UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

Presentismo infermieristico nel Polo Ospedaliero di Senigallia (AST Ancona): studio osservazionale descrittivo e strategie di prevenzione

Nurse Presenteeism at the Senigallia Hospital (AST Ancona): a descriptive observational study and prevention strategies

Relatore: Chiar.mo
DOTT.SSA DONATELLA GIOVANNINI

Tesi di Laurea di:
MAILA TESEI

A.A. 2025/2026

INDICE

1. INTRODUZIONE 1

1.1. IPOTESI DI STUDIO 6

2. OBIETTIVO/I 6

3. MATERIALI E METODI 7

3.1 DISEGNO DELLO STUDIO 7

3.2 PIANIFICAZIONE DELLO STUDIO 44

3.3 METODOLOGIA (CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE) 44

3.4 POPOLAZIONE TARGET E CAMPIONAMENTO 45

3.5 SETTING AMBIENTALE E TEMPORALE 46

3.6 FIGURE COINVOLTE 46

3.7 VARIABILI DELLO STUDIO 46

3.8 PROCEDURE 47

3.9 STRUMENTO 47

3.10 ASPETTI ETICI 48

3.11 TECNICHE DI ANALISI DEI DATI 49

4. RISULTATI 50

4.1 CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE 50

4.2 CONOSCENZA E DEFINIZIONE DEL PRESENTISMO 52

4.3 ESPERIENZA DEL PRESENTISMO 53

4.3.1 PREVALENZA E FREQUENZA DEL PRESENTISMO 53

4.3.2 SINTOMI E SITUAZIONI PERSONALI/FAMILIARI ASSOCIATI AL PRESENTISMO 54

4.3.3 LIVELLI DI PRESENTISMO RILEVATI MEDIANTE STANFORD PRESENTEEISM SCALE (SPS-6) 55

4.3.4 CAUSE INDIVIDUALI DICHIARATE 56

4.3.5 PERCEZIONE DEL PRESENTISMO NEL SETTING LAVORATIVO E SUA MANIFESTAZIONE 57

4.3.6 DIMENSIONI COGNITIVE CORRELATE AL PRESENTISMO 58

4.3.7 CONSEGUENZE ATTRIBUITE AL PRESENTISMO 58

4.3.8 STRATEGIE PERCEPITE PER LA PREVENZIONE DEL PRESENTISMO 59

4.3.9 ANALISI DELLE RISPOSTE APERTE 61

5. DISCUSSIONE 62

6. PROGETTO FORMATIVO PER LA PREVENZIONE DEL PRESENTISMO INFERMIERISTICO 71

6.1 INTRODUZIONE E RAZIONALE DEL PROGETTO 71

6.2 ANALISI DELLA SITUAZIONE E DEFINIZIONE DEL PROBLEMA 72

6.3 CAUSE DEL PROBLEMA 72

6.4 IPOTESI DI SOLUZIONE 74

6.5 FATTIBILITÀ E SOSTENIBILITÀ 74

6.6 OBIETTIVI DEL PROGETTO FORMATIVO 74

6.7 COERENZA METODOLOGICA E VALUTAZIONE 75

6.8 PROGRAMMA DEL PERCORSO FORMATIVO (CARTA DEGLI IMPEGNI) 77

6.9 PIANO DI VALUTAZIONE 78
7. CONCLUSIONI 79
8. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA 81
9. REFERENCES 82
10. INDICE DELLE FIGURE 86
11. INDICE DEI GRAFICI 86
12. INDICI DELLE TABELLE 86
13. ALLEGATI 87

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Per presentismo infermieristico si intende la presenza al lavoro nonostante condizioni di salute fisica, psicologica o sociale non ottimali, tali da compromettere la piena efficacia professionale. Negli ultimi anni il fenomeno ha suscitato crescente interesse nella letteratura scientifica che ne ha evidenziato il ruolo di indicatore significativo dello stato di salute organizzativa e professionale nei contesti sanitari, nonché il potenziale impatto sul professionista, sulla sicurezza delle cure e sul funzionamento delle organizzazioni sanitarie. In ambito infermieristico esso assume una configurazione complessa e multidimensionale, influenzata da fattori individuali, relazionali, culturali e organizzativi, spesso interiorizzati e normalizzati all'interno della pratica professionale. Alcuni studi suggeriscono inoltre una sua maggiore diffusione nei contesti di emergenza-urgenza rispetto ad altri setting assistenziali, evidenziando il possibile ruolo delle caratteristiche operative proprie di tali ambienti. Una parte della letteratura, invece, indica una maggiore prevalenza di presentismo tra i professionisti con Incarichi di Funzione Organizzativa, verosimilmente correlata alle maggiori responsabilità del ruolo. Considerate le potenziali implicazioni sulla salute degli operatori, sulla qualità delle cure e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, il presente studio si è posto l'obiettivo di analizzare il fenomeno del presentismo nel Polo Ospedaliero di Senigallia alla luce delle evidenze disponibili in letteratura, al fine di descriverne la diffusione, esplorarne i determinanti, valutarne le conseguenze percepite e individuare possibili strategie di mitigazione del fenomeno.

MATERIALI E METODI

Nel 2025 è stata condotta una revisione della letteratura scientifica sul fenomeno del presentismo infermieristico, finalizzata a identificare le principali evidenze disponibili. Sulla base dei risultati emersi, è stato progettato uno studio osservazionale trasversale di tipo descrittivo attraverso l'utilizzo di un questionario autosomministrato cartaceo.

Lo studio ha coinvolto infermieri e Incaricati di Funzione Organizzativa in servizio presso il Polo Ospedaliero di Senigallia (AST Ancona). La raccolta dei dati è stata effettuata nel periodo giugno-luglio 2025. Su una popolazione eleggibile di 290 professionisti, sono stati raccolti 171 questionari (tasso di risposta 58,96%). Il questionario includeva sezioni relative a caratteristiche socio-demografiche e professionali, conoscenza del fenomeno, esperienza di presentismo, cause e conseguenze percepite, proposte di strategie preventive e una sezione dedicata alla Stanford Presenteeism Scale (SPS-6): uno strumento validato e maggiormente utilizzato nei contesti occupazionali sanitari per valutare la produttività lavorativa in condizioni psicofisiche non ottimali. Nel 2026 i dati sono stati aggregati e analizzati mediante statistica descrittiva. È stata inoltre condotta un'analisi della varianza a una via (one-way ANOVA) per confrontare i punteggi medi della SPS-6 tra le diverse unità operative e valutare l'eventuale associazione tra setting assistenziale e livelli di presentismo. Il livello di significatività statistica è stato fissato a $p < 0,05$.

