prospettiveinORGANIZZAZIONE
Rivista trimestrale di Organizzazione Aziendale
ISSN: 2465-1753

ALLE ORIGINI DELL'ATTITUDINE MANAGERIALE: UNO STUDIO EMPIRICO SUL MIDDLE-MANAGEMENT IN SANITÀ

Pubblicato il19 Gennaio 2021 di Morandi Federica, Di Vincenzo Fausto e Cicchetti Amerigo

Categoria: Nuove Competenze

L'adozione di nuovi modelli organizzativi in sanità rende sempre più cruciale il ruolo svolto dai medici-manager. Lo scopo del presente studio è quello di identificare i microfondamenti della loro attitudine manageriale, esplorando attraverso uno studio empirico il ruolo svolto nello specifico dal narcisismo, dalla specializzazione conseguita e dai livelli di identificazione organizzativa con l'ospedale in cui i medici manager prestano la loro opera.

INTRODUZIONE

Nell'era della *accountable care* le organizzazioni si sono dotate di nuovi modelli organizzativi in grado di governare efficacemente le richieste provenienti dal sistema salute (Kirkpatrick et al., 2013). Nel contempo i professionisti sanitari hanno dovuto lavorare sull'adeguamento delle competenze cliniche, necessarie per garantire l'ottimalità delle cure, e di quelle manageriali, fondamentali quando essi sono incardinati in ruoli di management. I cosiddetti medici manager sono chiamati ad occuparsi della gestione di unità operative, svolgendo una funzione di collegamento tra il livello operativo e quello strategico dell'ospedale. Essi divengono responsabili delle attività cliniche e manageriali in capo alle unità che dirigono (Morandi et al., 2020).

Di fatto essi ricoprono un duplice ruolo rispetto al quale la letteratura testimonia molteplici difficoltà (Kippist e

Fitzgerald, 2009). Spesso i medici manager sono scarsamente predisposti verso i compiti manageriali a causa di un limitato possesso di competenze specifiche su questi temi, di uno scarso interesse per le questioni manageriali, di cui spesso non conoscono ruoli e compiti, nonché a causa dell'eccesso di pressione temporale dettata dall'aumento delle responsabilità (Kirkpatrick et al., 2013).

La letteratura suggerisce che, nonostante le competenze professionali, le conoscenze tecniche e l'esperienza giochino un ruolo fondamentale (Fulop, 2012) nell'agire efficacemente nel ruolo di medico manager, sono i tratti individuali e l'attitudine manageriale il vero traino (Vera e Hucke, 2009), rendendo alcuni medici manager più efficaci nell'anticipare, interpretare e rispondere alle sfide provenienti dai sistemi sanitari moderni.

Il tema dell'attitudine manageriale dei medici è molto dibattuto. Molti contributi evidenziano che il possesso di alcuni tratti della personalità è associato a migliori prestazioni individuali, successo nella carriera e realizzazione professionale (Judge e colleghi, 2013; Mascia e colleghi, 2015). Tuttavia, la maggior parte di questi studi si concentra sulle conseguenze dell'atteggiamento manageriale e non sugli antecedenti, ovvero quelle variabili da cui l'attitudine manageriale origina e si sviluppa (Tasselli e colleghi, 2015).

Il dibattito sull'attitudine manageriale dei middle manager in sanità origina nel sistema sanitario italiano con le riforme del 1992 (la c.d. aziendalizzazione) nell'ambito delle quali, fin dal 1997, è previsto l'obbligo del conseguimento di una idoneità manageriale per i medici con ruolo dirigenziale nelle strutture. L'attenzione, in questa prima fase, era posta sulla necessità di dare risposta ad una esigenza "formale" più che sostanziale del profilo di competenza del medico. Più recentemente, anche grazie all'iniziativa svolta dalla Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO), in collaborazione con l'Università Cattolica (ALTEMS), l'Università di Roma Tor Vergata (CEIS-Sanità) e l'Università di Milano (Centro di ricerche e alta formazione in Health Administration), l'attenzione si è ri-focalizzata sulla necessità di definire dei modelli di competenze professionali e comportamentali associabili a performance superiori anche sotto il profilo manageriale.

Con il presente studio intendiamo inserirci con un contributo scientifico nel dibattito sul management sanitario, offrendo una fonte di riflessione per tutti coloro i quali sono chiamati a definire i percorsi di crescita personale e professionale dei medici-manager. Nella maggior parte dei casi i percorsi formativi vengono progettati sulla base della rilevazione di carenze conoscitive o tecniche, tralasciando o comunque incamerando molto raramente il fabbisogno di potenziamento delle soft skills, la cui individuazione proviene dalla mappatura delle caratteristiche comportamentali utili per agire efficacemente nei ruoli assegnati. Con l'intento di contribuire al potenziamento dell'attitudine manageriale dei medici manager, il presente studio pone l'enfasi su alcune delle sue dimensioni più rilevanti e al contempo ancora poco esplorate quali il ruolo esercitato sull'attitudine manageriale dal narcisismo, dall'identificazione organizzativa e dalla specializzazione. I risultati dell'indagine empirica, misurati su un campione di middle-manager sanitari che lavorano presso ospedali pubblici, offrono uno spaccato realistico delle caratteristiche comportamentali da essi possedute e di come esse impattino sull'attitudine ad assumere responsabilità manageriali.

