



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in
Management Pubblico e dei Sistemi Socio-Sanitari
(Classe di corso LM-77)

TESI DI LAUREA

**LA MOTIVAZIONE DEI PROFESSIONISTI DELLA
SALUTE: ANALISI DELLA LETTERATURA**

**MOTIVATION AND HEALTHCARE PROFESSIONALS:
A LITERATURE REVIEW**

Relatore: Chiar.mo
Prof. Enrico Cori

Tesi di Laurea di:
Viorica Cemirtan

Anno Accademico 2021 – 2022

LA MOTIVAZIONE DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE: ANALISI DELLA LETTERATURA

Sommario

RINGRAZIAMENTI.....	2
INTRODUZIONE	2
1. QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO.....	5
1.1 Principali teorie motivazionali.....	5
1.2 La learning organization	14
2.MOTIVAZIONE E LAVORO: ASPETTI RILEVANTI PER LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	18
2.1 Motivazione, percezione di senso e “intention to leave”	18
2.2 Motivazione, formazione e “intention to leave”: l’impatto del burnout	21
2.3 Squilibri negli organici e turnover.....	21
3. LA FORMAZIONE COME LEVA MOTIVAZIONALE	27
4. L’ANALISI DELLA LETTERATURA.....	33
4.1 Il percorso metodologico	33
4.2. Risultati	37
4.3 Discussione	51
CONCLUSIONI.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	55

Ringraziamenti

Vorrei dedicare uno spazio per ringraziare tutte le persone che mi hanno aiutato in questo percorso di approfondimento delle conoscenze.

In primis, vorrei ringraziare il mio relatore Enrico Cori, per i suoi preziosi consigli, per la gentilezza e per la sua disponibilità.

Ringrazio infinitamente i docenti che prima di trasmettere le loro competenze e la loro professionalità hanno saputo trasmettere umanità verso il prossimo.

Un grazie di cuore alle mie amiche Carmen e Susanna che mi sono rimaste sempre vicine.

INTRODUZIONE

La scelta di sviluppare l'argomento di tesi "La motivazione dei professionisti della salute" è maturata a seguito dell'esperienza lavorativa di quindici anni in questo settore, dapprima come infermiera e poi come coordinatore, e sulla consapevolezza della sua criticità. È un argomento che mi sta molto a cuore in quanto ho visto e continuo a vedere tantissime persone che con costanza raggiungono l'obiettivo formativo universitario e pur essendo entusiaste della scelta fatta, decidono nel breve-medio periodo di abbandonare la professione.

Lo studio cerca di comprendere questo fenomeno principalmente tra il personale medico ed infermieristico. In particolare, scopo del lavoro è quello di comprendere i fattori di rischio dell'intenzione di abbandonare il posto di lavoro per le professioni sanitarie attraverso una ricerca bibliografica e di individuare, ove possibile, strategie per prevenire l'insorgenza di tali fattori.

Il lavoro è in capitoli articolato come segue.

Nel primo capitolo, al fine di comprendere quali possono essere le strategie da porre in atto per la riorganizzazione dell'ambiente lavorativo finalizzate alla soddisfazione del lavoratore senza però perdere di vista produttività e contenimento costi, è sviluppato il quadro teorico di riferimento delle principali teorie motivazionali presenti in letteratura. Un paragrafo è dedicato alla Learning Organization che si pone come punto di riferimento alle pratiche di apprendimento che si possono progettare ed introdurre per aumentare le competenze e soprattutto per rendere l'organizzazione maggiormente capace di rispondere alle crisi che richiedono complesse forme di adattamento stimolando modi innovativi di pensare la crescita professionale attraverso una leadership motivante.

Nel secondo capitolo sono affrontati gli aspetti rilevanti della motivazione nell'ambito lavorativo per la gestione delle risorse umane e sono previsti tre paragrafi. Ricordando che la soddisfazione lavorativa è definita come la percezione che un individuo ha del proprio lavoro e che questa percezione è legata all'attività svolta, l'organizzazione, dal canto suo, deve promuovere sentimenti positivi poiché più sono alti i livelli di soddisfazione, meno intensa è la volontà di lasciare. Inoltre siamo di fronte ad una scarsità numerica di professionisti vs utenti e questo fenomeno fa aumentare il carico di lavoro ed il rischio di eventi avversi e diminuire il tempo da dedicare all'utente e alla stessa sicurezza sul lavoro.

Nel terzo capitolo è sottolineata la formazione quale leva motivazionale ovvero il riconoscimento e

la valorizzazione della formazione già posseduta dai lavoratori da parte dell'organizzazione e l'offerta di formazione interna in modo da coniugare le esigenze aziendali e quelle dei professionisti. Di fatto questa modalità permette sia di considerare la formazione come un investimento, sia di motivare i dipendenti.

Nel quarto capitolo si presentano i risultati dell'Analisi della letteratura, dopo averne illustrato la metodologia. Tale ricerca è stata effettuata sulle principali banche dati scientifiche che si occupano di studi legati al contesto infermieristico sia in ambito ospedaliero che socio sanitario. Il processo di revisione bibliografica prevede l'identificazione dei quesiti di ricerca, l'identificazione degli studi rilevati, la selezione degli studi, la mappatura dei dati estratti ed il riassunto dei risultati.

I paragrafi successivi sono destinati alla discussione dei risultati degli studi presi in esame: il primo, riferito all'individuazione dei fattori di rischio è risultato coerente con quanto citato nei capitoli precedenti. Il secondo, riferito alle strategie organizzative per evitare il verificarsi dell'abbandono della professione, individua necessità di leadership positive, adeguamento numero professionisti vs utenti. Il paragrafo sulla discussione, infine, mette in evidenza gli elementi emersi dalla ricerca.

Nella parte conclusiva, si propone una sintesi dei punti critici fondamentali emersi dalla ricerca cercando di dare delle risposte esaustive e di formulare possibili proposte nel rispetto della normativa vigente, lasciando spazio per una ulteriore analisi nel prossimo futuro a seguito delle normative che si stanno delineando a breve e che saranno integrate nel tempo.

1. QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO

1.1 Principali teorie motivazionali

Da anni il management si propone di indagare l'effettiva motivazione delle persone che lavorano, compito complesso reso ancor più difficile dalla situazione generatasi dopo la grave pandemia che, a livello mondiale, ha determinato profondi cambiamenti del patrimonio valoriale delle persone. Aumentare contemporaneamente produttività e soddisfazione del lavoratore contenendo i costi è una sfida impegnativa che le organizzazioni sono chiamate a gestire ma, per comprendere quali possono essere le strategie da porre in atto per la riorganizzazione dell'ambiente lavorativo, bisogna partire dal fondamento teorico definendo il concetto di motivazione e le teorie che sono nate nel tempo intorno ad essa.

Il termine motivazione deriva dal latino *movere*, "muovere", rappresenta "quei processi psicologici che provocano la nascita, la direzione e la persistenza di azioni volontarie dirette verso un obiettivo".¹ Questa definizione delinea quindi la scelta degli obiettivi da parte del soggetto (direzione), il quantitativo di sforzo che il soggetto compie (intensità) e la perseveranza nel perseguimento dell'obiettivo nonostante le difficoltà (persistenza).² Calando tale definizione in un contesto organizzativo la motivazione può essere intesa come l'energia che la persona investe sia "nella realizzazione di prestazioni connesse a specifici compiti, orientata verso finalità associate ai risultati di tali prestazioni" sia "nella relazione tra individuo e organizzazione, orientata verso finalità di definizione e consolidamento del legame di appartenenza".³

Le radici storiche delle moderne teorie motivazionali trovano culla tra gli anni Cinquanta e la prima metà degli anni Sessanta del secolo scorso, periodi in cui si sviluppano diversi modelli sul tema che danno vita a teorie riconducibili a due filoni:

1. Teorie orientate all'analisi dei **contenuti** della motivazione (Maslow, McClelland, Alderfer, Herzberg): interrogativo di partenza "Cos'è la motivazione"
2. Teorie orientate all'analisi dei **processi** che portano ad esprimere una certa motivazione (Vroom, Adams, Locke): interrogativo di partenza "quali variabili regolano la dinamica motivazionale"⁴

Le teorie orientate all'analisi dei contenuti fanno riferimento ai bisogni, intesi come mancanze

¹ Mitchell T R., *Motivation: new direction for theory, research and practice*, 1982 citato in Kreitner R, Kinicki A., *Comportamento organizzativo*, APOGEO, 2008

² Cortese C.G., *Motivare*, Raffaello Cortina Editore, 2005

³ Quaglino G.P., *Voglia di fare*, 1999 citato in Cortese C.G., *Motivare*, Raffaello Cortina Editore, 2005

⁴ Cortese C.G., *Motivare*, Raffaello Cortina Editore, 2005

fisiologiche o psicologiche che causano un comportamento e che sono influenzate da fattori ambientali determinando una variazione nel tempo e nello spazio. Mentre nella teoria di Maslow viene proposto un modello gerarchico, dal più semplice al più complesso, su cinque bisogni di base, le teorie di McClelland e Alderfer pur conservando l'impostazione maslowiana, sono a tre vertici.⁵ Di seguito una breve panoramica delle teorie menzionate.

TEORIA GERARCHICA DEI BISOGNI DI MASLOW (1943-1954)⁶

Teoria sviluppata basandosi sull'osservazione clinica di individui psicotici per cui la motivazione è in relazione a cinque bisogni fondamentali:

1. Sopravvivenza: bisogni di base quali alimentazione, respirazione, sonno e riposo, eliminazione...)
2. Sicurezza: protezione, appartenenza, stabilità
3. Appartenenza: amore, amicizia, approvazione riconoscimento
4. Stima: fama, prestigio, riconoscimento da parte degli altri, rispetto, posizione sociale
5. Autorealizzazione: desiderio di realizzarsi, gratificazione e accettazione di sé.

Mentre i due primi bisogni (Sopravvivenza e Sicurezza) vengono definiti primari, perché legati alle necessità biologiche della persona e non particolarmente variabili nella modalità di soddisfacimento all'interno di una determinata cultura, gli altri (Amore, Stima, Autorealizzazione) vengono considerati secondari per connotazione strettamente psicologica con una variabilità interpersonale ampia.

Per lo psicologo statunitense i bisogni sono disposti in maniera gerarchica rigida, conseguentemente solo una volta che quelli fisiologici sono sufficientemente soddisfatti emerge il bisogno successivo e così via risalendo la piramide arrivando in cima all'autorealizzazione (figura 1)

⁵ Cortese C.G., Motivare, Raffaello Cortina Editore, 2005

⁶ Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008
Cortese C.G., Motivare, Raffaello Cortina Editore, 2005

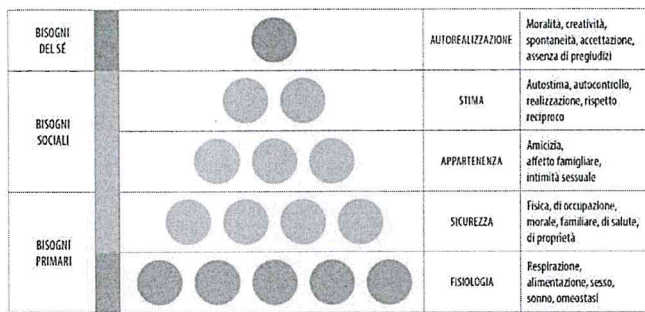


Figura 1. Piramide di Maslow <https://www.rivistaitalianaigienedentale.it/il-tranello-della-compiacenza>

TEORIA DEI BISOGNI DI McCLELLAND (1961)

David McClelland, psicologo statunitense, ha focalizzato la sua attenzione su studi relativi al bisogno di realizzazione (achievement) inteso come la necessità della persona di portare a termine in modo rapido indipendente e con successo, un'attività difficile, avendo padronanza del proprio lavoro.⁷ La motivazione in tal senso ha un'importanza che supera il concetto di ricompensa economica e che si esprime con un atteggiamento verso il lavoro orientato all'eccellenza professionale.

McClelland si è occupato anche dei bisogni di affiliazione ovvero il desiderio di trascorrere del tempo mantenendo relazioni sociali durature positive e importanti, e di potere inteso come desiderio di influenzare, guidare, incoraggiare gli altri alla realizzazione. Per lo studioso infatti per essere un manager di successo bisogna possedere un alto bisogno di potere ed un minore bisogno di affiliazione.⁸ Di contro, nelle persone in cui prevale il bisogno di affiliazione spicca la tendenza a scegliere i propri collaboratori tra coloro che si mostrano amichevoli perché sono favorite le relazioni confidenziali e supportive. (Figura 2)

Potere

⁷ Murray H.A., Explorations in personality, 1938 citato in Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

⁸ Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

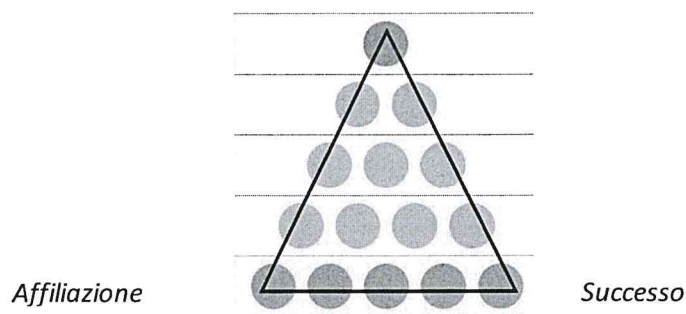


Figura 2. Modello di McClelland modificato a cura dell'autore <https://www.rivistaitalianaigienedentale.it/il-tranello-della-compiacenza/>

I tre ordini di motivazione non hanno alcun rapporto gerarchico/subordinato (a differenza della teoria di Maslow), storia e personalità dell'individuo determinano situazioni di equilibrio o contrariamente condizioni in cui un bisogno prevale su un altro determinando conseguenti comportamenti.

La teoria di McClelland quindi promuove il desiderio di comprendere le origini della variabilità dei comportamenti valorizzando le differenze tra le persone, ciò richiede una profonda conoscenza dei propri collaboratori.

TEORIA DEI BISOGNI DI ALDERFER (1972)⁹

Lo psicologo statunitense Clayton Alderfer si colloca tra la teoria di Maslow e quella di McClelland, con la Teoria ERG, individuando ed individua tre principali ordini di bisogni di base:

1. Esistenza (**Existence**): per Alderfer le persone tendono costantemente a soddisfare bisogni fisiologici e di sicurezza (i bisogni primari di Maslow).
2. Relazione (**Related**): quelli che per Maslow sono i bisogni di affetto e stima per Alderfer sono le esigenze di tipo interpersonale (essere riconosciuti, accettati, amati) e lo sviluppo di atteggiamenti, sentimenti e pensieri comuni rispetto al gruppo sociale di appartenenza.
3. Crescita (**Growth**): il desiderio di autostima ed autorealizzazione

La teoria quindi “concentra” i 5 livelli maslowiani in tre (Figura 3) e la letteratura disponibile rispetto a tale tematica, li considera più coerenti; i bisogni superano la rigidità della piramide di Maslow e lasciano spazio alla possibilità che si possano manifestare simultaneamente (i bisogni di ordine superiore possono presentarsi anche quando quelli di ordine inferiore non sono stati soddisfatti).

Esistenza

⁹ Cortese C.G., Motivare, Raffaello Cortina Editore, 2005

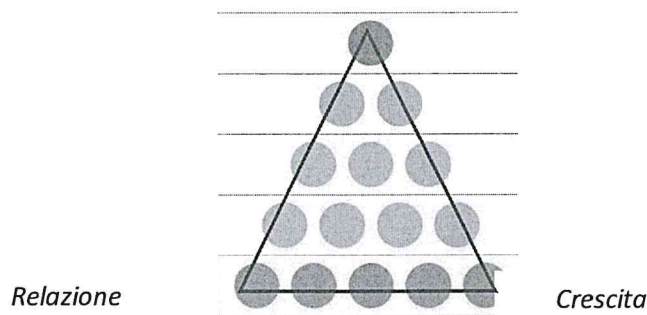


Figura 3. Modello di Alderfer, modifica a cura dell'autore <https://www.rivistaitalianaigienedentale.it/il-tranello-della-compiacenza/>

Mentre bisogno di esistenza e relazione sono limitati nelle espressioni comportamentali, secondo Alderfer i bisogni di crescita permettono illimitate possibilità e si riattivano nel momento in cui viene soddisfatto un bisogno. La teoria ERG avanza anche una serie di previsioni relative alla relazione tra i bisogni ipotizzando una sequenza ideale di attivazione nel ciclo della vita che dai bisogni di esistenza si muove verso quelli di crescita. Nello specifico:

- Bisogni di esistenza: meno sono soddisfatti più si desiderano. Più sono soddisfatti più di desiderano i bisogni di relazione
- Bisogni di relazione: meno sono soddisfatti più si desiderano. Più sono soddisfatti più di desiderano i bisogni di crescita
- Bisogni di crescita: più sono soddisfatti più sono desiderati.

Secondo il pensiero di Alderfer i bisogni di relazione incidono significativamente sulla soddisfazione degli altri bisogni: solamente nel momento in cui questi vengono soddisfatti la persona potrà indirizzare le proprie attenzioni verso i bisogni di livello superiore.