RISULTATI

Il campione era composto prevalentemente da donne (81,3%) e infermieri (92,9%), con età compresa tra 35 e 50 anni e con esperienza professionale superiore ai 20 anni. Solo il 42,1% dei partecipanti dichiarava di conoscere il fenomeno; tuttavia la prevalenza di almeno un episodio di presentismo negli ultimi sei mesi è risultata pari all'83,04%. I sintomi più frequentemente associati sono rappresentati da emicrania, mal di schiena, febbre e disturbi gastrointestinali. Tra le condizioni personali prevalevano la presenza di figli minori malati e conflitti familiari/ sociali. Le principali motivazioni dichiarate includevano l'etica lavorativa e la solidarietà nei confronti dei colleghi, la difficoltà di sostituzione e l'interdipendenza operativa. Il punteggio medio della SPS-6 tra i soggetti con esperienza di presentismo è risultato pari a 19,6 (DS= ±4,1; IC 95%: 18,9-20,2; n=142). Secondo i criteri di classificazione riportati in letteratura, il valore rientra nella categoria dei punteggi bassi, pur risultando prossimo alla soglia di 20 che delimita l'inizio della fascia intermedia. L'analisi della varianza a una via (one-way ANOVA) non ha evidenziato differenze statisticamente significative nei punteggi medi tra le diverse unità operative [$F(3,137) = 1,54$; $p = 0,208$]. La maggior parte dei partecipanti ha inoltre riferito di percepire il fenomeno

nel proprio ambito lavorativo e di riconoscerne le principali conseguenze, come eventi avversi, diffusione di malattie nel team, incremento dello stress psicologico e riduzione della performance lavorativa. Tra le proposte di strategie preventive ritenute più efficaci dal campione, sono emerse misure di welfare organizzativo, riconoscimento professionale, leadership orientata al benessere e miglioramento del clima di team.

DISCUSSIONE

I risultati evidenziano come il presentismo infermieristico rappresenti un fenomeno ampiamente diffuso e trasversale ai diversi ambiti clinici, risultando più strettamente connesso alla cultura professionale che alla sola complessità del setting di cura o al modello organizzativo. Il gap osservato tra la conoscenza teorica e l'esperienza pratica riferita dal campione, suggerisce una progressiva normalizzazione del comportamento di presenza anche in condizioni di ridotta efficienza. Le motivazioni emerse confermano il ruolo centrale del senso del dovere, della responsabilità morale verso colleghi ed assistiti, associato a criticità organizzative e gestionali di minore rilevanza. Il presentismo si configura pertanto come un fenomeno multidimensionale, che richiede interventi integrati capaci di agire sulle dimensioni individuale, relazionale e sistemica. In questa prospettiva, sulla base dei risultati emersi dallo studio e dell'eterogeneità riscontrata in letteratura per la mitigazione del fenomeno a seguito di una successiva *rapid review* condotta nel 2026, è stato elaborato un progetto formativo aziendale orientato a promuoverne la consapevolezza, l'empowerment infermieristico e la resilienza dei professionisti. L'obiettivo è sostenere processi di cambiamento comportamentale e organizzativo finalizzati a prevenire il presentismo e a ridurne le possibili conseguenze negative sugli esiti assistenziali e sulla qualità delle cure. Il percorso, sviluppato secondo il framework teorico del *Change Model and Diffusion of Innovations Theory*, è stato strutturato secondo una progressione graduale che integra contenuti teorici ed esperienze applicative, favorendo il coinvolgimento attivo dei partecipanti e sostenendo processi di consapevolezza, motivazione al cambiamento e adozione di buone pratiche evidence-based. Tale approccio favorisce l'elaborazione condivisa di strategie di miglioramento sostenibili e concretamente applicabili al contesto lavorativo, sostenendo il trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica clinico-assistenziale.

CONCLUSIONI

Il presentismo infermieristico nel Polo Ospedaliero di Senigallia si configura come una dinamica rilevante e multifattoriale, con importanti implicazioni sul benessere degli operatori e sulla qualità assistenziale. I risultati inoltre evidenziano un moderato impatto sulla produttività lavorativa e una distribuzione sostanzialmente omogenea del fenomeno tra i diversi contesti assistenziali. Emerge pertanto la necessità di sviluppare interventi strutturati e multilivello, capaci di promuovere una cultura organizzativa orientata alla salute occupazionale del personale infermieristico per garantire una sostenibilità del sistema sanitario, strettamente connessa alla qualità e alla sicurezza delle cure. Sebbene il progetto formativo proposto non rappresenti una soluzione definitiva alla complessità del fenomeno, esso costituisce un primo passo concreto e realizzabile verso la prevenzione del presentismo infermieristico, favorendo una maggiore consapevolezza e l'adozione di strategie operative e professionali mirate.

Parole chiave: presentismo; infermieri; benessere organizzativo; Stanford Presenteeism Scale; sicurezza delle cure; qualità assistenziale; stress psicologico; resilienza infermieri; burnout; salute occupazionale; prevenzione; questionari.

1. INTRODUZIONE

Il lavoro infermieristico negli attuali sistemi sanitari è caratterizzato da un'elevata complessità assistenziale, dall'aumento della domanda di cure e da una crescente pressione organizzativa. Gli infermieri rappresentano un pilastro fondamentale dell'assistenza sanitaria (Cartabellotta, 2024; The Lancet, 2023; World Health Organization [WHO], 2025) e operano quotidianamente in contesti caratterizzati da elevati carichi di lavoro, responsabilità professionali e forte coinvolgimento emotivo. In questo scenario, il benessere degli operatori sanitari assume un ruolo centrale non solo per la tutela della loro salute, ma anche per garantire elevati standard qualitativi di assistenza e la sostenibilità degli stessi sistemi sanitari. Condizioni di benessere psicofisico favoriscono infatti una migliore performance professionale e una maggiore sicurezza delle cure, mentre situazioni di malessere lavorativo possono compromettere la qualità dell'assistenza e l'operatività delle strutture sanitarie.

