

Implementare le Fundamentals of Care: un'analisi qualitativa delle dinamiche di leadership nel cambiamento organizzativo e culturale

Alessio Rizzo¹, Antonio Valenti², Maria Carmen Azzolina³, Graziella Costamagna⁴, Franca Dall'Osco⁵

¹Responsabile Sviluppo Organizzativo e Professionale – S.C. Di.P.Sa. A. O. Ordine Mauriziano di Torino; PhD Student Università di Genova, Italia

²Infermiere Specialista in Stomatologia – S.C. Di.P.Sa. A. O. Ordine Mauriziano di Torino, Italia

³Direttore Sanitario A. O. Ordine Mauriziano di Torino, Italia

⁴Direttore S.C. Di.P.Sa. A. O. Ordine Mauriziano di Torino, Italia

⁵Direttore Generale A. O. Ordine Mauriziano di Torino, Italia

Corrispondenza: alessiorizzo@mauriziano.it

RIASSUNTO

Introduzione: Le *Fundamentals of Care* (FoC) rappresentano una cornice teorica essenziale per la pratica infermieristica, ma la loro implementazione nei contesti ospedalieri acuti richiede un solido sostegno organizzativo e forme di *leadership* capaci di integrare visione, mediazione e coinvolgimento diffuso.

Obiettivi: Esplorare come la *leadership* sia percepita e agita nei processi di cambiamento organizzativo finalizzati all'adozione del FoC *Framework* in un ospedale per acuti.

Materiali e metodi: Studio qualitativo esplorativo-descrittivo basato su *Reflexive Thematic Analysis* (Braun & Clarke), con orientamento realista-pragmatico. Sono state condotte sette interviste in profondità a dirigenti, responsabili d'area, coordinatori e facilitatori. La codifica è stata effettuata su 241 unità di significato; sono emersi sei temi e dodici sottotemi. È stato adottato un *audit trail*, il *member checking* e la nozione di *information power* per garantire adeguatezza dei dati.

Risultati: La *leadership* si è configurata come visione strategica, mediazione tra livelli organizzativi, distribuzione delle responsabilità e capacità adattiva ai contesti. Sono stati identificati ostacoli legati a resistenze culturali e carenza di strumenti di supporto, ma anche strategie di sostenibilità quali facilitatori di processo, formazione dedicata e integrazione del FoC nei sistemi documentali.

Discussione e conclusioni: I risultati evidenziano che la *leadership*, quando orientata alla corresponsabilità e supportata da meccanismi organizzativi stabili, è un fattore determinante per l'implementazione e il mantenimento del FoC *Framework*. L'adozione del FoC nei contesti acuti richiede *leadership* situata e sostenuta da *policy* istituzionali, al fine di garantire continuità, visibilità e radicamento culturale.

Parole chiave: Fundamentals of Care; Leadership; Implementazione; Cambiamento organizzativo; Assistenza infermieristica.

Implementing the Fundamentals of Care: a qualitative analysis of leadership dynamics in the organizational and cultural change

ABSTRACT

Introduction: The Fundamentals of Care (FoC) provide a crucial framework for nursing practice, but their implementation in acute care hospitals requires organizational support and leadership able to integrate vision,

mediation, and shared responsibility.

Objectives: This study aims to explore how nursing leadership is enacted during the implementation of the Fundamentals of Care framework.

Materials and methods: Qualitative exploratory-descriptive study using Reflexive Thematic Analysis (Braun & Clarke) with a realist-pragmatic orientation. Seven in-depth interviews were conducted with nurse leaders, area managers, facilitators, and ward coordinators. A total of 241 meaning units were coded, leading to six themes and twelve subthemes. An audit trail, member checking, and the concept of information power were used to ensure data adequacy.

Results: Leadership emerged as strategic vision, mediation across organizational levels, distributed responsibility, and adaptive capacity. Barriers included cultural resistance and lack of institutional tools, while sustainability strategies involved process facilitators, dedicated training, and integration of FoC into hospital documentation systems.

Discussion and conclusions: Findings highlight that leadership, when oriented towards shared responsibility and supported by stable organizational mechanisms, is a critical factor for implementing and sustaining the FoC Framework. Implementing FoC in acute settings requires situated leadership embedded in institutional policies to ensure continuity, visibility, and cultural integration.

Key words: Fundamentals of Care; Leadership; Implementation; Organizational Change; Nursing Care.

INTRODUZIONE

La *leadership* infermieristica viene definita come la capacità di influenzare altri professionisti per raggiungere obiettivi comuni e una visione condivisa all'interno di un'organizzazione sanitaria (Perez et al, 2024). Nei sistemi sanitari contemporanei la qualità dell'assistenza dipende in misura rilevante dalla *leadership*, sia infermieristica che organizzativa, e in particolare dalla capacità con cui essa guida i processi di cambiamento che toccano le fondamenta stesse della pratica clinico-assistenziale.

Tradizionalmente, l'assistenza infermieristica in Italia si è fondata su modelli teorici come quello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli o il modello funzionale di Gordon, coniugato con le diagnosi NANDA-I, gli outcome NOC e gli interventi NIC (Marconcini et al, 2016). Questi modelli hanno avuto il merito di strutturare il processo assistenziale in modo sistematico, favorendo l'adozione di linguaggi standardizzati e una pianificazione centrata sui problemi clinici. Tuttavia, nel tempo, si è osservata una crescente difficoltà nel tradurre questi modelli in pratiche relazionali e personalizzate, soprattutto in contesti ad alta complessità e pressione organizzativa, allontanando l'infermiere dal paziente (Aspinall et al., 2022). È in questo contesto che il *Framework "Fundamentals of Care"* (FoC), sviluppato da Kitson e colleghi (Kitson et al, 2013) ha acquisito rilevanza crescente. Il *FoC Framework* propone un modello assistenziale centrato sull'integrazione dei bisogni fondamentali fisici, relazionali e psicosociali della persona, attraverso una relazione terapeutica intenzionale e sostenuta da condizioni organizzative favorevoli. Non si tratta solo di fornire cure tecniche, ma di garantire una cura sicura, dignitosa e personalizzata, affrontando le dimensioni sistemiche

dell'assistenza. In questo senso, la *leadership* agisce come dispositivo di traduzione tra cornici teoriche e pratiche assistenziali quotidiane, rendendo operativi i principi del *Framework* attraverso processi di costruzione di senso, mediazione tra livelli organizzativi e attivazione di responsabilità diffuse. La letteratura internazionale evidenzia come i modelli di *leadership* relazionale, trasformativa e distribuita svolgano un ruolo chiave nei processi di implementazione di cambiamenti complessi, facilitando l'allineamento tra visione strategica, pratiche professionali e contesto organizzativo (Kitson et al., 2024; Pattison & Corser, 2023). Tuttavia, nonostante l'ampia produzione teorica, rimane limitata la comprensione empirica di come tali forme di *leadership* vengano concretamente interpretate e agite nei contesti sanitari reali, in particolare nei processi di implementazione delle *Fundamentals of Care*. Molti studi si focalizzano sugli esiti organizzativi o sugli stili ideali, ma mancano descrizioni dettagliate e contestualizzate delle esperienze vissute dai professionisti nei vari livelli dell'organizzazione (Savoie et al, 2023). È in questo spazio che si colloca il contributo del presente studio. Nel 2023 un ospedale per acuti del Nord Italia ha avviato un progetto strutturato di implementazione del modello FoC. Il progetto ha coinvolto attivamente facilitatori, coordinatori infermieristici e la Direzione delle Professioni Sanitarie, promuovendo una logica *bottom-up* che ha valorizzato le esperienze locali, raccolto evidenze contestuali e generato soluzioni condivise (Costamagna et al, 2025). Scopo di questo studio è, attraverso un disegno qualitativo, esplorare le esperienze di *leadership* nel processo di implementazione del modello FoC, restituendo le dinamiche relazionali, organizzative e strategiche che ne hanno caratterizzato lo sviluppo e contribuendo alla definizione di pratiche sostenibili e

replicabili in altri contesti assistenziali.

OBIETTIVI

Esplorare come differenti attori organizzativi (Direzione Infermieristica, responsabili d'area, facilitatori di processo e di struttura, coordinatori) percepiscono, attribuiscono significato e agiscono la *leadership* nei processi di cambiamento collegati alle *Fundamentals of Care*.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio qualitativo esplorativo-descrittivo mediante *Reflexive Thematic Analysis* (RTA) secondo l'impostazione di Braun e Clarke (2006; 2021), adottando una codifica *meaning-based* a livello semantico e un orientamento realista-pragmatico con costruttivismo situato, coerente con il quadro delle FoC.