Infine per lo psicologo “gli individui sono anzitutto dei lavoratori” e quindi il lavoro è dimensione esistenziale privilegiata per analizzare la motivazione in particolare per i bisogni di relazione e crescita.¹⁰

HERZBERG E LA TEORIA DEI FATTORI DUALI (1959)

Frederick Herzberg con la sua ricerca condotta negli anni '50 su un gruppo di 200 ingegneri contabili, rende dinamica la prospettiva motivazionale calandola nell'ambito aziendale e spostando l'attenzione dai bisogni dell'individuo ai fattori dell'organizzazione che generano soddisfazione e, di conseguenza, atteggiamento positivo nei confronti del lavoro.¹¹

¹⁰ Cortese C.G., *Motivare*, Raffaello Cortina Editore, 2005

¹¹ Costa G., Gianecchini M., *Risorse umane. Persone, relazioni e valore*, McGraw-Hill, 2009

Gli esiti della ricerca portano l'autore a definire che gli elementi che generano soddisfazione/insoddisfazione riguardano il **contenuto della prestazione** (fattori motivanti), mentre quelli che portano insoddisfazione sono strettamente legati al **contesto lavorativo** (fattori igienici). Soddisfazione ed insoddisfazione non sono percezioni opposte ma distinte ed in relazione ai gruppi diversi di bisogni; i primi, se presenti, originano un atteggiamento positivo nei confronti del lavoro e generalmente coincidono con il riconoscimento, il grado di responsabilità, l'opportunità di carriera, la possibilità di apprendimento e di crescita. I secondi sono ritenuti dei presupposti basilari per svolgere un'attività e riguardano, la retribuzione, le condizioni fisiche di lavoro, la supervisione tecnica, la sicurezza, le relazioni interpersonali con i pari e con i superiori e si attivano solo nel momento in cui sono assenti.

Herzberg non propone un'ulteriore tipologia di bisogni ma sposta la riflessione sulla necessità di riconoscimento delle differenze individuali, in termini di qualità dei bisogni dominanti, per tradurli poi in iniziative gestionali coerenti e mirate.

I fattori igienici individuati diventano fattori di prevenzione che permettono di evitare l'insoddisfazione ma non di aumentare la motivazione; la teoria permette di identificare la tipologia di fattori sui quali intervenire: se il problema dell'organizzazione è legato ad insoddisfazione si dovranno monitorare i fattori igienici, di contro se si vorranno migliorare le prestazioni l'organizzazione dovrà investire sui fattori motivanti¹²

Le teorie orientate ai processi, partendo dall'interrogativo "quali variabili regolano la dinamica motivazionale?" hanno studiato il meccanismo attraverso cui le istanze motivazionali influiscono sulle azioni e che conducono quindi all'espressione di una certa motivazione.¹³

TEORIA DELL'ASPETTATIVA DI VROOM (1964)

In termini generali, la teoria dell'aspettativa, basata su processi cognitivi, sostiene che le persone sono motivate ad assumere un comportamento che produce risultati ritenuti importanti.¹⁴

Il matematico Victor Vroom nel 1964 nell'opera *Work and Motivation*, pubblicò la Teoria dell'Aspettativa che si riassume in questa regola:

la forza di una tendenza a comportarsi in un determinato modo dipende dalla forza di un'aspettativa

¹² Cortese C.G., *Motivare*, Raffaello Cortina Editore, 2005

¹³ Costa G., Gianecchini M., *Risorse umane. Persone, relazioni e valore*, McGraw-Hill, 2009

¹⁴ Kreitner R, Kinicki A., *Comportamento organizzativo*, APOGEO, 2008

che l'individuo nutre nei confronti di una data conseguenza (o risultato) e dal valore o attrattiva di tale conseguenza (o risultato) per chi compie l'atto¹⁵

Per Vroom la motivazione si riassume nella decisione della quantità di sforzo da esercitare in un determinata situazione e la scelta si basa sulla *sequenza: sforzo a cui segue la prestazione e prestazione che determina un certo risultato*

Per il teorico la forza della motivazione è l'esito di 3 fattori:

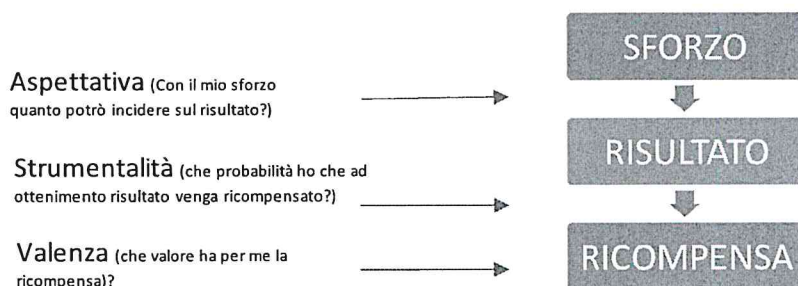
1. VALENZA: misura dell'intensità di desiderio di ricompensa. Per Vroom si riferisce al valore positivo o negativo che le persone danno ai risultati e riflette le preferenze personali.

2. ASPETTATIVA: convinzione che l'impegno porti ad un determinato livello di prestazione. L'aspettativa per Vroom prende forma di probabilità soggettive, che in termini statistici va da 0 a 1, quindi un'aspettativa pari a 0 indica che lo sforzo non esercita alcun impatto preventivo sulla prestazione. I fattori che influiscono sulle percezioni di aspettativa sono ad esempio l'autostima, l'autoefficacia, i successi pregressi relativi allo svolgimento dello stesso compito

3. STRUMENTALITA': stima del legame tra raggiungimento degli obiettivi ed ottenimento della ricompensa. Essa varia da -1 a 1. Una strumentalità pari a 1 indica che il raggiungimento di un determinato risultato dipende dalla prestazione nello svolgimento di un compito, se pari a 0 non esiste relazione tra prestazione e risultato, se -1 significa che un'alta prestazione diminuisce la possibilità di avere un risultato mentre un basso livello l'aumenta.

A titolo esemplificativo: più tempo si trascorre a studiare per prendere 30 ad un esame (alta prestazione) meno tempo si avrà per il tempo libero. Analogamente, diminuendo il tempo studio (bassa prestazione) aumenta il tempo libero.¹⁶

La figura sottostante riassume la teoria di Vroom (figura 4)



¹⁵ E E Lawler III., Motivation in work organizations, 1973, citato in Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

¹⁶ Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

TEORIA MOTIVAZIONALE DELL'EQUITA' DI ADAMS (1965)

J. Stacey Adams, psicologo pioniere nell'applicazione del principio di equità sul posto di lavoro, seguendo il modello della motivazione secondo cui le persone negli scambi sociali o nelle relazioni dare/avere cercano l'imparzialità e la giustizia (teoria basata sulla dissonanza cognitiva elaborata dal Leon Festinger negli anni '50, psicologo sociale), elabora la teoria dell'equità¹⁷ secondo cui le due componenti principali della relazione *collaboratore-datore di lavoro* sono gli input del collaboratore e gli output dell'organizzazione (tabella 1)

Input	Output
Tempo	Stipendio/bonus
Formazione	Benefit
Esperienza	Compiti sfidanti
Prestazioni pregresse	Giorni liberi pagati
Capacità/ abilità	Sicurezza sul lavoro
Creatività	Avanzamenti di carriera
Anzianità	Status Symbol
Lealtà verso l'organizzazione	Ambiente di lavoro piacevole/sicuro
Età	Opportunità di crescita
Caratteristiche personali	Sostegno dei supervisori
Sforzo profuso	Riconoscimento
Presenza	Partecipazione in decisioni importanti

Tabella 1 Input e output Fonte: tratto dal J.S. Adams "Toward an understanding of inequity", in Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

Per Adams quindi la variabile principale che interviene nel processo motivazionale è l'equità percepita ovvero la valutazione soggettiva del livello di equità presente in un determinato contesto sociale che la persona costruisce mettendo a confronto "ciò che offre" con "ciò che riceve" e la sua "situazione personale" con la "situazione degli altri".

Quanto più la percezione di equità è elevata tanto più la persona si sentirà motivata ad agire in quel contesto sociale, rispondendo positivamente alle richieste che gli vengono fatte o percorrendo in modo autonomo attività non richieste. Di contro con la percezione di un basso livello di equità, la motivazione all'azione verrà meno con conseguente tendenza a sottrarsi alle richieste che riceve

¹⁷ Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

(iniquità).

La percezione di equità quindi non chiama in causa solo la propria esperienza personale, riguarda anche ciò che accade agli altri; affinché una persona manifesti un alto livello di motivazione non basta raggiungere risultati proporzionali al contributo dato bensì è necessario che anche gli altri colleghi ricevano un trattamento analogo. Potrà quindi determinarsi demotivazione sia in presenza di un risultato inadeguato allo sforzo agito, sia quando le persone con cui ci si confronta ricevono trattamenti più favorevoli.

LA TEORIA DELLA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI -GOAL SETTING- (1968)

Così come la teoria di Adams, anche Edwin Locke nell'elaborazione della teoria del goal setting ha un approccio cognitivista. Lo psicologo americano definisce obiettivo (goal) "ciò che un individuo sta tentando di realizzare; l'oggetto o scopo di un'azione".¹⁸ Gli obiettivi sono la variabile fondamentale per capire il percorso in base al quale gli stati motivazionali si traducono in comportamenti, essi sono la base della motivazione, le determinanti cognitive fondamentali che intervengono nella messa in atto delle condotte intenzionali.¹⁹

Per Locke le caratteristiche degli obiettivi che influenzano maggiormente i comportamenti sono:

- Consapevolezza intesa come riconoscimento, da parte della persona, dell'obiettivo in quanto tale
- Forza intesa come il valore attribuito all'obiettivo. Tanto più l'obiettivo è accettato tanto più la forza sarà intensa
- Aspettativa di successo nel conseguimento dell'obiettivo
- Specificità ovvero la chiarezza dell'obiettivo
- Difficoltà intesa come il livello di sfida che l'obiettivo sollecita

Quindi tanto più gli obiettivi risulteranno consapevoli, forti, capaci di generare aspettativa di successo, specifici e difficili, tanto più la prestazione lavorativa sarà elevata.

La teoria, secondo l'autore, per essere applicata efficacemente necessita di tre passaggi fondamentali:

1. definizione degli obiettivi i quali dovrebbero essere specifici, misurabili, attuabili, orientati al risultato e legati al tempo.

¹⁸ E A Locke et al., Goal setting and Task Performance: 1968-1980" citato in Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

¹⁹ Cortese C.G., Motivare, Raffaello Cortina Editore, 2005

2. Promozione del commitment nei confronti dell'obiettivo ricordando che le persone sono maggiormente motivate a perseguire obiettivi ritenuti ragionevoli, raggiungibili ed equi.
3. Sostegno e feedback fondamentali per calibrare lo sforzo ed elaborare strategie adatte alla realizzazione degli obiettivi.

Per chiudere la panoramica relativa alle principali teorie motivazionali, utile citare lo studioso di comportamento organizzativo Terence Mitchell il quale ha delineato un modello per spiegare come la motivazione influenza i comportamenti lavorativi e la performance; il modello (figura 5) integra elementi di diverse teorie identificando cause e conseguenze della motivazione.

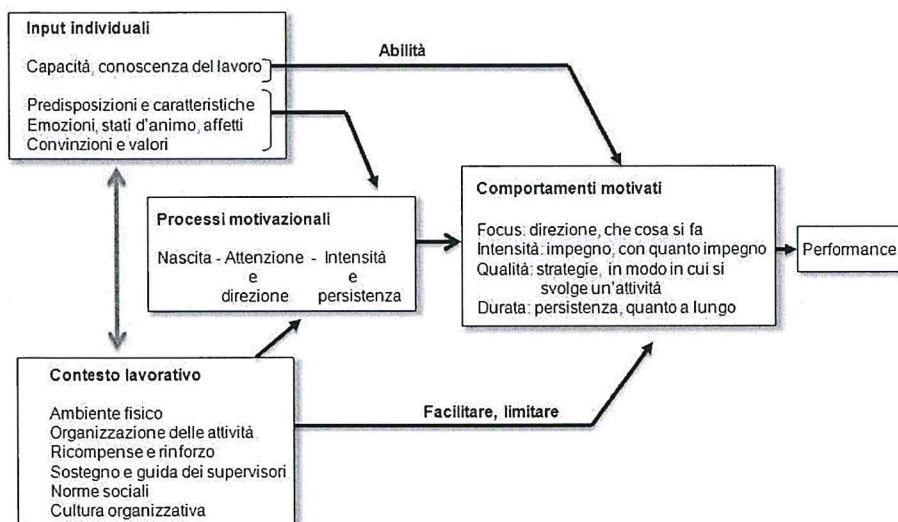


Figura 5. Modello della motivazione legato alla prestazione lavorativa. Fonte Kreitner R, Kinicki A., *Comportamento organizzativo*, APOGEO, 2008 pg 133

Analizzando il modello si evince che la motivazione è diversa dal comportamento, punto di arrivo, quest'ultimo, visibile ed osservabile, non esclusivamente influenzato dalla motivazione in quanto risente anche del contesto e degli input individuali. La performance che riflette lo standard stabilito dall'organizzazione, rappresenta quindi un insieme di comportamenti che si ripetono nel tempo, in contesti differenti e con persone diverse.

1.2 La learning organization

Nelle organizzazioni sanitarie, siano esse pubbliche o private, nella visione di H. Mintzberg²⁰ la forma

²⁰ Mintzberg H. *La progettazione dell'organizzazione aziendale* (ed 2) Il mulino, 1996

organizzativa professionale è un importante fattore di lettura organizzativa sia per la progettazione che per le relazioni interne.

Quando si parla di organizzazione professionale si fa riferimento ad un'attività collettiva realizzata da personale altamente qualificato e specializzato che si avvale di conoscenze, tecniche e metodologie difficili da apprendere, apprese durante lunghi periodi di studio.²¹

Esempi di tale forma possono essere le Università, gli ospedali, le scuole, in generale tutte quelle organizzazioni dove il *Know How* è posseduto principalmente dal singolo ed in misura minore dall'organizzazione e dove l'attività è messa in atto dai singoli professionisti che la compongono, ed a cui vengono chieste specifiche competenze frutto della formazione iniziale e dello sviluppo professionale.

Si pensi ad esempio alla categoria dei medici: essi prima di tutto si sentono appartenenti ad una specialità (cardiologia, ematologia, anesthesiologia, cardiologia...) e solo in seguito si percepiscono come professionisti di un determinato ospedale, questo perché l'azione dei professionisti è influenzata da criteri e norme proprie della professione (specialità, albi, professioni, società scientifiche) e quindi definite all'esterno dell'organizzazione.²²

Questa premessa porta a parlare di apprendimento inteso come un approccio di pratica che la persona fa nel vivere quotidiano più che formazione/training in senso stretto.

In questo contesto si sviluppa il pensiero di Peter Senge sulla *learning organization*, che concepisce l'organizzazione come un sistema vivo, pulsante, una sorta di "corteccia cerebrale in cui ogni individuo è un neurone complesso, e la relazione fra questi forma la rete di sinapsi che li collega aumentando geometricamente il potenziale".²³

La *learning organization* si pone come punto di riferimento alle pratiche di apprendimento che si possono progettare ed introdurre per aumentare le competenze e soprattutto per rendere l'organizzazione maggiormente capace di rispondere alle crisi che richiedono complesse forme di adattamento.

Secondo Senge "Sin dall'infanzia, ci insegnano a scomporre i problemi, a frammentare il mondo", con la conseguente perdita di visione di insieme; riuscendo invece ad abbandonare il pensiero che la realtà sia frammentata, si può pensare alle organizzazioni che apprendono: "organizzazioni nelle

²¹ Croce D., *Lean organization e learning organization a confronto per la Medicina Interna*, Italian Journal of Medicine 2014; volume 2:83-89

²² Croce D., *Lean organization e learning organization a confronto per la Medicina Interna*, Italian Journal of Medicine 2014; volume 2:83-89

²³ Donadio A., *Learning organization. L'apprendimento diffuso come leva antifragilità*. Franco Angeli, 2021

quali le persone aumentano la propria capacità di raggiungere i veri risultati a cui mirano; si stimolano modi innovativi di pensare la crescita; si lascia libero sfogo alle aspirazioni collettive e nelle quali, infine, le persone continuano ad imparare come si apprende insieme”.

Senge (Figura 6), definisce discipline di una Learning Organization (LO)²⁴



Figura 6: fonte: <https://frontlinemanagementexperts.wordpress.com/>

1. Il pensiero sistemico: uno schema concettuale che permette di avere una visione di insieme e conseguentemente agire in modo efficace per cambiare.
2. La padronanza personale: considerata il fondamento spirituale della LO, è la disciplina che consiste nel chiarire e approfondire costantemente la propria visione personale, concentrare le proprie energie, sviluppare pazienza e vedere la realtà in modo obiettivo.
3. I modelli mentali: ovvero le ipotesi radicate nella mente che influenzano il modo in cui ognuno interpreta e agisce nella realtà; il lavoro per modelli mentali è un esercizio che “inizia ‘voltando’ lo specchio verso l’interno”.
4. Costruire una visione condivisa: capacità di un buon leader infatti è quella di creare la visione del futuro con obiettivi, valori e mission condivisi in grado di “legare insieme i singoli intorno a una identità e a senso di destino comune”, mai imposta dall’alto.
5. L’apprendimento di gruppo: quando si apprende in gruppo, l’intelligenza di questo aumenta quella dei singoli, la disciplina dell’apprendimento di gruppo inizia con il dialogo (mezzo attraverso cui parole distanti si avvicinano) inteso come capacità dei membri del gruppo di mettere in “attesa” le ipotesi precedenti e pensare ad un genuino “pensare comune”.

