

Quale *leadership* nelle organizzazioni sanitarie?

La *servant leadership* e la *leadership* connettiva

Il tema della *leadership* e quello del *management* sono considerati nella letteratura e nelle organizzazioni, strettamente connessi, per varie ragioni. Anche in Sanità sono frequenti i contributi e le riflessioni su questi concetti, innescando alcuni interrogativi, come ad esempio: quali rapporti fra il *leader* e i collaboratori all'interno di organizzazioni, come quelle sanitarie, caratterizzate spesso da modelli gestionali burocratici, alti livelli di conoscenza applicata e autonomie professionali? In questo contributo si propone una riflessione su questi temi, molto dibattuti e sempre attuali, per giungere a delineare delle possibili strategie o modalità di *leadership*, che risultino funzionali a questo tipo di organizzazioni.

Annalisa Pennini
Direttore Scientifico, FORMAT
(a.pennini@formatsas.com)

La *leadership* e il *management* nelle organizzazioni sanitarie

Sintetizziamo di seguito alcune ragioni che sostengono la connessione fra la *leadership* e il *management*, vedendo il concetto da tre punti di vista: quello del *manager/leader*, quello dell'organizzazione e quello del collaboratore o "seguace" del *manager/leader*.

Innanzitutto, le persone che ricoprono ruoli manageriali e/o svolgono funzioni gestionali, necessitano di capacità di *management* e di *leadership* in maniera congiunta, perché in questo modo esse si integrano e si completano. Serve visione a lungo termine (*leadership*) e pragmatismo quotidiano (*management*), così come servono strategie (*leadership*) e piani di azione (*management*). In tempi recenti si è colta una diffusione alla convinzione che la *leadership* fosse più importante del *management* e che nelle funzioni gestionali ci si dovesse orientare maggiormente ad essa piuttosto che al *management*. Questa tendenza si è dimostrata riduttiva e parziale, in quanto non è opportuno dare maggiore rilievo a una o all'altra componente, chiedendo ad esempio a un *manager* di orientarsi in maniera preponderante verso la funzione di *leader* o viceversa, ma è più appropriato valorizzare le proprie particolarità distintive e ottenere il massimo rendimento dalla sinergia che se ne ricava. Mintzberg (2010) ha riassunto questa connessione dicendo: "la *leadership* non può semplicemente delegare la gestione manageriale; invece di distinguere i *manager* dai *leader*, dovremmo vedere i *manager* come *leader* e la *leadership* come una buona gestione manageriale". Covey ha affermato (2005): "mentre la *leadership* decide quali sono le priorità, è la gestione che, momento per momento, assegna

loro la precedenza". E ancora Covey (2009): *la leadership si occupa della visione, cioè del tener presente la mission, dell'efficacia e dei risultati. Il management si occupa di istituire strutture e sistemi per ottenere risultati*. [...] Naturalmente, management e leadership non si escludono a vicenda; al contrario, si potrebbe dire che la leadership è la più alta componente del management". Bennis (1998; 2009) attribuisce al *manager* funzioni quali: amministrare, sostenere, controllare e al *leader* quelle di innovare, sviluppare, sfidare. Il *manager* ha una vista a corto raggio e si chiede come e quando, mentre il *leader* ha una prospettiva di lungo raggio e si chiede cosa e perché.

È possibile quindi avere queste due "anime" nella stessa persona? Una persona investita di responsabilità gestionali può e deve sviluppare entrambe le caratteristiche, in quanto non sono necessariamente distinte in modo esclusivo. In particolare, nelle situazioni organizzative odierne contraddistinte da complessità e instabilità, utilizzare le due caratteristiche in modo complementare può risultare necessario e funzionale.

