A., Weiss C.I., (1996). Sex differences in factors affecting managerial career advancement in Wallace P.A. (a cura di) *Women in Workplace*. Boston: Auburn House.

Harper J. (1895). Clinical Leadership- bringing theory and practice. *Nurse educator*, 20 (3), 10-11.

Heifetz R. (1994) *Leadership Without Easy Answers*, Volume 465 Harvard University Press.

Heifetz R., Laurie D. (1997). The Work of Leadership. *Harvard Business Review*, (75)1, 131-140.

Hersey P. e Blanchard K., (1990). Situational Leadership, in J. T. Wren (Ed.), *The Leader's Companion* (207-211). New York: The Free Press.

Hoff K. S. (1999) Leaders and Managers: Essential Skills Required within Higher Education *Higher Education*, (38) 3, 311-331.

Hogan, R., Curphy, G. J., Hogan, J. (1994). What we know about leadership: Effectiveness and personality. *American Psychologist*, 49(6), 493-504.

Hollander, E. P. (1978). *Leadership dynamics: A practical guide to effective relationships*. New York: Free Press.

Hollander, E. P. (2012). *Inclusive leadership: The essential leader-follower relationship*. New York: Routledge.

Howard A., Bray D.W., (1988). *Manager Lives in Transition. Advancing age and chasing time*. New York: Guilford.

Jackson, D., & Daly, J. (2010). Improving the workplace: The pivotal role of nurse leaders. *Contemporary Nurse*, 36(1-2), 82–85.

Jacques, E. (1976). *A General Theory of Bureaucracy*, London: Heinemann.

Jago A. (1982). Leadership: Perspectives in Theory and Research. *Management Science* (28), 3, 221-339.

Jonas S., McCay L., Keogh B. (2011) (chapter 1, sited in *ABC of Clinical Leadership*, edited by T. Swanwick and J. McKimm (Wiley-Balckwell, West Sussex)

Judge T.A. , Colbert A.E. , [Ilies](#) R. (2004). A Meta-analysis of the Relationship between Intelligence and Leadership. *Journal of Applied Psychology*, 89(3), 542-552.

Katz, D. & Kahn, R. (1978). *The social psychology of organizations*. New York: John Wiley & Sons.

Kets de Vries, M. (2001). *The leadership mystique: A user's manual for the human enterprise*. New York: Prentice Hall.

Khun, T.S. (1972), *La Rivoluzione Copernicana (The Copernican Revolution)*. Torino: Einaudi.

Klenke K. (1993). Meta-analytic studies of leadership: Added insights or added paradoxes? *Current Psychology* (12)4, 326–343.

Klenke K. (2017). *Women in Leadership*. Bingley: Emerald Publishing.

Koh H.K., Mc Cormack M. (2006). Public Health Leadership in the 21st Century. In: Kellerman B, ed. Working Papers of the Center for Public Leadership. Cambridge: Harvard University Kennedy School of Government, 101–116.

Korthagen F. A. (1988). The influence of learning orientations on the development of reflective teaching. In J. Calderhead (cur), *Teachers' professional learning* (35-50). Philadelphia: Falmer Press.

Kotter, J. (1990). *How Leadership Differs from Management*. New York: Free Press.

Kouzes, & Posner, B. (1995). *The Leadership Challenge: How to Keep Getting Extraordinary Things Done in Organisations*, San Francisco: Jossey-Bass.

Kulich C., Ryan M.K., Haslam S.A.,(2007). Where is the romance for women leaders? The effects of gender on leadership attributions and performance-based pay. *Applied Psychology: An international review*, 56 (4), 582-600.

Lalleman P. , Bouma J. , Smid G., Rasiah J. , Schuurmans M. , (2017). Peer-to-peer shadowing as a technique for the development of nurse middle managers clinical leadership: An explorative study. *Leadership in Health Services*, 30 (4), 475-490.

Lalleman P., G.A.C. Smid, M.D. Lagerwey , L.M. Shortridge-Baggett , M.J. Schuurmans (2016). Curbing the urge to care: A Bourdieusian analysis of the effect of the caring disposition on nurse middle managers' clinical leadership in patient safety practices. *International Journal of Nursing Studies* 63, 179–188.