NARCISISMO E ATTITUDINE MANAGERIALE

La prima dimensione comportamentale considerata rilevante per l'attitudine manageriale è il tratto del narcisismo. Il narcisismo è definito quale "concetto di sé esagerato e al contempo fragile relativo alla propria importanza e influenza (Resick et al., 2009)". I narcisisti sono naturalmente attratti dai ruoli di leadership grazie

al loro desiderio di cimentarsi in opere che saranno ricordate come grandiose e ammirevoli, specie se condotte in contesti complessi (Maccoby, 2000). Sebbene spesso al termine narcisismo siano associati pensieri e sentimenti negativi, tale tratto presenta anche risvolti positivi, soprattutto quando, come avviene per gli operatori sanitari, il capitale psicologico di cui sono dotati li renda in grado di utilizzarne positivamente gli effetti (Erkutlu e Chafra, 2017).

Di fatto il narcisismo è fortemente correlato al raggiungimento di alti successi organizzativi (Wales et al., 2013) nonché a compiti manageriali impegnativi. Alcuni esempi sono la relazione tra narcisismo e grado di responsabilità sociale d'impresa (Ahn et al., 2020), tra esso e le decisioni di internazionalizzazione (Oesterle et al., 2016) piuttosto che l'avvio di comportamenti orientati al successo (Lin et al., 2020). Tutti i contributi convergono su una evidenza: laddove i manager sono dotati di una certa quantità di narcisismo, essi sono in grado di manifestare un pieno atteggiamento manageriale. Da qui la nostra prima ipotesi di ricerca:

> *HP 1: Maggiore è il livello di narcisismo nei medici manager, maggiore sarà la loro attitudine manageriale.*

IDENTIFICAZIONE ORGANIZZATIVA E ATTITUDINE MANAGERIALE

Un altro tratto psicologico individuale correlato al concetto di sé e che ha ricevuto attenzione nei tempi recenti è l'identificazione dei medici con l'organizzazione sanitaria in cui prestano servizio (Salvatore et al., 2018). L'identificazione organizzativa riguarda la misura in cui il concetto di sé di un individuo contiene attributi identici a quelli percepiti nell'organizzazione in cui lavora, rispecchiandosi in essa (Dutton et al., 1994). Quando gli individui adottano i valori e gli obiettivi dell'organizzazione, sono portati ad integrarli negli approcci decisionali che sviluppano. Sotto la prospettiva manageriale, le decisioni intraprese da manager identificati sono in linea con l'interesse dell'organizzazione, anche in assenza di supervisione (Simon, 1976).

Da un punto di vista cognitivo, gli interessi condivisi tra i dipendenti e la loro organizzazione consentono agli individui di sentirsi e di riconoscersi come parte di essa. Di conseguenza, quando gli individui si identificano fortemente con la loro organizzazione, contribuiscono positivamente al suo successo e svolgono comportamenti extra ruolo (Bergami e Bagozzi, 2000). Nell'ambito dei ruoli ricoperti dai medici manager è proprio questo il tipo di comportamento auspicato, poiché ad essi viene richiesto di essere buoni medici e buoni manager allo stesso tempo (Snape e Redman 2010; Mascia et al., 2015). Per questo motivo abbiamo considerato l'identificazione organizzativa come la seconda determinante della attitudine manageriale ipotizzando che:

> *HP 2: I medici manager altamente identificati con la propria organizzazione mostrano livelli più elevati di attitudine manageriale.*