L'analisi è stata condotta congiuntamente dal primo e dal secondo autore, che hanno lavorato in stretta collaborazione durante tutte le fasi del processo analitico, dalla codifica iniziale allo sviluppo, revisione e denominazione dei temi. Il confronto tra i due ricercatori è avvenuto in modo iterativo e riflessivo, attraverso discussioni critiche orientate a esplorare alternative interpretative, rafforzare la coerenza interna ed esterna dei temi e rendere esplicite le assunzioni analitiche sottostanti.

In termini di posizionamento, i due ricercatori coinvolti nell'analisi avevano una conoscenza approfondita del contesto di studio e del *Framework FoC*, derivante da un coinvolgimento professionale e di ricerca nel tema. Tale prossimità al campo è stata riconosciuta come potenziale fonte di *bias* interpretativo e affrontata attraverso pratiche riflessive intenzionali, tra cui la redazione sistematica di memo riflessivi, il confronto critico tra i ricercatori e la documentazione trasparente delle decisioni analitiche. Questo approccio ha consentito di rendere esplicite le assunzioni sottostanti e di mantenere un atteggiamento analitico critico nei confronti delle interpretazioni emergenti.

In linea con l'approccio di Braun e Clarke, il processo analitico non è stato orientato alla ricerca di consenso inter-codificatore, ma alla trasparenza e alla tracciabilità delle decisioni interpretative, documentate tramite memo riflessivi e audit trail.

Il disegno è stato guidato dall'approccio interpretativo, volto a esplorare i significati attribuiti all'esperienza della *leadership* nei contesti reali di pratica clinica e organizzativa ed è configurato come *case study* qualitativo dell'implementazione del *Framework FoC*. La numerosità dei partecipanti non è stata definita

a priori, ma guidata progressivamente dal principio di *information power* (Malterud et al., 2016), inteso come criterio di adeguatezza dei dati in relazione all'obiettivo esplorativo dello studio, alla specificità del focus analitico e alla qualità del materiale empirico raccolto.

Contesto

Lo studio è stato realizzato all'interno dell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino, impegnata, in *partnership* con l'Università di Genova, in un progetto di implementazione sistemica del modello FoC avviato nel 2023. Il contesto era caratterizzato da un'organizzazione multilivello del governo infermieristico, con la presenza di figure dedicate al coordinamento strategico e operativo del cambiamento.

Partecipanti

È stato adottato un campionamento teorico di tipo intenzionale (*purposive sampling*), volto a includere i ruoli chiave coinvolti, a vario titolo e livello (strategico, meso e operativo), nella *leadership* dei processi di cambiamento organizzativo e che avessero avuto una partecipazione attiva al progetto FOC per almeno sei mesi, garantendo una copertura teorica sufficiente per rappresentare le principali prospettive presenti nel sistema.

Raccolta dati

La raccolta dati è avvenuta tramite interviste semi-strutturate individuali (Allegato 1), condotte da ricercatori esterni alla linea gerarchica dei partecipanti, nel periodo agosto-settembre 2025. Le interviste sono state guidate da una traccia flessibile, elaborata sulla base della letteratura sui modelli di *leadership* e validata attraverso un processo di *peer-review* interno al gruppo di ricerca.

Le principali aree esplorate includevano:

- La definizione personale e professionale di *leadership*.
- Le strategie adottate nei processi di cambiamento clinico-organizzativo.
- Le barriere e i facilitatori incontrati.
- La relazione tra ruolo, contesto e stile di *leadership*.
- Gli apprendimenti e le raccomandazioni future.

Tutte le interviste sono state condotte in presenza, audio-registrate con consenso esplicito, trascritte integralmente in forma anonima e restituite ai partecipanti per eventuali correzioni (*member check*).

Analisi dei dati

L'unità di analisi dello studio è rappresentata dai partecipanti; le interviste hanno costituito lo

strumento di accesso alle loro esperienze e interpretazioni. Abbiamo condotto una *Reflexive Thematic Analysis* (RTA) secondo l'impostazione di Braun & Clarke (2006; 2021) con codifica *meaning-based* a livello semantico e un orientamento realista-pragmatico con costruttivismo situato, coerente con il quadro FoC in uso. L'analisi è stata prevalentemente induttiva e guidata dai dati, pur mantenendo una sensibilità teorica alle FoC (inductive-within-framework).

Il corpus comprende le interviste alle figure chiave del progetto e l'unità di analisi è stata la unità di significato (segmenti discorsivi coesi). Il processo ha seguito cinque passaggi iterativi: (familiarizzazione con i testi; codifica iniziale; sviluppo di temi provvisori; revisione/raffinamento per coerenza interna-esterna; definizione e denominazione finale dei temi/sottotemi). La codifica è stata svolta su un database strutturato (Excel) con campi Tema, Sottotema, Codice, Verbatim, Intervistato (P#), Ruolo, Setting generando segmenti codificati; gli estratti sono riportati in forma estensiva e attribuiti come [P#, ruolo, setting]. Il lavoro è stato accompagnato da memo riflessivi e da un *audit trail* delle decisioni analitiche per garantire trasparenza e tracciabilità, mirando a un livello di approfondimento elevato e profondo (descrizioni narrative dei temi, sottotemi esplicitati, integrazione sistematica di estratti e riflessività del gruppo). I memo riflessivi sono stati utilizzati in modo continuativo durante tutte le fasi dell'analisi, in particolare dopo la codifica iniziale e durante lo sviluppo e il raffinamento dei temi. Essi hanno consentito ai ricercatori di annotare intuizioni interpretative, interrogativi emergenti, tensioni tra letture alternative e riflessioni sul proprio posizionamento rispetto ai dati. Tali memo sono stati discussi nei momenti di confronto tra il primo e il secondo autore e hanno orientato le decisioni analitiche relative all'accorpamento, alla ridenominazione o alla riorganizzazione dei temi.

L'*audit trail* ha documentato in modo sistematico l'evoluzione del processo analitico, includendo versioni successive della struttura tematica, criteri decisionali adottati e modifiche apportate in seguito al confronto riflessivo. In questo senso, memo riflessivi e *audit trail* hanno svolto una funzione attiva nell'interpretazione dei risultati, contribuendo a rendere trasparente e tracciabile il percorso che ha condotto dalle unità di significato alle configurazioni tematiche finali.

La qualità metodologica dello studio è stata garantita facendo riferimento ai criteri di *trustworthiness* proposti da Lincoln e Guba (1985). In particolare, la *credibility* è stata sostenuta attraverso l'uso estensivo di estratti

verbatim e la restituzione dei risultati ai partecipanti per verificarne l'accuratezza e la necessità di eventuali correzioni; la *dependability* mediante la documentazione sistematica del processo analitico e l'*audit trail*; la *confirmability* attraverso l'adozione di pratiche riflessive e la tracciabilità delle decisioni interpretative; infine, la *transferability* è stata favorita tramite una descrizione densa del contesto, dei partecipanti e dei processi analizzati, nonché attraverso una discussione esplicita degli elementi ricorrenti e contestuali nei risultati.

Considerazioni etiche

Tutti i partecipanti hanno ricevuto un'adeguata informazione sulle finalità dello studio e hanno fornito consenso informato alla partecipazione. È stato garantito l'anonimato dei partecipanti, la confidenzialità dei dati raccolti e la possibilità di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento. La ricerca è stata condotta nel rispetto dei principi etici della Dichiarazione di Helsinki e delle disposizioni del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR – UE 2016/679). I dati sono stati archiviati in forma anonima su supporti digitali protetti da password e accessibili esclusivamente ai membri autorizzati del team di ricerca, in conformità alle procedure di sicurezza dell'ente promotore. Durante le interviste sono state adottate misure a tutela del benessere dei partecipanti, inclusa la possibilità di interrompere l'intervista in qualsiasi momento.

RISULTATI

I partecipanti allo studio erano sette professionisti coinvolti nei processi di implementazione delle FoC, collocati a differenti livelli organizzativi: strategico (tre soggetti), meso (due soggetti) e operativo (due soggetti). Con ciascun partecipante è stata condotta un'intervista semi-strutturata; il corpus dei dati risulta pertanto costituito da sette interviste, della durata variabile tra 15 e 60 minuti ciascuna. La decisione di interrompere la raccolta a sette interviste è stato valutato in termini di adeguatezza e ricchezza dei dati, definita considerando l'adeguatezza complessiva del campione rispetto agli obiettivi analitici e alla qualità dei dati raccolti. Questa scelta è coerente con una concezione di *information power* pragmatico (Malterud et al., 2016), volta ad assicurare sufficiente ricchezza e profondità dei dati per rispondere alla domanda di ricerca, senza perseguire un'impossibile esaustività. La qualità dei dati, caratterizzata da narrazioni dense, riflessive e riccamente contestualizzate, ha aumentato ulteriormente il potere informativo del materiale

raccolto, rendendo metodologicamente adeguata la numerosità adottata.