Le Bon G. (1895). *Psicologia delle folle*. Trento: Edizioni Clandestine.

Leach L. (2005). Nurse Executive Transformational Leadership and Organizational Commitment. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 228–237.

Lee T. H. (2010). Turning doctors into leaders. *Harvard Business Review*, 88(4), 3-10.

Lega F. (2006). Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo. Rapporto OASI 2006. Milano: Egea.

Lega F. (2008) Lights and shades in the managerialization of the Italian National Health Service. *Health Services Management Research* (21), 248 –261

Lega F., Prenestini A. (2009). *Medico-manager, medico e manager o management del medico?* In Anessi Pessina E., Cantù E. (editors), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia*. Rapporto Oasi 2009. Milano: Egea.

Lega F., Prenestini A. (2009). *Medico-manager, medico e manager o management del medico?* In Anessi Pessina E., Cantù E. (editors), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia*. Rapporto Oasi 2009. Milano: Egea.

Lega F., Prenestini A., Rosso M. (2017). Leadership research in healthcare: A realist review. *Health Serv Manage*, 30(2), 94-104.

Lega F., Sartirana M. (2016). Making doctors manage... but how? Recent developments in the Italian NHS. *BMC Health Services Research*, (16)2, 170.

Lega F., Sartirana M. (2016). Making doctors manage... but how? Recent developments in the Italian NHS. *BMC Health Services Research*, 16 (2), 170.

Leroy, H., Palanski, M. E., & Simons, T. (2012). Authentic leadership and behavioral integrity as drivers of follower commitment and performance. *Journal of Business Ethics*, 107(3), 255-264.

Lett M .(2002). The concept of clinical leadership. *Contemporary Nurse* 12(1), 16-21

Llewellyn S. (2001). Two-Way Windows': Clinicians as Medical Managers . *Organization Studies* (22)4, 593-623.

Lord, Robert G., de Vader, Christy L., Alliger, George M. (1986). A meta-analysis of the relation between personality traits and leadership perceptions: An application of validity generalization procedures. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 402-410.

Lowe, K. B., Kroeck, K. G., & Sivasubramanian, N. (1996). Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: A meta-analytic review of the MLQ literature. *Leadership Quarterly*, 7, 385–425.

Maci F. (2011). Lavorare con le famiglie nella tutela minorile. Il modello delle Family group conference, Trento: Erickson.

Malby, B. (1998). Clinical Leadership. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 3 (4), 40-43.

Mannix J., Wilkes L., Daly J. (2013). Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: an integrative review. *Contemporary Nurse*, 45(1), 10–21.

March, J.G. & Simon, H.A. (1958). *Organizations*. New York New York: Wiley.

McDonald, S. (2005). Studying actions in context: A qualitative shadowing method for organizational research. *Qualitative Research*, 1(5), 455– 473.

McGregor, D., (1966). *Leadership and Motivation: Essays*. MIT Press.

McKinsey Quarterly 2007. (Cited in: Stanton E Lemer C, Mountford J. 2010. *Clinical leadership: Bridging the divide*. London: Quay Books.

McNamara M.S., Fealy G.M., Casey M., Geraghty R., Johnson M., Halligan P., Treacy P., Butler M. (2011). Boundary matters: clinical leadership and the distinctive disciplinary contribution of nursing to multidisciplinary care. *Journal of Clinical Nurses*, (20), 3502-3512.

Medley, F., Laroche D., (1995). Transformational leadership and job satisfaction. *Nursing Management*, 26 (9), 64.

Millward, L. and Bryan, K. (2005). Clinical leadership in health care: a position statement, *Leadership Health Services*, (18), 13-25.

Mintzberg H. (1985). *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Bologna: Il Mulino.

Monaci M., (1997). *Genere e organizzazione. Questioni e modelli interpretative*. Milano: Guerini e associate.

Morgan, G. (1986). *Images of Organization*. Beverly Hills: Sage.

Mottaz C., (1986). Gender differences in work satisfaction, work-related and values and determinants of work satisfaction. *Human relations*, 39(4), 359-378.