SPECIALIZZAZIONE MEDICA E ATTITUDINE MANAGERIALE

Infine, la terza dimensione rilevante ai fini dell'attitudine manageriale nei medici manager è la loro specializzazione. Lo spirito imprenditoriale che caratterizza oggigiorno le organizzazioni sanitarie, rende rilevante la competizione per le risorse e per i pazienti. Per tale motivo ai medici incardinati in ruoli ibridi è richiesto di raggiungere livelli elevati di prestazioni sia come clinici che come manager. Il medico manager nell'esercizio del proprio ruolo ritrova sia valori intrinseci (ad esempio creatività e apprendimento continuo), legati alla componente clinica, che valori estrinseci (ad esempio status e carriera), maggiormente attinenti alla sfera manageriale. La preferenza per l'una o per l'altra componente si fonda, come per tutti i lavoratori, sul background formativo e sulle caratteristiche professionali (Shapira e Griffith, 1990). In generale, osservano gli autori, esiste un certo grado di allineamento tra i valori lavorativi e il profilo professionale. In ambito medico questa relazione è stata osservata a partire dalla scelta della specializzazione, da cui originano alcuni comportamenti lavorativi (Taber et al., 2011). Ad esempio, è stata esplorata la correlazione tra specializzazione e decisioni di carriera, interesse per status e prestigio connessi alla posizione ricoperta (Borges e Gibson, 2005), instaurazione di buoni rapporti con i colleghi e "auto-direzione" nel proprio lavoro (Bouwkamp-Memmer et al., 2013).

Le specializzazioni conseguibili dai medici possono essere classificate in due grandi categorie: orientate alla persona e orientate alla tecnica (Borges e Gibson, 2005), come riportato nella Tabella 1.

Tabella 1: Distribuzione delle specializzazioni mediche tra "Gruppo Persona P" e "Gruppo Tecnica T"

	Grouppo P	**Grouppo T**
Patologia		x
Cardiologia	x	
Chirurgia Generale		x
Endoscopia		x
Chirurgia di emergenza		x
Chirurgia Maxillofacciale		x
Chirurgia Toracica		x
Chirurgia Vascolare		x
Ematologia	x	
Endocrinologia	x	
Diabetologia e malattie del metabolismo	x	
Geriatria	x	
Malattie infettive	x	
Medicina generale	x	

Nefrologia e dialisi		x
Neurologia		x
Oculistica		x
Ortodonzia		x
Ortopedia e traumatologia		x
Ginecologia e ostetricia	x	
Otorinolaringoiatria		x
Pediatria	x	
Urologia		x
Anestesia e Rianimazione		x
Fisiatria e medicina riabilitativa	x	
Gastroenterologia	x	
Oncologia	x	
Pneumologia		x
Radiologia		x
Radiotherapia e medicina nucleare		x
Reumatologia	x	

In termini di approccio al lavoro, le specialità orientate alla persona si concentrano sulla visione olistica del paziente e tendono a enfatizzare l'approccio relazionale ed empatico. Al contrario, le specializzazioni orientate alla tecnica sono più focalizzate sulle competenze tecniche, sugli strumenti e sulle tecnologie necessarie per fornire processi e attività sanitarie. In termini di apprezzamento del lavoro, i medici orientati alla tecnica sono più interessati allo status, al prestigio e alla carriera, risultando così più in linea con un profilo manageriale rispetto ai medici orientati alla persona. Per questi motivi la nostra terza ipotesi di ricerca afferma che:

> *HP 3: I medici con una specializzazione orientata alla tecnica manifestano una attitudine manageriale più elevata in comparazione con i medici in possesso di una specializzazione orientata alla persona.*

DATI E METODI

Il presente studio mostra le evidenze empiriche prodotte a partire dall'analisi dei medici manager incardinati

nel sistema sanitario pubblico della Regione Abruzzo. Ai fini della ricerca sono stati utilizzati dati provenienti da diverse fonti. L'analisi dei piani strategici aziendali e degli organigrammi degli ospedali pubblici ha permesso la rilevazione del numero di unità operative semplici e complesse costituenti i dipartimenti operanti in essi. All'interno di ciascuna unità è stato identificato il nominativo del suo Responsabile, cui è in capo l'organizzazione dei servizi sanitari, sia in termini clinici che gestionali. I singoli Responsabili sono stati intervistati attraverso un questionario semi-strutturato composto da diverse sezioni.

La prima sezione raccoglieva dati personali (età, affiliazione ospedaliera, anzianità, genere, specializzazione conseguita, titoli di formazione manageriale, percorsi di carriera prima dell'attuale incarico). La seconda sezione era finalizzata alla raccolta dei dati sul profilo motivazionale dei medici manager nonché sul loro coinvolgimento nei processi di goal-setting. La terza sezione è stata progettata per rilevare il grado di identificazione organizzativa, mentre la quarta per rilevare il tratto del narcisismo. Infine, la quinta sezione è stata utile ai fini della rilevazione dell'attitudine manageriale.

Dei 332 responsabili di unità operativa che operano nei 17 ospedali pubblici della regione, 126 hanno accettato di essere intervistati (tasso di risposta complessivo del 37,95%). Tutte le interviste sono state condotte di persona e in loco.