Tradizionalmente la salute è stata interpretata come assenza di malattia; tuttavia, prospettive più recenti propongono una visione più dinamica e complessa di questo concetto. Secondo Huber et al. (2011), la salute può essere definita come la capacità dell'individuo di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide fisiche, emotive e sociali della vita. Applicata al contesto lavorativo sanitario, questa prospettiva evidenzia come gli infermieri siano costantemente chiamati a gestire situazioni caratterizzate da stress, elevata responsabilità professionale e complessità assistenziale. Tali condizioni possono incidere sull'equilibrio esistente tra salute personale e performance lavorativa.

Negli ultimi anni, l'attenzione della letteratura scientifica si è progressivamente concentrata sui fattori che possono compromettere il benessere lavorativo degli infermieri. Tra i fenomeni emergenti in questo ambito assume particolare rilevanza il presentismo, sempre più riconosciuto come un indicatore significativo dello stato di salute organizzativa e professionale nei contesti sanitari.

Rainbow e Steege (2017) definiscono tale condizione come la presenza al lavoro nonostante condizioni di salute fisica, psicologica o sociale non ottimali, tali da compromettere la piena efficacia professionale.

Secondo Mohammadi et al. (2021), il presentismo infermieristico può essere interpretato come un complesso processo decisionale individuale, nel quale il professionista subisce una compromissione progressiva di tre dimensioni della propria capacità assistenziale: cognitiva, emotiva e fisico-motoria.

Sul piano cognitivo, il *nurse presenteeism* si manifesta con una riduzione della capacità di elaborazione delle informazioni cliniche, della concentrazione e dell'attenzione sostenuta. Tale alterazione si traduce in una maggiore difficoltà nel portare a termine compiti abitualmente eseguiti con sicurezza e precisione, oltre che in un rallentamento dei processi decisionali. Ne consegue una minore capacità di intercettare e correggere potenziali eventi avversi durante l'assistenza, con possibili ripercussioni sulla sicurezza delle cure.

La compromissione emotiva investe invece la dimensione più profondamente relazionale e umana dell'agire infermieristico. Gli elementi che fondano il *caring* (empatia, presenza autentica, sensibilità verso la sofferenza e riconoscimento della vulnerabilità dell'altro) tendono ad attenuarsi fino quasi a scomparire. Il paziente rischia così di essere percepito non più come persona portatrice di bisogni complessi, ma come mero oggetto di prestazioni tecniche. Questo progressivo impoverimento della partecipazione affettiva è accompagnato da un consumo dell'energia psichica che conduce a forme di esaurimento emotivo, desensibilizzazione delle cure e perdita del significato gratificante tradizionalmente associato alla professione.

Diversamente dalle precedenti dimensioni, legate prevalentemente alla sfera mentale ed emotiva, la compromissione fisico-motoria riguarda la riduzione dell'efficienza corporea del professionista. In tale condizione risultano diminuite la velocità esecutiva, l'accuratezza dei gesti assistenziali, la stabilità posturale e l'equilibrio, con un inevitabile impatto sulla qualità e sulla tempestività dell'intervento infermieristico.

Nel loro insieme, queste tre aree di compromissione delineano l'immagine di un infermiere che, pur essendo fisicamente presente, si trova progressivamente svuotato delle proprie risorse cognitive, emotive e fisiche, fino a sperimentare una condizione di estraneazione dal proprio ruolo professionale. In questo stato, caratteristiche centrali dell'identità infermieristica, quali quelle di caregiver, educatore e sostenitore della persona assistita, risultano solo parzialmente accessibili, poiché il professionista non riesce più a garantirle pienamente neppure a sé stesso.

Secondo Gerlach et al. (2024), la prevalenza globale di presentismo tra gli infermieri è stimata intorno al 49%, con un intervallo compreso tra il 15% e l'86%; tale variabilità appare attribuibile ai diversi contesti organizzativi e agli strumenti di rilevazione utilizzati (Freeling et al., 2020; Li et al., 2025a; Sánchez et al., 2018; Webster et al., 2019).

Freeling et al., (2020) e Mohammadi et al., (2021) riportano una maggiore probabilità di esposizione al presentismo nei professionisti che ricoprono ruoli gestionali e di coordinamento, verosimilmente correlata all'elevato livello di responsabilità organizzativa e assistenziale.

Parimenti alcuni setting assistenziali risultano particolarmente vulnerabili al presentismo. La letteratura evidenzia come gli infermieri operanti nei contesti emergenziali siano maggiormente a rischio di svolgere l'attività lavorativa nonostante condizioni di salute non ottimali (Hou et al., 2025; Li et al., 2025; Sánchez et al., 2018; Wei et al., 2019). In questi ambiti, pertanto, la resilienza può rappresentare un importante fattore protettivo.

La ricerca evidenzia come il fenomeno non possa essere interpretato esclusivamente come una scelta individuale, ma debba essere analizzato attraverso un approccio olistico che consideri l'interazione tra fattori personali e culturali, tra cui le dinamiche sociali. In particolare il maggiore coinvolgimento nelle responsabilità familiari che caratterizzano le donne e i soggetti con oneri di cura, può incrementarne la vulnerabilità alle pressioni e ai carichi connessi alla gestione della vita domestica, contribuendo ad una maggiore propensione al presentismo. È inoltre necessario tenere conto del senso del dovere professionale nei confronti dei pazienti e del team di lavoro

che possono contribuire ad un comportamento presentista. A livello del singolo soggetto, la presenza al lavoro in condizioni di salute non ottimali, può incrementare l'insorgenza di stress cronico e il rischio di burnout.

Il presentismo infermieristico può determinare esiti rilevanti anche a livello collettivo; contribuisce infatti all'insorgenza di conflitti all'interno dei team di lavoro, compromette la qualità delle relazioni professionali e riduce la coesione organizzativa. Inoltre può influire alla costruzione di un'immagine sociale distorta della professione infermieristica, percepita come costantemente disponibile al sacrificio e alla richiesta di elevati standard assistenziali, anche a discapito della tutela della propria salute in un contesto in cui la società appare sempre più esigente.

Altresì le caratteristiche organizzative delle strutture sanitarie e la difficoltà di sostituzione del personale possono influenzare la tendenza degli infermieri a presentarsi al lavoro nonostante condizioni psicofisiche non ottimali. Parimenti il fenomeno può influire negativamente sulla qualità e sulla sicurezza dell'assistenza erogata ai pazienti, oltre a determinare una riduzione della produttività lavorativa e un incremento dei costi indiretti per le organizzazioni sanitarie (Dirgar et al., 2024; Freeling et al., 2020; Gerlach et al., 2024; Guo et al., 2023; Laranjeira et al., 2022; Pereira et al., 2022; Webster et al., 2019).