La tabella 1 seguente descrive i partecipanti,

riportando ruolo, setting e la codifica utilizzata nell'analisi.

Tabella 1 – Codifica dei partecipanti intervistati.

Codice	Ruolo	Setting
P1	Meso	Area Chirurgica
P2	Strategico	Direzione Professioni Sanitarie
P3	Strategico	Direzione Professioni Sanitarie
P4	Meso	Area Medica
P5	Strategico	Direzione Professioni Sanitarie
P6	Operativo	Area Chirurgica
P7	Operativo	Area Chirurgica

L'analisi delle interviste ha generato 241 unità di significato che ha fatto emergere sei temi principali, ciascuno articolato in sottotemi, che descrivono le modalità con cui i partecipanti hanno vissuto e agito la *leadership* durante l'implementazione del modello *Fundamentals of Care*. La struttura tematica è riportata in tabella

2 e successivamente descritta in modo narrativo. Alcuni esempi di codifica sono riportati in tabella 3 quale dimostrazione del sistema di interpretazione delle unità di significato.

Tabella 2 – Struttura tematica.

Tema principale	Sottotemi emersi
1. Visione strategica e culturale	1a. Leadership come visione chiara e direzione 1b. Difesa della centralità delle FoC 1c. Armonia e coesione professionale
2. Leadership come guida e mediazione	2a. Mediazione nei conflitti interni 2b. Gestione delle relazioni con i medici 2c. Sostegno emotivo e motivazionale
3. Leadership diffusa e partecipativa	3a. Coinvolgimento bottom-up 3b. Responsabilizzazione del gruppo 3c. Valorizzazione delle idee dal basso
4. Adattamento al contesto e flessibilità	4a. Modelli differenziati (paternalistico, autorevole, democratico) 4b. Adattamento ai setting (chirurgia, medicina)
5. Resistenze e vincoli organizzativi	5a. Resistenze culturali e diffidenze 5b. Carenze di risorse e mediazioni organizzative 5c. Strategie di superamento delle resistenze
6. Sostenibilità e consolidamento	6a. Rischio di perdita di entusiasmo 6b. Importanza di strumenti comuni (es. cartella clinica informatizzata FoC based) 6c. Necessità di supporto e follow-up

Tabella 3 – Esempi del processo di codifica dei dati.

Estratto (verbatim)	Codice iniziale	Sottotema	Tema
<i>“Leadership significa assumersi la responsabilità di indicare una direzione e mantenerla ferma, anche quando emergono difficoltà o resistenze.” [P2]</i>	Dare rotta e continuità	Visione chiara e direzione	1. Visione strategica e culturale
<i>“Se ci si rilassava, si rischiava di tornare alle abitudini precedenti.” [P1]</i>	Prevenire regressione alle routine	Visione chiara e direzione	1. Visione strategica e culturale
<i>“Ogni mattina facevamo un briefing: anche quando non avevo subito la risposta, la cercavamo insieme.” [P4]</i>	Ricerca collettiva di soluzioni	Mediazione nei conflitti interni	2. Leadership come guida e mediazione
<i>“Con i medici ho assunto un ruolo più diplomatico, cercando di far comprendere l'importanza dei bisogni fondamentali oltre la prospettiva clinica.” [P6]</i>	Diplomazia interprofessionale	Relazioni con i medici	2. Leadership come guida e mediazione
<i>“La forza del progetto sta nella partecipazione di tutte le figure. È un progetto bottom-up.” [P3]</i>	Partecipazione diffusa	Coinvolgimento bottom-up	3. Leadership diffusa e partecipativa
<i>“In medicina adottavo un modello più paternalistico, in pronto soccorso uno più autorevole.” [P4]</i>	Oscillazione tra stili	Modelli differenziati	4. Adattamento al contesto e flessibilità
<i>“Raccogli le lamentele, ma spesso non puoi intervenire. Devi incoraggiare, chiedere pazienza, trovare soluzioni provvisorie.” [P1]</i>	Mediazione organizzativa	Vincoli organizzativi	5. Resistenze e vincoli organizzativi
<i>“La cartella condivisa ha permesso di avere un linguaggio comune e di consolidare la pratica.” [P5]</i>	Strumenti di standardizzazione	Strumenti comuni	6. Sostenibilità e consolidamento

Tema 1 — Visione strategica e culturale della leadership

Leadership vista come esercizio di visione e presidio culturale, dove i leader assumono il compito di definire una direzione chiara, difenderla con coerenza e legittimare un cambiamento che mira a rimettere al centro le FoC (sottotema 1a). Nei racconti dei partecipanti non ci si limita a formulare obiettivi, ma a fare un atto di costruzione simbolica: dare senso a un progetto percepito come radicale, ridando identità e orgoglio a una professione logorata dal post-pandemia e dalle carenze organizzative.

“Leadership significa assumersi la responsabilità di indicare una direzione e mantenerla ferma, anche quando emergono difficoltà o resistenze.” [P2, ruolo strategico]

Questa immagine del “mantenere la rotta” richiama un'idea di leadership come garanzia di coerenza e credibilità. Nei livelli intermedi, invece, la stessa funzione assume tratti più operativi, legati al controllo e al sostegno quotidiano:

“Se ci si fosse rilassati, si sarebbe rischiato di tornare alle abitudini precedenti.” [P1, ruolo meso]

I facilitatori, a loro volta, hanno incarnato la visione con l'esempio diretto sul campo, segnalando che la leadership poteva manifestarsi in gesti concreti e quotidiani. Queste differenze appaiono come declinazioni complementari: la visione strategica come cornice culturale dall'alto, la vigilanza operativa come presidio dal basso, ma anche come difesa culturale delle FoC (sottotema 1b), intese non come ritorno al passato, ma come modello evolutivo capace di restituire identità alla professione infermieristica e qualità all'assistenza.

“Ho cercato di spostare la discussione dal piano ideologico a quello concreto: cosa cambia davvero per i pazienti.” [P5, ruolo strategico]

“Alcuni colleghi inizialmente non hanno compreso l'utilità del progetto, ritenendo che si trattasse solo di un ritorno a compiti ‘di base’ non più propriamente infermieristici. Ho affrontato queste resistenze con il dialogo, mostrando come l'attenzione ai bisogni fondamentali portasse reali benefici al paziente. Con i medici ho cercato di sottolineare che, oltre agli aspetti chirurgici, ci sono altri elementi essenziali da considerare.” [P6, ruolo operativo]

Un'altra dimensione ricorrente è stata quella di custodire l'armonia interna e favorire la coesione professionale (sottotema 3).

“Il mio modo di guidare è piuttosto pragmatico: tendo a dare indicazioni chiare e a mantenere un'impostazione coerente, soprattutto quando i contesti sono complessi e non lasciano spazio a incertezze. Sul piano relazionale, cerco di evitare i conflitti: preferisco gestire le divergenze con discrezione e mantenere un equilibrio tra le persone, perché un gruppo stabile e coeso lavora meglio di un gruppo diviso e può generare valore.” [P2, ruolo strategico]

“Raccogli le lamentele, ma spesso non puoi risolverle. Devi incoraggiare, chiedere pazienza, evitare di demoralizzare.” [P1, ruolo meso]

Queste differenze confermano che la “visione” non è un concetto unico e monolitico, ma un dispositivo che si adatta ai vari livelli organizzativi. Al tempo stesso, vi è una convergenza nel riconoscere che senza un presidio continuo della visione, il rischio sarebbe quello di ricadere nella frammentazione o nel ritorno alle routine precedenti.

Tema 2 — Leadership come guida e mediazione

Il secondo tema emerso riguarda la *leadership* come azione di guida e mediazione, un ruolo in cui i *leader* si fanno carico di accompagnare i professionisti nei passaggi critici del cambiamento e di gestire tensioni interne ed esterne al gruppo. La mediazione non è narrata come evento straordinario, ma come compito ricorrente e ordinario, (sottotema 2a).