Senge ricorda comunque che anche dove queste 5 discipline convergono, non necessariamente significa si sia di fronte ad un momento di apprendimento organizzativo ma piuttosto in un

²⁴ Donadio A., Learning organization. L’apprendimento diffuso come leva antifragilità. Franco Angeli, 2021

contesto in grado di creare una “nuova ondata di sperimentazioni e progressi”. Le organizzazioni che apprendono sono quindi quelle in cui vi è consapevolezza del legame tra miglioramento, cambiamento e apprendimento e le persone che ne fanno parte cercano di incrementare di continuo la loro capacità di conseguire i risultati a cui aspirano.

Una LO quindi è un’azienda che sostiene i propri dipendenti nella crescita professionale e li spinge ad apprendere nuove conoscenze ma secondo il CEB (Council of Europe Development Bank) *solo il 10% delle società è classificabile come tale, ciò significa che il 90% delle aziende non sfrutta le opportunità offerte da un approccio fondato sull’apprendimento*²⁵

Secondo la teoria di Senge, che pone le risorse umane al centro delle strategie aziendali, è fondamentale adottare una leadership motivante; questo presuppone una cultura organizzativa di tipo adattivo con struttura gerarchica snella (con pochi livelli gerarchici) orientata al risultato e fondata su una relazione cooperativa (le persone devono sentirsi libere di discutere delle problematiche senza paura) che fa tesoro delle esperienze passate da una parte e definisce processi di problem solving dall’altra: va detto che la condizione affinché questo avvenga è che alla base deve esistere la volontà di cooperare.

Inevitabile che tutto ciò comporti estremo impegno in termini temporali e necessità di leader in grado di incoraggiare e supportare l’apprendimento continuo attraverso la formazione continua partecipata e trasversale ai processi, inserita nel contesto della quotidianità lavorativa perché ogni volta che si attua un flusso di conoscenza tra gli appartenenti ad un’organizzazione le persone esprimono un potenziale che da una parte migliora la prestazione dall’altra corrobora la propria motivazione .

²⁵ <https://www.ispring.it/blog/learning-organization>

2. MOTIVAZIONE E LAVORO: ASPETTI RILEVANTI PER LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

In un mercato del lavoro dinamico come quello sanitario, nel quale la carenza di personale, in particolare quello infermieristico, apre opportunità di scelta pressoché illimitate ai professionisti che intraprendono la carriera professionale, il concetto di motivazione deve essere tenuto in grande considerazione dalle organizzazioni. La motivazione è un costrutto complesso, del quale alcuni autori hanno chiarito le sfaccettature e tracciato chiari contorni. La motivazione intrinseca si riferisce al piacere che si trae da un'attività, ossia significa che piace svolgere tale attività. Il termine è stato confuso con un altro tipo di motivazione, che è propriamente denominata motivazione al raggiungimento degli obiettivi e che si riferisce alla competizione con qualche standard di eccellenza (inconscio o conscio). La motivazione al raggiungimento degli obiettivi significa voler fare bene: un'attività può piacere, ma chi la compie può non preoccuparsi di svolgerla bene. Al contrario, ci si può sforzare di lavorare bene anche se un'attività non piace. Il terzo tipo di motivazione, nota come motivazione estrinseca, si riferisce all'effetto degli incentivi monetari e spinge a lavorare bene nel presente per ottenere qualcosa in seguito²⁶.

Nel mondo sanitario, in particolare, l'effettiva possibilità del personale infermieristico di partecipare alle decisioni che influenzano il percorso clinico dei pazienti rappresenta un punto critico, ampiamente dibattuto anche in Italia da molti autori già in anni lontani e ripreso in tempi più recenti da vari lavori internazionali²⁷.

2.1 Motivazione, percezione di senso e "intention to leave"

Tradizionalmente, la soddisfazione lavorativa è definita come la percezione che un individuo ha del proprio lavoro²⁸, tuttavia la misura in cui l'ambiente di lavoro reale soddisfa le aspettative individuali

²⁶Locke, E.A.,Schattke, K. (2019). Intrinsic and extrinsic motivation: Time for expansion and clarification. *Motivation Science*, Vol 5(4), 277-290.

²⁷ Destrebecq A., Terzoni S., Colosio C., Neri L., Brambilla G. (2009). intention to leave nursing ina major Milan hospital: current situation and future perspectives. *La medicina del Lavoro*, 100 (2),109-119; Aiken, L. et al. (2012) Patient safety. Satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. Mar 20;344:e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717; Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011>.

²⁸Aziri, B. (2011). Job satisfaction: a literature review. *Management research and practice*; 2(4):77-86.

ideali influisce sulla soddisfazione stessa e sugli atteggiamenti che la persona pone in essere in ambito lavorativo. Viene considerata una variabile fondamentale per l'organizzazione del lavoro, ed è utilizzata come un indicatore della qualità della vita e del benessere dei dipendenti.

Sulla scorta dell'esperienza maturata in campo sanitario, la formazione può essere una componente della soddisfazione lavorativa, nella misura in cui essa permette l'acquisizione di nuove competenze che interessano al lavoratore e possono, eventualmente, portargli benefici di carriera. Alcuni autori²⁹ hanno sottolineato che, anche in un contesto economicamente instabile, il livello di istruzione consente al dipendente di raggiungere obiettivi ed utilizzare le proprie potenzialità in misura più ampia e di chiarire i ruoli nel proprio ambiente di lavoro.³⁰

Un'altra componente-chiave della job satisfaction è la percezione di senso legata all'attività svolta. Basandosi sulla definizione fondamentale di Locke, che definisce la soddisfazione lavorativa come "uno stato emotivo piacevole o positivo derivante da una valutazione del proprio lavoro o delle proprie esperienze lavorative"³¹, il lavoro teorico e pratico sulla soddisfazione lavorativa si è in gran parte concentrato sui processi cognitivi che sottendono i giudizi dei lavoratori sui compiti lavorativi, sulle condizioni economiche o sull'ambiente organizzativo³². La ricerca³³ ha dimostrato che la soddisfazione lavorativa è legata alla promozione, da parte dell'organizzazione, di sentimenti positivi; ciò è particolarmente vero nel settore sanitario, dove le esperienze negative nella gestione delle condizioni dei pazienti possono prevalere su quelle positive. In particolare, il significato del lavoro è stato identificato come un potenziale fattore di soddisfazione lavorativa. Affinché il lavoro sia significativo, gli individui devono essere in grado di identificare un significato nelle loro azioni,

²⁹ Gaki, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. Investigating demographic, work-related and job satisfaction variables as predictors of motivation in Greek nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 483–490. 2013 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01413>.

³⁰ Gaki, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. Investigating demographic, work-related and job satisfaction variables as predictors of motivation in Greek nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 483–490. 2013 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01413>.

³¹ Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1343). Chicago, IL: Rand McNally, p. 1300.

³² Negri, L. (2022). Job satisfaction among physicians and nurses involved in the management of multiple sclerosis: The role of happiness and meaning at work. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 43(3), 1903–1910. 2022 <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05520-8>

³³ Ravari, A., Mirzaei, T., Kazemi, M., & Jamalizadeh, A. (2012). Job satisfaction as a multidimensional concept: A systematic review study. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*. 1(2):95-102.

riflettendo valori e convinzioni personali³⁴. Questo concetto è in sintonia con quello di job calling, spesso applicato in relazione ai valori pro-sociali dei professionisti della salute e all'impegno esistenziale nel migliorare la salute delle persone. Tale concetto si riferisce al fatto di svolgere un lavoro per il quale ci si sente estremamente portati e che coincide appieno con la propria aspirazione, generando così una percezione di utilità della professione svolta e un elevato livello di soddisfazione³⁵. Alcuni ricercatori³⁶ hanno identificato il significato del lavoro come un potente motore della soddisfazione di carriera e un predittore negativo del burnout tra i sanitari.

Secondo la psicologia positiva³⁷, il significato e l'affettività positiva non sono concetti che si escludono a vicenda, ma rappresentano piuttosto dimensioni complementari dell'esperienza umana. In particolare, in ambito lavorativo, Steger et al. hanno concepito il significato del lavoro come una variabile motivazionale che interagisce con l'affettività positiva. Nel loro studio tra i colletti bianchi, hanno identificato un effetto moderatore significativo del significato del lavoro nella relazione tra disposizione affettiva positiva e impegno lavorativo. I partecipanti che percepivano il proprio lavoro come altamente significativo si impegnavano maggiormente nel lavoro, indipendentemente dalla loro disposizione affettiva; al contrario, quando il lavoro aveva un basso significato, i partecipanti con un'alta disposizione affettiva si impegnavano maggiormente nel lavoro rispetto a quelli con una bassa disposizione affettiva.³⁸

Analogamente, in un altro studio³⁹ è stato individuato un effetto moderatore del significato del lavoro nella relazione tra felicità lavorativa e soddisfazione per la vita, autonomia e padronanza dell'ambiente. Tuttavia, l'interazione osservata era in direzione opposta rispetto ai risultati di Steger.

³⁴ Bailey, C., Yeoman, R., Madden, A., Thompson, M., & Kerridge, G. A Review of the Empirical Literature on Meaningful Work: Progress and Research Agenda. *Human Resource Development Review*, 18(1), 83–113. 2019 <https://doi.org/10.1177/1534484318804653>

³⁵Hirschi, Andreas & Keller, Anita & Spurk, Daniel. (2017). Living One's Calling: Job Resources as a Link Between Having and Living a Calling. *Journal of Vocational Behavior*. 106. 10.1016/j.jvb.2017.12.001.

³⁶Negri, L., Cilia, S., Falautano, M., Grobberio, M., Niccolai, C., Pattini, M., Pietrolongo, E., Quartuccio, M. E., Viterbo, R. G., Allegri, B., Amato, M. P., Benin, M., De Luca, G., Gasperini, C., Minacapelli, E., Patti, F., Trojano, M., & Bassi, M. (2022). Job satisfaction among physicians and nurses involved in the management of multiple sclerosis: the role of happiness and meaning at work. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 43(3), 1903–1910. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05520-8>

³⁷ Tong, L. Relationship between meaningful work and job performance in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 24(2),2018 <https://doi.org/10.1111/ijn.12620>

³⁸ Steger, M. F., Littman-Ovadia, H., Miller, M., Menger, L., & Rothmann, S. (2013). Engaging in Work Even When It Is Meaningless: Positive Affective Disposition and Meaningful Work Interact in Relation to Work Engagement. *Journal of Career Assessment*, 21(2), 348–361. 2013 <https://doi.org/10.1177/1069072712471517>

³⁹Muldoon, Jeffrey & Kisamore, Jennifer & Liguori, Eric & Jawahar, I.M. & Bendickson, Josh. (2017). Moderators of the personality-performance relationship: An investigation of job meaning and autonomy. *Personnel Review*. 46. 474-489. 10.1108/PR-02-2016-0040.

Quando i partecipanti attribuivano un basso significato al loro lavoro, i diversi livelli di felicità lavorativa non avevano un effetto significativo sulle tre variabili di risultato, mentre ad alti livelli di significato lavorativo, i partecipanti erano più soddisfatti della loro vita e percepivano più autonomia e padronanza ambientale se riferivano un'alta felicità lavorativa rispetto a una bassa.

2.2 Motivazione, formazione e “intention to leave”: l’impatto del burnout

L’intenzione di abbandonare la professione è stata associata da molti autori a bassi livelli di motivazione⁴⁰. Quest’ultima è dunque una variabile che necessita di essere attentamente considerata e sostenuta, possibilmente con approccio proattivo anziché reattivo, durante la gestione delle risorse umane. La ricca letteratura esistente in materia ha abbracciato varie categorie di lavoratori, compresi quelli ancora in formazione dottorale, in molteplici Paesi⁴¹ con risultati sostanzialmente sovrapponibili anche in popolazioni non sanitarie⁴².

In una sorta di proprietà transitiva, essendo la motivazione alla base della job satisfaction, quest’ultima è negativamente correlata all’intenzione di abbandonare il posto di lavoro o la professione: più sono alti i livelli di soddisfazione, meno (prevedibilmente) intensa è la volontà di lasciare. In tutte le professioni d’aiuto la soddisfazione è inoltre un fattore di prevenzione del burnout, un fenomeno ben noto nel mondo sanitario. Di conseguenza, le componenti di soddisfazione lavorativa, il burnout e l’intenzione di abbandonare formano una sorta di triade costituita da concetti interconnessi.

⁴⁰ Negri, L. (2022). Job satisfaction among physicians and nurses involved in the management of multiple sclerosis: The role of happiness and meaning at work. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 43(3), 1903–1910. 2022 <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05520-8>

⁴¹ Blaauw, D., Ditlopo, P., Maseko, F., Chirwa, M., Mwisongo, A., Bidwell, P., Thomas, S., & Normand, C. (2013). Comparing the job satisfaction and intention to leave of different categories of health workers in Tanzania, Malawi, and South Africa. *Global Health Action*, 6. <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.19287>; Chang, H.-Y., Lee, I.-C., Chu, T.-L., Liu, Y.-C., Liao, Y.-N., & Teng, C.-I. (2019). The role of professional commitment in improving nurses’ professional capabilities and reducing their intention to leave: Two-wave surveys. *Journal of Advanced Nursing*, 75(9), 1889–1901. <https://doi.org/10.1111/jan.13969>; Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S., & Drennan, V. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: A systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17(1), 824.2017 <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2707-0>; Liou, S.-R. Nurses’ intention to leave: Critically analyse the theory of reasoned action and organizational commitment model. (2009) *Journal of Nursing Management*, 17(1), 92–99. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00873.x>

⁴² Jüttler, M. (2020). Predicting economics student retention in higher education: The effects of students’ economic competencies at the end of upper secondary school on their intention to leave their studies in economics. *PLoS One*, 15(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228505>

Il termine burnout fu introdotto da Freudenberg nel 1974, quando osservò una perdita di motivazione e una riduzione dell'impegno tra i volontari di una clinica di salute mentale.⁴³

È stato Maslach a sviluppare una scala, il Maslach Burnout Inventory (MBI), che a livello internazionale è lo strumento più utilizzato per misurare il burnout⁴⁴. Secondo la concettualizzazione di Maslach, il burnout è una risposta all'eccessivo stress lavorativo, caratterizzata da una sensazione di svuotamento emotivo e di mancanza di risorse emotive (esaurimento emotivo), da una risposta negativa e distaccata nei confronti degli altri e da una perdita di idealismo (depersonalizzazione) e da una diminuzione della sensazione di competenza e di rendimento sul lavoro (riduzione della realizzazione personale). Maslach ha teorizzato che il burnout è uno stato che si verifica come risultato di un prolungato disadattamento tra una persona e almeno una delle seguenti sei dimensioni del lavoro ⁴⁵:

- Carico di lavoro: carico di lavoro e richieste eccessive, tali da non consentire il recupero.
- Controllo: i dipendenti non hanno un controllo sufficiente sulle risorse necessarie per completare o portare a termine il proprio lavoro.
- Ricompensa: mancanza di un'adeguata ricompensa per il lavoro svolto. Le ricompense possono essere finanziarie, sociali e intrinseche (ad esempio, l'orgoglio che si prova quando si svolge un lavoro).
- Comunità: i dipendenti non percepiscono un senso di connessione positiva con i colleghi e i dirigenti, con conseguente frustrazione e riduzione della probabilità di supporto sociale.
- Equità: una persona percepisce l'ingiustizia sul posto di lavoro, compresa l'iniquità del carico di lavoro e della retribuzione.
- Valori: dipendenti che si sentono costretti dal lavoro ad agire contro i propri valori e le proprie aspirazioni o quando sperimentano conflitti tra i valori dell'organizzazione.

⁴³ Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>.

⁴⁴ Maslach C., Jackson S.E., (1981) *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA (tr. it. a cura di Sirigatti S., Stefanile S., (1993) *MBI Maslach Burnout Inventory. Adattamento italiano*. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze).

⁴⁵ Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. 2001 <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Maslach ha teorizzato queste sei caratteristiche lavorative come fattori che causano il burnout e ha posto il deterioramento della salute e delle prestazioni lavorative dei dipendenti come risultati derivanti dal burnout. I modelli successivi di burnout si differenziano da quello di Maslach in due modi: non concettualizzano il burnout come una sindrome esclusivamente legata al lavoro; considerano il burnout come un processo piuttosto che come uno stato. Il modello risorse-domande lavorative ⁴⁶ si basa sulla visione del burnout come un disadattamento basato sul lavoro, ma differisce dal modello di Maslach in quanto sostiene che il burnout si sviluppa attraverso due percorsi distinti: richieste lavorative eccessive che portano all'esaurimento e risorse lavorative insufficienti che portano al disimpegno. Come Maslach e Schaufeli, questo modello vede il burnout come il polo negativo di un continuum di benessere dei dipendenti, mentre l'impegno lavorativo è il polo positivo.

Tra coloro che considerano il burnout come un processo, Cherniss ha utilizzato un approccio longitudinale⁴⁷ per indagare lo sviluppo del burnout negli operatori dei servizi umani all'inizio della carriera. Il burnout viene presentato come un processo caratterizzato da cambiamenti negativi negli atteggiamenti e nei comportamenti verso i clienti che si verificano nel tempo, spesso associati alla disillusione dei lavoratori nei confronti degli ideali che li hanno portati al lavoro. Gustavsson e colleghi hanno utilizzato questo modello nell'esame di dati longitudinali su infermieri all'inizio della carriera e hanno scoperto che l'esaurimento è una prima fase del processo di burnout, che prosegue solo se gli infermieri presentano un coping disfunzionale (ad esempio, cinismo e disimpegno)⁴⁸.