Il presentismo appare pertanto come il risultato di un'interazione complessa tra le dimensioni individuali, sociali e organizzative, che rende necessario un approccio multidimensionale per la sua comprensione. (Dirgar et al., 2024; Freeling et al., 2020; Gerlach et al., 2024; Guo et al., 2023; Laranjeira et al., 2022; Li et al., 2025a; Li et al., 2025b; Mohammadi et al., 2021; Webster et al., 2019; Wei et al., 2019).

Letvak et al. (2012) e Freeling et al. (2020) hanno evidenziato come i costi associati alla perdita di produttività legata al presentismo possano risultare persino superiori a quelli attribuibili all'assenteismo, sottolineando l'importanza di affrontare sistematicamente il fenomeno all'interno delle organizzazioni sanitarie.

A differenza dell'assenteismo, che è facilmente rilevabile attraverso i sistemi amministrativi e gestionali, il presentismo non è formalmente registrato, rendendo più

complessa la sua identificazione e valutazione. Tuttavia, esso può essere stimato indirettamente, in termini economici, attraverso la perdita di produttività, definita dal prodotto dei giorni lavorativi svolti in condizioni di ridotta efficienza e del costo del lavoro, sebbene tale approccio rappresenti una semplificazione del fenomeno. (Letvak et al., 2012; Shan et al., 2021).

La misurazione del presentismo rappresenta una sfida complessa per la ricerca e per le organizzazioni sanitarie. Tra gli strumenti maggiormente utilizzati per la valutazione del presentismo nei contesti occupazionali sanitari vi è la Stanford Presenteeism Scale (SPS-6), una scala validata da Koopman et al. (2002), che consente di analizzare la capacità dei professionisti di mantenere la produttività lavorativa nonostante la presenza di condizioni di salute non ottimali. La scala è composta da 6 item, ciascuno valutato mediante una scala Likert a 5 punti (da 1 = fortemente in disaccordo a 5 = fortemente d'accordo), con un punteggio totale compreso tra 6 e 30. Valori compresi tra 20 e 25 (o superiori) indicano una maggiore capacità di mantenere la performance lavorativa nonostante condizioni psicofisiche non ottimali, mentre punteggi inferiori a 20 risultano indicativi di una ridotta produttività lavorativa associata a elevati gradi di presentismo. L'utilizzo di strumenti standardizzati consente di quantificare il fenomeno e di confrontare i risultati tra diversi contesti organizzativi, offrendo indicazioni utili per l'individuazione di possibili strategie di intervento (Cicolini et al., 2016; Shan et al., 2021; Simonetti et al., 2021). Tuttavia, gli studi evidenziano una variabilità dei punteggi alla Stanford Presenteeism Scale (SPS-6), come ad esempio, valori compresi tra 15 e 24 nello studio di Simonetti et al. (2021) con un valore medio di 21,6 (indice di presentismo moderato) e tra 17 e 20 in quello di Shan et al. (2021).

Alla luce della crescente diffusione del fenomeno, delle sue implicazioni sul personale infermieristico e sull'efficienza dei servizi sanitari, risulta fondamentale approfondire il tema del presentismo. L'analisi multifattoriale consente di individuare possibili leve organizzative attraverso cui le istituzioni sanitarie possono intervenire per promuovere ambienti di lavoro più sani, sicuri e sostenibili.

In tale prospettiva, il presente lavoro di tesi si propone di indagare il presentismo infermieristico nel polo Ospedaliero di Senigallia (AST Ancona), con l'obiettivo di

individuare possibili strategie organizzative orientate alla mitigazione del fenomeno. I risultati emersi dall'analisi saranno confrontati con le evidenze disponibili in letteratura, al fine di valutarne la coerenza e di rendere trasferibili modelli teorici assistenziali direttamente applicabili nel contesto operativo sanitario di riferimento. In questo modo, il progetto di ricerca può contribuire alla tutela della salute degli operatori e al miglioramento della qualità e sicurezza dell'assistenza, nonostante le persistenti difficoltà di implementazione (Berdida et al., 2025; Hassanie et al., 2025; Ma et al., 2024; Ortiz-Moreno et al., 2026; Pereira et al., 2022; Tran et al., 2025; Zong et al., 2025).

1.1. IPOTESI DI STUDIO

Si ipotizza che il presentismo tra gli infermieri e gli Incaricati di Funzione Organizzativa del Polo Ospedaliero di Senigallia rappresenti un fenomeno rilevante, influenzato da fattori individuali (culturali/sociali) e gestionali e associato a una riduzione della salute occupazionale e della produttività lavorativa percepita.

Si ipotizza inoltre che l'individuazione di interventi organizzativi mirati, anche sulla base delle proposte degli operatori, possa contribuire alla prevenzione e alla riduzione del fenomeno.

2. OBIETTIVO/I

Obiettivo primario:

Esplorare il presentismo infermieristico nella letteratura scientifica internazionale e successivamente, confrontarne la prevalenza e le sue caratteristiche nel Polo Ospedaliero di Senigallia tra infermieri e Incaricati di Funzione Organizzativa.

Obiettivi secondari:

Esaminare il grado di conoscenza e consapevolezza del fenomeno tra i professionisti operanti nel contesto assistenziale indicato.

Identificare i principali determinanti associati al presentismo.

Elencare gli esiti sulla qualità dell'assistenza e sul benessere degli operatori sanitari.

Misurare il livello di performance lavorativa mantenuta in presenza di disagio psicofisico mediante la Stanford Presenteeism Scale (SPS-6).

Confrontare eventuali differenze nei punteggi medi della Stanford Presenteeism Scale (SPS-6) tra le diverse unità operative coinvolte nello studio.

Definire possibili interventi strategici evidence-based, coerenti con le proposte emerse dal campione.

3. MATERIALI E METODI

3.1 DISEGNO DELLO STUDIO

Il presente studio si configura come uno studio osservazionale descrittivo-esplorativo a metodologia mista (mixed method).

Per la strutturazione del quesito di ricerca è stato adottato un modello EPICOT +, ritenuto maggiormente coerente con il disegno dello studio, pur in assenza di un gruppo di confronto.