VARIABILI

La variabile dipendente, denominata Attitudine manageriale, si basa sulla scala multi-item sviluppata da Cicchetti (2005). Essa rileva una serie di dimensioni che caratterizzano l'attitudine manageriale quali l'autonomia ("Il mio lavoro è indipendente da quello degli altri"), l'orientamento all'azione ("Sono orientato all'azione e non ho bisogno di programmare le mie attività in anticipo"), l'orientamento alla interazione sociale ("Sono incline a mantenere una serie di interazioni sociali e lavorative"). Le risposte sono state rilevate attraverso una scala Likert a 6 punti, in cui i valori elevati rappresentano una maggiore attitudine manageriale mentre valori più bassi indicano un orientamento clinico più marcato.

Tra le variabili esplicative inserite nel modello di regressione troviamo:

Identificazione organizzativa: misurata sulla base dell'approccio di Bergami e Bagozzi (2000), che consente di rilevare sette livelli di identificazione da scarsa a completa.

Narcisismo. Questa misura è costituita da un singolo item (Ames et al., 2006) derivato dal lavoro di Konrath et al. (2014). Agli intervistati è stato chiesto di esprimere il proprio grado di conformità con l'affermazione "Sono più capace di altre persone" attraverso scala Likert a 5 punti.

Specializzazione orientata alla tecnica. Variabile dicotomica in cui è stato assegnato valore di 1 ai medici con una specializzazione orientata alla tecnica e 0 ai medici con una specializzazione orientata alla persona (Borges e Gibson, 2005).

Genere. Abbiamo assegnato il valore 1 per gli intervistati di sesso maschile e 0 per gli intervistati di sesso femminile.

Esperienza accademica. Si tratta di una variabile dicotomica utilizzata per valutare l'esperienza precedente degli intervistati come docenti nell'ambito di corsi di medicina e chirurgia (Horsburgh et al., 2001). Un valore di 1

è stato assegnato se gli intervistati hanno riferito di aver avuto queste esperienze e 0 altrimenti.

Anzianità. Come variabile di controllo è stata impiegata una misura continua del tempo (in anni) relativo all'anzianità nel ruolo di Responsabile di unità operativa.

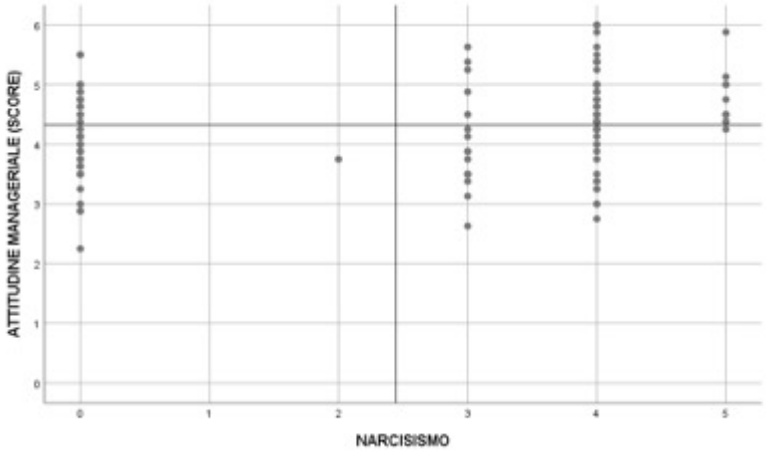
La tabella 2 presenta le statistiche descrittive per le variabili indipendenti e gli indici di correlazione.

Tabella 2: Statistiche descrittive e analisi di correlazione

		Mean	Std dev	1	2	3	4	5	6	7
1	Attitudine manageriale	.531	.500	-						
2	Genere, maschio=1	.873	.334	-.023	-					
3	Esperienza accademica	.325	.470	.040	.112	-				
4	Anzinità nel ruolo	8.38	6.85	-.071	.120	.172	-			
5	Narcisismo	.619	.487	.213*	-.004	-.013	.144	-		
6	Identificazione organizzativa	5.71	1.37	.117	-.062	-.151	.112	-.068	-	
7	Orientamento alla tecnica	.595	.429	.165	.122	-.048	.-036	.085	-.148	-

ANALISI E RISULTATI

Con la finalità di testare le nostre ipotesi di ricerca sono stati condotti due livelli di analisi. Un primo livello, maggiormente descrittivo, mostra la relazione tra le variabili oggetto di studio. A tal fine il grafico presentato in Figura 1 permette di osservare l'andamento congiunto delle variabili Attitudine manageriale (score) e Narcisismo. Nel quadrante in alto a destra si osserva una maggiore concentrazione di osservazioni che consente di affermare che la elevata attitudine manageriale dei medici manager è legata alla presenza di un tratto di narcisismo più marcato e viceversa. Di fatto la correlazione positiva e significativa è anche confermata dalle stime presentate in Tabella 2.