Melamed e Shirom hanno suggerito che il burnout si verifica quando gli individui esauriscono le loro risorse a causa dell'esposizione a lungo termine a circostanze emotivamente impegnative sia in ambito lavorativo che di vita, suggerendo che il burnout non è esclusivamente una sindrome professionale ⁴⁹.

Nel complesso, la molteplicità di questi fattori e la loro interdipendenza rende necessaria l'adozione di uno stile di leadership etico, mirato a sostenere e valorizzare le competenze dei professionisti

⁴⁶ Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. The job demands-resources model of burnout. *The Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512, 2001

⁴⁷ Burke RJ, Greenglass ER. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Soc Sci Med*. 1995 May;40(10):1357-63.

⁴⁸ Gustavsson, J. P., Hallsten, L., & Rudman, A. Early career burnout among nurses: Modelling a hypothesized process using an item response approach. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 864–875, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.007>

⁴⁹ Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 18(2), 53–60, 1992. <https://doi.org/10.1080/08964289.1992.9935172>

nell'arco della loro intera carriera. La valutazione periodica delle competenze, la loro manutenzione sostenuta dall'organizzazione, la loro valorizzazione in termini professionali, organizzativi ed economici divengono dunque di fondamentale importanza come fattori di prevenzione dell'intention to leave.

2.3 Squilibri negli organici e turnover

Gli aspetti delineati nei paragrafi precedenti possono utilmente essere considerati congiuntamente nell'analisi dello scenario attuale. Secondo la letteratura⁵⁰, diversi sono i determinanti da considerare in questo tipo di analisi; il primo è la complessità organizzativa ed economica delle organizzazioni sanitarie: in Italia i D.Lgs. 502/92 e 517/93 hanno profondamente ristrutturato gli ospedali così come venivano concepiti alla luce della Legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Se fino ad allora le attività sanitarie non erano regolamentate da un sistema tariffario dotato di tetti di spesa e le prestazioni erano rimborsate "a pié di lista" senza limiti, da quel momento gli ospedali sono diventati aziende. Nella stessa definizione di azienda è implicito il dovere, pur a fronte di garantire l'erogazione del servizio, di provvedere al pareggio di bilancio. All'atto pratico, ciò significa che un ospedale pubblico è da un lato in dovere di erogare i servizi che servono alla popolazione del proprio bacino d'utenza (anche se non tutti i servizi in questione si rivelano lucrosi) e dall'altra deve garantire che il bilancio d'esercizio non sia in perdita. Questo implica che l'attività dei servizi economicamente meno produttivi (ad esempio la maggior parte degli ambulatori) sia compensata economicamente da quella di altre aree dell'organizzazione (ad esempio il settore chirurgico, i cui rimborsi prestazionali sono tra i più elevati). Questi vincoli, in un'epoca nella quale i ruoli infermieristici sono numericamente insufficienti rispetto al fabbisogno, creano all'interno del gruppo professionale tensioni e problematiche direttamente riconducibili ai problemi di motivazione, burnout, intention to leave. La scarsità numerica fa sì che il carico di lavoro aumenti in tutti i servizi, in parallelo alla diminuzione del tempo che i professionisti possono dedicare a ciascun paziente, all'aumento del rischio clinico di eventi avversi e alla diminuzione della

⁵⁰Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *344*, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

sicurezza sul lavoro, tutti fattori legati al turnover infermieristico⁵¹. Tale turnover è a sua volta un determinante di burnout per gli infermieri che rimangono a lavorare a medio/lungo termine nello stesso luogo, poiché inevitabilmente a loro sono affidati di continuo neoassunti da affiancare ed inserire, i quali spesso lasceranno il luogo di lavoro dopo poco tempo rendendo pressoché vano l'impegno profuso dai senior che li hanno formati.

Il turnover ha un grosso impatto economico (e non solo) sulle organizzazioni sanitarie; la letteratura in questo campo è particolarmente ricca, al punto che nel 2022 è stata addirittura pubblicata una revisione sistematica⁵². L'impatto economico si sostanzia nella necessità, per l'organizzazione, di sostenere costi di formazione, oltre che retributivi, per persone che dopo pochi mesi, al termine del loro periodo di formazione finalizzata all'inserimento nel mondo del lavoro (o anche prima) andranno a lavorare altrove. Va anche considerato l'impatto economico indiretto della necessità di formare queste persone: il semplice affiancamento all'infermiere "senior" (ormai divenuto, in molte realtà, colui che lavora da almeno un anno contrariamente a quanto avveniva fino agli anni 2010, nei quali i senior avevano esperienza decennale o ventennale del loro servizio) è parte della retribuzione del senior stesso e avviene dunque isorisorse, ma nel contempo porta il professionista mentore a sottrarre una quota di tempo ad altre attività per dedicarle alla formazione del nuovo arrivato. Questo, come detto in precedenza, si traduce in un potenziale aumento del rischio clinico con le relative ricadute economico-organizzative in termini di incidenti e *near misses* (mancati incidenti).

Quali strumenti è dunque possibile, auspicabile o necessario utilizzare per fronteggiare questa situazione complessa e sostenere la motivazione dei professionisti? I decision-makers infermieristici (dirigenti di struttura semplice o complessa che siano) si muovono nell'ambito della normativa professionale e del contratto collettivo nazionale di lavoro. Quest'ultimo offre degli strumenti (ad esempio il riconoscimento di differenziali economici, le posizioni funzionali all'interno dell'organizzazione) tra i quali la formazione certamente è annoverata; di qui la necessità di

⁵¹Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Sjetne, I. S., Moreno-Casbas, T., Kózka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L. H., Schwendimann, R., & RN4CAST consortium (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ quality & safety*, 23(2), 126–135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>

⁵²Bae S. H. (2022). Noneconomic and economic impacts of nurse turnover in hospitals: A systematic review. *International nursing review*, 69(3), 392–404. <https://doi.org/10.1111/inr.12769>

analizzare più in dettaglio tale leva motivazionale, inquadrandola nella specifica cornice della professione infermieristica.

3. LA FORMAZIONE COME LEVA MOTIVAZIONALE

Quando si parla di andragogia ci si riferisce ad una formazione che ruota intorno ai bisogni del soggetto, anche se nella realtà le aziende finalizzano spesso la formazione ai soli bisogni organizzativi. I bisogni del soggetto cambiano nel corso dell'intera vita, determinando ciò che oggi si definisce Lifelong Learning, ovvero quella forma di apprendimento che ha come massimo esponente teorico Malcolm Knowles, autore della teoria andragogica.⁵³

L'adulto, secondo Knowles, apprende sul problema più che sul contenuto, sulla partecipazione individuale, sulla possibilità di far tesoro delle pregresse esperienze, sul clima positivo di collaborazione, sull'analisi dei bisogni⁵⁴ e degli interessi che sono funzionali alla propria vita. L'analisi dei bisogni, nella realtà, è svolta dalle organizzazioni e non si traduce in un'azione individuale. La letteratura in merito è ricca di contributi; sulla tematica Knowles riconosce quattro fattori considerati come determinanti nel favorire o ostacolare l'apprendimento degli adulti:

1. Il contesto in cui avviene l'apprendimento degli adulti
2. Le caratteristiche degli adulti in quanto protagonisti del loro apprendimento
3. Le situazioni di vita in cui si promuove l'apprendimento
4. I modi di pensare propri degli adulti.

Quanto teorizzato da Knowles trova conferma anche nel pensiero di Massimo Brusciaglioni, il quale condivide il fatto che la motivazione più potente dell'adulto è legata al suo bisogno di apprendere per un fine che gli sia ben chiaro e che senta come suo bisogno-desiderio, per il ruolo che ricopre, per gli obiettivi che persegue e le sfide che vuol vincere.⁵⁵

Sempre per Brusciaglioni, la motivazione dell'adulto può essere alimentata da quella che definisce "dissonanza cognitiva" che si determina "quando la persona percepisce un *gap* tra ciò che sa e ciò che avrebbe bisogno di sapere, allora si crea in lui una tensione che tende a ridurre operativamente tale *gap*".⁵⁶ In questo contesto affinché la tensione non venga vissuta in senso negativo, con conseguente scoramento della persona, è necessario che il formatore favorisca l'adulto nel renderlo

⁵³ Knowles M. Quando l'adulto impara. Franco Angeli, 1996 .

⁵⁴ Dilig-Ruiz, A., MacDonald, I., Demery Varin, M., Vandyk, A., Graham, I. D., & Squires, J. E. (2018). Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 123–134. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.014>;

⁵⁵ Loro D, Adulti ed educazione: quale rapporto? *Museologia scientifica memorie*. N10/2013, 11-21

⁵⁶ Brusciaglioni M, La gestione dei processi nella formazione degli adulti. Franco Angeli, 1997, 39.

capace di raggiungere l'obiettivo, favorendo un ambiente di apprendimento in sintonia con le sue specifiche modalità di conoscenza.

In tempi recenti, la Commissione Europea⁵⁷ ha sottolineato i vantaggi dell'apprendimento continuo, con particolare riferimento all'apprendimento sul posto di lavoro. Quest'ultimo è definito come qualunque forma di apprendimento che avvenga in un contesto lavorativo, con lo scopo di fornire agli individui le abilità necessarie ad ottenere e mantenere il proprio posto di lavoro e progredire nel proprio sviluppo professionale⁵⁸. Nel mondo sanitario questa definizione assume un valore particolare, considerate le regole del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) che la normativa ha reso obbligatorio per tutti i professionisti della salute⁵⁹. In particolare, stante l'obbligo di legge di basare qualunque attività sanitaria sulle evidenze scientifiche⁶⁰, sono previste sanzioni per i sanitari che non conseguono in tempo utile il numero di crediti formativi previsti dalla legge. Poiché le aziende sanitarie hanno facoltà di organizzare corsi soggetti ad accreditamento ECM e quindi utili a formare il portfolio del professionista in termini di crediti annuali, un'offerta formativa variegata e consona alle attività del professionista da parte dell'organizzazione diventa una potenziale leva motivazionale. Poiché inoltre alcuni corsi costituiscono un requisito per l'accesso a specifici incarichi (ad esempio nell'ambito del soccorso⁶¹) ed hanno un costo elevato, potervi accedere senza esborso personale tramite l'organizzazione è un ulteriore elemento di motivazione. Facendo ancora riferimento all'andragogia, all'interno dei contesti lavorativi uno strumento che può essere utilizzato anche a supporto della gestione delle risorse umane è il Bilancio delle Competenze, metodologia formativa che mira all'apprendimento di una *metacompetenza* riflessiva che induca la persona ad identificare le competenze maturate nell'arco della propria vita professionale. La rilettura delle esperienze passate e la loro traduzione in termini di competenze spendibili in altri

⁵⁷Ermini, D. Apprendimento degli adulti sul posto di lavoro: vantaggi e strategie di attuazione. Consultato su <https://epale.ec.europa.eu> il 20 gennaio 2023.

⁵⁸International Labour Organization. Investing in work-based learning. Consultato su https://www.ilo.org/skills/pubs/WCMS_565923/lang--en/index.htm il 19 gennaio 2023.

⁵⁹ Legge 24 dicembre 2007, n. 244. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008).

⁶⁰Legge 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

⁶¹Deliberazione Giunta Regionale Lombardia 16 maggio 2016 n. 10-5165. Aggiornamento della disciplina dei servizi in materia di trasporto sanitario semplice, trasporto sanitario e soccorso sanitario extraospedaliero.

settori incide prima di tutto sulla ridefinizione dell'immagine di sé, in termini di autostima ed efficacia, e rappresenta il punto di partenza per la definizione del proprio progetto di vita.⁶²

Nel contesto sanitario, com'è noto, esistono innumerevoli branche e specializzazioni; è dunque importante, volendo adottare un approccio proattivo, che l'organizzazione si assicuri nel tempo un adeguato numero di professionisti in tutte le branche di attività. Sarebbe poco sensato, ad esempio, avere un eccesso di professionisti in area internistica e una carenza di personale specializzato in area chirurgica; questo fenomeno, noto come "work imbalance", è ben noto in letteratura⁶³ e deriva sia dalle scelte dei lavoratori (basate sulle proprie preferenze) sia da decisioni dell'azienda. Nel caso specifico degli infermieri, la normativa italiana non prevede che le specializzazioni (esistenti sotto forma di master di primo livello, ex lege 43/2006) siano abilitanti e in quanto tali vincolanti ai fini dell'assegnazione della mansione; l'organizzazione può dunque decidere di non considerare il percorso formativo post-lauream del professionista, assegnandolo ad un'area clinico-assistenziale diversa da quella della specializzazione conseguita, sulla base delle necessità aziendali. La perdurante carenza di personale infermieristico contribuisce ad acuire questo fenomeno. Nonostante le branche specialistiche mediche prevedano titoli abilitanti per l'esercizio, il problema affligge anche la categoria di questi professionisti.

Zurn et al.⁶⁴ hanno riportato squilibri tra specialità (generalisti vs. specialisti), servizi (prevenzione vs. cure), genere e posizione geografica (aree urbane vs. aree rurali). In effetti, la carenza di medici è stata segnalata soprattutto nelle specialità di assistenza primaria e in quelle che forniscono servizi di prevenzione nella comunità. Negli Stati Uniti, l'88% dei medici sono specialisti, mentre solo il 12% dei medici sono generalisti (cioè medici generici, medici di famiglia e altri medici non specialisti). Percentuali simili, dal 72 al 28%, sono state riportate nel Regno Unito. Questa distribuzione è ancora più marcata nei Paesi in via di sviluppo, dove la domanda di professionisti in molte importanti professioni dell'assistenza sanitaria di base supera di gran lunga la loro offerta. Ad esempio, per soddisfare le esigenze di assistenza sanitaria mentale delle popolazioni africane e del Sud-Est asiatico, sono necessari almeno 20 professionisti della salute mentale in più ogni 100.000 abitanti, e

⁶² Bastone A. Bilancio di competenze a pedagogia degli adulti: dall'autoconsapevolezza alla progettazione del futuro. *Educare.it*- Vol 21, n11 Novembre 2021.

⁶³ Thi Nguyen, V. A., Könings, K. D., Scherpbier, A. J. J. A., & van Merriënboer, J. J. G. Attracting and retaining physicians in less attractive specialties: The role of continuing medical education. *Human Resources for Health*, 19(1), 69, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00613-z>

⁶⁴ Zurn, P., Dal Poz, M. R., Stilwell, B., & Adams, O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2(1), 13, 2004. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-13>

la maggior parte degli psichiatri lavora per gli ospedali psichiatrici. Oppure, nel caso della medicina di famiglia, nonostante il suo ruolo importante nel sistema sanitario dei Paesi a basso e medio reddito (LMIC) per raggiungere l'equità sanitaria e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, è ancora relativamente nuova e non è stata una specialità medica basata sulla specializzazione in molti Paesi africani e asiatici. In altre aree, come la medicina generale, la geriatria, la pediatria e la medicina preventiva, si registrano analoghe disuguaglianze nella distribuzione dei medici. Diverse ragioni sono state elencate per spiegare la preponderanza di medici specialisti rispetto a quelli generalisti o "prevenzionisti", come ad esempio: un minor numero di studenti di medicina sceglie indirizzi non specialistici, la bassa soddisfazione lavorativa dei medici generalisti a causa dei bassi redditi, l'elevato carico di lavoro, nonché la percezione di un basso prestigio rispetto ai medici specialisti⁶⁵.

Nel nostro Paese, i dati più recenti evidenziano una generalizzata carenza di chirurghi, anestesisti, intensivisti e pediatri⁶⁶ anche se, in base ai dati Eurostat, il rapporto numerico tra medici e pazienti è tra i più elevati d'Europa⁶⁷. La situazione di squilibrio è evidente anche nel confronto tra professione medica e infermieristica, poiché "rispetto alla media dei Paesi europei, e riferendoci alla popolazione nel suo complesso, l'Italia presenta un potenziale *surplus* di 0,48 medici e un *gap* di - 3,93 infermieri ogni 1.000 abitanti, soprattutto rispetto al fabbisogno per le fasce più anziane (e in crescita) della popolazione"⁶⁸. Questi dati sono utili a condurre un parallelo con quest'ultima categoria di professionisti, che affronta in Italia una situazione molto simile, come recentemente testimoniato dai risultati della consultazione nazionale "Stati generali della professione infermieristica" condotta dalla Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)⁶⁹. Ai fini della presente trattazione appare interessante lo schema concettuale proposto da Zurn et al.⁷⁰. Lo scopo del loro studio era quello di proporre un framework che sottolineasse il numero e i tipi di fattori in grado di influenzare gli squilibri del personale sanitario e facilitare lo

⁶⁵ Thi Nguyen, V. A., Könings, K. D., Scherpbier, A. J. J. A., & van Merriënboer, J. J. G. Attracting and retaining physicians in less attractive specialties: The role of continuing medical education. *Human Resources for Health*, 19(1), 69, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00613-z>

⁶⁶ Arienzo, M.D., et al. Studio ANAAO. Consultato su https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=72137 il 18 gennaio 2023.