“Ogni mattina facevamo un briefing: anche quando non avevo subito la risposta, la cercavamo insieme.” [P4, ruolo meso]

“Le strategie sono state quelle di mettere in atto il cambiamento in prima persona, collaborando strettamente con i colleghi, accogliendo eventuali dubbi e cercando di scioglierli. Ho chiesto supporto ai coordinatori quando necessario, partecipando a riunioni e confronti: chiarire i dubbi è stato fondamentale. L'esempio personale, nel lavoro quotidiano, è stato determinante per far percepire che le Fundamentals non erano solo teoria, ma pratica reale e sostenibile.” [P7, ruolo operativo]

Questo riguarda anche la mediazione interprofessionale (sottotema 2b) spesso

caratterizzato da distanze culturali e di linguaggio:

“Con i medici ho assunto un ruolo più diplomatico, cercando di far comprendere l'importanza dei bisogni fondamentali oltre la prospettiva clinica.” [P6, ruolo operativo]

Nella mediazione organizzativa (sottotema 2c), necessaria per tradurre vincoli e carenze strutturali in strategie di sostegno e incoraggiamento, molti partecipanti hanno raccontato la necessità di alimentare entusiasmo e responsabilità:

“La vera leadership è quella che costruisce senso di responsabilità nei professionisti, così che diventi parte del loro modo di lavorare.” [P3, ruolo strategico]

“Ho sfruttato molto l'entusiasmo degli infermieri per questa novità... Ho puntato a evidenziare gli aspetti positivi del progetto, come l'aumento dello staffing e la maggiore cura nella distribuzione delle risorse. Gli elementi negativi li ho minimizzati, cercando di concentrare l'attenzione su ciò che di buono il progetto portava. Inoltre, ho coinvolto gli infermieri più influenzabili, che poi hanno contagiato con il loro entusiasmo il resto del gruppo.” [P4, ruolo meso]

Il *leader* come un “ponte” tra visione e azione, capace di negoziare significati, gestire conflitti e accompagnare i professionisti lungo i processi di trasformazione. Tale funzione si configura come una pratica di mediazione multilivello (dentro i gruppi, tra professioni, sul piano motivazionale) non neutra, ma profondamente politica ed emotiva, capace di generare coesione e riconoscimento, pur esponendo i *leader* al rischio di logoramento. Abbiamo letto questa dinamica come espressione di una *leadership* vulnerabile, che costruisce senso e appartenenza, ma resta sempre in bilico tra riconoscimento e invisibilità.

Tema 3 — Leadership diffusa e partecipativa

Il terzo tema riguarda la *leadership* come processo diffuso e condiviso, che si esprime attraverso il coinvolgimento dei professionisti a tutti i livelli dell'organizzazione. A differenza dei primi due temi (centrati rispettivamente sulla visione strategica e sulla mediazione quotidiana) qui la *leadership* non è descritta come prerogativa esclusiva delle posizioni gerarchiche, ma come fenomeno collettivo, frutto della partecipazione e della responsabilizzazione diffusa con un approccio *bottom-up* (sottotema 3a). La voce del

facilitatore aziendale è emblematica:

“La forza del progetto non sta nelle strategie del singolo, ma in quelle del gruppo. La vera strategia vincente è stata la partecipazione di tutte le figure e di tutti i servizi dell'azienda. Questo approccio a 360 gradi ha reso possibile il cambiamento. La partecipazione degli infermieri di reparto è stata la priorità: è un progetto bottom-up. Lavorare con gli infermieri è la chiave, anche se significa affrontare conflitti e difficoltà.” [P3, ruolo strategico]

Molti leader hanno sottolineato che il cambiamento doveva nascere dai professionisti più vicini ai pazienti, affinché fosse percepito come autentico.

“Mi riconosco in uno stile di leadership democratica: bisogna partire dal vissuto delle persone che si coordinano, come abbiamo fatto all'inizio del progetto. La chiave è stata ascoltarli nei focus group e poi guidarli. Senza questo momento, sarebbe stato impossibile ottenere un reale cambiamento: non puoi calarlo dall'alto, deve nascere da chi lavora ogni giorno con i pazienti.” [P1, ruolo meso]

“Ho voluto che fosse chiaro che non si trattava di un progetto ‘della Direzione’, ma di un percorso condiviso. Ogni progresso, anche piccolo, è stato reso visibile così che tutti potessero percepire che il cambiamento stava producendo effetti concreti. Senza questo coinvolgimento diretto, gli infermieri non avrebbero riconosciuto il progetto come proprio.” [P2, ruolo strategico]

Tutti gli intervistati, pur con sensibilità diverse, hanno riconosciuto che il cambiamento legato ai *Fundamentals of Care* non poteva essere imposto dall'alto né sostenuto unicamente da figure formali. Al contrario, era necessario attivare dinamiche partecipative, valorizzare le idee provenienti dal basso e costruire un clima in cui i professionisti si sentissero parte attiva del processo. La *leadership* diffusa si è manifestata anche come trasferimento di *agency* (Sottotema 3b). Un facilitatore di Direzione ha raccontato:

“Se lavori solo controllando, appena ti allontani tutto torna com'era prima. Il cambiamento nasce dalla responsabilizzazione.” [P3, ruolo strategico]

“Sicuramente l'essere riconosciuta come punto di riferimento: c'è sia una parte di guida sia una di collaborazione con i colleghi. È molto basato sullo scambio di opinioni, sullo stare alla pari

con loro. Vengo riconosciuta come figura di riferimento anche grazie alla continuità che posso dare con i turni, ma c'è sempre uno scambio costante. Non guido con ordini, ma con la responsabilità condivisa che ognuno si prende nel percorso.” [P7, ruolo operativo]

“Ho coinvolto gli infermieri più influenzabili, che poi hanno contagiato con il loro entusiasmo il resto del gruppo. In questo modo la responsabilità non era più solo mia, ma diventava condivisa e alimentata dall'interno del reparto.” [P4, ruolo meso]

La *leadership* diffusa si è tradotta anche nella capacità di valorizzare le idee provenienti dagli operatori, riconoscendo che chi lavora ogni giorno a contatto con i pazienti è spesso in grado di individuare soluzioni pratiche e innovazioni micro-organizzative più efficaci delle direttive calate dall'alto (Sottotema 3c). I partecipanti hanno sottolineato come il cambiamento abbia trovato forza proprio quando i leader hanno saputo ascoltare, raccogliere e tradurre le intuizioni emerse dal basso.

“Su molte cose chi lavora ogni giorno può avere soluzioni migliori: alcune idee concrete sono arrivate proprio da lì.” [P1, ruolo meso]

“Ricordo con soddisfazione le riunioni congiunte tra coordinatrici, facilitatori e direzione: momenti in cui si riusciva a passare dai problemi concreti alle soluzioni organizzative. Spesso non eravamo noi dirigenti a proporre, ma erano le infermiere e i facilitatori a portare le intuizioni più utili, che poi venivano trasformate in strumenti comuni.” [P5, ruolo strategico]

Abbiamo letto questa dinamica come testimonianza di una creatività diffusa che la *leadership* ha saputo riconoscere e tradurre in strumenti organizzativi, superando la tradizionale barriera tra sapere pratico e sapere manageriale.

Tema 4 — Adattamento al contesto e flessibilità

Il quarto tema riguarda la capacità dei leader di adattare il proprio stile di *leadership* ai contesti specifici, dimostrando flessibilità nell'alternare modelli diversi a seconda delle caratteristiche del gruppo, del *setting* e della fase del progetto. Una delle evidenze più chiare emerse dall'analisi è la pluralità di modelli di *leadership* adottati dai partecipanti, che non si riconoscono in uno stile unico e prescrittivo, ma narrano la propria esperienza come adattamento dinamico (sottotema 4a).

“All’inizio puntavo molto sull’entusiasmo e sulla motivazione; in seguito, quando è emersa la fatica di mantenere il cambiamento, ho dovuto integrare uno stile più direttivo, richiamando spesso ai risultati già ottenuti per non perdere slancio” [P4, ruolo meso]

“In genere sono diretta nella comunicazione, ma in alcune situazioni ho dovuto ricorrere a un approccio più ragionato e diplomatico per far passare i concetti Ho imparato che non basta essere lineari, bisogna capire quando spingere e quando alleggerire.” [P6, ruolo operativo]

Il team di ricerca ha valutato questa variabilità come segnale della natura intrinsecamente situata della *leadership* infermieristica: non un modello universale, ma una pratica che si reinventa continuamente nei luoghi concreti della cura. I diversi contesti hanno inoltre richiesto posture specifiche (Sottotema 4b). La capacità di modulare lo stile di *leadership* non si è espressa solo nel tempo o nella relazione con i gruppi, ma anche in base ai contesti assistenziali. Ogni *setting* ha richiesto un diverso modo di guidare, riflettendo specifiche dinamiche culturali, organizzative e professionali. Questo sottotema mette in luce come la *leadership* nelle *Fundamentals of Care* sia stata vissuta come contestuale, capace di piegarsi alle logiche proprie di ogni ambiente di cura. Ad esempio alcuni partecipanti hanno percepito che il ritmo serrato e la presenza di personale più giovane richiedessero uno stile di *leadership* più direttivo:

“Qui la leadership richiede più controllo, facilitazione del lavoro quotidiano sia sul piano assistenziale che su quello burocratico. Guido giovani infermieri passo dopo passo.” [P4, ruolo meso]

Altri provenienti da *setting* differenti, evidenziano invece un approccio basato sull'esempio quotidiano e sul sostegno al cambiamento, più che su forme di autorevolezza.

