

La rimozione forzata dei dirigenti infermieri: tra letterature ed esperienze

Alvisa Palese,¹ Sara Scarsini,² Meri Marin,³ Luisa Saiani⁴

¹Università degli studi di Udine

²Azienda per i servizi sanitari n. 3 'Alto Friuli'

³Azienda per i servizi sanitari n. 5 'Isontina'

⁴Università degli studi di Verona

Per corrispondenza: Alvisa Palese, alvisa.palese@uniud.it

Riassunto. Introduzione. La rimozione forzata dei dirigenti, è stata documentata per la prima volta negli anni 80 negli USA. **Obiettivo.** Descrivere il fenomeno anche attraverso una testimonianza. **Metodi.** Analisi della letteratura ed intervista a testimone privilegiato. **Risultati.** La rimozione è preceduta da un periodo difficile in cui compaiono alcuni segnali che indicano una difficoltà di rapporto con la direzione; dà origine a una crisi profonda sovrapponibile a quella provata dalla perdita di una persona significativa, prevalgono sentimenti di fallimento, si riducono l'autostima e la fiducia nelle proprie capacità e competenze. In caso di rimozione forzata può essere necessario un aiuto esterno – anche di counseling psicologico – per superare l'esperienza traumatica. È utile concedersi il tempo necessario per superare la perdita prima di affrontare il futuro in modo efficace. **Conclusioni.** Il fenomeno non è infrequente in Italia ma manca una letteratura ed una discussione come quella presente nella letteratura internazionale.

Parole chiave: turnover involontario, dirigenti servizi infermieristici, infermiere dirigente.

Summary. *The firing of nurse managers: literature and experiences.* **Introduction.** The firing of a nursing manager was first documented in the 80' in US. **Aim.** To describe the involuntary turnover according to the literature and a case-story. **Methods.** Literature review and interview to a key informant. **Results.** The involuntary turnover is preceded by a hard time with indicators of a difficult relationships with the management; it initiates a profound crisis comparable to the loss of a significant person and feelings of failure prevail, self esteem and self confidence decrease. If the manager is fired, an external help may be necessary – included psychological counseling – to overcome the traumatic experience. Before effectively facing the future, some time to effectively ride out the loss may be necessary. **Conclusions.** The firing of a nursing manager is not an exception in Italy but a literature and a discussion on the problem is lacking.

Key words: involuntary turnover, nursing, nurse manager, chief nurse.

Dal 2000,¹ con l'istituzione dei servizi infermieristici, sono aumentate le posizioni dirigenziali affidate – prima temporaneamente e ora in modo stabile – a infermieri e ostetriche in possesso di elevata qualificazione professionale.²⁻³ La situazione italiana è ancora variegata: ci sono ancora molti dirigenti con incarico a termine mentre altri hanno ricevuto un incarico dirigenziale vero e proprio dopo concorso. Al di là della tipologia, l'incarico di dirigente mantiene caratteristiche fiduciarie così come avviene per altre posizioni apicali. Non sono infrequenti, infatti, racconti di infermieri a cui non è stato rinnovato l'incarico dirigenziale, che sono stati attribuiti ad altro incarico (nel settore della qualità, del rapporto con il pubblico), o invitati a cercare lavoro prima della conclusione del loro mandato, fino a comportamenti di vero e proprio mobbing che hanno spinto verso dimissioni non propriamente 'libere'. La rimozione forzata (denominata anche *turnover* involontario o in altri modi come indicato nel Riquadro 1) è un fenomeno di crescente interesse che si può verificare in numerose occasioni: al cambiamento della direzione strategica aziendale, delle politiche aziendali, ma anche degli assetti politici regionali o locali. Sull'entità del fenomeno non vi sono dati: il *turnover* forzato è noto alla direzione dell'ospedale o dell'azienda, agli infermieri e ai coordinatori delle strutture in cui accade, agli ospedali limitrofi o a livello regionale, ma non ci sono stime a livello nazionale.

Mentre in Italia è un fenomeno recente, la rimozione forzata è stata ampiamente dibattuta negli Stati Uniti tra la metà degli anni '80 e '90: le misure di contenimento dei costi che in quel periodo furono applicate ai servizi sanitari, determinarono un aumento sensibile della vulnerabilità occupazionale dei manager (non solo degli infermieri).⁴ Da allora, sono numerosi gli infermieri dirigenti che hanno perso la loro posizione, che sono stati ricollocati o licenziati: la letteratura documenta che tale fenomeno è accompagnato da alcuni segnali predittivi, e genera un impatto importante sul dirigente infermiere e sull'azienda. Riflettere su questo fenomeno sintetizzando letteratura ed esperienze disponibili è la finalità di questo articolo.