Proseguendo nell'analisi, la Figura 2 presenta l'andamento congiunto della variabile Attitudine Manageriale (score) e l'Identificazione Organizzativa (quadrante alto-destra). Le due dimensioni, come anche confermato dai risultati dell'analisi presentata in Tabella 2, risultano correlate positivamente.

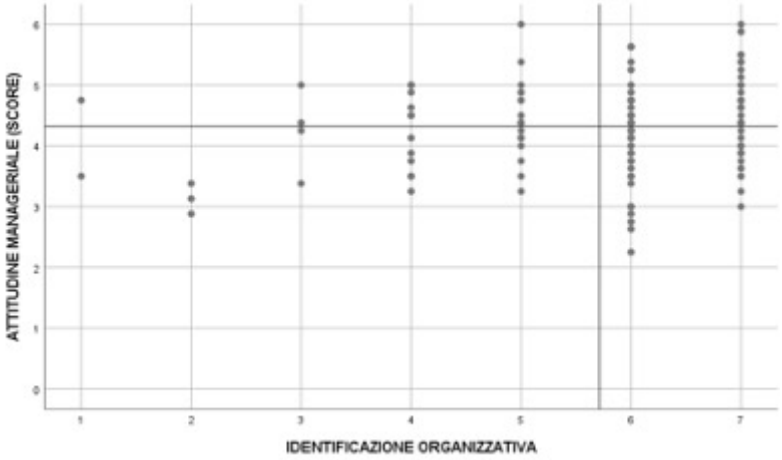


Figura 2: Andamento Attitudine manageriale e Identificazione Organizzativa

Infine, la Figura 3 mostra la comparazione tra i medici con una specializzazione orientata alla tecnica (es. chirurghi o oculisti) a confronto con i medici con una specializzazione orientata alla persona (es. pediatri o psichiatri), rispetto ai valori di Attitudine manageriale (score).

I medici manager con specializzazione tecnica si presentano con maggiore frequenza rispetto ai colleghi con specializzazione orientata alla persona sia nei valori medio alti di attitudine manageriale, che nei valori più elevati di essa. Ciò dimostra in sintesi una attitudine manageriale più elevata per il middle management sanitario con specializzazione orientata alla tecnica.

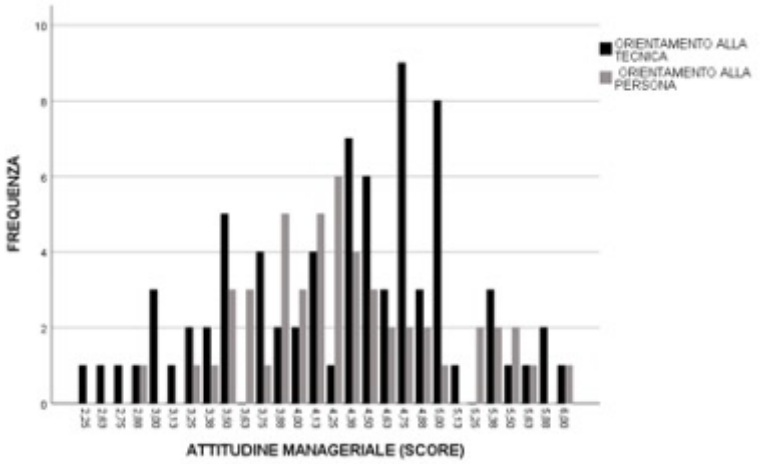


Figura 3: Attitudine manageriale e Specializzazione

Il secondo livello di analisi condotta è di tipo inferenziale. Abbiamo analizzato due modelli di regressione logistica: il "Modello 1" che include solo le variabili di controllo e il Modello 2 che aggiunge al precedente le variabili narcisismo, identità organizzativa e specializzazione orientata alla tecnica.

La Tabella 3 mostra i risultati. Come previsto, il narcisismo impatta positivamente sulla probabilità di rilevare una attitudine manageriale maggiore nei medici manager (β = 1.06, p≤.01). L'identità organizzativa aumenta la probabilità degli intervistati di presentare una elevata attitudine manageriale (β = .325, p≤.05). Questi risultati mostrano come i medici intervistati percepiscono l'importanza delle sfide manageriali cui le organizzazioni sanitarie sono sottoposte. La probabilità di vedere accresciuta l'attitudine manageriale implica una maggiore apertura dei medici manager verso i compiti manageriali rispetto all' approccio più tradizionale che vedeva i medici concentrarsi quasi esclusivamente sugli aspetti clinici del loro lavoro. Infine, all'interno del Modello 2, il parametro della specializzazione orientata alla tecnica è positivamente correlato alla variabile dipendente (β = .807; p≤.05), indicando che chi è in possesso di questa specializzazione presenta una maggiore probabilità di manifestare elevata attitudine manageriale rispetto a chi è in possesso di una specializzazione orientata alla persona.