*“Mettere in atto il cambiamento in prima persona, accogliendo i dubbi e cercando di scioglierli. L'esempio quotidiano è stato fondamentale per far percepire che le *Fundamentals* non erano solo teoria, ma potevano davvero entrare nella pratica assistenziale in cardiocirurgia.” [P7, ruolo operativo]*

Le differenze sembrano confermare che la *leadership*, in questo contesto, non è un

modello universale ma una pratica che si modula sul *setting*, coerentemente con le teorie della *situated leadership* e dell'*adaptive leadership*.

Tema 5 — Resistenze e vincoli organizzativi

Qui emerge il lato più conflittuale e faticoso del cambiamento: la necessità di affrontare diffidenze professionali e carenze strutturali che rischiavano di compromettere i progressi raggiunti. Le resistenze sono state descritte come prevalentemente culturali: timore di regressione verso compiti considerati “di base”, scetticismo sul valore delle FoC, percezione di “demansionamento” rispetto al profilo professionale (Sottotema 5a).

“Le principali resistenze sono state culturali: alcune professioniste e alcuni professionisti faticavano a comprendere perché fosse necessario ‘tornare’ a insistere sui bisogni fondamentali. Ho affrontato questi ostacoli lavorando sulla comunicazione, mostrando dati e risultati, e cercando di spostare la discussione dal piano ideologico a quello concreto. È stato un passaggio necessario per trasformare lo scetticismo in adesione.” [P5, ruolo strategico]

“Come in ogni cambiamento, ci sono state resistenze, soprattutto da parte di alcuni membri del gruppo, molto radicati nelle loro convinzioni sull’assistenza. È stato difficile Ho però fatto leva sul supporto dell’Università di Genova e sulle evidenze scientifiche.” [P4, ruolo meso]

Oltre alle resistenze culturali, i leader hanno descritto in maniera ricorrente i vincoli strutturali e organizzativi come fattori che hanno condizionato la realizzazione del progetto (sottotema 5b).

“Il contesto e le risorse condizionano molto. Come coordinatore raccogli le lamentele del gruppo sulle carenze strutturali o sulla mancanza di presidi, ma spesso non puoi intervenire direttamente. Devi quindi mediare...” [P1, ruolo meso]

“Un esempio: ci sono voluti cinque anni per ottenere nuove carrozzine, e solo grazie al progetto... Bisogna aiutare i colleghi a capire i tempi lunghi dei cambiamenti, spiegando che non sempre le risposte arrivano subito, ma che il percorso avviato può portare risultati anche se a volte bisogna pazientare.” [P1, ruolo meso]

Accanto alla descrizione delle resistenze culturali e delle carenze organizzative, i partecipanti hanno raccontato le strategie

adottate per superarle (sottotema 5c).

“Ho sfruttato molto l'entusiasmo degli infermieri per questa novità, soprattutto perchè erano anni che non si poneva attenzione sull'area medica.” [P4, ruolo meso]

“Mostrare risultati tangibili ai professionisti è stato fondamentale: la percezione di un impatto positivo è il miglior motore per consolidare il cambiamento” [P5, ruolo strategico]

“Nei reparti della seconda fase c'era diffidenza verso il progetto. Lì è stato importante costruire fiducia con il tempo, dimostrando con i fatti che il progetto portava valore. Non è servito imporre nulla: la vera strategia vincente è stata la partecipazione e il dialogo diretto con gli infermieri, anche quando significava affrontare conflitti e difficoltà.” [P3, ruolo strategico]

Queste esperienze evidenziano un approccio alla *leadership* orientato al coinvolgimento e alla motivazione, considerati determinanti per agire il cambiamento.

Tema 6 — Sostenibilità e consolidamento del cambiamento

Il sesto tema guarda al futuro del progetto: come mantenere il cambiamento nel tempo e trasformarlo in pratica istituzionalizzata. Qui la *leadership* viene narrata come impegno a evitare il calo di entusiasmo, costruire strumenti comuni e chiedere supporto organizzativo. Questo timore ha reso la *leadership* un lavoro di “*alimentazione continua*”, fatto di stimoli, riconoscimenti e promemoria costanti (sottotema 6).

“La difficoltà principale è il mantenimento del progetto. C'è sempre il rischio che, con il passare del tempo, vengano meno le basi e l'entusiasmo iniziale. Per questo stiamo lavorando a strategie di supporto ai reparti, per mantenere vivo il progetto e garantire risultati concreti per pazienti e infermieri.” [P3, ruolo strategico]

“... Nell'ultima fase, prima del mio passaggio al pronto soccorso, il focus era soprattutto sul mantenimento dei risultati ottenuti.” [P4, ruolo meso]

Un secondo elemento chiave per la sostenibilità individuato dai partecipanti è la necessità di strumenti comuni e condivisi, capaci di radicare le *Fundamentals of Care* nella pratica quotidiana (sottotema 6b).

“La creazione di un linguaggio comune tra reparti e professionisti è stata decisiva. I

*momenti di formazione e confronto, ma anche la standardizzazione di alcuni strumenti, come la cartella clinica orientata alle *Fundamentals of Care*, hanno permesso di dare coerenza al progetto. Solo così i professionisti potevano percepire che il cambiamento non era un'iniziativa temporanea, ma un nuovo modo di lavorare.” [P5, ruolo strategico]*

“Abbiamo utilizzato vari strumenti, come la cartella clinica, che è stata un mezzo importante per ottenere i risultati desiderati...” [P7, ruolo operativo]

*“Ogni progresso, anche piccolo, è stato reso evidente. Ho voluto che fosse chiaro che non si trattava di un progetto della Direzione, ma di un percorso condiviso. La visibilità dei risultati passava anche attraverso strumenti comuni, che dessero concretezza e uniformità all'applicazione delle *Fundamentals*.” [P2, ruolo strategico]*

Un ultimo elemento cruciale per la sostenibilità riguarda la percezione, condivisa da più ruoli, che il progetto FoC avesse bisogno di supporto continuativo e *follow-up* costante per evitare di disperdersi (Sottotema 6c).

“La difficoltà principale è il mantenimento del progetto. [omissis]... Non basta avviare: bisogna accompagnare nel tempo.” [P3, ruolo strategico]

“La presenza dei facilitatori e il vostro sostegno (Facilitatori di Direzione ndr.) come gruppo di supporto sono stati fondamentali” [P1, ruolo meso]

“Uno dei momenti più significativi è stata la presentazione dei primi risultati, sia a livello aziendale sia in contesti esterni. È stato evidente che il progetto non era solo un'iniziativa locale, ma parte di un movimento internazionale. Vedere i professionisti riconoscere l'impatto sulle loro pratiche e sulla relazione con i pazienti è stato un momento di grande soddisfazione e un rinforzo per proseguire.” [P2, ruolo strategico]

Abbiamo interpretato questo sottotema come testimonianza del fatto che l'implementazione non è un evento, ma un processo di accompagnamento prolungato. I dati mostrano come la *leadership* sia stata efficace quando ha saputo creare infrastrutture di supporto (facilitatori, incontri, visibilità dei risultati) che hanno impedito al progetto di spegnersi nel tempo.

Sintesi complessiva

L'analisi tematica delle interviste ha restituito un'immagine complessa e stratificata della *leadership* nell'implementazione delle *Fundamentals of Care*. La *leadership* non si è rivelata come un insieme di tecniche statiche, né come una prerogativa esclusiva delle posizioni gerarchiche, ma come un processo distribuito e situato, che assume forme diverse a seconda del livello organizzativo e del contesto clinico.

Ai livelli strategici, la *leadership* è stata narrata come esercizio di visione e presidio culturale, necessaria per difendere le FoC dalle resistenze ideologiche e per restituire dignità e senso alla professione infermieristica. A livello intermedio, nei responsabili d'area e nei coordinatori, essa ha assunto una dimensione più organizzativa e motivazionale, volta a tenere insieme i professionisti, mediare conflitti e vincoli, e tradurre gli obiettivi in pratiche quotidiane. Infine, nei facilitatori, la *leadership* si è incarnata in forme prossimali e diplomatiche, fatte di esempio diretto, ascolto e dialogo continuo, capaci di rendere il cambiamento credibile e sostenibile.