Un'altra ragione che sostiene la connessione fra *leadership* e *management*, è da ricercare all'interno dell'organizzazione. Le organizzazioni necessitano sia di *leader* che di *manager*. Anche se auspichiamo, come si è detto nel primo punto, che siano caratteristiche incarnate nella stessa persona, non è assicurato in tutte le funzioni aziendali. Vi sono investiture formali, che prevedono *manager* collocati in funzioni che consentano all'organizzazione di tendere all'efficacia e all'efficienza. E vi sono *leader* naturali, che emergono anche senza che siano incaricati formalmente di svolgere funzioni di "capi". Nell'organizzazione la *leadership* è utilizzata per spingere chi vi lavora verso traguardi e raggiungimento di obiettivi, pertanto è una funzione orientata alle persone e alle relazioni. Il *management* invece è orientato a gestire progetti e processi in modo che proseguano senza ostacoli, a volte ricorrendo all'autorità formale e gerarchica. È pertanto orientato alle cose, prima che alle persone. Far convergere le due posizioni e orientamenti è una sfida per molti, che vorrebbero vedere nella stessa persona capacità di gestione delle risorse e strumenti e competenze per creare e mantenere un gruppo di lavoro in modo efficace.

La terza ragione per cui la *leadership* e il *management* dovrebbero convergere è che i "seguaci" o collaboratori del *leader*, vorrebbero essere guidati da persone che possiedono sia capacità manageriali sia di *leadership*. Sono utili strategie (*leadership*) e piani di azione (*management*) per arrivare a dei risultati. È necessario che vi sia qualcuno

che lavori sulla motivazione dei collaboratori (*leadership*) e qualcuno che organizzi le loro presenze e i loro turni di lavoro (*management*). Come afferma Mintzberg (2010) i collaboratori di norma vogliono capi che gestiscano entrambi gli aspetti: "Come vi trovereste con la gestione di qualcuno che manchi di leadership? La situazione potrebbe essere terribilmente demotivante. D'altra parte, vorreste come leader qualcuno che non si occupi di gestire le cose? Quest'altra situazione potrebbe essere alquanto alienante: un leader di questo genere come può capire ciò che accade?" Conclude: "invece di distinguere i manager dai leader, dovremmo vedere i manager come leader e la leadership come una buona gestione manageriale".

Con queste tre traiettorie, rappresentate dalla visione dei *leader/manager*, da quella delle organizzazioni e infine da quella dei seguaci/collaboratori, abbiamo delineato le possibilità e le criticità nella distinzione o convergenza fra *leadership* e *management*. Queste "ragioni" sono valide per tutte le organizzazioni, comprese quelle sanitarie, se consideriamo che: "la leadership nelle organizzazioni, incluse quelle sanitarie, consiste nella volontà e nella capacità di alcuni, i leader, di coinvolgere e motivare altre persone, affinché dedichino le loro migliori energie al raggiungimento degli obiettivi istituzionali, inclusi il costante miglioramento delle prestazioni e l'innovazione nelle sue molteplici forme" (Calamandrei e Pennini, 2006).

Pertanto, in Sanità quale caratteristiche dovrebbe avere una *leadership* efficace a sostenere il coinvolgimento e la motivazione, soprattutto in contesti e situazioni di incertezza e complessità? Su due tipologie di *leadership* si vuole di seguito riflettere: la *servant leadership* e la *leadership* connettiva.

La servant leadership

Servant leadership significa letteralmente "leadership di servizio". Il concetto nasce nel 1970 con Greenleaf, in quale sosteneva che questo tipo di *leadership* si realizza quando il *leader* si pone in una posizione di servizio nella relazione con colleghi e quando vengono anteposti gli interessi degli altri e del gruppo ai propri interessi personali (Ballardini et al., 2015). La tendenza di questo tipo di *leader* è quella di "mettersi al servizio", prioritariamente. È convinzione diffusa che la *leadership* sia caratterizzata da potere a autorità, che consente di guidare un gruppo o altre persone utilizzando modalità di dominanza. Questo tipo di *leadership* sovverte questa convinzione, e sottopone il *leader* all'impegno di mettersi al servizio delle persone che è chiamato a guidare e dell'istituzione dove