E (Evidence): la letteratura scientifica disponibile evidenzia la diffusione del fenomeno a livello internazionale, ma gli studi nel contesto ospedaliero italiano risultano limitati;

P (Population): infermieri e Incaricati di Funzione Organizzativa operanti presso il Polo Ospedaliero di Senigallia;

I (Interest): analisi multidimensionale del fenomeno del presentismo infermieristico, mediante uno strumento di indagine;

C (Control): non applicabile;

O (Outcome): identificazione della prevalenza e delle peculiarità del fenomeno, dell'impatto sulla performance lavorativa e identificazione di possibili strategie preventive e organizzative;

T (Time): raccolta dati prevista nel periodo definito dallo studio, a partire da gennaio 2025 con aggiornamento finale della ricerca bibliografica a maggio 2026;

+ (Setting/Contest/Methodology): studio osservazionale descrittivo-esplorativo a metodologia mista (mixed method) condotto presso il Polo Ospedaliero di Senigallia.

Il processo è stato strutturato in nove fasi operative volte a garantire rigore scientifico, interdipendenza e fattibilità. La fase preliminare dello studio è rappresentata da una mappatura della letteratura scientifica sul presentismo infermieristico, finalizzata all'analisi delle principali evidenze disponibili. Sulla base dei risultati emersi, è stato successivamente elaborato uno strumento di indagine volto a rispondere agli obiettivi dello studio.

Il percorso di ricerca è culminato nella realizzazione della fase empirica. La successiva analisi dei dati raccolti ha consentito di individuare possibili interventi correttivi e strategie orientate alla prevenzione e alla mitigazione del fenomeno, completando così il percorso di studio.

Fase 1. Analisi delle evidenze e definizione del problema

È stata condotta una rassegna della letteratura scientifica al fine di analizzare il presentismo a livello internazionale. Il percorso di ricerca ha previsto la selezione di database, la definizione di stringhe di ricerca e l'applicazione di criteri di inclusione ed esclusione. I database consultati sono stati: Scopus, CINAHL e PubMed. La ricerca bibliografica è stata condotta tra febbraio e maggio 2025, con una successiva implementazione della letteratura nel mese di luglio dello stesso anno. La strategia di ricerca ha previsto l'impiego di operatori booleani (AND, OR) e di parole chiave correlate al fenomeno del presentismo infermieristico.

I termini MeSH includevano: *infermieri*, *presentismo* e *esiti assistenziali*. Successivamente sono stati integrati con parole chiave come *formazione del concetto; studio qualitativo infermieri, indagine, burnout infermieristico, salute infermieristica, malattia, produttività, gruppi di riflessione, ambienti sanitari, percezioni degli infermieri, qualità delle cure, sicurezza del paziente, stress, assistenza infermieristica mancata, leadership infermieristica, resilienza, positività, cura di sé, lavoro*

infermieristico, esperienza del paziente, gruppo di discussione, ricerca qualitativa, fattori di rischio, infezioni crociate, strumenti di misura, al fine di ampliare e affinare i risultati della ricerca.

I criteri di inclusione hanno compreso: studi quantitativi e qualitativi che indagavano il presentismo negli infermieri coinvolti nell'assistenza diretta ospedaliera in unità di degenza ordinaria, ambulatoriale, oltre che in ambienti ad alta intensità di cura. Sono state considerate anche figure con incarichi di coordinamento, con l'obiettivo di esplorare eventuali differenze tra ruoli clinici e gestionali in relazione al fenomeno del presentismo; studi osservazionali (trasversali, longitudinali, caso-controllo); revisioni sistematiche; articoli pubblicati in lingua inglese.

I criteri di esclusione hanno incluso: studi non condotti in ambiente ospedaliero; studi non correlati all'assistenza infermieristica; studi non pertinenti al fenomeno del presentismo (esempio: assenteismo); articoli non disponibili in full text.

Per quanto riguarda gli studi qualitativi, è stata considerata l'adeguatezza metodologica e la coerenza con gli obiettivi di ricerca, piuttosto che la sola numerosità campionaria. Gli articoli in open access sono stati privilegiati al fine di garantire l'accesso immediato al testo completo, senza tuttavia rappresentare un criterio di esclusione. È stato impostato un limite temporale per la selezione degli studi a partire dal 2008, privilegiando successivamente quelli pubblicati dal 2019 in poi, al fine di garantire l'attualità delle evidenze scientifiche.

Fase 2. Revisione della letteratura

Il processo di selezione degli studi è stato condotto seguendo le fasi previste dal modello PRISMA, articolandosi nelle fasi di identificazione, screening, eleggibilità e inclusione. Nella fase di identificazione sono stati individuati complessivamente 1.592 Records attraverso la ricerca nei database elettronici citati, in particolare PubMed (n = 148), CINAHL (n = 142) e Scopus (n = 1.302). Successivamente, dopo la rimozione dei Records non rispondenti ai criteri preliminari di selezione (lingua diversa dall'inglese, indisponibilità del testo completo, presenza del solo abstract, studi non condotti in ambito ospedaliero e studi non riguardanti infermieri o coordinatori infermieristici) sono rimasti 795 Records.

Nella fase di screening sono stati esclusi 400 Records sulla base dei seguenti criteri: studi pubblicati prima del 2008, libri di testo, materiale bibliografico e studi non specificamente focalizzati sul presentismo. Tale esclusione ha generato la scelta di 395 Records che sono sottoposti ad ulteriore screening per duplicazione, introduzione di variabili pertinenti o pubblicazione antecedente al 2012.

Nella fase di eleggibilità sono stati quindi valutati 195 Records; ulteriori 181 studi sono stati esclusi per ridondanza dei dati e introduzione di nuove variabili di ricerca. Al termine del processo, 14 studi sono stati inclusi nella sintesi dei dati.

A seguito di un aggiornamento della ricerca effettuato nel mese di luglio 2025, sono stati identificati e inclusi ulteriori 4 studi, per un totale complessivo di 18 contributi inclusi nella sintesi finale, tra cui ricerche relative allo sviluppo e alla validazione di strumenti di misura del presentismo. La banca dati CINAHL è stata inclusa nella strategia di ricerca iniziale; tuttavia, gli articoli individuati sono risultati duplicati rispetto a quelli già identificati nelle altre banche dati e, pertanto, non sono stati inclusi nella sintesi finale.