Ciò che emerge con forza è il carattere relazionale e resiliente della *leadership*: i leader hanno dovuto gestire resistenze culturali,

carenze di risorse e rischi di demotivazione, trasformando ostacoli in occasioni di apprendimento e costruendo fiducia attraverso strategie situate. Allo stesso tempo, la *leadership* è stata un lavoro di manutenzione, volto a preservare nel tempo l'entusiasmo iniziale, a istituzionalizzare strumenti comuni e a garantire supporto e *follow-up* continui.

Nel complesso, i dati mettono in luce una *leadership* infermieristica capace di reggere la complessità, di adattarsi alle circostanze e di farsi carico non solo del cambiamento organizzativo, ma anche del clima emotivo e motivazionale dei gruppi. Tuttavia, resta evidente il rischio che gran parte di questo lavoro resti invisibile e poco riconosciuto, affidato alla responsabilità individuale più che a un sostegno sistemico. La *leadership* che emerge da queste interviste è quindi insieme creativa e vulnerabile: creativa perché capace di innovare e generare senso, vulnerabile perché priva di ancoraggi strutturali stabili che ne garantiscano la sostenibilità a lungo termine. Si riporta di seguito la rappresentazione grafica (mappa concettuale) dei temi emersi e delle attribuzioni di significato ad essi correlate (Figura 1).

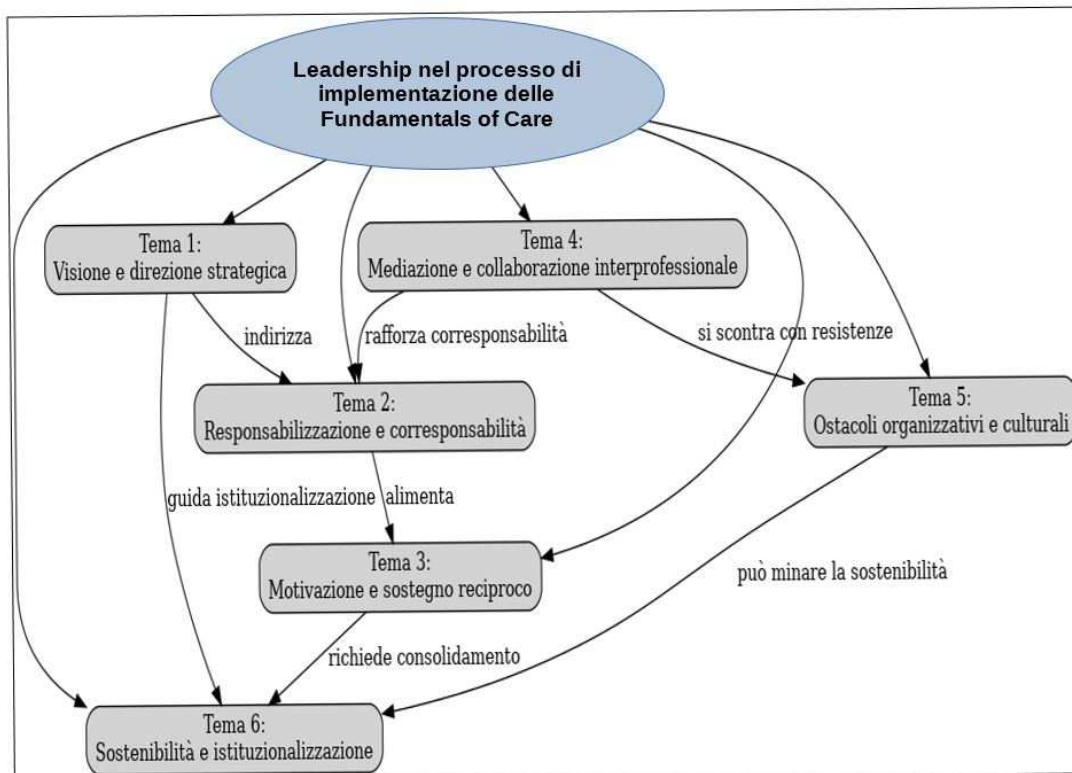


Figura 1 – Mappa Concettuale dei temi emersi e delle loro correlazioni di significato.

DISCUSSIONE

La *leadership* infermieristica che emerge dall'analisi delle interviste si configura come una pratica relazionale, situata e vulnerabile, profondamente intrecciata ai processi di cambiamento organizzativo e all'implementazione delle FoC. Non si tratta di una *leadership* esercitata attraverso il potere formale o la gerarchia, ma di un'attività quotidiana, spesso invisibile, che costruisce senso, negozia significati e accompagna i professionisti lungo le traiettorie del cambiamento. In letteratura, questa funzione viene ricondotta ai modelli di *relational leadership* (Campbell, 2020) e *transformational leadership* (Northouse, 2016) che vedono nel leader un "ponte" tra visione e azione, capace di gestire conflitti, motivare i gruppi e generare coesione attraverso pratiche di mediazione multilivello.

Dal punto di vista epistemologico, i risultati possono essere letti in coerenza con l'orientamento realista-pragmatico adottato nello studio. In questa prospettiva, la *leadership* non viene interpretata come una proprietà individuale o come un insieme di comportamenti astratti, ma come un meccanismo situato che si attiva in relazione a specifiche condizioni contestuali. Tali meccanismi risultano operativi quando sono presenti alcune configurazioni chiave: un contesto organizzativo che legittima il cambiamento, la disponibilità di spazi relazionali per la costruzione di senso, e la presenza di ruoli intermedi e operativi capaci di mediare tra visione strategica e pratiche quotidiane. Queste configurazioni e gli elementi descritti nei risultati sono verosimilmente ricorrenti e riproponibili in tutti i contesti assistenziali, dove i diversi stili di *leadership* si possono associare a esiti positivi in molteplici percorsi di cura, confermandone la trasferibilità. (Specchia et al., 2021).

In assenza di queste condizioni, la *leadership* tende a rimanere fragile, affidata all'iniziativa individuale e meno in grado di produrre effetti sostenibili. Questa lettura consente di tradurre le narrazioni emerse in configurazioni interpretative che rendono conto non solo di cosa accade, ma di come e perché determinate pratiche di *leadership* risultino efficaci solo in specifici contesti organizzativi.

Un elemento che si impone è la funzione del leader come "custode" della visione, come evidenziato nei temi 1 e 2. I professionisti intervistati descrivono una *leadership* che mantiene viva la tensione trasformativa anche nei momenti di stallo, fungendo da presidio simbolico e direzionale. Questa tensione, tuttavia, non è priva di rischi: il leader si trova spesso a sostenere da solo il peso della visione,

in assenza di dispositivi strutturali che ne facilitino la condivisione. La *leadership* diventa così un esercizio di resistenza, in cui la motivazione personale supplisce alle carenze organizzative. È una dinamica nota nella letteratura sulla *transformational leadership*, che sottolinea come l'ispirazione, se non accompagnata da supporto, possa logorare chi la incarna (Cummings et al, 2018).

Un aspetto non meno importante riguarda la dimensione culturale e politica della *leadership*. L'implementazione delle FoC ha richiesto un lavoro di legittimazione del sapere assistenziale, spesso percepito come marginale rispetto alle logiche medico-centriche. I leader hanno dovuto contrastare narrazioni svalutanti, promuovendo una nuova rappresentazione della cura come pratica complessa, relazionale e fondata su competenze specifiche (Tema 5). In quest'ottica il processo di difesa culturale si è tradotto in un'attività di traduzione simbolica, in cui la *leadership* ha assunto il ruolo di *cultural broker* (ovvero di mediatore attivo tra sistemi di valori, linguaggi professionali e pratiche organizzative differenti, capace di tradurre visioni strategiche in significati condivisi e operativamente agibili), capace di rendere credibile un cambiamento inizialmente vissuto come minaccia (Clark et al, 2024). Attraverso narrazioni, metafore e cornici interpretative, i leader hanno orientato la comprensione collettiva, favorendo l'adesione alle nuove pratiche (Porter-O'Grady, 2023). Accanto a questa funzione simbolica, emerge con forza il lavoro emotivo svolto dai leader per preservare l'armonia nei gruppi. La *leadership* si esercita qui come cura del clima relazionale, come contenimento delle tensioni e come gestione delle fragilità. I leader diventano "cuscinetti" tra organizzazione e professionisti, svolgendo un *emotional labour*, ossia la regolazione intenzionale delle emozioni richiesta dal ruolo professionale, finalizzata a conformarsi alle aspettative organizzative e relazionali del contesto di lavoro che, se non riconosciuto, può generare *burnout* o forme di logoramento silenzioso.