opera. Può risultare difficile comprendere come sia possibile essere leader e “servi” contemporaneamente e vedere le due cose come conciliabili. È possibile farlo pensando che la *leadership* serva a definire cosa vogliamo fare, che visione e strategia avere, che direzione prendere e che il “servizio” invece serva a definire come vogliamo farlo, cioè sostenendo il gruppo a raggiungere dei traguardi, incoraggiando la libera espressione e mettendosi in discussione. Il *servant leader* è orientato verso il gruppo di lavoro, lo incoraggia e lo sostiene verso la crescita. Ballardini e colleghi (2015), affermano che “*il servant leader si configura come capace di empowerment, cioè capace di investire e lavorare su se stesso per rendere gli altri in grado di fare il loro meglio, capace di incoraggiare la reciprocità, la collegialità, il sostegno e l'apprendimento sociale*”. Infatti, egli “*si mette direttamente al servizio, più che dell'organizzazione, dei propri follower per soddisfare i loro bisogni, sostenerli e dare loro il massimo potere consentito dal ruolo (empowerment)*” (Calamandrei e Pennini, 2006). È un relazione basata sulla fiducia reciproca e sulla disponibilità del leader di negoziare e di farsi influenzare dai propri collaboratori. “*Con tali presupposti si crea una situazione di interdipendenza e reciprocità che favorisce l'innovazione nonché lo sviluppo e la maturazione di tutti i soggetti coinvolti nella situazione*” (Calamandrei e Pennini, 2006). Secondo Spears (2010) le caratteristiche del *servant leader* sono dieci:

1. ascolto;
2. empatia;
3. cura;
4. consapevolezza;
5. persuasione;
6. concettualizzazione;
7. lungimiranza;
8. amministrazione/gestione;
9. impegno;
10. costruzione di comunità (*building community*).

Sono qualità che orientano ad un uso etico e sostenibile del potere, che considera importanti i valori della fiducia e della collaborazione. Quaglino, Casagrande e Castellano (1992) affermano che questa *leadership* sia:

- situazionale: cioè vicina e coerente con la storia, la cultura, gli obiettivi del gruppo;
- trasparente: in quanto i ruoli vengono definiti e chiariti in maniera esplicita fin dalla costituzione del gruppo;
- flessibile: cioè orientata a valorizzare contributi dei membri del gruppo e a coordinarli, più che a enfatiz-

zare quelli del *leader*;

- pragmatica: ovvero coerente e agganciato a fatti e dati originati dall'ambiente e dalla realtà;
- orientata al compito: in quanto si propone di realizzare obiettivi, stabilisce il metodo di lavoro, tende al rispetto dei tempi e chiarisce in maniera esplicita questi aspetti;
- orientata alle relazioni: cioè tiene conto dei bisogni individuali e delle capacità dei singoli, orientandosi alla qualità dei rapporti interpersonali.

La costruzione di questo clima collaborativo e costruttivo, basato sulla reciprocità e il sostegno, è senz'altro molto accattivante, ma di non facile o immediata attuazione, come è facile comprendere. Vanderpyl (2012) afferma che l'innovazione proposta dalla *leadership* di servizio sia più facile da teorizzare che da realizzare. Ballardini *et al.* (2015), hanno analizzato e confrontato le opinioni di circa ottanta professionisti sanitari in Italia, con il metodo del *town meeting*, rispetto alla possibilità, ostacoli e risorse, per l'implementazione di questo tipo di *leadership*. I ricercatori hanno chiesto ai professionisti cosa secondo loro è possibile fare per rendere reale la *servant leadership* nell'operatività, e hanno evidenziato come per i partecipanti sia importante: riconoscersi come *servant leader*, assumersi responsabilità e farsi riconoscere dal gruppo come tali.

Per mettere in atto questo cambiamento viene richiesta: tenacia, rispetto del tempo per la relazione, condivisione del desiderio di cambiamento, incontri formali e informali, clima di ascolto positivo. Risulta importante la valorizzazione dei membri del gruppo, facendo emergere necessità, suggerimenti e attitudini, oltre che la celebrazione dei successi e l'autoregolazione nel rispetto dei patti condivisi, anche senza l'intervento della *leadership* formale. Possono essere di supporto per la realizzazione: la formazione con coinvolgimento attivo, la consulenza di esperti e la costituzione di gruppi di progetto per la sperimentazione della *servant leadership* in un contesto favorente che renda evidenti sia il percorso che i risultati.