Murray B.P., Fosbinder D., Parsons R.J., Dwore R.B., K.Gustafson, G. (1998). Nurse executives' leadership roles. Perceptions of incumbents and influential colleagues. *Journal of Nursing Administration*, 28, 17–24.

Neck C.P. & Manz, C.C., (1992). Thought self leadership: The Influence of self talk and mental imagery on performance. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 681-699.

Neck C.P., Manz C.C. (1992). Thought self-leadership: The influence of self-talk and mental imagery on performance Journal of organization behaviour. *Journal of organizational behavior*, (13), 681-699.

Neergaard, M. A., Olesen, F., Andersen, R. S., & Sondergaard, J. (2009). Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology*, 9(1), 52–56.

Newell, A. & Rosenbloom, P. (1981). Mechanisms of skill acquisition and the law of practice. In J. R. Anderson (cur.) *Cognitive skills and their acquisition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Northouse P (1997). *Leadership: theory and practice*. Beverly Hills: Sage Publications.

Novara F., Sarchielli G. (1996). *Fondamenti di psicologia del lavoro*. Bologna: Il Mulino.

Novinsky C.M., Federici A. (2008), Stewardship: un nuovo modello di governance. *Care* (6) 30-36.

Nuti S.,(2008). *Il Sistema di valutazione della performance in sanità*. Bologna: Il Mulino

Onesto L., (2017). Women's Leadership Effectiveness within the Technology Industry: How Gender Roles and Emotional Intelligence Impact Followers' Evaluations. *The Chicago School of Professional Psychology*, 123.

Ostroff, C., Atwater, L. E. and Feinberg, B. J. (2004). Understanding self-other agreement: A look at rater and ratee characteristics, context and outcomes. *Personnel Psychology*, 57, 333–375.

Palmonari A., Cavazza N., Rubini M. (2002). *Psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino.

Palmonari A., Cavazza N., Rubini M. (2012). *Psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino.

Palumbo F.(2004) Clinical Governance e programmazione sanitaria, comunicazione al convegno “Clinical Governance-una prospettiva organizzativa e gestionale”, 30 aprile 2004, Roma: Scuola di Management Luiss Guido Carli.

Parson T. (1960). *Structure and process in modern societies*. New York: Macmillan company.

Patel G. (2013). *Gender differences in leadership styles and the impact within corporate boards*. The Commonwealth Secretariat, Social Transformation Programmes Division.

Pedon A., Gnisci A. (2004). *Metodologia della ricerca psicologica*. Bologna: Il Mulino.

Penna M. Pessa E. (2000). *Manuale di scienza cognitiva. Intelligenza artificiale classica e psicologia cognitiva*. Bari: Editore Laterza.

Pepin J., Dubois S., Girard F., Tardif J., Ha L. (2011). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Educational Today*, (31), 268–273.

Perlow, L.A. (1998). Boundary Control: The Social Ordering of Work and Family Time in a High-tech Corporation. *Administrative Science Quarterly* 43(2), 328-357.

Perlow, L.A. (1999). The Time Famine: Toward a Sociology of Work Time. *Administrative Science Quarterly* 44(1), 57-81.

Piccardo C., Baiunco M. (2007). Leader donne. *Sviluppo ed organizzazione* (221), 95-110.

Pisapia J., Reyes-Guerra D., Coukos-Semmel E. (2005). Developing the Leader’s Strategic Mindset: Establishing the Measures. *Leadership Review* (5), 41-68.

Pisapia, J. (2006). *Mastering change in a globalizing world: New directions in leadership*. Hong Kong: The Faculty of Education and Hong Kong Institute of Educational Research, The Chinese University of Hong Kong.

Pojanghi B., Nicolini P. (2003). *Contributi di psicologia sociale in contesti socio-educativi*. Milano: Franco Angeli.

Prentice, D. A., Carranza, E. (2002). What women should be, shouldn't be, are allowed to be, and don't have to be: The contents of prescriptive gender stereotypes. *Psychology of Women Quarterly*, 26(4), 269-281.