Gli antecedenti della rimozione forzata: il ruolo della fiducia. La rimozione forzata è riconducibile a tre motivi principali:

- una modificazione del rapporto di fiducia e stima della direzione aziendale verso il dirigente che non soddisfa le attese, esprime diversità di visioni o non concorda sulle decisioni organizzative;^{4, 5}
- l'impossibilità di stabilire un rapporto di fiducia con la nuova direzione che desidera proporre e insediare il proprio staff (tra cui anche l'infermiere dirigente);⁴⁻⁶
- motivazioni politiche: quando ad esempio, alcuni dirigenti sono sollevati dall'incarico perché promotori di obiettivi di parte (solo infermieristici) e non dell'azienda nel suo insieme.⁷

La rimozione è preceduta da un periodo difficile in cui compaiono alcuni segnali che indicano una difficoltà di rapporto. Carroll et al.⁴ analizzando l'esperienza della perdita di lavoro di dieci dirigenti infermieri rimossi negli USA ne propongono un possibile elenco:

- frequenti discussioni con i superiori;
- esclusioni sistematiche da incontri di particolare rilievo, come per esempio dalla negoziazione del budget annuale;
- riduzione delle occasioni di contatti informali con la direzione;
- progressiva difficoltà ad incontrare i superiori (aumento dei tempi di attesa per ottenere un incontro, brevità degli appuntamenti accordati);
- progressiva riduzione della condivisione delle strategie e delle decisioni organizzative;
- frequenti scontri con altri dirigenti della struttura (il direttore del personale, amministrativo, finanziario);
- responsabilità direttamente attribuite per specifici progetti dalla direzione generale ad altri infermieri, senza consultare il dirigente infermiere;
- percezione del venir meno del supporto da parte dei propri superiori e/o dei subordinati;
- aumento di tensioni con i medici e percezione di uno scarso supporto da parte degli stessi;
- atteggiamenti vessatori o colpevolizzanti dei subordinati (ad esempio Coordinatori) che lamentano la difficoltà a ricevere risposte e aiuto nella soluzione dei problemi;
- frequenti critiche (anche pubbliche) sul lavoro svolto;
- assenza di feedback positivi;
- permanenza di conflitti irrisolti.

La richiesta di dimissioni rappresenta la strategia più frequente di risoluzione del rapporto: nel colloquio in cui tale richiesta è formulata dalla direzione, possono essere riportate diverse motivazioni come la presenza di contrasti personali e di critiche pervenute dal personale infermieristico e/o medico su alcune decisioni. Va tuttavia segnalato che non è sempre esplicitata e chiaramente comprensibile la ragione per cui il rapporto si conclude.^{4, 8-10}

Le reazioni e le strategie per affrontare una rimozione forzata. L'esperienza della rimozione forzata dà origine a una crisi profonda: secondo Prussia et al.¹¹ è sovrapponibile a quella provata con la perdita di una persona significativa. La salute peggiora, prevalgono sentimenti di fallimento, si riducono l'autostima e la fiducia nelle proprie capacità e competenze; può essere compromessa anche la salute mentale con ansia, stress e depressione fino all'ideazione suicidaria.¹¹ Le difficoltà economiche per la perdita del lavoro possono aggravare la situazione.¹² Carroll et al.⁴ riportano reazioni diverse tra

dirigenti infermieri di genere maschile e femminile: mentre i primi si attivano a cercare una nuova posizione, le donne elaborano emozioni e vissuti ricercando supporto sociale.⁴

Anche a distanza di tempo, gli infermieri dirigenti rimossi soffrono molto per l'esperienza che hanno vissuto: riferiscono incredulità, rabbia, sofferenza e continuano a cercare una spiegazione di quanto accaduto. Alcuni preferiscono interrompere qualsiasi relazione con i colleghi della struttura ospedaliera per concludere l'esperienza e iniziare una nuova fase della propria carriera. Altri, invece, mantengono i contatti per ottenere informazioni sulla nuova dirigenza. Altri ancora, desidererebbero mantenere i rapporti ma percepiscono il desiderio di coordinatori e infermieri di chiuderli, per timore di compromettere la relazione con il nuovo dirigente.⁴ Gli infermieri dirigenti rimossi riferiscono che il sostegno assicurato dalla famiglia è il più importante, seguito dal condividere la sofferenza con colleghi o dirigenti anche non infermieri che hanno avuto la stessa esperienza.^{4-5, 13-14}

Gli infermieri dirigenti statunitensi si sono attrezzati per tutelare i propri diritti.^{4, 8} Nel contratto iniziale fanno integrare quasi sistematicamente, se si dovesse interrompere il rapporto di lavoro:

- la conservazione della retribuzione salariale da otto settimane fino alla sottoscrizione di un nuovo contratto;
- il mantenimento della protezione assicurativa;
- referenze positive – verbali e/o scritte – da parte di una persona designata dall'organizzazione che ha sollevato il dirigente dall'incarico, da presentare al nuovo datore di lavoro;
- aiuto nella ricerca della nuova occupazione: l'ospedale assicura attraverso l'Ufficio Risorse Umane o indirettamente con agenzie di collocamento, un sostegno nella ricerca di una nuova occupazione.