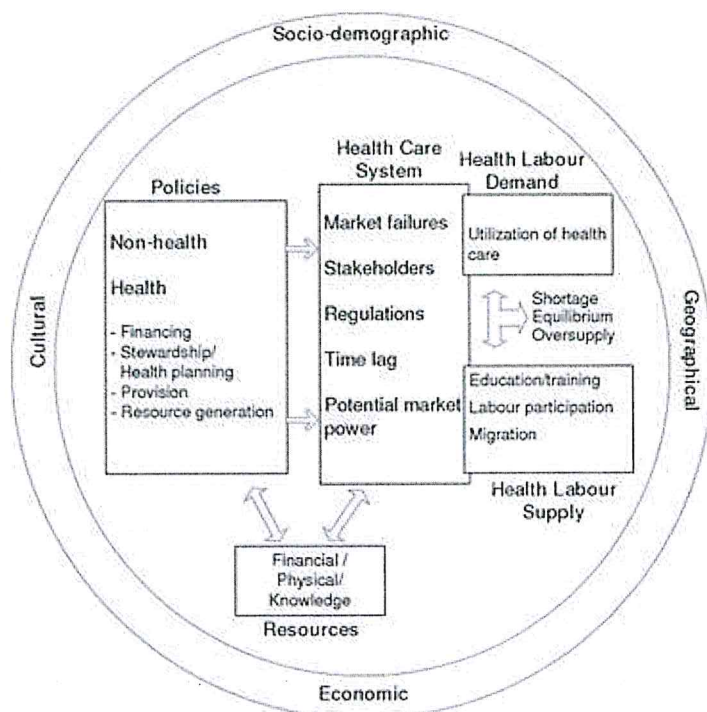
⁶⁷ Eurostat. Healthcare personnel statistics – Physicians. Consultato su <https://ec.europa.eu/eurostat/> il 16 gennaio 2023.

⁶⁸ CREA Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità. Rapporto Sanità 2022. Consultato su <https://www.fnopi.it/2022/01/19/crea-rapporto-2022/> il 15 gennaio 2023.

⁶⁹ FNOPI Stati Generali Della Professione Infermieristica. Retrieved December 13, 2022, from <https://statigenerali.fnopi.it/>

⁷⁰ Zurn, P., Dal Poz, M. R., Stilwell, B., & Adams, O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2(1), 13, 2004. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-13>

sviluppo di strumenti politici e la loro valutazione. Gli autori hanno inoltre distinto gli squilibri di professione/specialità da quelli geografici, istituzionali e di genere. Il risultato è lo schema riprodotto in Figura 7.



Framework teorico dello squilibrio nelle risorse umane in sanità

Figura 7. Fonte: Zurn, P., Dal Poz, M. R., Stilwell, B., & Adams, O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2(1), 13, 2004. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-13>

Come si nota nella parte destra dello schema, la sezione “health labour supply” (offerta di lavoro in sanità) comprende la voce “Formazione/addestramento”. Alla luce di queste considerazioni, la formazione appare come una leva motivazionale: se lo schema dei fattori capaci di equilibrare la domanda e l’offerta non è applicato in modo completo dall’organizzazione sanitaria a tutti i livelli (vertice strategico, middle management) l’efficacia ne risentirà.

Sintetizzando le considerazioni fatte sin qui, si ritengono necessari due tipi di azione: da una parte il riconoscimento e la valorizzazione della formazione già posseduta dai lavoratori, dall’altra l’offerta di formazione in modo da coniugare le esigenze aziendali e quelle dei professionisti. Quest’ultima modalità permette da un lato di considerare la formazione come un investimento, dall’altro di

motivare i dipendenti. Essa ha inoltre un risvolto proattivo nella gestione degli eventi-sentinella⁷¹ (es. le cadute) e dei danni da cui possono nascere contenziosi, potenzialmente dannosi per l'azienda in termini legali, economici, d'immagine e, in ultima analisi, di posizionamento competitivo sul mercato. Altri esempi includono la corretta attribuzione dei codici di priorità al paziente che giunge in pronto soccorso, gli errori di terapia farmacologica, gli atti di violenza sugli operatori e sui pazienti⁷².

In generale, alla luce di quanto esposto nella presente trattazione, molti dei fattori delineati dalle teorie della motivazione e dell'abbandono appaiono applicabili a specifici contesti del mondo sanitario, in particolare infermieristico; appare dunque utile una revisione della letteratura finalizzata a identificare gli effetti di tali fattori nell'ambito dell'assistenza infermieristica, con particolare riferimento alle strategie di leadership e gestione delle risorse umane volte a mitigarne gli effetti.

⁷¹ Gli eventi-sentinella sono eventi che il Ministero della Salute considera come "spie" di malfunzionamento del sistema sanitario che richiedono immediata attenzione, perché sono pericolose per il paziente.

⁷² Ministero della Salute. Monitoraggio eventi sentinella. Consultato su <https://www.salute.gov.it> il 19 gennaio 2023.

4. L'ANALISI DELLA LETTERATURA

Per raggiungere lo scopo di questo elaborato è stata impostata una ricerca bibliografica sulle principali banche dati scientifiche che si occupano nello specifico di studi legati al contesto infermieristico sia in ambito ospedaliero che socio sanitario.

Oggi nelle banche dati sono presenti molte sintesi della letteratura, strumento utile per riassumere molti articoli, riconosciute dalla medicina basate sulle evidenze come Revisioni sistematiche, fondamentali per produrre Linee Guida ovvero “raccomandazioni di comportamento clinico con lo scopo di aiutare i clinici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche”⁷³. Accanto ad esse ci sono le Scoping review, metodo di sintesi rigoroso e replicabile, precursore di una revisione sistematica, utile a determinare la rilevanza in letteratura di un determinato argomento offrendo indicazioni sulla quantità e varietà di studi disponibili, nonché una panoramica su obiettivi e risultati di ricerca ⁷⁴

Per questo elaborato nell’approccio alla ricerca bibliografica è stato utilizzato scoping review.

4.1 – Il percorso metodologico

Seguendo le indicazioni metodologiche del Joanna Briggs Institute⁷⁵ e del PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses)⁷⁶ si è proceduto a descrivere il processo di revisione bibliografica nel seguente modo:

1. Identificazione dei quesiti di ricerca
2. Identificazione degli studi rilevati

⁷³ Steinberg E, Greenfield S, Mancher M, Wolman DM, Graham R. Clinical practice guidelines we can trust. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academies Press; 2011.

⁷⁴ Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. ‘Scoping the scope’ of a Cochrane review. *J Public Health*. 2011;33(1):147–50

⁷⁵ Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2021). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Implementation*, 19(1), 3–10. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000277>

⁷⁶ Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O’Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

3. Selezione degli studi
4. Mappatura dei dati estratti
5. Riassunto dei risultati

I *quesiti di ricerca*, emersi alla luce delle questioni affrontate nel capitolo precedente, sono i seguenti:

1. Quali dati esistono in letteratura circa i fattori di rischio sopra citati per l'intenzione di abbandonare il posto di lavoro e la professione infermieristica, con particolare riferimento alla situazione italiana?
2. Quali strategie possono essere adottate dalla gerarchia organizzativa infermieristica e dalle organizzazioni sanitarie in generale, per prevenire l'insorgenza di tal fattori di rischio e mitigarne gli effetti?

Per identificare le parole chiave rilevanti per questa revisione, è stata effettuata una ricerca preliminare attraverso la banca dati biomedica PubMed, come descritto nella Tabella 2. Questo primo passo ha gettato le basi per lo sviluppo di una ricerca di parole-chiave utili alla revisione.

-
- 1 "intention to leave"
 - 2 "Nurses"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh] OR "nurs*"]
 - 3 #1 AND #2
 - 5 Limits: English, Italian, French and Spanish language, from 10 years ago.
-

Tabella 2– Stringhe utilizzate per la ricerca preliminare su Pubmed

Pubmed, CINAHL, Scopus, Web of Science, Embase sono state le banche dati consultate alla ricerca di studi pubblicati negli ultimi 10 anni in inglese, italiano, francese e spagnolo.

Sono stati inclusi *trial*, revisioni, studi o serie di casi e altri studi descrittivi. Sono state prese in considerazione anche le revisioni della letteratura.

Sono stati esclusi i position paper (a causa della mancanza di riferimenti) e la cosiddetta letteratura “grigia”, (ovvero le fonti bibliografiche informali divulgate tramite canali alternativi a libero accesso) consultata solo per raccogliere ulteriori riferimenti con un procedimento “snowball”⁷⁷.

Lo stesso è stato fatto con i libri di testo contenenti riferimenti a documenti indicizzati, che sono stati consultati manualmente per recuperare ulteriori evidenze.

Per archiviare i documenti ed eliminare i duplicati è stato utilizzato il software Zotero. La ricerca è stata condotta in modo indipendente dall’autrice del presente testo e dal bibliotecario del polo scientifico di appartenenza (ASST Santi Paolo e Carlo Milano). I titoli e gli abstract dei record sono stati analizzati e per quelli con informazioni insufficienti si è proceduto ad analizzare il testo completo. La ricerca della letteratura si è conclusa il 21 novembre 2022.

Sono stati rintracciati complessivamente 30 articoli; la figura 8 riporta la flowchart PRISMA.

⁷⁷ Il metodo di campionamento *snowball* (a valanga), tipico della ricerca qualitativa, viene così definito in quanto ad ogni stadio il campione coinvolge nuove unità, semplificando il reclutamento di nuovi soggetti.

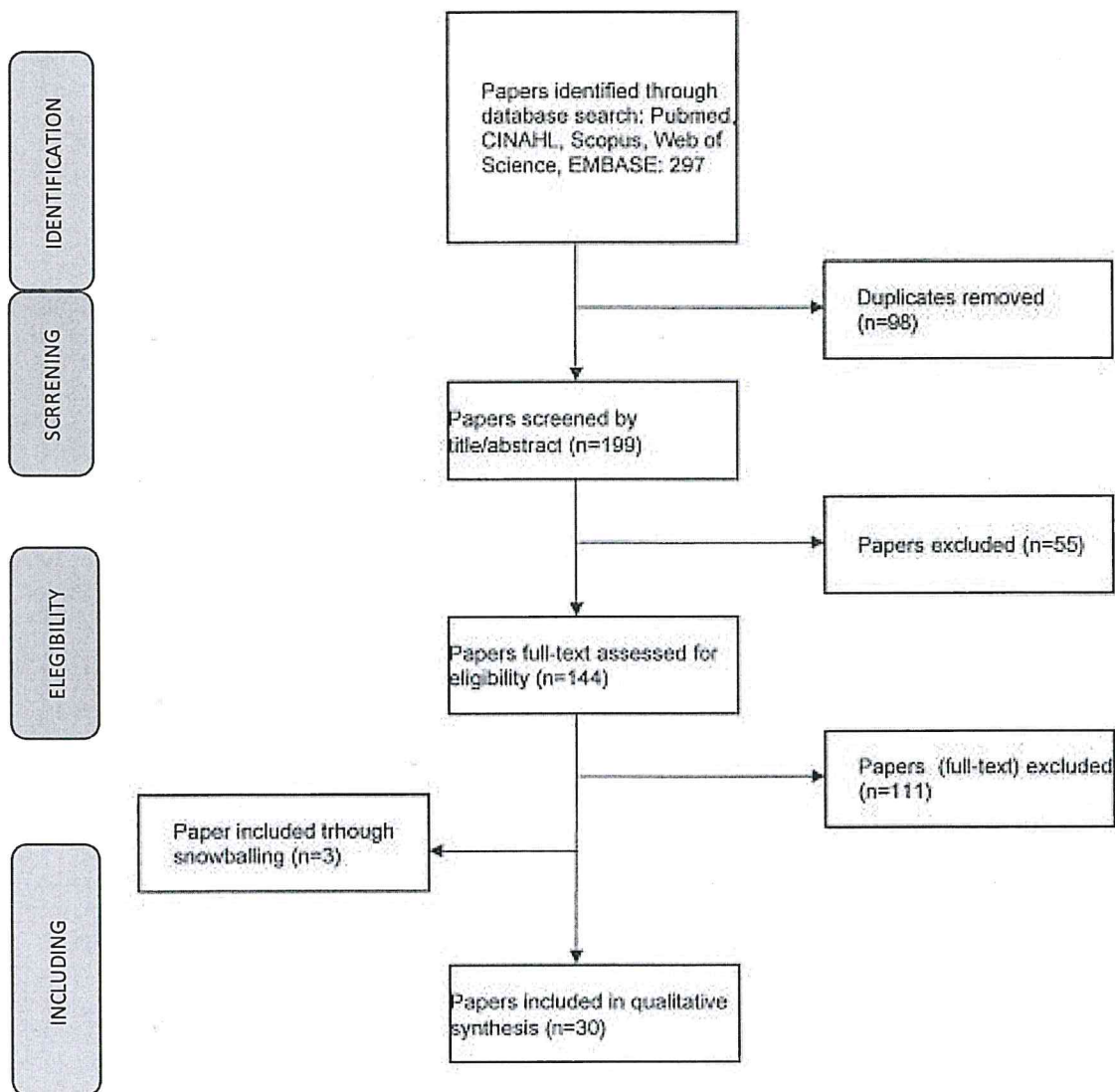


Figura 8 -- PRISMA flowchart

Le evidenze provengono in massima parte da studi trasversali di cui due multilivello. Vi sono poi tre revisioni della letteratura una delle quali è una *umbrella review*, due studi qualitativi descrittivi, uno studio a metodi misti, una revisione narrativa, due studi di correlazione, un'analisi secondaria e uno studio sperimentale *discrete choice*. Gli studi sono stati pubblicati prevalentemente negli anni 2016-2023 (n=26) con alcune evidenze più vecchie reperite da 4 lavori pubblicati negli anni 2009-2012 (un()o studio per ciascun anno). Le evidenze provengono non solo da riviste infermieristiche, ma anche di management sanitario e sanità pubblica. Di seguito si compendiano le evidenze riguardanti i due quesiti di ricerca oggetto d'indagine.

4.2 Risultati

Quesito 1: Quali dati esistono in letteratura circa i fattori di rischio citati per l'intenzione di abbandonare il posto di lavoro e la professione infermieristica, con particolare riferimento alla situazione italiana?

La letteratura ha studiato il problema in alcuni contesti specialistici della professione infermieristica. Lee et al., ad esempio,⁷⁸ hanno preso a campione infermieri di comparto operatorio; nel loro studio sono state utilizzate cinque variabili predittive: tre variabili che rappresentano le dimensioni dell'ambiente di lavoro, il carico di lavoro percepito dall'infermiere e l'esaurimento emotivo. L'ambiente di lavoro è stato valutato utilizzando la Practice Environment Scale del Nursing Work Index. (Il PES-NWI).

Questa scala misura cinque dimensioni dell'ambiente di lavoro:

1. la partecipazione degli infermieri agli affari dell'ospedale (otto item)
2. le basi dell'assistenza infermieristica per la qualità delle cure (nove item)
3. l'abilità del dirigente infermieristico
4. la leadership e il sostegno degli infermieri (quattro item)
5. l'adeguatezza del personale e delle risorse (quattro item) e le relazioni collegiali infermiere-medico (tre item).

Il carico di lavoro percepito dagli infermieri è stato misurato con quattro item. Agli infermieri è stato chiesto di identificare la frequenza delle seguenti esperienze:

- a. arrivare in anticipo o rimanere fino a tardi per portare a termine il proprio lavoro
- b. lavorare durante le pause per completare il carico di lavoro assegnato;
- c.) sentire di avere troppo lavoro da svolgere per una sola persona;
- d. sentire di aver compromesso i propri standard professionali di assistenza infermieristica a causa del carico di lavoro.

I partecipanti allo studio erano prevalentemente donne (99,1%), con un'età media di 48,7 (SD = 12,1) anni e una media di 20,2 (SD = 10,2) anni di esperienza infermieristica. La metà dei partecipanti (50,4%) aveva una laurea triennale o superiore in infermieristica e la maggior parte (84,3%) aveva

⁷⁸Lee, S. E., MacPhee, M., & Dahinten, V. S. (2020). Factors related to perioperative nurses' job satisfaction and intention to leave. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1). <https://doi.org/10.1111/jjns.12263>

una posizione a tempo indeterminato. I risultati hanno mostrato che il rapporto collegiale infermiere-medico è risultato essere un predittore significativo della soddisfazione lavorativa degli infermieri. Un rapporto positivo tra infermiere e medico è particolarmente importante in un contesto perioperatorio, a causa del suo ambiente unico. A differenza degli infermieri di altre aree cliniche, gli infermieri perioperatori sono impegnati a tu per tu con i medici e gli altri membri del team per lunghi periodi di tempo. Il lavoro di squadra collaborativo e la comunicazione efficace sono associati a risultati migliori per i pazienti e i team perioperatori, in particolare la comunicazione infermiere-medico, sono stati ampiamente studiati dagli esperti di sicurezza dei pazienti. In uno studio precedente sui fallimenti della comunicazione in sala operatoria, in un periodo di 3 mesi, sono stati registrati oltre 421 eventi di comunicazione. Circa il 30% di questi eventi erano "fallimenti" dovuti a informazioni mancanti o imprecise o a procedure di squadra inefficaci, compresa l'esclusione di persone chiave. Di conseguenza, sono stati introdotti in ambito perioperatorio numerosi ausili e liste di controllo standardizzate per la comunicazione, al fine di migliorare i processi di équipe. La soddisfazione degli infermieri per le comunicazioni con i medici, quindi, può indicare processi di équipe più collaborativi ed efficaci. I risultati di questo studio hanno anche rivelato che l'esaurimento emotivo degli infermieri è associato in modo indipendente alla soddisfazione lavorativa e all'intenzione di lasciare il lavoro. Il rapporto lavorativo con i colleghi è indicato come importante anche da altri autori⁷⁹ secondo cui la relazione tra soddisfazione lavorativa e impegno affettivo a livello individuale è stata moderata dalla collaborazione infermiere-medico a livello di gruppo. Un livello più alto di soddisfazione per le attività lavorative è stato associato a un livello più alto di impegno affettivo verso il team, e questa associazione era più forte quando la percezione olistica di una collaborazione positiva tra infermiere e medico era più alta. La collaborazione infermiere-medico a livello di gruppo ha interagito significativamente con la soddisfazione lavorativa nell'influenzare l'impegno del team di infermieri a livello individuale, sottolineando l'importanza dei fattori specifici del team sull'esperienza lavorativa del singolo infermiere. Sebbene le associazioni tra le variabili esaminate in questo studio siano state ampiamente documentate a livello individuale, raramente sono state esaminate a livello di gruppo.