Tabella 3: Risultati della Regressione Logistica

Variabile dipendente= Attitudine manageriale=1		
	Modello 1	**Modello 2**
Genere, Maschio=1	-.124	-.195
	(.54)	*(.57)*
Esperienza accademica=1	.244	.522
	(.39)	*(.42)*
Anzianità nel ruolo	-.023	-.043

	(.02)	*(.02)*
Narcisismo	-	1.06**
		(.40)
Identificazione organizzativa	-	.325*
		(.156)
Orientamento alla tecnica= 1	-	.807*
		(.39)
Numero osservazioni	126	126
Nagelkerke Likelihood	.011	.154
p£ 0.001***, p£ 0.01**, and p£ 0.05* Standard error in parentesi		

DISCUSSIONE

Le riforme introdotte all'interno dei sistemi sanitari universalistici hanno ridefinito i compiti e l'organizzazione degli ospedali e con essi anche il sistema dei ruoli. Responsabilità molto importanti sono state delegate al middle management, cui è riconosciuta la funzione di collegamento tra il livello strategico e operativo di un'organizzazione. Negli ospedali, tali ruoli sono frequentemente ricoperti da medici cui sono affidate sia responsabilità cliniche che manageriali (Mascia et al., 2015). Nell'esercizio di questo duplice ruolo i medici manager stanno vivendo drammatici cambiamenti nell'organizzazione del lavoro. Sebbene le conoscenze e le competenze tecniche di natura clinica siano ancora fondamentali, i medici incardinati in ruoli manageriali devono anche possedere altre abilità quali quelle manageriali, capaci di distinguere manager più o meno efficaci (Lee e Cosgrove, 2014; Morandi et al., 2020). Da qui nasce l'interesse verso lo studio dei fondamenti psicologici sottesi alla attitudine manageriale cui è legato il successo o l'insuccesso dell'azione manageriale. Di fatto ciò che sappiamo è che all'interno dei contesti sanitari i miglioramenti sono spesso dettati e guidati dagli individui e dalle loro capacità (Furnival et al., 2019).

Sulla scorta di questa prospettiva e considerando la specificità delle organizzazioni sanitarie, il presente studio si è concentrato su tre dimensioni individuali determinanti dell'attitudine manageriale quali narcisismo, identificazione organizzativa e specializzazione.

I risultati mostrano che l'attitudine manageriale dei medici-manager è positivamente influenzata dalla presenza di un tratto narcisistico, dunque i manager dotati della giusta dose di narcisismo possono aiutare la loro organizzazione a risolvere situazioni complesse e impegnative. Ciò suggerisce una (forse) nuova dimensione da considerare durante i processi di reclutamento e la definizione dei percorsi di carriera dei direttori di unità operativa all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Anche l'identificazione con l'organizzazione è strettamente correlata con l'attitudine manageriale. Nello

specifico i risultati dell'analisi di regressione mostrano che maggiore è l'identificazione organizzativa, maggiore sarà la probabilità che un individuo sviluppi elevati livelli di attitudine manageriale. Ciò estende i risultati dello studio di Salvatore et al. (2018) sull'identificazione organizzativa e sembra indicare che quando i medici manager prendono parte attivamente agli obiettivi strategici dell'organizzazione di appartenenza e hanno una forte focalizzazione sulle attività strategiche e imprenditoriali in linea con il loro doppio ruolo, anche lo sviluppo dell'aspetto manageriale del loro lavoro ne risente positivamente. L'attitudine manageriale risulta aumentata dunque quando i medici manager comprendono, condividono e si identificano a pieno con gli obiettivi strategici dell'organizzazione.

Infine, questo studio sottolinea come il possesso di una specializzazione orientata alla tecnica influisce positivamente sull' atteggiamento manageriale dei medici. In virtù del principio di congruenza del valore, i nostri risultati confermano che i medici, specie quando chiamati ad agire in comportamenti extra ruolo, hanno bisogno di trovare soddisfazione dei loro bisogni lavorativi (Snape e Redman, 2010). I medici orientati alla persona sono più interessati al lato clinico e agli aspetti sociali del lavoro. I loro colleghi con orientamento alla tecnica sono invece più interessati allo status, e sono più inclini ad accettare responsabilità manageriali capaci di gratificare la loro professionalità e garantire l'accesso ad investimenti in innovazioni tecnologiche strumentali all'esercizio della loro specializzazione (Borges e Gibson, 2005).