Se il lavoro emotivo è essenziale per mantenere la coesione durante il cambiamento, resta spesso poco visibile e scarsamente sostenuto dalle strutture formali. Riconoscerne il valore significa aprire spazi di condivisione e supporto, affinché la *leadership* non diventi un carico solitario ma una responsabilità collettiva. La vulnerabilità del leader non è segno di debolezza, ma espressione di una *leadership* autentica, capace di esporsi, di ascoltare e di prendersi cura nell'ottica della *compassionate leadership* descritta da Pattison e colleghi (Pattison et al, 2022).

La *leadership* si configura anche come pratica di mediazione multilivello. Le strategie adottate dai partecipanti nel superamento delle resistenze e dei vincoli organizzativi riflettono i principi della *empowering leadership*, in cui il cambiamento si consolida attraverso la motivazione intrinseca e la costruzione di significato condiviso (Pattison et al., 2023).

In particolare, la relazione con i medici ha evidenziato una persistente asimmetria simbolica, che ha richiesto ai *leader* infermieristici un lavoro diplomatico per rendere riconoscibili le FoC. Questa mediazione ha evitato conflitti aperti, ma ha anche reso evidente quanto il carico di costruzione di senso ricada prevalentemente sulle figure infermieristiche.

Un ulteriore elemento riguarda la *leadership* distribuita, che si manifesta non solo nelle posizioni formali ma anche nei comportamenti quotidiani dei professionisti. I *leader* hanno cercato di trasferire *agency* ai colleghi, affinché il cambiamento fosse interiorizzato come parte dell'identità professionale. Questo approccio è in linea con la *distributed leadership*, che valorizza la partecipazione dal basso come motore di trasformazione culturale (Bolden, 2011). Tuttavia, resta aperta la questione della sostenibilità: chiedere ai professionisti di farsi promotori attivi del cambiamento può diventare oneroso se non accompagnato da adeguati dispositivi di supporto. La *leadership* distribuita è generativa, ma richiede tempo, competenze di ascolto e spazi di dialogo che non sempre sono garantiti. È necessario che le organizzazioni riconoscano e valorizzino queste forme di *leadership* diffusa, promuovendo una cultura della corresponsabilità. Infine, la *leadership* si manifesta come capacità di adattamento. I *leader* hanno mostrato flessibilità, creatività e sensibilità nel modulare il proprio stile in base al contesto, agendo con intelligenza relazionale e pragmatismo. Questo approccio è coerente con la *adaptive leadership*, che valorizza la capacità di oscillare tra modelli per rispondere alla complessità (Lombardi Fortino et al, 2024). Tuttavia, l'adattamento continuo può diventare fonte di fatica se non supportato da strategie organizzative e formative. Inoltre, i dati raccolti suggeriscono che la *leadership* si esercita spesso in condizioni di vincolo strutturale: i *leader* non hanno il potere di risolvere direttamente le carenze, ma devono tradurre i limiti in percorsi di resilienza. Se questa mediazione si cronizza, rischia di legittimare una cultura della scarsità, in cui i *leader* diventano ammortizzatori del malcontento anziché promotori di soluzioni sistemiche. Per garantire la sostenibilità di questi processi, è

necessario che le organizzazioni riconoscano il valore del lavoro simbolico, emotivo e relazionale svolto dai *leader* infermieristici. Servono dispositivi di supporto, spazi di confronto, percorsi formativi e strategie di valorizzazione che rendano la *leadership* un compito condiviso e istituzionalmente sostenuto. Solo così sarà possibile consolidare una cultura della *leadership* capace di promuovere il cambiamento, tutelare la professione e migliorare la qualità dell'assistenza garantendo continuità d'azione. Infatti nel mantenere il cambiamento descritto notiamo un allineamento con la letteratura (Pearce, 2015), che evidenzia come la continuità e il rinforzo siano fattori chiave per consolidare pratiche innovative. Tuttavia, va riconosciuto che senza istituzionalizzazione, il rischio è che la sostenibilità rimanga fragile, affidata alla buona volontà dei singoli.

Pur essendo radicati in uno specifico contesto organizzativo, i risultati mettono in luce meccanismi di *leadership*, quali il lavoro di mediazione tra livelli, il *sensemaking* condiviso e la costruzione di condizioni di sostenibilità, potenzialmente ricorrenti in altri processi di implementazione di *framework* assistenziali complessi. Al contempo, alcune configurazioni osservate risultano fortemente dipendenti dal contesto, in particolare l'assetto di governance locale, la maturità organizzativa rispetto alle *Fundamentals of Care* e la storia del percorso di implementazione. In linea con i criteri di trasferibilità nella ricerca qualitativa, lo studio non mira a una generalizzazione statistica, ma fornisce una descrizione densa che consente al lettore di valutare la rilevanza dei risultati in contesti analoghi.

Limiti

Questo studio presenta alcuni limiti che è opportuno esplicitare, insieme alle strategie adottate per mitigarne l'impatto sul rigore metodologico. In primo luogo, la dimensione del numero dei partecipanti è contenuta e circoscritta a un unico contesto organizzativo, configurando lo studio come un case study qualitativo. Tale scelta limita la possibilità di una generalizzazione dei risultati, ma è coerente con l'obiettivo esplorativo e con l'approccio realista-pragmatico adottato. La selezione intenzionale di professionisti direttamente coinvolti nel progetto FoC, se da un lato può aver ridotto la presenza di posizioni fortemente critiche o dissonanti, dall'altro ha consentito di accedere a narrazioni dense, informate e profondamente radicate nell'esperienza concreta dell'implementazione. Questo potenziale bias di rappresentazione è stato gestito attraverso pratiche metodologiche

orientate al rafforzamento della trustworthiness, tra cui il confronto riflessivo tra i ricercatori, l'uso sistematico di memo riflessivi e la documentazione trasparente delle decisioni analitiche mediante audit trail. Inoltre, l'assenza, in questa fase, di una triangolazione con altre fonti di dati, quali osservazioni dirette o analisi documentale, rappresenta un ulteriore limite. Tuttavia, tale aspetto è stato parzialmente compensato dal ricorso al *member checking* e dall'uso estensivo di estratti verbatim, che hanno contribuito a sostenere la credibilità e la confermabilità delle interpretazioni. Nel loro insieme, pur riconoscendo i limiti descritti, le strategie metodologiche adottate consentono di ritenere i risultati analiticamente solidi e utili come base per ulteriori ricerche, anche con disegni più ampi e approcci metodologici integrati, sul ruolo della leadership situata nei processi di implementazione delle *Fundamentals of Care*.

CONCLUSIONI

Il progetto avviato presso il Mauriziano ha mostrato che l'integrazione dei *Fundamentals of Care* nella pratica clinica quotidiana non è solo auspicabile, ma concretamente realizzabile anche in contesti ad alta complessità organizzativa. L'elemento determinante non è stato l'introduzione di nuove tecnologie o la modifica radicale delle strutture operative, bensì una trasformazione culturale guidata da una leadership consapevole e distribuita, capace di creare spazi di ascolto, di riflessione e di azione condivisa. I risultati emersi confermano che l'efficacia del cambiamento organizzativo è strettamente connessa alla capacità di adattare e trasformare gli stili di leadership. Nel corso dell'esperienza, la cura fondamentale ha progressivamente cessato di essere percepita come uno sfondo silenzioso, residuale, ed è diventata ciò che effettivamente è: la trama essenziale dell'assistenza. Questo cambiamento di prospettiva ha comportato uno scarto non solo terminologico, ma epistemologico e politico. Prendersi cura non è un'opzione da esercitare *“quando si ha tempo”*, ma il nucleo generativo dell'agire professionale. Riconoscere tale centralità significa ridisegnare le priorità organizzative, i dispositivi formativi, i sistemi di valutazione e, soprattutto, il linguaggio con cui si racconta e si misura la qualità. Il processo di cambiamento descritto non è stato lineare né privo di ostacoli. Ha richiesto il coraggio di mettere in discussione abitudini radicate, la volontà di esporsi al confronto con i vissuti dei pazienti e dei caregiver, la capacità di

sostenere il disorientamento che ogni transizione comporta. Ma è proprio attraverso questo attraversamento delle ambiguità che è stato possibile generare un sapere trasformativo, situato e condiviso. In questo studio di caso qualitativo, i risultati non intendono offrire generalizzazioni, ma una comprensione contestualizzata dei processi di *leadership* che accompagnano l'implementazione delle *Fundamentals of Care*, mettendo a disposizione elementi analitici utili per riflessioni e adattamenti in contesti assistenziali analoghi. In un tempo segnato dalla frammentazione e dalla standardizzazione, investire nella relazione, nell'ascolto e nella personalizzazione non è un lusso ma un atto di giustizia. Ogni paziente ha diritto a cure fondamentali garantite, ogni infermiere ha il diritto di esercitare la propria professionalità in coerenza con i propri valori. Questo è il cuore della qualità. Questo è il futuro sostenibile della cura.