⁷⁹ Galletta, M., Portoghese, I., Carta, M. G., D'Aloja, E., & Campagna, M. (2016). The Effect of Nurse-Physician Collaboration on Job Satisfaction, Team Commitment, and Turnover Intention in Nurses: MULTILEVEL EFFECTS OF NURSE-PHYSICIAN COLLABORATION. *Research in Nursing & Health*, 39(5), 375–385. <https://doi.org/10.1002/nur.21733>

Nell'ambito dell'emergenza-urgenza neonatale, Smith et al.⁸⁰ hanno sollevato il problema delle missed care, ossia delle cure infermieristiche non prestate a causa di fattori organizzativi (ad esempio lo staffing inadeguato). Nel loro studio sono stati inclusi 5.824 RN (Registered Nurse), 303 NICU (Neonatal Intensive Care Unit) e 280 ospedali. In questo campione il punteggio medio di gradimento del lavoro è stato di 4,26 (SD=0,97), il che significa che la risposta tipica è stata "tendenzialmente d'accordo" sul gradimento del proprio lavoro. Il 15% degli infermieri intendeva lasciare il lavoro. In media, gli infermieri di questo campione hanno riferito di aver saltato quasi un'attività assistenziale (media=0,88, SD=1,60) delle 17 attività possibili da segnalare durante l'ultimo turno, con un range sostanziale da 0 a 15 attività assistenziali saltate. Per gli infermieri che hanno riferito di non aver perso alcuna attività assistenziale (n=3.746), la soddisfazione lavorativa media è stata di 4,45 (SD=0,88) e il 12% di questi infermieri intendeva lasciare il lavoro. Per gli infermieri che hanno perso almeno un'attività assistenziale (n=2.078), il gradimento medio del lavoro è stato di 3,92 (SD=1,00) e il 20% di questi infermieri intendeva lasciare il lavoro. Tuttavia, l'associazione tra la mancata assistenza infermieristica e l'intenzione di andarsene è risultata più forte, in quanto un aumento delle *missed care* è stato associato a un aumento del 29% delle probabilità di intenzione di andarsene, dopo aver controllato le caratteristiche dell'infermiere e dell'ospedale. I risultati ottenuti supportano le nostre ipotesi secondo cui un aumento delle mancate cure infermieristiche sarebbe associato a un minore gradimento del lavoro e a un aumento dell'intenzione di andarsene. I risultati indicano la necessità per i dirigenti infermieristici di affrontare il problema dell'assistenza infermieristica mancata, in quanto può contribuire ai risultati lavorativi degli infermieri di terapia intensiva neonatale.

Sempre all'interno del dipartimento di emergenza-urgenza, Stafford et al.⁸¹ hanno condotto una revisione sistematica per valutare l'impatto della violenza perpetrata dai pazienti sull'intenzione di abbandonare la professione infermieristica. I diciotto studi considerati nella review hanno indicato il sovraffollamento, i ritardi legati alla natura del servizio, gli ambienti scomodi, la carenza di personale, la scarsa sicurezza e la presenza di pazienti sotto l'effetto di alcol o droghe illecite sono tutti fattori di rischio per la WPV (Workplace violence). La WPV non si verifica solo nelle aree urbane o metropolitane trafficate, poiché le evidenze hanno mostrato risultati simili tra gli infermieri che

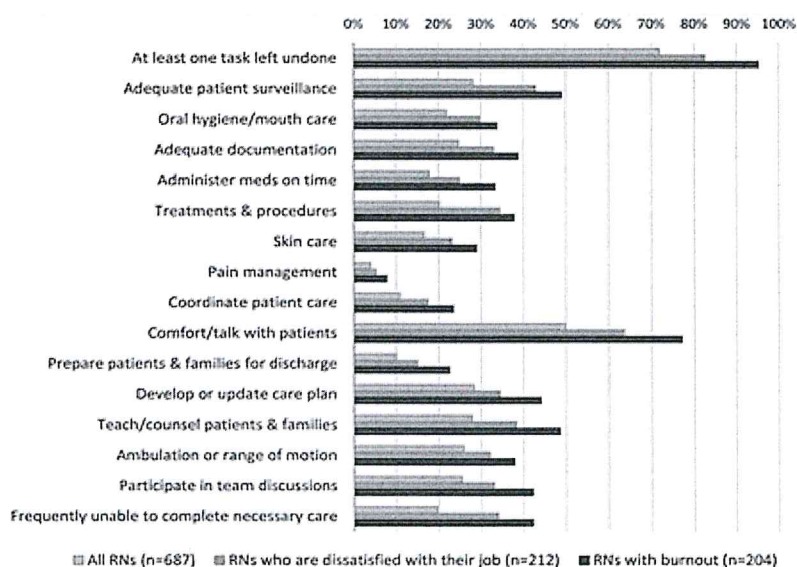
⁸⁰ Smith, J. G., Rogowski, J. A., & Lake, E. T. (2020). Missed care relates to nurse job enjoyment and intention to leave in neonatal intensive care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1940–1947.

⁸¹ Stafford, S., Avsar, P., Nugent, L., O'Connor, T., Moore, Z., Patton, D., & Watson, C. (2022). What is the impact of patient violence in the emergency department on emergency nurses' intention to leave? *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1852–1860. <https://doi.org/10.1111/jonm.1372>

lavorano in aree remote. L'80% degli infermieri, secondo gli autori, ha subito abusi verbali, il 29% aggressioni fisiche e il 23% molestie sessuali nei 12 mesi precedenti la conduzione dello studio. I risultati mostrano che la WPV è ampiamente diffusa e ha conseguenze negative per le persone colpite. È stata riscontrata una correlazione diretta tra la WPV e l'intenzione degli infermieri di emergenza di lasciare il lavoro. La WPV influenza positivamente l'intenzione degli infermieri di emergenza di lasciare il lavoro e di conseguenza ha un'influenza negativa sulla soddisfazione lavorativa.

A seguito di un episodio di violenza è possibile che gli infermieri riportino conseguenze psicologiche e sviluppino strategie di coping, ossia di adattamento alla situazione vissuta. Secondo Rasero et al.⁸² il genere femminile e la soddisfazione complessiva sul lavoro prima dell'aggressione sono predittori di adattamento e recupero dopo l'episodio violento.

Il fenomeno dell'intention to leave esiste anche in ambito extraospedaliero e le case di riposo non ne sono immuni. Un recente studio⁸³ ha mostrato che anche in tale contesto vi è una relazione tra *missed care*, job satisfaction e intenzione di abbandonare il posto di lavoro o la professione. La figura 9 riassume visivamente la percentuale di infermieri che hanno dichiarato di aver saltato alcune attività infermieristiche a causa della mancanza di tempo o di altre risorse.



⁸² Rasero, L., & Ramacciati, N. (2018). Coping methods used by emergency department nurses after a workplace violence experience could influence their intention to leave the hospital. *Evidence Based Nursing*, 21(4), 118–118. <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102964>

⁸³ White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065–2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>

Figura 9 – Percentuale di infermieri in relazione alle *missed care*⁸¹

I dati emersi dallo studio sono allarmanti: I risultati di questo studio indicano che gli infermieri di casa di cura spesso non sono in grado di completare l'assistenza infermieristica necessaria a causa dell'inadeguatezza del tempo o delle risorse, e che la mancata assistenza è più comune tra gli infermieri di casa di cura con un alto livello di burnout o di insoddisfazione lavorativa. Ciò solleva notevoli preoccupazioni per la sicurezza dei pazienti e per il mantenimento degli infermieri nelle case di cura. Un infermiere su cinque del nostro campione ha riferito di essere spesso incapace di portare a termine le cure necessarie ai pazienti. Gli infermieri affetti da burnout avevano una probabilità cinque volte maggiore di perdere le cure necessarie rispetto agli infermieri senza burnout, mentre gli infermieri insoddisfatti avevano una probabilità 3,5 volte maggiore di perdere le cure rispetto agli infermieri soddisfatti.

Questi risultati aggiungono un contesto al rapporto dell'Office of Inspector General (USA) del 2014, che attribuiva la maggior parte degli eventi avversi delle case di cura a un monitoraggio inadeguato, al mancato rispetto delle norme di sicurezza e alla mancanza di un'assistenza sanitaria. Il 28% ha dichiarato di non avere il tempo o le risorse per effettuare un'adeguata sorveglianza dei pazienti, il 20% ha lasciato inutilizzati trattamenti o procedure e il 28% ha lasciato incompiuti i piani di cura. Tra gli infermieri con burnout o insoddisfazione lavorativa, questi tassi erano ancora più alti: il 49% degli infermieri con burnout e il 43% degli infermieri con insoddisfazione lavorativa hanno dichiarato di non essere in grado di fornire un'adeguata sorveglianza dei pazienti; il 38% degli infermieri con burnout e il 34% degli infermieri con insoddisfazione lavorativa hanno lasciato trattamenti o procedure non eseguiti; e il 44% degli infermieri con burnout e il 34% degli infermieri con insoddisfazione lavorativa hanno lasciato piani di cura non completati. Lo stesso rapporto ha rilevato che più di un terzo degli eventi avversi era legato ai farmaci, e gli eventi più comuni erano l'ipoglicemia legata ai farmaci, l'esame dello stato mentale, la fornitura di trattamenti necessari o appropriati, o piani di cura inadeguati/incompleti, e cadute/traumi dovuti agli effetti collaterali dei farmaci. Il 25% degli infermieri con insoddisfazione lavorativa ha dichiarato di non essere in grado di somministrare i farmaci in tempo, un aspetto fondamentale della sicurezza dei farmaci. Tra le potenziali conseguenze di questa situazione vi sono la somministrazione di farmaci che interagiscono tra loro in modo troppo ravvicinato o la somministrazione di farmaci sensibili all'ora dei pasti senza tenere conto del cibo, aumentando il rischio di effetti collaterali. Anche la sensazione di fretta durante la somministrazione dei farmaci aumenta il rischio di errori, soprattutto perché gli infermieri delle case di cura somministrano tipicamente i farmaci a un gran numero di pazienti

mentre vengono interrotti di frequente. Quando l'infermiere non è in grado di fornire un'adeguata sorveglianza possono insorgere pericolose situazioni come le alterazioni dello stato mentale, che dovrebbero richiedere un intervento.

Uno studio descrittivo condotto nel Nord Europa⁸⁴ ha posto ad un campione di infermieri una serie di domande nel contesto di uno studio fenomenologico, come mostrato in figura 10.

Question areas	Example of questions
1. Job satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> • What does job satisfaction mean for you? • What makes you feel good at work? Can you give some examples? • Can you describe what a good day at work looks like?
2. Professional role	<ul style="list-style-type: none"> • How do you see your professional role as a nurse? What does it mean to you? • Are you proud to be a nurse? In what way are you proud to be a nurse? Describe!
3. Job engagement	<ul style="list-style-type: none"> • What motivates you to go to work? Explain! • What drives you to do a good job? Explain! • How do you think the organization is affected by increased engagement among employees? Describe!
4. Belonging in the workplace	<ul style="list-style-type: none"> • What does belonging at work mean for you? Describe! • What do you think an increased belonging at work leads to? • How do you think the organization is affected by an increased belonging in the work among employees?
5. Working conditions and factors for remaining in the profession	<ul style="list-style-type: none"> • What factors have made you want to start working as a nurse? Describe! • What significance does your free time, family and friends have for your work as a nurse? Describe!
6. Opportunities for learning and development in workplace	<ul style="list-style-type: none"> • How do you learn in your work? Describe! • What do you learn in your work? Describe! • Are there other people who influence your learning at work? If yes, describe in what way? • What opportunities are there for you to develop and make a career in your current work situation? Describe!
7. The professional role in the future	<ul style="list-style-type: none"> • How do you see your work and your professional role in the future? In two years, in five years, in ten years? • What new knowledge will nurses need in the future, do you think?

Figura 10 – Guida dell'intervista nello studio di Nunstedt et al. (2020) <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00521-y>

I risultati hanno mostrato l'esistenza di vari domini legati alla job satisfaction, sostanzialmente congruenti con quelli discussi nei precedenti capitoli:

- **Percezione di uno scopo/utilità del lavoro svolto:** sul posto di lavoro, gli infermieri si trovano in un contesto che per loro è importante. Gli infermieri hanno bisogno di riconoscimenti da parte dei colleghi, dei pazienti e dei loro familiari, in quanto tali riconoscimenti rendono evidente l'utilità dei loro sforzi lavorativi e aumentano il significato del loro lavoro. In questo modo, gli infermieri sentono di essere produttivi e possono vedere i risultati del proprio

⁸⁴ Nunstedt, H., Eriksson, M., Obeid, A., Hillström, L., Truong, A., & Pennbrant, S. (2020). Salutory factors and hospital work environments: A qualitative descriptive study of nurses in Sweden. *BMC Nursing*, 19(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00521-y>

lavoro. Gli infermieri hanno anche bisogno di essere inseriti in team sanitari significativi, caratterizzati da soddisfazione lavorativa e umorismo.

- **Soddisfazione:** gli infermieri considerano la soddisfazione sul lavoro come uno dei fattori più significativi per rimanere a lungo sul posto di lavoro. Ciò può riguardare la soddisfazione per il lavoro in équipe o la gioia provata quando un paziente esprime qualcosa di positivo. *“Per me la soddisfazione sul lavoro è far sorridere qualcuno. Cercate di diffondere emozioni positive. Essere felici e rendere le cose più facili agli altri. Questo mi dà soddisfazione sul lavoro, mi fa sentire bene. Un paziente che ti guarda e ti dice "grazie", e tu puoi vedere che ogni cosa che hai fatto è andata bene (infermiera, ambulatorio internistico)”*.
- **Riconoscimento e produttività:** secondo gli infermieri, il significato del loro lavoro aumenta quando vengono riconosciuti. Spesso sono i pazienti a fornire questo riconoscimento, direttamente o quando gli infermieri hanno contribuito al miglioramento della salute dei pazienti. Tuttavia, possono essere anche i colleghi o i parenti a riconoscere l'infermiere. *“Ogni giorno che si riceve un feedback dai pazienti, qualunque esso sia, si ha la sensazione di aver fatto qualcosa di buono. Ma non è sempre così, ci sono anche gli altri. La maggior parte delle volte ho fatto qualcosa di buono ogni giorno/.../mi fa piacere essere vista e riconosciuta e vedere e riconoscere gli altri (infermiera, ambulatorio chirurgico)”*. Gli infermieri hanno bisogno di sentirsi produttivi e utili nel loro lavoro. Possono dare un auto-riconoscimento, soprattutto quando i pazienti guariscono. In tal caso, vedono come il loro coinvolgimento abbia contribuito ai risultati positivi.

In linea con questi risultati, Bernales-Turpo et al.⁸⁵ hanno sottolineato il ruolo di variabile mediatrice del “work engagement”, ossia in un fattore qualitativo che potrebbe essere definito “coinvolgimento, slancio verso il lavoro” nei modelli che legano il burnout e l’intenzione di abbandonare alla produttività (job performance). Poiché l’organizzazione sanitaria, come qualunque altra organizzazione, è tesa al raggiungimento di obiettivi, l’impatto dell’intenzione di abbandonare sul rendimento lavorativo appare pesantissimo. Nel lavoro di questi autori, elevati livelli di self-efficacy (auto-efficacia, definita come la capacità di un individuo di agire per raggiungere i propri obiettivi) erano legati ad altrettanto alti livelli di work engagement. La self-

⁸⁵ Bernales-Turpo, D., Quispe-Velasquez, R., Flores-Ticona, D., Saintila, J., Ruiz Mamani, P. G., Huancahuire-Vega, S., Morales-García, M., & Morales-García, W. C. (2022). Burnout, Professional Self-Efficacy, and Life Satisfaction as Predictors of Job Performance in Health Care Workers: The Mediating Role of Work Engagement. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13, 21501319221101844. <https://doi.org/10.1177/21501319221101845>

efficacy, tuttavia, non dipende esclusivamente dai singoli: trattandosi di professionisti inseriti nel contesto di un'organizzazione, è necessario che quest'ultima favorisca e supporti tale costrutto positivo, ad esempio riconoscendo da un punto di vista di ruolo e retribuzione la competenza e la qualità delle prestazioni erogate dai lavoratori.

Quesito 2: quali strategie possono essere adottate dalla gerarchia organizzativa infermieristica e dalle organizzazioni sanitarie in generale, per prevenire l'insorgenza di tali fattori di rischio e mitigarne gli effetti?

I dirigenti infermieristici svolgono un ruolo fondamentale nel potenziamento degli infermieri e nel sostegno della qualità dell'assistenza attraverso la creazione di un ambiente di lavoro positivo. I dirigenti infermieristici, attraverso le pratiche di leadership, possono contribuire positivamente o negativamente ai risultati di infermieri, pazienti e organizzazioni. Il primo passo per prevenire o mitigare gli effetti dei fattori di rischio, secondo gli autori degli studi analizzati in questa revisione, consiste nell'adozione di leadership positive.