Uno sguardo ai trend della ricerca internazionale. Pochi studi hanno documentato il turnover involontario dei dirigenti e il suo impatto sull'assistenza:^{5, 15} analizzando le pubblicazioni disponibili, emergono tre importanti fasi:¹⁶⁻¹⁸

- *Metà anni '80.* L'evidenza per lo più aneddotica di una successione rapida degli infermieri che occupano posizioni di vertice, ha spinto – tra il 1985 e il 1987 – al dibattito sul tema del *turnover* dei dirigenti infermieri. Negli USA hanno riflettuto sulle ragioni che conducono all'abbandono precoce dell'incarico e sulle modalità con cui avviene (licenziamento immediato o richiesta di dimissioni).⁹⁻¹⁰
- *Anni '90.* Aumenta la quantità di articoli sui determinanti la rimozione forzata e i segni premonitori; una particolare attenzione è dedicata anche alle strategie di programmazione della propria carriera: vengono suggerite, già alla sottoscrizione del contratto, alcune tutele utili in caso di cessazione forzata dell'incarico. Vengono riportati i vissuti dei dirigenti cui è stato richiesto di rimettere l'incarico e proposti accorgimenti utili per trasformare l'esperienza in un'occasione di crescita professionale.^{4, 6, 8, 14, 19-20}
- *Anni 2000.* È confermata l'esigenza di studiare il fenomeno e documentarlo.^{5, 15} Tuttavia, dall'individuazione delle ragioni del *turnover* volontario – un dirigente su sei cambia azienda ogni anno e alcuni ospedali riportano un *turnover* di tre o più dirigenti in cinque anni²¹ – si è iniziato a riflettere sui programmi per migliorare la permanenza aumentando il successo personale e professionale dei dirigenti, e l'ottimizzazione delle sostituzioni per prevenire le turbolenze organizzative e le ripercussioni negative sugli utenti.¹⁶⁻¹⁸ Si sono individuate anche raccomandazioni utili a inserire i dirigenti promuovendone l'aggiornamento continuo.^{5, 22-25} La più ampia ricerca sulla rimozione forzata è di Jones et al.¹⁵ tra il 2008 e il 2009 che hanno analizzato l'incidenza del fenomeno negli Stati Uniti, le ragioni che lo determinano, i vissuti e la percezione degli infermieri clinici e le ricadute sulla qualità dell'assistenza (Tabella 1).^{5, 15, 26}

Uno sguardo alle esperienze di colleghi italiani. Abbiamo chiesto ad alcuni colleghi dirigenti che hanno vissuto l'esperienza di una rimozione forzata dall'incarico che ricoprivano in due aziende, di narrare la loro storia. Viene riportata una delle interviste.

CONCLUSIONI

Pur nella complessità del problema, la letteratura e le esperienze sollecitano alcune indicazioni:

- a) nei rapporti con l'organizzazione:^{6, 8-10, 27}
- porre attenzione nella sottoscrizione del contratto, alle condizioni del contesto e alla filosofia aziendale: verificare dove sta andando l'organizzazione e come stanno evolvendo *mission* e *vision*;
 - individuare i problemi prioritari che la direzione aziendale intende affrontare, i modi per diventare parte attiva e i tempi necessari per risolverli;
 - attivare collaborazioni forti e legami con il vertice, lo staff medico, e dirigenti di altri servizi/strutture;
 - porre costante attenzione ai leader emergenti nell'organizzazione, leggendo le possibili ripercussioni sulla *mission* e sul proprio ruolo;
 - riconoscere e monitorare i segni premonitori di alterazione del rapporto con la direzione e discuterli ma anche valutare l'opportunità della permanenza nella posizione quando il rapporto di fiducia viene meno;
 - considerare la possibilità di perdere il proprio lavoro e prepararsi dal punto di vista professionale, personale ed economico;
 - verificare immediatamente la possibilità di costruire un rapporto di fiducia all'insediamento di un nuovo direttore o di rimettere il mandato.^{6, 8, 27}
- b) autovalutare costantemente la propria posizione lavorativa e competenze ponendosi alcune domande:^{4, 6, 19, 27}
- le competenze che sto esprimendo sono adeguate alla posizione che rivesto? Come sono apprezzate dalla direzione aziendale?
 - quali sono i punti di forza e di debolezza che mi sono riconosciuti? Quali feedback ricevo più frequentemente da superiori, collaboratori e subordinati?
 - ho scelto un *mentor* con cui confrontarmi e dal quale ricevere supervisione?
 - sto coltivando la mia rete di relazioni personali oltre che professionali? Oppure l'impegno lavorativo ha allentato i rapporti sociali e familiari?
 - da quanto tempo sono in questa organizzazione? Ho ancora stimoli ed entusiasmo per essere un leader efficace e innovativo?
 - sto comprendendo quello che succede nella mia organizzazione e sto adattando la mia posizione/ruolo ai cambiamenti ricercati dalla direzione?
 - che cosa farei se fossi sollevata/o dall'incarico? Ho un piano d'azione cui fare riferimento?