Inoltre, al fine di contestualizzare il fenomeno del presentismo, sono stati compresi anche 2 documenti istituzionali e fonti autorevoli, quali quelli della World Health Organization (2025) e il rapporto di Cartabellotta (2024), che non sono stati inclusi nel diagramma PRISMA in quanto non rappresentano studi scientifici primari indicizzati, ma sono stati utilizzati per fornire un inquadramento più ampio del fenomeno.

Gli studi inclusi a seguito del processo di selezione descritto nel diagramma PRISMA (Figura 1) sono stati successivamente analizzati in maniera sistematica e raggruppati nelle Tabelle riassuntive 1 e 2. Le principali caratteristiche di ciascun contributo, quali, disegno dello studio, campione, anno e paese di pubblicazione, obiettivi, risultati principali e strumenti di rilevazione, sono state sintetizzate in appositi schemi riassuntivi (Tabella 3. Sintesi delle evidenze), al fine di consentire una visione comparativa e strutturata delle informazioni disponibili.

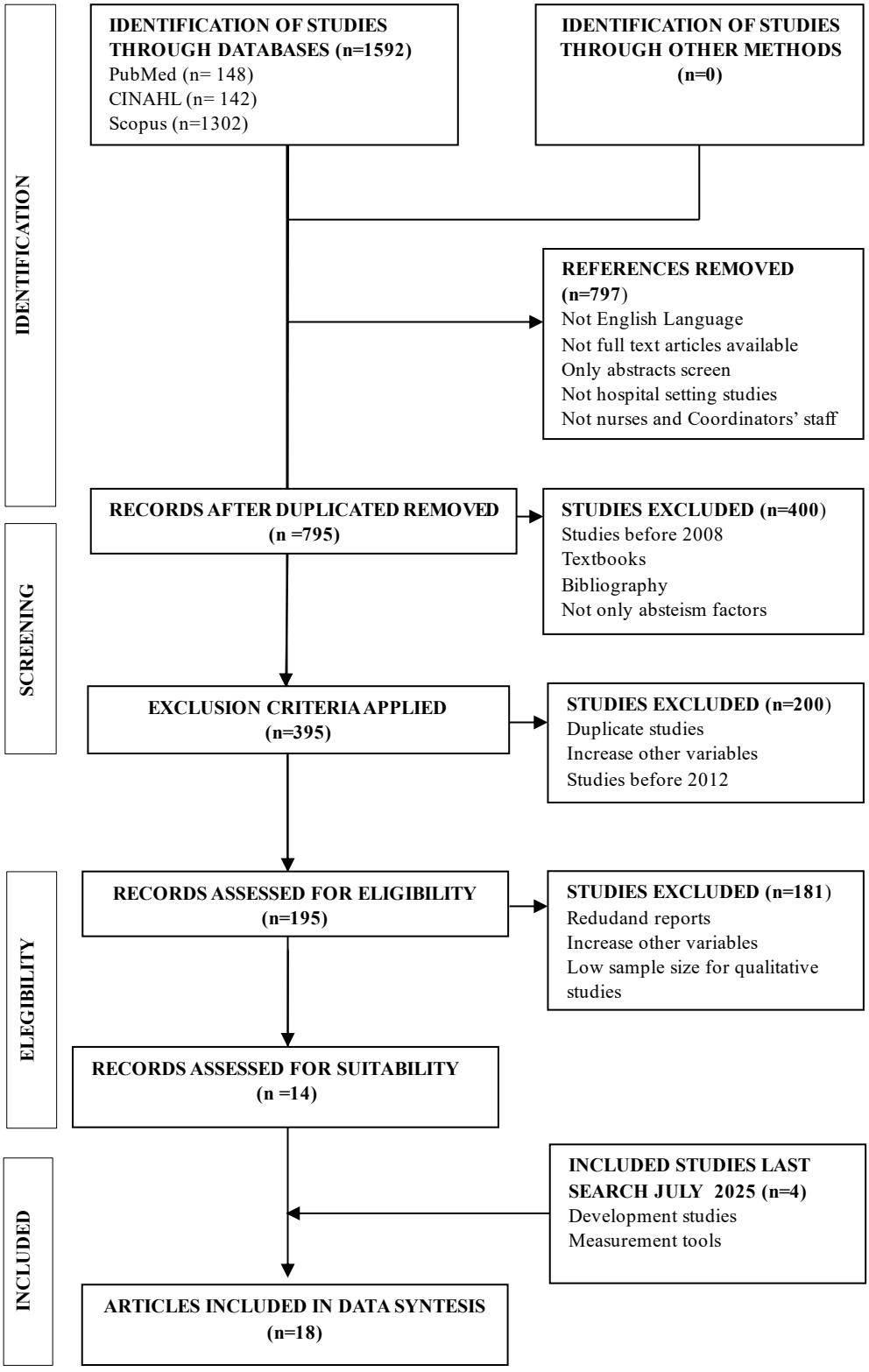


Figura 1. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)

Tabella 1. Tabella riassuntiva delle fonti bibliografiche PubMed

Banca dati	Parole chiave	Studi rilevati	Studi selezionati	Studi inclusi
PubMed	Infermieri presenti smo, studio qualita tivo infer mieri indagine, burnout salute, malattia produttivi tà, ambienti sanitari, percezioni infermieri qualità delle cure, sicurezza del pazien te stress, assistenza infermieri stica mancata, resilienza infermieri positività, cura di sé, lavoro infermieri stico, espe	**5030**	**10**	1. Sanchez-Zaballos, M., Baldonedo-Mosteiro, M., & Mosteiro-Díaz, M. P. (2018). Presenteeism among emergency health care staff. *Emergencias*, *30*(1), 35–40. 2. Dirgar, E., Berşe, S., Şahin, A., Tosun, B., & Levya-Moral, J. M. (2024). Presenteeism and missed nursing care: a descriptive, correlational and observational study. *BMC Nursing*, *23*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02253-9 3. Hou, H., Jiang, Y., Xia, C., Cheng, X., Li, H., Dai, H., & Xiao, S. (2025). The lived experience of presenteeism among emergency nurses: a qualitative study. *BMC Nursing*, *24*(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03902-3 4. Li, Z., Luo, Z., Chen, L., Chang, Y., Ma, X., & Tao, L. (2025). Present situation and influencing factors of presenteeism among nurses in China: a cross-sectional multicenter study. *BMC Nursing*, 24(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03095-9