Quinlan, E. (2008). Conspicuous invisibility: shadowing as a data collection strategy. *Qualitative Inquiry*, 14(8), 1480-1499.

Ramesh K., Dr Che S. (2013). The Relationship between McGregor's X-Y Theory Management Style and Fulfillment of Psychological Contract: A Literature Review. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences* 3(5), 715-720.

*Random House Webster's Unabridged Dictionary*, (2006).

Rashmi C., Rathny S., Yat Y., Leaksmy C. (2017). Literature Review on Leadership in Healthcare Management. *Journal of social science studies* (5)1, 39-47.

Rost, J.C. (1991). *Leadership for the twenty-first century*. New York: Praeger.

Şahin F. , Gürbüz S. , Şeşen H. , (2017) Leaders' managerial assumptions and transformational leadership: the moderating role of gender. *Leadership & Organization Development Journal*, (38)1, 105-125.

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2002). Reading qualitative studies. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(1), 74-108.

Santorelli G., (2009). *La comunicazione per il professionista di successo*. Milano: Franco Angeli.

Schon D.A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basics Book.

Selznick, P. (1957). *Leadership in administration*. Berkeley: University of California Press.

Senge P. (1990). *The fifth discipline: the art and the practice of the learning organization*. New York: Doubleday.

Shamir B. , Eilam G. (2005). What's your story? A life-stories approach to authentic leadership development. *The leadership quarterly*, 16(3), 395–417.

Simon, H. (1999). Making managing decisions, in Agor, W. (cur), *Intuition in Organizations*. (23-39) Newbury Park: Sage Publication.

Simon, H.A. (1947). *Administrative behaviour*. New York: Harper and Row.

Spillane, J.P; Reiser, B.J.; Reimer, T. (2002). Policy implementation and cognition: Reframing and refocusing implementation research. *Review of Educational Research*, 72 (3), 387-431.

Stanley D. (2012) Clinical leadership and innovation. *J Nurs Educ Pract*, 2(2), 119–126.

Stanwick, P. (1996). Mental imagery: An alternative to top management team replacement for declining organizations. *Journal of Organizational Change Management*, 9 (2), 47-65.

Stogdill, R. (1974). *Handbook of leadership: A survey of theory and research*. New York: The Free Press.

Stordeur, S., D'hoore, W., and Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing* (35), 533–542.

Terman, L. M. (1904). A preliminary study in the psychology and pedagogy of leadership. *Pedagogical Seminary*, (11), 413–451.

The World health report: 2004: changing history World Health Organization. Association of College and Research Libraries, Professional Development Committee. (2000). *ACRL statement on professional development*.

Thorne, M.L. ( 1997). Being a Clinical Director: First Among Equals or Just a Go-Between? *Health Services Management Research* (10), 205-215.

Tichy, N. M., & De Vanna, M. A. (1990). *The Transformational Leader*. New York: Wiley.

Turner, J. C. (1982). Towards a cognitive redefinition of the social group. In H. Tajfel (cur.), *Social identity and intergroup relations* (15–40). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Vance C., Larson E., (2002). Leadership Research in Business and Health Care. *Journal of Nursing Scholarship* (34)2, 165-171.

Vasquez, C., Brummans, B., & Groleau, C. (2012). Notes from the field: Organizational ' shadowing as framing. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 7(2), 144–165.

Vecchio R. (2003) In search of gender advantage. *The leadership quarterly* 13(4), 643-671.

Vroom, V. (1976). Can leaders learn to lead? *Organizational Dynamics* (4), 17-28.

Walker, C.R. , Guest, R.H. and Turner, A.N. (1956). *The Foreman on the Assembly Line*. Boston: Harvard University Press.



Watzlawick, P.-Beavin, J.H.-Jackson, D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi*. Roma: Astrolabio.

Weber, M. (1924). Legitimate authority and bureaucracy. In Pugh, D.S. (cur), *Organization Theory*, London: Penguin Books.

Webster, C., Grusky, O., Podus, D. and Young, A. (1999). Team leadership: Network differences in women's and men's instrumental and expressive relations. *Administrative Policy in Mental Health*, 26, 169-190.