Possiamo affermare che la *servant leadership* risulta coerente con i principi etici delle professioni sanitarie e con il processo di responsabilizzazione che le coinvolge in maniera sempre più cogente. Non è una caratteristica che riguarda solo i “capi” formalmente incaricati, ma chiunque ai vari livelli, si mette al servizio del gruppo e dell'istituzione. La sua diffusione, potrebbe contribuire a ridurre la dipendenza da un unico *leader* e promuovere la responsabilità sui risultati del servizio. Le qualità che devono emergere,

sono quelle dell'integrità, dell'onestà, della competenza che forniscono le basi della credibilità. Come affermava Greenleaf: "le istituzioni devono servire la gente".

La leadership connettiva

La *leadership* connettiva trova origine con Lipman-Blumen (1997) che la definisce come un nuovo paradigma, sostenuto da due forze nuove che stanno caratterizzando il nostro tempo: l'interdipendenza e la diversità.

L'interdipendenza è data dalla connessione continua di singoli e gruppi, sostenuta dai moderni mezzi di comunicazione come telefono, *internet* e *social network*. Informazioni e decisioni gestite o prese da un soggetto hanno influenze molto ampie, anche a distanza di tempo o spazio. Secondo Lipman-Blumen, l'interdipendenza è una risorsa e una forza, che orienta verso collaborazioni, coalizioni, alleanze, costruzioni di *network*.

La diversità invece fa riferimento al bisogno di identità, proprio di singoli o di organizzazioni, che chiedono di essere ascoltati o rappresentati. Il bisogno di identità mette in risalto proprio gli interessi e le specificità di ognuno.

Le due forze, in modo che può apparire paradossale, spingono una alla crescita dell'altra. Secondo l'autrice, l'uso di mezzi di comunicazione e la tecnologia che ci rende interconnessi e per certi tratti indistinti, spingono di contro verso l'autonomia e la differenziazione. Questo però può provocare isolamento e solitudine, che nuovamente spinge verso la connessione. Le due forze insieme creano un ambiente conflittuale, che richiede una nuova forma di *leadership*, più completa e complessa, che tenga conto di queste due istanze. Questa nuova forma è stata denominata connettiva, proprio perché cerca di cogliere tutte le connessioni possibili, tra le persone, i gruppi, le istituzioni e le loro idee e visioni. Ad esempio, rispetto ai conflitti, non li nega e nemmeno cerca di risolverli solo con l'autorità. Il *leader* connettivo, non presta attenzione solo ai sostenitori, ma a tutti, in maniera accorta e saggia. Cerca la negoziazione, anche con i "nemici", se ciò serve a superare problemi che riguardano tutto il gruppo o l'istituzione. Non cerca alleanze durature se non sono possibili per una divergenza di valori e significati, ma opta per una collaborazione a breve termine e su obiettivi circoscritti, probabilmente più utile e funzionale. Tali strategie, possono sembrare permeate da arrivismo e individualismo, ma in realtà si possono dire realmente "connette" quando riescono a mettere insieme e in equilibrio principi etici e competizione, individualità e collettività.

È un *leader* che:

- si fa carico dei problemi e affronta in maniera pragmatica e trasparente chi ne ostacola la soluzione;
- cerca di creare circostanze orientate al raggiungimento di obiettivi sia del gruppo che individuali;
- sviluppa una molteplicità e ricchezza di relazioni, dalle più svariate visioni;
- ha uno stile interattivo e utilizza tecniche di comunicazione appropriate.

Anche questo tipo di *leadership*, può risultare più semplice teorizzarlo che applicarlo, ma per provare a svilupparlo può essere utile consapevolizzare il suo valore all'interno di contesti complessi e dove convivono interessi contrastanti, come nelle organizzazioni sanitarie, che sono nel contempo chiamate a rispondere a bisogni e ad un servizio di qualità.