Conflitto di interessi

L'autore A.R. ha dichiarato il potenziale conflitto di interessi, essendo elencato tra i Referees del numero speciale di L'Infermiere dedicato alle *Fundamentals of Care*. Non è stato coinvolto in alcun ruolo editoriale o di revisione riguardante il presente articolo. Gli altri autori dichiarano di non avere conflitti di interessi.

Finanziamenti

Questo studio non ha ricevuto finanziamenti esterni specifici. È stato realizzato nell'ambito delle attività istituzionali della AO Ordine Mauriziano di Torino.

Contributi degli autori

- Concezione e disegno dello studio: A.R.
- Raccolta dati: A.R., A.V.
- Analisi e interpretazione dei dati: A.R., A.V., G.C., M.C. A., F.D.
- Stesura iniziale del manoscritto: A.R., A.V.
- Revisione critica e approvazione finale: Tutti gli autori.

Ringraziamenti

Desideriamo esprimere la nostra sincera gratitudine a Silvia Bagnato (Responsabile Assistenziale di Area Medica), Alexandra Do Nascimento (Responsabile Area Qu.R.R.E.), Elga Ghironi (Responsabile Assistenziale Area Chirurgica), Cristiana Cerri (Coordinatore Infermieristico Chirurgia Vascolare), Cristina Garza (Coordinatore Infermieristico Medicina

Interna), Laura Perretta (Coordinatore Infermieristico Cardiochirurgia), Annamaria De Bonis (Facilitatore Cardiochirurgia) e Daniela Pietrapertosa (Facilitatore Chirurgia Vascolare) per il prezioso contributo delle loro interviste e per la loro competenza nelle diverse fasi del progetto. Un ringraziamento speciale va inoltre a tutti gli infermieri che hanno collaborato e continuano a collaborare con dedizione e professionalità, rendendo possibile la realizzazione e la continuità di questo lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- Aspinall, C., Johnstone, P., & Parr, J. (2022). Reflections on the implementation and evaluation of a system-wide improvement program based on the fundamentals of care: Lessons learnt. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2782–2791.
- Bolden, R. (2011). Distributed leadership in organizations: A review of theory and research. *International Journal of Management Reviews*, 13(3), 251–269.
- Braun, V.; Clarke, V (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Res Psychol*; 3:77–101.
- Braun, V.; Clarke, V (2021). *Thematic Analysis A Practical Guide*; SAGE: Newcastle upon Tyne, UK; Volume 39, pp. 142–145.
- Campbell, L. (2020). Organisation ethics, relational leadership and nursing. In H. M. Kohlen (Ed.), *Nursing ethics: Feminist perspectives* (pp. 99–115). Springer.
- Clark, E. C., Burnett, T., Blair, R., Traynor, R. L., Hagerman, L., & Dobbins, M. (2024). Strategies to implement evidence-informed decision making at the organizational level: A rapid systematic review. *BMC Health Services Research*, 24, 405.
- Costamagna, G., Rizzo, A., Valenti, A., Bagnato, S., Ghironi, E., Catania, G., Bagnasco, A., Sasso, L., & FOC Working Group. (2025). Integrazione del framework “Fundamentals of Care” nella pratica assistenziale di un ospedale Hub italiano: l’esperienza dell’Azienda Ospedaliera Mauriziano di Torino. *L’Infermiere*, 62(2), e55–e67. Disponibile da: <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2025/06/Integrazione-del-framework-FOC-nella-pratica-assistenziale-di-un-ospedale-Hub-italiano-Azienda-Ospedaliera-Mauriziano-di-Torino-e55-67.pdf>.
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60.
- Kitson, A., Carr, D., Feo, R., Conroy, T., & Jeffs, L. (2024). The ILC Maine statement: Time for the fundamental care [r]evolution. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1–14.
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing’s response to meeting patients’ basic human needs. Adelaide, South Australia: School of Nursing, The University of Adelaide.
- Lincoln, Y., & Guba, B. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: SAGE Publikations.
- Lombardi Fortino, D., Galazzi, A., Chiappinotto, S., & Palese, A. (2024). Nurse managers’ strategies promoting a Fundamentals of Care-based approach among nurses: A scoping review. *Annali dell’Istituto Superiore di Sanità*, 36(1), 26–40.
- Marconcini, S., Ercolani, M., & Catalano, A. A. (2016). I modelli teorici di riferimento e i linguaggi standardizzati, quali utilizzare [Internet]. *Scienze Infermieristiche*. Disponibile su: <https://www.scienzeinfermieristiche.net/i-modelli-teorici-di-riferimento-e-i-linguaggi-standardizzati-quali-utilizzare-3/>.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760.
- Northouse, P. (2016). *Leadership: Theory and practice*. Sage.
- Pattison, N., & Corser, R. (2023). Compassionate, collective or transformational nursing leadership to ensure fundamentals of care are achieved: A new challenge or non-sequitur? *Journal of Advanced Nursing*, 79(3), 942–950.
- Pearce, C. (2015). Developmental health services leadership: Integrating hierarchical and shared leadership for health services organizational learning. *Health Services Management Research*, 28(3), 76–82.
- Perez-Gonzalez, S., Marques-Sanchez, P., Pinto-Carral, A., Gonzalez-Garcia, A., Liebana-Presa, C., & Benavides, C. (2024). Characteristics of leadership competency in nurse managers: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, Jul 16:2024:5594154.
- Porter-O’Grady, T. (2023). A new paradigm for nurse leader decision-making. *Nurse Leader*, 21(5), 456–460.
- Savoie, C., Rey, S., Yokota, S., Dallaire, C., Kimura, S., Takatani, S., & Yano, Y. (2023). Fundamental Care’s state of knowledge around the world: Where are we now? A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 79(3), 865–884.

Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership styles and nurses' job satisfaction: Results of a systematic review. International Journal

of Environmental Research and Public Health, 18(4), 1552.

Allegato 1 Traccia per l'intervista semi-strutturata

Titolo dello studio: Leadership nei processi di cambiamento organizzativo: percezioni e pratiche nella diffusione delle Fundamentals of Care.

Scopo dell'intervista: esplorare come il partecipante percepisce, interpreta e agisce la leadership all'interno del progetto di implementazione delle Fundamentals of Care, alla luce del proprio ruolo, contesto e stile personale.

Inquadramento del ruolo e contesto

Ci può raccontare brevemente qual è il suo ruolo attuale e da quanto tempo lo ricopre?

In che modo è stato/a coinvolto/a nel progetto di implementazione delle Fundamentals of Care?

Percezione e definizione della leadership

Che cosa significa per lei "fare leadership" nel suo ruolo attuale?

C'è un modello o uno stile di leadership che sente più vicino al suo modo di agire?

(eventualmente: può farci un esempio concreto?)

Leadership e cambiamento organizzativo

Durante il progetto FOC, ha adottato strategie specifiche per facilitare il cambiamento?

Quali sono state le sue principali priorità?

Quali azioni ha ritenuto più efficaci?

Che tipo di relazioni ha attivato con altri attori del sistema (es. coordinatori, facilitatori, direzione, medici)?

Ci sono stati momenti di collaborazione particolarmente significativi?

Quali ostacoli o difficoltà ha incontrato nell'esercitare la leadership in questo contesto?

Come li ha affrontati?

Fattori influenti e riflessività

In che modo il contesto organizzativo (struttura, risorse, cultura) ha influenzato il suo stile di leadership?

Come ha percepito il ruolo della comunicazione e del coinvolgimento delle persone nei processi di cambiamento?

Ci sono stati momenti in cui ha dovuto modificare il suo approccio alla leadership? Perché?

Apprendimenti e prospettive future

Guardando a quanto vissuto, cosa ritiene di aver appreso come leader?

C'è qualcosa che farebbe diversamente se dovesse affrontare di nuovo un processo di questo tipo?

Quali consigli darebbe a un collega che si trovasse a guidare un progetto simile?

Chiusura

C'è qualcosa che non le abbiamo chiesto ma che ritiene importante condividere rispetto alla sua esperienza di leadership in questo progetto?