Weick, K. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Weick, K.E. (1974). Review of "The Nature of Managerial Work" by Henry Mintzberg. *Administrative Science Quarterly* 19(1), 111-118.

Witman, Y., Smid, G.A.C., Meurs, P.L. et al. (2011). Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization*, (18)4, 477–495.

Wittenberg-Cox A., Maitland A. (2010). *Rivoluzione womenomics. Perché le donne sono il motore dell'economia*. Milano: Il Sole24Ore.

Yin, R. (2014). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publishing.

Yukl G. (1994). *Leadership in Organizations*. New York: Edition Pearson.

Zaleznic, A. (1977). *Leaders and Managers: Are they Different?* Boston: Harvard Business Press.

Zilembo M., Monterosso L. (2008). Nursing students' perceptions of desirable leadership qualities in nurse preceptors: a descriptive survey. *Contemporary Nurse*, 27(2), 194–206.

## Sitografia

[http://www.mef.gov.it/focus/article\\_0031.html](http://www.mef.gov.it/focus/article_0031.html)

## Appendice

### *Scheda rilevazione*

#### **Analisi del percorso di carriera**

1. Età, provenienza, studi compiuti (es. ulteriori specializzazioni)

---

---

---

2. Da quanto tempo è in azienda? Sempre nello stesso reparto? Da quanto tempo è a capo del reparto? Prima è stato alla guida di altri reparti (anche in altre strutture- quindi organizzazione del lavoro lì)

---

---

---

3. Svolge attività anche privatamente?

---

---

---

4. Ha mai frequentato corsi di formazione/aggiornamento sul management sanitario? Se sì, per quale ragione ha sentito tale esigenza? Ha frequentato o frequenta corsi di formazione/aggiornamento su altre tematiche?"

---

---

---

#### **Analisi delle competenze personali**

1. Quale stile di Leadership ritiene di adottare nella gestione del proprio gruppo di lavoro

---

---

---

2. Ritieni di essere più assertivo o più empatico con i pazienti, con i collaboratori, con il management

---

---

---

3. Una competenza personale che solitamente gli è riconosciuta dai:
  - referenti organizzativi
  - dai collaboratori
  - dai pazienti

### **Descrizione del Reparto**

1. Organizzazione del Reparto (n. medici, n. infermieri, n. personale di supporto, n. posti letto, organizzazione dei turni di lavoro)

---

---

---

2. Che relazione intercorre con la caposala?

---

---

---

3. Ha apportato cambiamenti all'interno del reparto, e se si di che natura? (es. strutturale)

---

---

---

4. Tali cambiamenti sono stati compartecipati/condivisi con il team di reparto oppure sono stati "imposti"? In generale, come ritiene siano stati accolti dal team di reparto (per verificare possibili resistenze al cambiamento)?

---

---

---

**Rapporto con i pazienti/con i familiari dei pazienti**

1. Nel rapporto con il paziente, ha trasferito ai suoi collaboratori metodi e strumenti per una comunicazione chiara ed efficace con i pazienti?

---

---

---

2. Ha inculcato nei propri collaboratori uno stile comunicativo che ritiene essere particolarmente efficace in virtù della propria esperienza professionale?

---

---

---

3. [Questa domanda può essere "di controllo" per la precedente] Dedica del tempo a verificare la qualità della comunicazione del suo team? In tal caso, stimola i collaboratori a trasferire informazioni efficacemente, non medichese, in particolare verso pazienti problematici (soggetti con basso livello di istruzione, con disagio sociale, immigrati, et similia)?

---

---

---

4. Relativamente all'adesione ad un particolare protocollo terapeutico, trasferisce informazioni e se sì, con quale modalità ai caregiver informali?

---

---

---

5. Relativamente al tema dell'etica in sanità, che tipo di approccio ha con i pazienti?

---

---

---

6. In caso di prognosi particolarmente infausta chi parla con il paziente? Chi lo comunica ai familiari?

---

---

---

7. In caso di exitus chi parla con i familiari?

---

---

---

8. Il primario parla con i pazienti/con i familiari?

---

---

---

### Rapporti con I collaboratori

1. Rapporto con i collaboratori: avviene una presa di responsabilità da parte dei medici oltre l'aspetto bio-medico ma anche aspetti gestionali-amministrativi?