Conclusioni

Cercando di proporre una risposta alla domanda iniziale di questo contributo: quali rapporti fra il *leader* e i collaboratori all'interno di organizzazioni, come quelle sanitarie, caratterizzate spesso da modelli gestionali burocratici, alti livelli di conoscenza applicata e autonomie professionali?, vogliamo affermare che i due modelli di *leadership* descritti, possono rappresentare una potenzialità e una risorsa, ma che entrambi (oltre che ad altri modelli e stili, che qui non hanno trovato spazio), devono essere permeati dalla spinta etica alla responsabilità. S'intende quindi parlare di un *leader* responsabile, oltre che di un tipo particolare di *leadership*. Cioè di un *leader* che sia in grado di avere innanzitutto due sguardi: uno verso tutte le parti interessate, con un atteggiamento di ascolto, e uno verso il sistema, con un impegno alla sua sostenibilità presente e futura. Il valore di un *leader* si misura infatti su due assi: verso gli altri, per l'impegno allo sviluppo delle loro capacità, e verso il sistema, per l'impegno ad accogliere gli interessi di tutti gli *stakeholder*. ◆

Bibliografia

- Azzariti F., *Diventa leader! Le sei strade per una leadership innovativa*, Edizioni Il Sole 24 Ore, Milano, 2004
- Ballardini D. et al., *Tutti per uno, uno per tutti. La servant leadership: misurarne il fascino e l'operatività attraverso il town meeting*, L'Infermiere, sett-ott 2015
- Bennis W., *On becoming a leader*, Basic Books, 4^a ed., 2009
- Calamandrei C. e Orlandi C., *La dirigenza infermieristica – Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni*

- manageriali*, 4^a ed. McGraw-Hill, Milano, 2015
- Calamandrei C. e Pennini A., *La leadership in campo infermieristico*, McGraw-Hill, Milano, 2006
- Cortese C.G., *Motivare*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005
- Covey S.R., *Le 7 regole per avere successo*, FrancoAngeli, Milano, 2005
- Covey S.R., *La leadership centrata sui principi*, FrancoAngeli, Milano, 2009
- Gabassi P.G., *Psicologia del lavoro nelle organizzazioni*, FrancoAngeli, Milano, 2006
- Garber J.S. et al., *Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents*. J Interprof Care. 2009 Jul;23(4):331-40
- Hanse J.J. et al., *The impact of servant leadership dimensions on leader-member exchange among health care professionals*. J Nurs Manag. 2016 Mar;24(2):228-34
- Lipman-Blumen J., *Connective leadership – A new paradigm*, Drucker Magazine, 1 (1), 1997
- Mintzberg H., *Il lavoro manageriale*, FrancoAngeli, Milano, 2010
- Owen J., *Essere influenti*, FrancoAngeli, Milano, 2011
- Logan D., King J. e Fischer-Wright H., *La leadership tri-*
- bale. Trasforma te stesso e il tuo tema con il coaching*, FrancoAngeli, Milano, 2010
- Pennini A., *Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, 2013
- Pennini A. e Barbieri G., *La responsabilità del coordinatore delle professioni sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, 2011
- Quaglino G.P. e Ghisleri C., *Avere leadership*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2004
- Quaglino G.P., Casagrande S. e Castellano A., *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992
- Spears L.C., *Character and Servant Leadership: Ten Characteristics of Effective, Caring Leaders*, The Journal of Virtues & Leadership, Vol. 1 Iss. 1, 2010, 25-30
- Sousa M., Van Dierendonck D., *Introducing a Short Measure of Shared Servant Leadership Impacting Team Performance through Team Behavioral Integration.*, Front Psychol. 2016. Jan 7; 6:2002
- Vanderpyl T.H., *Servant leadership: a case study of a Canadian health care innovator*, Journal of Healthcare Leadership, 4:2012
- Zenger J.H. e Folkman L.R., *Il leader straordinario. Trasformare buoni manager in leader eccellenti*, FrancoAngeli, Milano, 2010