Sebbene il presente studio aggiunga una nuova prospettiva al dibattito sulla gestione del personale in sanità e fornisca nuove intuizioni su come sviluppare l'atteggiamento manageriale dei middle manager sanitari, non è esente da limitazioni che offrono opportunità per la ricerca futura. In primo luogo, abbiamo considerato i medici che lavorano nelle organizzazioni sanitarie pubbliche. Lo stesso studio condotto all'interno di un contesto privato potrebbe fornire risultati diversi. In secondo luogo, non è stato considerato il "lato oscuro" o patologico del narcisismo, e quindi non abbiamo informazioni sulle conseguenze negative legate alla presenza di questo tratto comportamentale. Terzo, il presente studio manifesta tutti i limiti dovuti ad un approccio cross-sectional. Infine, all'interno del modello statistico non sono state impiegate variabili di controllo legate alla performance delle unità organizzative o degli individui, dunque non è possibile capire se la presenza di elevati livelli di attitudine manageriale nei medici-manager possa aumentare i risultati conseguiti. Ulteriori ricerche sono incoraggiate ad esplorare tali effetti mediante modelli longitudinali che esplorino il fenomeno dell'attitudine manageriale all'interno di altri contesti sanitari. Nonostante queste limitazioni, riteniamo che il problema affrontato rimanga di interesse generale e sia rilevante per i dirigenti ospedalieri e i responsabili delle politiche sanitarie.

IMPLICAZIONI MANAGERIALI

Questo studio fornisce nuove informazioni sulla comprensione dei micro-fondamenti dell'atteggiamento manageriale e mette in evidenza una nascente strada di ricerca con diverse opportunità di sviluppo. I medici in posizioni di quadri intermedi devono occuparsi della gestione operativa delle loro unità e per svolgere al meglio i compiti assegnati, devono sviluppare un adeguato atteggiamento manageriale. Tra gli antecedenti dell'atteggiamento manageriale, alcuni tratti psicologici dell'individuo come il narcisismo, l'identificazione con l'organizzazione e il tipo di specializzazione giocano un ruolo fondamentale.

Questo studio ha una serie di implicazioni per le istituzioni del Servizio sanitario e per il vertice strategico delle organizzazioni sanitarie.

Un primo aspetto riguarda la fase di reclutamento dei medici. Le valutazioni in ingresso, infatti, tendono a privilegiare le competenze cliniche senza considerare le capacità manageriali e i tratti psicologici dei candidati quali fattori di scelta.

Inoltre, le competenze manageriali e le relative attitudini sembrerebbero molto rilevanti nel disegno del percorso di carriera del medico. Tuttavia, l'attuale modello contrattuale dei medici del Ssn vincola il percorso di carriera dei clinici all'assunzione di responsabilità gestionali. La conseguenza è che un ottimo professionista, con attitudini e competenze manageriali non adeguate, viene selezionato per una posizione di responsabilità manageriale solo perché questo è l'unico modo per riconoscergli un adeguato percorso di sviluppo.

In molti sistemi sanitari il problema è stato affrontato e risolto sdoppiando i percorsi di carriera (dual ladder) tra quelli professionali e quelli manageriali (Bohmer et al., 2014). Pur in presenza di alcuni casi certamente più rilevanti nel settore privato, questa modalità è ancora poco diffusa nel contesto nazionale.

Un'altra implicazione riguarda la possibilità di utilizzo dei risultati di questo studio nell'ottica dell'adozione di modelli di gestione del personale medico sulla base dell'approccio per competenze. Molte organizzazioni sanitarie, ancora oggi, definiscono il fabbisogno di personale sulla base di modelli tradizionali e di natura quantitativa (es. basati sulla "forza lavoro" o i carichi di lavoro") e non sulla base delle "competenze". Di conseguenza non sfruttano le potenzialità di un modello basato sulle competenze in fase di selezione, di allocazione, di valutazione e di pianificazione della formazione. Con riferimento al tema della formazione dei medici, la limitata disponibilità di risorse da parte del sistema pubblico tende a concentrare l'attenzione sulla formazione di natura tecnico professionale lasciando all'iniziativa individuale la formazione di tipo manageriale.

Alla luce delle implicazioni sopra evidenziate, il nostro lavoro supporta lo sviluppo di un approccio strategico alla gestione delle risorse umane che consenta di identificare, formare e selezionare il giusto mix di conoscenze e capacità manageriali per ricoprire un ruolo di middle management nell'ambito di organizzazioni professionali così complesse come quelle sanitarie. Appare evidente che la transizione verso questo nuovo approccio dipende dalla maggiore diffusione della cultura manageriale nel settore sanitario e da un contesto istituzionale e regolamentare adatti allo scopo.

Bibliografia

Ahn JS, Assaf AG, Josiassen A, Baker MA, Lee S, Kock F, Tsionas MG. Narcissistic CEOs and Corporate Social Responsibility: Does the Role of an Outside Board of Directors Matter? International Journal of Hospitality Management 2020; In press.

Ames DR, Rose P, Anderson CP. The NPI-16 as a short measure of narcissism. Journal of research in personality 2006; 40:440-450.