Un'ampia gamma di studi ha descritto i risultati favorevoli della leadership positiva, in particolare dello stile di leadership trasformazionale⁸⁶. La leadership trasformazionale (TL) è una forma relazionale di leadership caratterizzata da un leader che ispira e motiva gli altri attraverso l'empowerment e lo sviluppo. Il primo elemento, l'influenza idealizzata, riguarda le azioni o i comportamenti di un leader (ad esempio, essere un modello di ruolo) che portano al rispetto, alla fiducia e all'ammirazione dei seguaci. La motivazione legata all'ispirazione si basa sulla chiara espressione delle aspettative, degli obiettivi e della visione del leader per ispirare e motivare i dipendenti. La stimolazione intellettuale si riferisce alla misura in cui il leader suscita la creatività dei seguaci nel risolvere i problemi o nel formulare idee o approcci per realizzare il lavoro. Il quarto elemento, la considerazione individualizzata, riguarda i comportamenti del leader che aiutano i seguaci a raggiungere il loro pieno potenziale, tenendo conto delle loro esigenze professionali. Al contrario, la leadership tossica è una forma negativa di leadership in cui un leader mette in atto comportamenti sistematici e distruttivi, causando danni diretti o indiretti agli altri e

⁸⁶Labrague, L. J., Nwafor, C. E., & Tsaras, K. (2020). Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, job stress, absenteeism and turnover intention: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1104–1113. <https://doi.org/10.1111/jonm.13053>

all'organizzazione⁸⁷ Questa forma di leadership sta progressivamente diventando prevalente in molte istituzioni, comprese le organizzazioni sanitarie. Sebbene non esista una teoria specifica che spieghi perché e come emerge un leader tossico, alcuni autori hanno sostenuto che la leadership tossica è una conseguenza dell'interazione tra un leader, un follower e un contesto organizzativo favorevole, che viene definito triangolo tossico⁸⁸. Sulla base del modello teorico, è più probabile che un leader tossico emerga quando è circondato da seguaci che si inchinano silenziosamente al loro leader, in un'organizzazione debole con scarsi sistemi di controllo e bilanciamento e dove il potere è concentrato nel top management. Le caratteristiche di un leader tossico includono la noncuranza del benessere dei dipendenti, l'esistenza di una personalità negativa che influenza il clima organizzativo e la presenza di una motivazione autonoma. Il leader tossico è colui che mette in atto azioni o comportamenti distruttivi e disfunzionali, tra cui comportamenti umilianti, intolleranti, autopromozionali e narcisistici. Diversi studi hanno associato uno stile di leadership negativo, compresa la leadership tossica, a risultati lavorativi negativi, al deterioramento della salute e a una serie di problemi psicologici. Studi in altri settori hanno stabilito una forte connessione tra leadership tossica e scarso rendimento lavorativo, minore motivazione al lavoro, diminuzione del coinvolgimento lavorativo, frequenti ritardi e assenze, bassa produttività dei dipendenti e maggiore intenzione di lasciare l'organizzazione⁸⁹ Le perdite finanziarie di un'organizzazione, i tagli al budget e la promozione di un ambiente di lavoro tossico sono stati considerati importanti esiti organizzativi di una leadership tossica⁹⁰.

La prevenzione dello sviluppo di leadership tossiche e il loro trattamento, inteso come adozione di pratiche volte a trasformare tale stile di leadership in uno positivo, possono essere incorporati nelle iniziative organizzative per promuovere la fidelizzazione degli infermieri. L'istruzione, la formazione e lo sviluppo professionale sono alcune delle strategie chiave per migliorare il TL e ridurre o prevenire i comportamenti tossici tra gli MN. È necessaria la formulazione di programmi educativi,

⁸⁷ Webster, V., Brough, P., & Daly, K. (2016). Fight, Flight or Freeze: Common Responses for Follower Coping with Toxic Leadership. *Stress and Health*, 32(4), 346–354. <https://doi.org/10.1002/smi.2626>

⁸⁸ Padilla, A., Hogan, R., & Kaiser, R. B. (2007). The toxic triangle: Destructive leaders, susceptible followers, and conducive environments. *The Leadership Quarterly*, 18(3), 176–194. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.03.001>

⁸⁹ Hadadian, Z., & Zarei, J. (2016). Relationship between Toxic Leadership and Job Stress of Knowledge Workers. *Studies in Business and Economics*, 11(3), 84–89. <https://doi.org/10.1515/sbe-2016-0037>

⁹⁰ Erkutlu, H., & Chafra, J. (2017). Leaders' narcissism and organizational cynicism in healthcare organizations. *International Journal of Workplace Health Management*, 10(5), 346–363. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-12-2016-0090>.

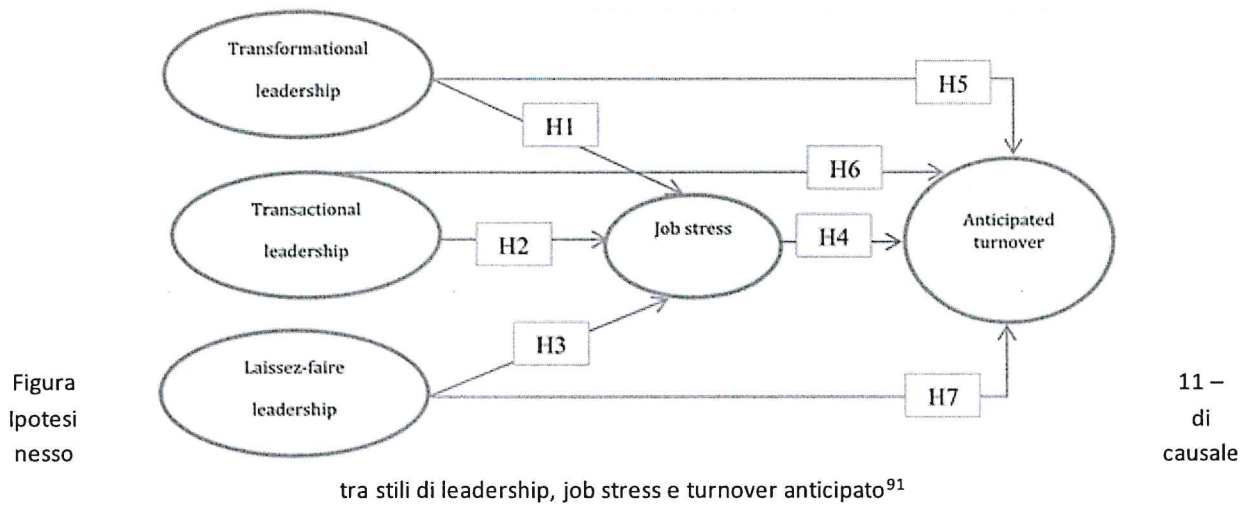
di formazione alla leadership o di interventi basati sull'evidenza per promuovere pratiche di leadership desiderabili nei dirigenti infermieristici⁹¹

Sempre in tema di prevenzione delle leadership negative, alcuni autori hanno discusso gli effetti di quella denominata "abusante" o "distruttiva". Questa forma di leadership è stata definita come "un comportamento volontario da parte di un leader che può danneggiare o intende danneggiare l'organizzazione e/o i seguaci del leader stesso attraverso: (1) incoraggiando i seguaci a perseguire obiettivi che contravvengono agli interessi legittimi dell'organizzazione; e/o (2) impiegando una pratica di leadership che comporta l'uso di metodi di influenza dannosi con i seguaci, indipendentemente dalle giustificazioni per tale comportamento"⁹². Quindi, contrariamente alla leadership trasformazionale, in cui i leader cercano di motivare e influenzare i propri collaboratori per perseguire gli obiettivi dell'organizzazione, i leader abusivi mettono in atto comportamenti dannosi sia per l'organizzazione che per i propri collaboratori. Gli autori hanno descritto le azioni di un leader abusante, come incoraggiare o chiudere un occhio sull'uso o la vendita di prodotti pericolosi o non sicuri quando l'organizzazione dà priorità alla sicurezza, o usare azioni verbali o non verbali negative per influenzare il proprio personale, come il bullismo, le critiche pubbliche, la maleducazione e la coercizione. Secondo gli autori, La storia di una leadership abusiva/distruttiva è sia legata alla personalità del leader sia contestuale. Un fattore che può portare a metodi di leadership abusivi è quando gli obiettivi di un leader vengono vanificati o quando il leader incontra difficoltà nel raggiungere i propri obiettivi. Per esempio, la leadership abusiva può verificarsi quando gli obiettivi economici e di status del leader sono minacciati o quando l'immagine di sé e la competenza professionale sono a rischio. Un altro elemento per spiegare i comportamenti di leadership abusivi è la tendenza dei leader a promuovere l'interesse personale al di sopra degli interessi degli altri o dell'organizzazione. Narcisismo e psicopatia sono esempi di tratti coerenti con un leader abusante. Infine, si ritiene che elementi dell'organizzazione stessa influenzino la possibilità che un leader si impegni o meno in pratiche di leadership abusanti. Gli elementi in questione sono la distribuzione del potere nell'organizzazione, la cultura, le dimensioni e l'età dell'organizzazione e

⁹¹ Labrague, L. J., Nwafor, C. E., & Tsaras, K. (2020). Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, job stress, absenteeism and turnover intention: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1104–1113. <https://doi.org/10.1111/jonm.13053>

⁹² Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L., & Austin, S. (2016). Transformational and abusive leadership practices: Impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 582–592. <https://doi.org/10.1111/jan.12860>

i suoi meccanismi disciplinari. Un interessante studio di pochi anni fa⁹³ ha indagato alcune ipotesi nella relazione tra stili di leadership (trasformazionale, transazionale, laissez-faire), job stress e turnover anticipato; lo schema relazionale oggetto d'indagine è riportato in figura 11.



Le ipotesi oggetto di verifica, indicate in Figura 11 con la lettera H (hypothesis) erano le seguenti:

- H1. Esiste una relazione positiva tra TF (Transformational leadership) e job stress.
- H2. Esiste una relazione positiva tra TA (Transactional Leadership) e job stress.
- H3. Esiste una relazione positiva tra L-F (Laissez -Faire leadership) e job stress.
- H4. Esiste una relazione positiva tra JS (Job Stress)e turnover anticipato.
- H5. Esiste una relazione positiva tra TF e turnover anticipato.
- H6. Esiste una relazione positiva tra TA e turnover anticipato.
- H7. Esiste una relazione positiva tra L-F e turnover anticipato.

Le ipotesi sono state puntualmente verificate; i risultati hanno mostrato una correlazione statisticamente significativa tra gli stili di leadership e le variabili dipendenti considerate (job stress e turnover anticipato) come mostrato in tabella 1.

⁹³ Pishgooie, A. H., Atashzadeh-Shoorideh, F., Falcó-Pegueroles, A., & Lotfi, Z. (2019). Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 527–534. <https://doi.org/10.1111/jonm.12707>

Variable	Mean ± SD	Anticipated turnover		Job stress	
		p value	r	p value	r
Transformational	2.40 ± 0.62	<0.001	-0.22**	<0.001	-0.34**
Transactional	2.47 ± 0.86	<0.001	-0.28**	<0.001	-0.44**
Laissez-faire	2.19 ± 0.77	0.001	0.086	<0.001	0.23**
Job stress	3.32 ± 0.29	<0.001	0.34**	-	-
Anticipated turnover	2.86 ± 0.6	-	-	-	-

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabella 1 – Correlazioni tra stili di leadership, job stress e turnover anticipato⁹¹

I risultati dello studio hanno dimostrato che la maggior parte dei coordinatori infermieristici utilizza l'TA dal punto di vista degli infermieri. Ciò può essere attribuito alla natura dei centri responsabili dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, perché questi centri hanno una tendenza alla burocrazia, che contraddice l'uso dell'abilità TF e la inibisce fortemente. Poiché lo stile di leadership TF può svolgere un ruolo importante nel lavoro quotidiano degli infermieri, gli autori raccomandano di creare le condizioni per l'utilizzo di questo tipo di leadership.

Blegen et al.⁹⁴ hanno lavorato sul concetto di “ospedali magnete”, ossia quelli che rispondono ad un programma di accreditamento all'eccellenza (non dissimile da quelli proposti dalla Joint Commission, ai fini del paragone con la realtà italiana) e sulle caratteristiche in grado di favorire la retention, ossia l'intenzione di rimanere in servizio, da parte degli infermieri neolaureati/neoinseriti. In base ai loro risultati, il tasso di retention al primo anno per gli infermieri neolaureati è stato dell'83% in questo ampio campione di 97 ospedali diversi. Le caratteristiche dell'ospedale hanno un impatto maggiore sulle decisioni di mantenimento degli infermieri neolaureati rispetto alle caratteristiche dei singoli infermieri, con tassi di mantenimento più elevati negli ospedali urbani e negli ospedali con designazione magnete. Gli ospedali situati in aree rurali hanno registrato tassi di mantenimento inferiori a quelli delle aree suburbane o urbane. Sebbene i piccoli ospedali situati in aree rurali avessero bassi tassi di ritenzione, è interessante notare che i piccoli ospedali situati in aree urbane avevano alti tassi di ritenzione. Anche i tassi di mantenimento differiscono tra i 3 Stati e sono più alti negli ospedali affiliati all'università. La nostra scoperta dell'impatto maggiore dell'accreditamento Magnet sul mantenimento degli infermieri neolaureati o comunque giovani è

⁹⁴ Blegen, M. A., Spector, N., Lynn, M. R., Barnsteiner, J., & Ulrich, B. T. (2017). Newly Licensed RN Retention: Hospital and Nurse Characteristics. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 47(10), 508–514. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000523>

simile all'effetto riscontrato nel recente studio sul turnover a livello di unità e nelle affermazioni generali della letteratura sugli ospedali Magnet. Tuttavia, alcuni risultati contraddicono quanto pubblicato in letteratura. Per esempio, in questo studio gli infermieri di età inferiore ai 30 anni avevano la maggiore probabilità di rimanere, mentre in altri studi i più giovani avevano la maggiore intenzione di lasciare il lavoro. Quest'ultimo dato sui giovani infermieri è in linea con risultati italiani già noti da anni e merita attenzione da parte della dirigenza. Tra le strategie suggerite dalla letteratura per supportare l'inserimento dei neoassunti neolaureati vi sono la preceptorship, il tutoraggio, la simulazione e la formazione ad hoc che però non sempre sono possibili in carenza di personale.^{95,96,97}. In linea con lo stesso studio sono le considerazioni di altri autori già citati⁹⁸ secondo cui i fattori di stress sul posto di lavoro associati al burnout degli infermieri possono essere moderati o tamponati da una maggiore autonomia lavorativa e da una maggiore autoefficacia professionale. La teoria delle richieste e delle risorse del lavoro suggerisce che il logorio delle richieste del lavoro può essere compensato da un maggiore controllo sulla pratica. I dirigenti possono avere un impatto positivo sulle "risorse" dell'infermiere assicurandosi che il personale infermieristico abbia voce in capitolo nelle decisioni relative all'assistenza ai pazienti e promuovendo seminari che insegnino strategie di coping associate a un'elevata autoefficacia professionale⁹⁴. Queste strategie appaiono importanti soprattutto nei confronti degli infermieri più giovani, dato che la tendenza all'abbandono della professione è più alta nei primi 5 anni di carriera⁹⁹. Un altro concetto emerso da recenti studi analizzati in questa revisione, ma già noto da tempo in letteratura, è quello della sproporzione tra il carico lavorativo e l'impossibilità di garantire la qualità dell'assistenza, tra cui la sicurezza dei pazienti (derivante da fattori organizzativi) come l'intenzione

⁹⁵ Destrebecq, A., Terzoni, S., Colosio, C., Neri, L., & Brambilla, G. (2009). Intention to leave nursing in a major Milan hospital: Current situation and future perspectives. *La Medicina Del Lavoro*, 100(2), 109–119.

⁹⁶ Havig, A. K., Skogstad, A., Veenstra, M., & Romøren, T. I. (2011). The effects of leadership and ward factors on job satisfaction in nursing homes: A multilevel approach: Leadership and job satisfaction in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23–24), 3532–3542. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03697.x>

⁹⁷ Simon M, Müller BH, Hasselhorn HM. Leaving the organization or the profession - a multilevel analysis of nurses' intentions. *J Adv Nurs*. 2010 Mar;66(3):616-26. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05204.x. PMID: 20423396.

⁹⁸ Lee, S. E., MacPhee, M., & Dahinten, V. S. (2020). Factors related to perioperative nurses' job satisfaction and intention to leave. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1). <https://doi.org/10.1111/jjns.12263>, cit. (v. nota 76).

⁹⁹ Dorigan, G. H., Mingato, D. F. P., & Guirardello, E. B. (2020). Nursing safety attitudes: relationship with time of experience and intention to leave the job. *Revista gaucha de enfermagem*, 41, e20190274. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190274>.