	rienza del paziente, salute dei dipen denti, gruppo di discus sione, ricerca qualita tiva, qualità delle cure, fattori di rischio, infezioni crociate			5. Li, X., Wang, X., Zhang, C., Zhou, J., Li, T., & Yang, R. (2025). Impact of team presenteeism atmosphere on presenteeism among ICU nurses: mediating effects of work stress and moderating effects of mindfulness. *BMC Nursing*, *24*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03377-2 6. Ma, Y., Zhang, X., Ni, W., Zeng, L., & Wang, J. (2024). Perceived social support and presenteeism among nurses: mediation of psychological capital. *The Journal of Nursing Administration*, *54*(9), 495–502. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001466 7. Mohammadi, M. M., Nayeri, N. D., Varaei, S., & Rasti, A. (2021). The nurse without a nurse: the antecedents of presenteeism in nursing. *BMC Nursing*, *20*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00669-1 8. Simonetti, V., Della Pelle, C., Cerratti, F., Flacco, M. E., & Cicolini, G. (2021). Presenteeism levels among Italian nurses: A multicentric survey. *Professioni Infermieristiche*, *74*(2), 119–125. https://doi.org/10.7429/pi.2021.742119 9. Letvak, S. A., Ruhm, C. J., & Gupta, S. N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on

				self-reported quality of care and costs. *The American Journal of Nursing, 112*(2), 30–39. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000411176.15696.f9 10. Webster, R. K., Liu, R., Karimullina, K., Hall, I., Amlôt, R., & Rubin, G. J. (2019). A systematic review of infectious illness presenteeism: prevalence, reasons and risk factors. *BMC Public Health*, *19*(1), 799. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7138-x

Tabella 2. Tabella riassuntiva delle fonti bibliografiche Scopus

Banca dati	**Parole chiave**	**Studi rilevati**	**Studi selezionati**	**Records inclusi**
Scopus	Infermieri presenti smo studio qualita tivo infer mieri, indagine, burnout salute, malattia produttivi tà, ambienti sanitari, percezioni infermieri qualità delle cure,	**2152**	**8**	1. Freeling, M., Rainbow, J. G., & Chamberlain, D. (2020). Painting a picture of nurse presenteeism: A multi-country integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, *109*(103659), 1–13. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103659 2. Gerlach, M., Hahn, S., Rossier, C., Geese, F., Hamers, J., & Backhaus, R. (2024). Presenteeism among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, *7(*100261), 1–28. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100261

	sicurezza del paziente, stress, assistenza infermieristica mancata, resilienza degli infermieri positività, cura di sé, lavoro infermieristico, esperienza del paziente, salute dei dipendenti, gruppo di discussione ricerca qualitativa, qualità delle cure, fattori di rischio, infezioni crociate			3. Guo, S., Zhang, H., Chang, Y., Zhang, J., Chen, H., & Zhang, L. (2023). The relationship between presenteeism among nurses and patients' experience in tertiary hospitals in China. *Heliyon, 9*(12), 1–9. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e22097 4. Laranjeira, C., Pereira, F., Querido, A., Bieri, M., & Verloo, H. (2022). Contributing Factors of Presenteeism among Portuguese and Swiss Nurses: A Qualitative Study Using Focus Groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(14), 1–19. https://doi.org/10.3390/ijerph19148844 5. Pereira, F., Querido, A., Verloo, H., Bieri, M., & Laranjeira, C. (2022). Consequences of nurse presenteeism in Switzerland and Portugal and Strategies to minimize it: A Qualitative Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(10), 3–17. https://doi.org/10.3390/healthcare10101871 6. Zong, Z., Sun, F., Sun, H., Su, S., & Wei, B. (2025). The relationship between career calling and presenteeism: the role of workaholism and self-compassion. *Australian Journal of Psychology*, *77*(1), 2445247. https://doi.org/10.1080/00049530.2024.2445247

				7. Rainbow, J. G., & Steege, L. M. (2017). Presenteeism in nursing: an evolutionary concept analysis. *Nursing Outlook*, 65(5), 615–623. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.03.005 8. Shan, G., Wang, S., Wang, W., Guo, S., & Li, Y. (2021). Presenteeism in nurses: prevalence, consequences, and causes from the perspectives of nurses and chief nurses. *Frontiers in Psychiatry, 11(*584040), 1–10. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.584040

Tabella 3. Sintesi delle evidenze

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Presenteeism among emergency health care staff	Studio osservazionale trasversale	Sánchez-Zaballos M, Baldonedo-Mosteiro M, Mosteiro-Díaz MP **Spagna** 2018 *Emergencias*	Analizzare la presenza del fenomeno nel personale sanitario dell'emergenza e descriverne la frequenza nel contesto assistenziale di urgenza.	Prevalenza presentismo: 52,9%. Punteggio medio SPS-6 è di 19,8 (±4,2), indicativo di un livello moderato. È associato a stress lavorativo, setting operativo (fenomeno > in emergenza) e presenza di familiari a carico. Gli operatori completano attività, ma con difficoltà; poca concentrazione/ gestione dello stress	Questionario di rilevazione del presentismo e delle caratteristiche professionali. Utilizzo della Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Presenteeism and missed nursing care: a descriptive, correlational and observational study	Studio descrittivo osservazionale	Dirgar E, Berşe S, Şahin A, Tosun B, Levya-Moral M **Turchia** 2024 *BMC Nursing*	Valutare il rapporto tra presentismo e missed nursing care, cioè cure infermieristiche omesse o ritardate.	Il presentismo è associato a aumento della missed nursing care e a condizioni lavorative precarie. Impatto negativo sulla quality care. Aumento errori, cadute assistiti, infezioni crociate. Diffusione > in donne. Incremento depressione e nei laureati. Causato da: mancanza di supporto, priorità esigenze setting operativi ed impatto COVID.	Questionari e strumenti di misura del presentismo e della missed nursing care. Bias di selezione legato a strumenti digitali accessibili