Bergami M, Bagozzi RP. Self-categorization, affective commitment and group self-esteem as distinct aspects of social identity in the organization. British Journal of Social Psychology. 2000; 39:555-577.

Bohmer, R. M.J., Beyersdorfer D., Ribera J. Hospital Clínic de Barcelona. Harvard Business School Case 614-058, February 2014.

Borges NJ, Gibson DD. Personality patterns of physicians in person-oriented and technique-oriented

specialties. Journal of Vocational Behavior 2005; 67:4-20.

Bouwkamp-Memmer J, Whiston SC, Hartung PJ. Work values and job satisfaction of family physicians. Journal of Vocational Behavior 2013; 82:248-255.

Cicchetti A. La progettazione organizzativa. Principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie. Milan, Italy: Franco Angeli 2005.

Dutton JE, Dukerich JM, Harquail CV. Organizational images and member identification. Administrative Science Quarterly 1994; 39:239-263.

Erkutlu H, Chafra J. Leaders' narcissism and organizational cynicism in healthcare organizations. International Journal of Workplace Health Management 2017; 10:346-363.

Fulop L. Leadership, clinician managers and a thing called "hybridity". Journal of Health Organization and Management 2012; 26:578-604.

Furnival J, Boaden R, Walshe K. A dynamic capabilities view of improvement capability. Journal of Health Organization and Management 2019; 33:821-834.

Horsburgh M, Lamdin R, Williamson E. Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. Medical Education 2001; 35:876-883.

Judge TA, Rodell JB, Klinger RL, Simon LS, Crawford ER. Hierarchical representations of the five-factor model of personality in predicting job performance: integrating three organizing frameworks with two theoretical perspectives. Journal of Applied Psychology 2013; 98:875-925.

Kippist L, Fitzgerald A. Organisational professional conflict and hybrid clinician managers: The effects of dual roles in Australian health care organizations. Journal of Health Organization and Management, 2009; 23:642–655.

Kirkpatrick I, Bullinger B, Lega F, Dent M. The translation of hospital management models in European health systems: A framework for comparison. British Journal of Management 2013; 24: 48-61.

Konrath S, Meier BP, Bushman BJ. Development and validation of the single item narcissism scale (SINS). PloS One 2014; 9:1-20.

Lee TH, Cosgrove T. Engaging doctors in the health care revolution. Harvard Business Review 2014; 92:104-111.

Lin F, Lin S-W, Fang WC. How CEO narcissism affects earnings management behaviors. The North American Journal of Economics and Finance 2020, 51:101080.

Maccoby M. Narcissistic leaders: the incredible pros, the inevitable cons. Harvard Business Review 2000; 78:68-77.

Mascia D, Dello Russo S, Morandi F. Exploring professionals' motivation to lead: A cross-level study in the healthcare sector. International Journal of Human Resource Management 2015; 26:1622-1644.

Morandi F, Angelozzi D, Di Vincenzo F. Individual and job-related determinants of bias in performance appraisal: The case of middle management in health care organizations. Health Care Management Review

2020; In press.

Oesterle MJ, Elosge C, Elosge L. Me, myself and I: the role of CEO narcissism in internationalization decisions. International Business Review 2016; 25:1114-1123.

Resick CJ, Whitman DS, Weingarden SM, Hiller N. The bright-side and the dark-side of CEO personality: Examining core self-evaluations, narcissism, transformational leadership, and strategic influence. Journal of Applied Psychology 2009; 94:1365-1381.

Salvatore D, Numerato D, Fattore G. Physicians' professional autonomy and their organizational identification with their hospital. BMC Health Services Research 2018; 18:775-782.

Shapira Z, Griffith TL. Comparing work values of engineers with managers, production and clerical workers: a multivariate analysis. Journal of Organizational Behavior 1990; 11:281-292.

Simon HA. Administrative behavior: A study of decision-making processes in administrative organization (3rd ed.). Free Press 1976.

Snape E, Redman T. HRM Practices, Organizational Citizenship Behaviour, and Performance: A Multi-Level Analysis. Journal of Management Studies 2010; 47:1219-1247.

Taber BJ, Hartung PJ, Borges NJ. Personality and values as predictors of medical specialty choice. Journal of Vocational Behavior 2011; 78:202-209.

Tasselli S, Kilduff M, Menges J. The microfoundations of organizational social networks: a review and an agenda for future research. Journal of Management 2015; 41:1361-1387.

Vera A, Hucke D. Managerial orientation and career success of physicians in hospitals. Journal of Health Organisation and Management 2009; 23:70-84.

Wales W, Patel PC, Lumpkin GT. In pursuit of greatness: CEO Narcissism, Entrepreneurial orientation, and firm performance variance. Journal of Management Studies 2013: 50:1041-1069.