Koch, P., Zilezinski, M., Schulte, K., Strametz, R., Nienhaus, A., & Raspe, M. (2020). How Perceived Quality of Care and Job Satisfaction Are Associated with Intention to Leave the Profession in Young Nurses and Physicians. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2714. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082714>.

di abbandonare come esito finale ¹⁰⁰. Lo studio di Aiken, condotto a livello europeo, è un cardine nella letteratura sul tema dell'abbandono poiché lega quasi tutti i concetti espressi in questo elaborato. I risultati suggeriscono che le associazioni tra l'assistenza infermieristica e la qualità e la sicurezza delle cure ospedaliere sono notevolmente simili in Europa e negli Stati Uniti, anche se i livelli aggregati di ciascuna misura variano tra i Paesi. Pertanto, gli sforzi per migliorare gli ambienti di lavoro ospedalieri e la qualità dell'assistenza in uno di questi Paesi potrebbero essere efficaci anche altrove. Un importante aspetto considerato da Aiken è il rapporto numerico tra infermieri e pazienti: la letteratura italiana pubblicata nel solco di questa indagine indica che l'Italia ha un numero di infermieri pro capite tra i più bassi in assoluto in Europa (3.6 contro una media UE di 5.4). Lo staffing, ossia l'adeguata composizione del gruppo professionale in termini numerici, di professionalità ed esperienza, è noto come fattore in grado di influenzare negativamente la qualità delle cure e, di conseguenza, la volontà da parte degli infermieri di rimanere.¹⁰¹

Anche il fenomeno delle *missed care* legate ai problemi sopra descritti trova riscontro in numerosi studi pubblicati negli anni¹⁰² tanto che un recente lavoro in materia¹⁰³ è addirittura un'overview di revisioni. Tale studio, peraltro, evidenzia non solo gli aspetti riguardanti la scarsa soddisfazione degli infermieri e l'aumento degli eventi avversi a carico degli assistiti, ma anche gli aspetti economici, che sono parte integrante dell'attività di qualunque organizzazione sanitaria.

¹⁰⁰ Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *344*, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>.

Rahnfeld, M., Wendsche, J., & Wegge, J. (2023). Job demands and resources as drivers of exhaustion and leaving intentions: a prospective analysis with geriatric nurses. *BMC geriatrics*, *23*(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03829-x1>.

¹⁰¹ Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., Spandonaro, F., Icardi, G., Watson, R., & Sermeus, W. (2017). The general results of the RN4CAST survey in Italy. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(9), 2028–2030. <https://doi.org/10.1111/jan.13066>.

Di Muzio, M., Dionisi, S., Di Simone, E., Cianfrocca, C., Di Muzio, F., Fabbian, F., Barbiero, G., Tartaglini, D., & Giannetta, N. (2019). Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, *23*(10), 4507–4519. https://doi.org/10.26355/eurrev_201905_17963.

¹⁰² Abdelhadi N, Drach-Zahavy A, Srulovici E. Toward understanding nurses' decisions whether to miss care: A discrete choice experiment. *Int J Nurs Stud*. 2023 Mar;*139*:104448. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104448. Epub 2023 Jan 26. PMID: 36746011.

Abdelhadi, N., Drach-Zahavy, A., & Srulovici, E. (2020). The nurse's experience of decision-making processes in missed nursing care: A qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 10.1111/jan.14387. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jan.14387>.

¹⁰³ Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B.-O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, *37*(2), 82–91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>

4.3 Discussione

Dalle considerazioni sopra riportate si evince che la leadership è la prima e più efficace forma di prevenzione e controllo dei fattori di rischio legati all'intenzione di abbandonare l'organizzazione di appartenenza o addirittura la professione. Il ruolo della leadership consiste nella creazione di un ambiente di lavoro in cui i professionisti possano affrontare le difficoltà quotidiane con la certezza di avere un supporto ed un riconoscimento da una linea gerarchica che percepiscono come capace di capire il loro vissuto e adottare provvedimenti volti a migliorare il loro benessere organizzativo. La letteratura sottolinea però che frequentemente questo non accade, almeno secondo le percezioni degli infermieri.

In particolare, l'impatto con la professione sembra essere estremamente duro nei primi anni, con una fase che dopo l'entusiasmo iniziale lascia il posto ad una sorta di disincanto. È questo il momento più delicato, in cui i dirigenti dovrebbero sostenere il personale infermieristico, poiché si tratta di un periodo in cui il rischio di burnout è altissimo a causa della discrepanza tra le aspettative e la realtà organizzativa. La conseguenza di ciò è un aumento dell'intenzione di abbandonare la professione.

La sproporzione tra carico lavorativo e capacità individuali è certamente da considerare: son ormai numerosissimi gli studi che parlano di understaffing, ossia di insufficiente numero di infermieri in turno, in relazione alle cure infermieristiche mancate e ai problemi di sicurezza dei pazienti; la letteratura citata in questa revisione parla apertamente di aumento della mortalità degli assistiti in caso non solo di understaffing, ma anche di inadeguato skill mix. Quest'ultima osservazione porta alla necessità, da parte dei dirigenti, di mappare accuratamente e periodicamente le competenze del personale infermieristico, al fine di comporre gli staff nei servizi incrociando queste ultime con le caratteristiche delle persone assistite e sostenendo le competenze nel tempo tramite la formazione. Ad oggi non risulta un obbligo di legge in tal senso, ma data la situazione di cronica carenza di personale e le evidenze riportate nel capitolo precedente appare evidente l'importanza della valorizzazione delle competenze (anche come leva motivazionale per combattere il burnout e abbassare il rischio di abbandono della professione).

In tema di staffing, la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ha recentemente pubblicato un documento¹⁰⁴ in cui si discute la posizione federale rispetto all'OSS (operatore socio-sanitario) con formazione complementare, già attivo in alcune regioni italiane e alla nascente nuova figura che ancora non ha un nome, tanto da essere indicata nei documenti come "XX" (l'ipotetico nome definitivo potrebbe essere "assistente certificato all'Infermieristica"). Poiché tali figure sono al momento oggetto di profonda discussione, sarà da valutare in futuro il loro reale impatto sui problemi di staffing, oltre all'eventuale insorgenza di questioni diverse legate ai confini professionali e al ruolo di ognuna all'interno dello staff.

¹⁰⁴ FNOPI Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. Documento di consenso 2023. Consultato su <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/consensus-conference-fnopi/> il 15/4/2023.

CONCLUSIONI

Il problema dell'intention to leave tra gli infermieri è un fenomeno noto da tempo, estremamente complesso ed intrinsecamente collegato a tutto ciò che concerne la soddisfazione lavorativa di questi professionisti. La situazione italiana appare particolarmente seria, in ragione del rapporto numerico infermieri:pazienti, tra i peggiori in Europa. Le cause di questa perdurante situazione sono evidenti in letteratura: i determinanti dell'intenzione di abbandonare colpiscono la radice stessa dell'assistenza infermieristica e della ragion d'essere della professione. L'impossibilità di garantire la sicurezza dei pazienti a causa delle condizioni organizzative, la difficoltà per le stesse ragioni di fornire tutte le prestazioni infermieristiche necessarie alla cura della persona, le difficoltà di veder riconosciuta la propria professionalità delle altre figure con cui si lavora (nonostante la formazione universitaria e le specializzazioni) e la mancanza di coinvolgimento nelle decisioni relative ai percorsi del paziente sono fattori in grado di minare la percezione di senso del proprio agire quotidiano. Alcune organizzazioni sanitarie, anche a causa della situazione ormai insostenibile, stanno implementando figure come l'infermiere *bed manager* (addetto alla gestione del flusso di pazienti dal pronto soccorso ai reparti e dalla dimissione verso il territorio), i *case manager* di reparto (ad esempio in senologia) e altre posizioni in grado di valorizzare la professione. Manca però un quadro sistematico di supporto politico, economico ed organizzativo in grado di supportare tutti gli infermieri italiani.

La leadership è anch'essa direttamente collegata all'intenzione di abbandonare la professione, essendo una determinante della job satisfaction e dunque, per converso in caso di leadership inadeguata, di burnout. Le difficoltà quotidiane del management sono certamente legate alla necessità di far fronte ad un sistema sanitario sempre più complesso, destinato a servire una popolazione sempre più anziana e multietnica tramite l'estensione degli ospedali in direzione del territorio e l'adozione di nuove tecnologie che richiedono riorganizzazione di servizi e formazione degli operatori. È tuttavia indispensabile che la linea gerarchica non trascuri di supportare gli infermieri tramite l'organizzazione di un ambiente di lavoro percepito come sicuro e favorevole ai rapporti umani, data la già notevole complessità relazionale e psicofisica dell'attività sanitaria quotidiana.

In conclusione appare necessaria un'azione su due fronti congiunti, interno ed esterno: quello esterno è il supporto economico, legislativo e politico alla professione, mentre quello interno è

rappresentato dalla gerarchia aziendale (infermieristica ma non solo), volto ad un maggior coinvolgimento dei professionisti tutti nelle decisioni relative all'assistenza ai pazienti e ad una loro crescita di autoefficacia professionale al fine di mantenere alto il livello assistenziale. Tale livello assistenziale deve essere garantito con convinzione attraverso l'aumento del rapporto numerico dei professionisti della salute. La situazione richiede uno stretto monitoraggio, non mancando le evidenze, tramite il coinvolgimento e la *suasion* da parte degli organi professionali di tutti gli stakeholders e policy makers coinvolti nelle decisioni che ricadono sulla professione infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *344*, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Armondi, N. Learning organization: cosa significa e perché è importante. Consultato su <https://www.ispring.it/blog/learning-organization> il 2/12/2022.
- Aziri, B. (2011). Job satisfaction: a literature review. *Management research and practice*; *2*(4):77-86.
- Bailey, C., Yeoman, R., Madden, A., Thompson, M., & Kerridge, G. A Review of the Empirical Literature on Meaningful Work: Progress and Research Agenda. *Human Resource Development Review*, *18*(1), 83–113. 2019 <https://doi.org/10.1177/1534484318804653>
- Bernales-Turpo, D., Quispe-Velasquez, R., Flores-Ticona, D., Saintila, J., Ruiz Mamani, P. G., Huancahuire-Vega, S., Morales-García, M., & Morales-García, W. C. (2022). Burnout, Professional Self-Efficacy, and Life Satisfaction as Predictors of Job Performance in Health Care Workers: The Mediating Role of Work Engagement. *Journal of Primary Care & Community Health*, *13*, 21501319221101844. <https://doi.org/10.1177/21501319221101844>
- Blegen, M. A., Spector, N., Lynn, M. R., Barnsteiner, J., & Ulrich, B. T. (2017). Newly Licensed RN Retention: Hospital and Nurse Characteristics. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *47*(10), 508–514. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000523>
- Blaauw, D., Ditlopo, P., Maseko, F., Chirwa, M., Mwisongo, A., Bidwell, P., Thomas, S., & Normand, C. (2013). Comparing the job satisfaction and intention to leave of different categories of health workers in Tanzania, Malawi, and South Africa. *Global Health Action*, *6*. <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.19287>
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B.-O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, *37*(2), 82–91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
- Cortese C.G., Motivare, Raffaello Cortina Editore, 2005
- Costa G., Gianecchini M., Risorse umane. Persone, relazioni e valore, McGraw-Hill, 2009
- Croce D., Lean organization e learning organization a confronto per la Medicina Interna, Italian Journal of Medicine 2014; volume 2:83-89
- Destrebecq, A., Terzoni, S., Colosio, C., Neri, L., & Brambilla, G. (2009). Intention to leave nursing in a major Milan hospital: Current situation and future perspectives. *La Medicina Del Lavoro*, *100*(2), 109–119.
- Di Muzio, M., Dionisi, S., Di Simone, E., Cianfrocca, C., Di Muzio, F., Fabbian, F., Barbiero, G., Tartaglioni, D., & Giannetta, N. (2019). Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, *23*(10), 4507–4519. https://doi.org/10.26355/eurrev_201905_17963
- Donadio A., Learning organization. L'apprendimento diffuso come leva antifrangibilità. Franco Angeli, 2021
- Erkutlu, H., & Chafra, J. (2017). Leaders' narcissism and organizational cynicism in healthcare organizations. *International Journal of Workplace Health Management*, *10*(5), 346–363. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-12-2016-0090>
- Gaki, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. Investigating demographic, work-related and job satisfaction variables as predictors of motivation in Greek nurses. *Journal of Nursing Management*,

21(3), 483–490. 2013 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01413>.

Galletta, M., Portoghese, I., Carta, M. G., D'Aloja, E., & Campagna, M. (2016). The Effect of Nurse-Physician Collaboration on Job Satisfaction, Team Commitment, and Turnover Intention in Nurses: MULTILEVEL EFFECTS OF NURSE-PHYSICIAN COLLABORATION. *Research in Nursing & Health*, 39(5), 375–385. <https://doi.org/10.1002/nur.21733>

Hadadian, Z., & Zarei, J. (2016). Relationship between Toxic Leadership and Job Stress of Knowledge Workers. *Studies in Business and Economics*, 11(3), 84–89. <https://doi.org/10.1515/sbe-2016-0037>

Havig, A. K., Skogstad, A., Veenstra, M., & Romøren, T. I. (2011). The effects of leadership and ward factors on job satisfaction in nursing homes: A multilevel approach: Leadership and job satisfaction in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23–24), 3532–3542. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03697.x>

Hirschi, Andreas & Keller, Anita & Spurk, Daniel. (2017). Living One's Calling: Job Resources as a Link Between Having and Living a Calling. *Journal of Vocational Behavior*. 106. 10.1016/j.jvb.2017.12.001.

Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

Labrague, L. J., Nwafor, C. E., & Tsaras, K. (2020). Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, job stress, absenteeism and turnover intention: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1104–1113. <https://doi.org/10.1111/jonm.13053>

Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L., & Austin, S. (2016). Transformational and abusive leadership practices: Impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 582–592. <https://doi.org/10.1111/jan.12860>

E Lawler III., Motivation in work organizations,1973, citato in Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

Lee, S. E., MacPhee, M., & Dahinten, V. S. (2020). Factors related to perioperative nurses' job satisfaction and intention to leave. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1). <https://doi.org/10.1111/jjns.12263>

Locke E A et al., Goal setting and Task Performance: 1968-1980" citato in Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

Locke, E.A.,Schattke, K. (2019). Intrinsic and extrinsic motivation: Time for expansion and clarification. *Motivation Science*, Vol 5(4), 277-290.

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1343). Chicago, IL: Rand McNally, p. 1300.

Mintzberg H. la progettazione dell'organizzazione aziendale (ed 2) Il mulino, 1996

Mitchell T R., Motivation: new direction for theory, research and practice,1982 citato in Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

Muldoon, Jeffrey & Kisamore, Jennifer & Liguori, Eric & Jawahar, I.M. & Bendickson, Josh. (2017). Moderators of the personality-performance relationship: An investigation of job meaning and autonomy. *Personnel Review*. 46. 474-489. 10.1108/PR-02-2016-0040.

Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

Murray H.A., Explorations in personality,1938 citato in Kreitner R, Kinicki A., Comportamento organizzativo, APOGEO, 2008

Negri, L. (2022). Job satisfaction among physicians and nurses involved in the management of multiple sclerosis: The role of happiness and meaning at work. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 43(3), 1903–

1910. 2022 <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05520-8>

Nunstedt, H., Eriksson, M., Obeid, A., Hillström, L., Truong, A., & Pennbrant, S. (2020). Salutary factors and hospital work environments: A qualitative descriptive study of nurses in Sweden. *BMC Nursing*, *19*(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00521-y>

Padilla, A., Hogan, R., & Kaiser, R. B. (2007). The toxic triangle: Destructive leaders, susceptible followers, and conducive environments. *The Leadership Quarterly*, *18*(3), 176–194. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.03.001>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2021). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Implementation*, *19*(1), 3–10. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000277>

Pishgoosie, A. H., Atashzadeh-Shoorideh, F., Falcó-Pegueroles, A., & Lotfi, Z. (2019). Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of Nursing Management*, *27*(3), 527–534. <https://doi.org/10.1111/jonm.12707>

Quaglino G.P., Voglia di fare, 1999 citato in Cortese C.G., Motivare, Raffaello Cortina Editore, 2005

Rasero, L., & Ramacciati, N. (2018). Coping methods used by emergency department nurses after a workplace violence experience could influence their intention to leave the hospital. *Evidence Based Nursing*, *21*(4), 118–118. <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102964>

Ravari, A., Mirzaei, T., Kazemi, M., & Jamalizadeh, A. (2012). Job satisfaction as a multidimensional concept: A systematic review study. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*. *1*(2):95-102.

Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., Spandonaro, F., Icardi, G., Watson, R., & Sermeus, W. (2017). The general results of the RN4CAST survey in Italy. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(9), 2028–2030. <https://doi.org/10.1111/jan.13066>

Smith, J. G., Rogowski, J. A., & Lake, E. T. (2020). Missed care relates to nurse job enjoyment and intention to leave in neonatal intensive care. *Journal of Nursing Management*, *28*(8), 1940–1947. <https://doi.org/10.1111/jonm.12943>

Stafford, S., Avsar, P., Nugent, L., O'Connor, T., Moore, Z., Patton, D., & Watson, C. (2022). What is the impact of patient violence in the emergency department on emergency nurses' intention to leave? *Journal of Nursing Management*, *30*(6), 1852–1860. <https://doi.org/10.1111/jonm.13728>

Steger, M. F., Littman-Ovadia, H., Miller, M., Menger, L., & Rothmann, S. (2013). Engaging in Work Even When It Is Meaningless: Positive Affective Disposition and Meaningful Work Interact in Relation to Work Engagement. *Journal of Career Assessment*, *21*(2), 348–361. 2013 <https://doi.org/10.1177/1069072712471517>

Tong, L. Relationship between meaningful work and job performance in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, *24*(2), 2018 <https://doi.org/10.1111/ijn.12620>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, *169*(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Webster, V., Brough, P., & Daly, K. (2016). Fight, Flight or Freeze: Common Responses for Follower Coping with Toxic Leadership. *Stress and Health*, *32*(4), 346–354. <https://doi.org/10.1002/smi.2626>

White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, *67*(10), 2065–2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>