Ci si può autovalutare tenendo un diario, tramite colloqui con i superiori, scegliendo un *mentor*.

In caso di rimozione forzata può essere necessario un aiuto esterno – anche di counseling psicologico – per superare l'esperienza traumatica.^{4, 5} È preferibile non essere troppo tempestivi nella ricerca di una nuova occupazione: è infatti importante concedersi il tempo necessario per superare la perdita prima di affrontare il futuro in modo efficace.⁴

BIBLIOGRAFIA

1. Legge 251, 10 agosto 2000. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica. Roma.
2. Accordo Stato-Regioni sulla Dirigenza delle Professioni Sanitarie, 15 novembre 2007.
3. D.L. 25 novembre 2008. Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione Tributaria. Roma.
4. Carroll TL, Di Vincenti M, Show EV. Nurse executive job loss: trauma or transition? *Nurs Adm Q* 1995;19:11-7.
5. Havens DS, Thompson PA, Jones CB. Chief nursing officer turnover: chief nursing officers and healthcare recruiters tell their stories. *J Nurs Adm* 2008;38:516-25.
6. Vestal KW. Nurse executives: career derailment, success, and dilemmas. *Nurs Adm Q* 1995;19:83-8.
7. Freund CM, Fagin CM. Firings, unhappiness main reasons for job shifts by nurse heads. *Mod Healthc* 1984;14:94-6.
8. Blouin AS, Brent NJ. Nurse administrators in job transition: negotiated resignations and severance agreements. *J Nurs Adm* 1992;22:16-7.

9. Freund CM. CEO succession and its relationship to CNO tenure. *J Nurs Adm* 1987;17:27-30.
10. Freund CM. The tenure of Directors of Nursing. *J Nurs Adm* 1985;15:11-5.
11. Prussia GE, Kinicki AJ, Bracker JS. Psychological and behavioural consequences of job loss: a covariance structure analysis using Weiner's (1985) attribution model. *J Appl Psychol* 1993;78:382-94.
12. Caplan RD, Vinokur AD, Price RH, van Ryn M. Job seeking, re-employment and mental health: a randomized field experiment in coping with job loss. *J Appl Psychol* 1989;74:759-69.
13. Leana CR, Feldman DC. Gender differences in response to unemployment. *J Vocat Behav* 1991;38:65-77.
14. Blouin AS, Brent NJ. Nurse administrators in job transition: stories from the front. *J Nurs Adm* 1992;22:13-4,27.
15. Jones CB, Havens DS, Thompson PA. Chief nursing officer retention and turnover: a crisis brewing? Results of a national survey. *J Healthc Manag* 2008;53:89-105, discussion 105-6.
16. Beyers M. Nurse executives perspectives on succession planning. *J Nurs Adm* 2006;36:304-12.
17. Goudreau KA, Hardy J. Succession planning and individual development. *J Nurs Adm* 2006;36:313-8.
18. Coughlin C, Hogan P. Succession planning: after you, then who? *Nurs Manage* 2008;39:40-6.
19. Blouin AS, Brent NJ. Nurse administrators in job transition: defining the issues. *J Nurs Adm* 1992; 22:10-1.
20. Blouin AS, Brent NJ. Nurse administrators in job transition: evolution of the issue. *J Nurs Adm* 1992; 22:19-20,60.
21. Khaliq AA, Walston SL, Thompson DM. Incoming and outgoing hospital CEOs: what kind of help do they want? *Hosp Top* 2007;85:10-6.
22. Lee H, Cummings GC. Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *J Nurs Manag* 2008;16:768-83.
23. Kirk H. Nurse executive director effectiveness: a systematic review of the literature. *J Nurs Manag* 2008;16:374-81.
24. Bondas T. Paths to nursing leadership. *J Nurs Manag* 2006;14:332-9.
25. AONE. AONE nurse executive competencies. *Nurse Leader* 2005;3:15-22.
26. Jones CB, Havens DS, Thompson PA, Knodel LJ. Chief nursing officer turnover and the crisis brewing: views from the front line. *J Nurs Adm* 2009;39:285-92.
27. Eastham MM. Derailment: success and failure. *Nurs Adm Q* 1995;19:18-22.