---

---

---

2. Ogni quanto tempo si svolgono i breefing con i collaboratori?

---

---

---

3. La modalità di convocazione di questi breefing è formale o informale?

---

---

---

4. Durante questi breefing, con quale modalità trasferisce le informazioni relative alle politiche aziendali; agli obiettivi del reparto; alle sue decisioni per migliorare la performance del reparto e/o per allinearla alle politiche aziendali?

---

---

---

5. Ci sono dei momenti di condivisione delle informazioni con i collaboratori di tipo informale( es. prendere il caffè insieme? Se si, descrizione della dinamica di svolgimento di questi momenti informali)

---

---

---

6. Quanto pensa sia fondamentale il suo ruolo nello sviluppo di buone relazioni all'interno del team di reparto? In che modo agisce per favorirlo?

---

---

---

7. Gestione di situazioni problematiche e di conflitto.

---

---

---

8. Ritene che vi sia una adeguata attitudine al problem solving tra i componenti del reparto?

---

---

---

9. Gestioni di problematiche derivanti cambiamenti imposti dall'alto, es. situazioni di malumore e demotivazione

---

---

---

10. Riesce ad esercitare efficacemente la delega?

---

---

---

11. Distribuzione dei carichi di lavoro fra i collaboratori?

---

---

---

12. Struttura della comunicazione: è quantitativamente maggiore la comunicazione di tipo verbale, non verbale, paraverbale?

---

---

---

13. Incoraggia i suoi collaboratori condividendone i successi/traguardi professionali? Ritiene di essere capace di sostenerli nei momenti di crisi?

---

---

---

14. Utilizza leve emozionali per motivare i suoi collaboratori?

---

---

---

15. Eroga ricompense per negoziare?

---

---

---



### Rapporti con il Management aziendale

1. Esistono momenti prestabiliti di incontro con il Management aziendale
  - Direttore Generale;
  - Direttore Sanitario;
  - Direttore Amministrativo
2. Se sì, secondo quale modalità?

---

---

---

3. Se esiste una situazione conflittuale con il management, come viene gestita?

---

---

---

4. Come risponde a cambiamenti sostanziali ed organizzativi imposti dall'alto (es. riduzione di budget o risorse, blocco turnover, riorganizzazione della rete di assistenza)

---

---

---

5. Gestione del budget? Si sente co-responsabile della gestione economica dell'azienda?  
Avverte il peso di dovere contribuire, per la sua parte, a risolvere la situazione di crisi in cui versa il SSR (piano di rientro) o pensa che, per quest'aspetto, gli unici responsabili sono i vertici aziendali?

---

---

---

6. Controllo delle risorse: come avviene ed è riuscito a condividere tale impostazione anche con i propri collaboratori?

---

---

---

7. Stimola e si fa sostenitore di momenti di formazione, coaching, aggiornamento per i collaboratori del reparto?

---

---

---

8. Rapporto con i colleghi degli altri reparti: condivisione di pratiche organizzative, indicazioni organizzativo-manageriale

---

---

---

9. In generale, si sente soddisfatto del grado di potere decisionale e di autonomia che riesce ad esercitare oppure si sente condizionato/vincolato?

---

---

---

**Pratica clinica**

1. Quanto tempo viene solitamente dedicato allo svolgimento di questa mansione?

---

---

---

2. Condivisione delle pratiche terapeutiche con i propri collaboratori, se si secondo quale modalità

---

---

---

3. E' portavoce all'interno del reparto della condivisione di una vision inerente la pratica clinica?

---

---

---

4. Quanto sono frequenti all'interno del suo team le collaborazioni di ricerca o di sviluppo di nuove pratiche cliniche con team e/o medici di altre organizzazioni (anche estere)?

---

---

---

5. Ritiene che i servizi erogati dal suo reparto sia rispondenti ai bisogni della popolazione servita? Se no, come agisce verso la direzione per sostenere la necessità di migliorare l'offerta da un punto di vista qualitativo e/o quantitativo?

6. 

---

---

---