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
The lived experience of presenteeism among emergency nurses: a qualitative study	Studio qualitativo	Hou H, Jiang Y, Xia C, Cheng X, Li H, Dai H, Xiao S **Cina** 2025 *BMC Nursing*	Esplorare l'esperienza vissuta del presentismo negli infermieri di emergenza, con attenzione ai significati attribuiti al recarsi al lavoro pur in condizioni non ottimali.	Presentismo è guidato da senso di responsabilità, carenza di personale e pressione organizzativa. Provoca aumento stress, riduzione benessere e impatto negativo sulla qualità assistenziale, risultando un comportamento culturalmente accettato. Maggiore prevalenza in contesti emergenziali	Studio qualitativo Interviste qualitative, semi-strutturate, con analisi tematica/contenutistica

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Present situation and influencing factors of presenteeism among nurses in China: a cross-sectional multicenter study	Studio trasversale multicentrico	Li Z, Luo Z, Chen L, Chang Y, Ma X, Tao L **Cina** 2025 *BMC Nursing*	Descrivere la situazione attuale del presentismo tra gli infermieri in Cina e identificarne i principali fattori associati.	Punteggio medio di presentismo pari a circa 18,0 (±4,5). Prevalenza del 64%. Il fenomeno risulta associato a stress lavorativo ($p < 0,001$), soddisfazione lavorativa e supporto organizzativo ($p < 0,05$). Causato da pressione economica/ precarietà lavorativa, priorità esigenze setting Ambiti emergenziali più colpiti	Questionari multicentrici per la rilevazione del presentismo e dei fattori associati.

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Impact of team presenteeism atmosphere on presenteeism among ICU nurses: mediating effects of work stress and moderating effects of mindfulness	Studio osservazionale trasversale multicentrico quantitativo con analisi di mediazione e moderazione	Li X, Wang X, Zhang C, Zhou J, Li T, Yang R **Cina** 2025 *BMC Nursing*	Analizzare l'effetto del clima di team favorevole al presentismo sugli infermieri di terapia intensiva considerando lo stress lavorativo come mediatore e la mindfulness come moderatore	Il presentismo è associato a missed nursing care, con aumento delle cure omesse o ritardate. Risulta correlato a fattori sistemici (carico di lavoro), con impatto negativo sulla qualità delle cure. Aumento nel singolo le in presenza di clima presentismo in team. Mindfulness come fattore protettivo	Questionari psicometrici su presentismo, clima di team, stress lavorativo e mindfulness

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Perceived social support and presenteeism among nurses: mediation of psicological capital	Studio osservazionale trasversale, quantitativo	Ma Y, Zhang X, Ni W, Zeng L, Wang J **Cina** 2024 *The Journal of Nursing Administration*	Analizzare la relazione tra supporto sociale percepito e presentismo infermieristico, valutando il ruolo mediatore del capitale psicologico	Il supporto sociale risulta inversamente associato al presentismo ($p < 0,05$). Il capitale psicologico media in parte tale relazione indicando che livelli più elevati di risorse e supporto psicosociale riducono il fenomeno	Scale psicometriche validate

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
The nurse without a nurse: the antecedents of presenteeism in nursing	Studio qualitativo	Mohammadi M, Nayeri N, Varaei S, Rasti A **Iran** 2021 *BMC Nursing*	Esplorare gli antecedenti del presentismo	Il presentismo è influenzato da carenza di personale, carico di lavoro, senso di responsabilità e pressione organizzativa; emergono fattori culturali e morali legati al dovere professionale. È maggiore in donne e soggetti coniugati. Presenza di sintomi respiratori, emicrania, algie diffuse, problemi gastro/intestinali. Maggiore esposizione ruoli dirigenziali al fenomeno	Interviste qualitative semi-strutturate

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Preseenteeism levels among italian nurses. A multicentric survey	Studio osservazionale multicentrico quantitativo	Simonetti V, Della Pelle C, Cerratti F, Flacco M, Cicolini G **Italia** 2021 *Professioni Infermieristiche*	Valutare i livelli di presentismo negli infermieri italiani e la loro distribuzione nei diversi contesti clinici.	I punteggi SPS-6 si distribuiscono in fascia intermedia 21.6 (± 4.0), indicando livelli moderati di presentismo. Valori più elevati si osservano nei contesti ad alta intensità assistenziale e nelle donne. Conseguenze: incremento malattie croniche, > presentismo. Maggiore capacità completamento del lavoro rispetto a concentrazione (≈2–3)	Strumenti di misurazione Stanford presenteeism scale (SPS-6)

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Nurses' presenteeism and its effects on self - reported quality of care and costs	Studio osservazionale trasversale quantitativo	Letvak S, Ruhm C, Gupta S **USA** 2012 *The American Journal of Nursing*	Analizzare la relazione tra presentismo infermieristico e qualità dell'assistenza auto-riferita, nonché stimarne l'impatto economico in termini di costi correlati alla riduzione della produttività.	Il presentismo è associato a riduzione della produttività e della qualità assistenziale; il costo stimato è pari a circa 2.000-3.000 $ annui per infermiere Aumento delle infezioni ad esso associate	Questionari self-report per la valutazione del presentismo e della qualità dell'assistenza, con raccolta di dati relativi alla produttività lavorativa e ai costi associati.

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
A systematic review of infectious illness Presenteeism: prevalence, reasons and risk factors	Sistematic review	Webster R, Liu R, Karimullin K, Hall I, Amlot R, Rubin G **Internazionale** 2019 *BMC Public Health*	Analisi della prevalenza del fenomeno legato a malattie infettive e identificazione dei principali fattori di rischio individuali, organizzativi e culturali tra gli operatori sanitari.	Prevalenza tra il 35-75%; associato a pressione lavorativa, cultura organizzativa e carenza di personale, con rischio di trasmissione infettiva (team e assistiti). Cause: precarietà lavoro/ disagio economico. L'80% dichiara di lavorare malato per 2 giorni	Revisione sistematica di studi primari (questionari / survey e studi osservazionali) che utilizzano diversi strumenti per la valutazione del presentismo

Banca dati: Scopus					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Painting a picture of nurse presenteeism: A multicountry integrative review	Revisione integrativa della letteratura	Freeling M, Rainbow J, Chamberlain D **Europa, America, Asia** 2020 *International Journal of Nursing Studies*	Sintetizzare le evidenze disponibili sul presentismo infermieristico globale, identificandone prevalenza, fattori determinanti e principali conseguenze sul piano organizzativo e assistenziale.	Prevalenza: 15%- 86%. Fenomeno multifattoriale: sovraccarico lavorativo, pressione gestionale. Cause: esigenze sociali. Etica lavorativa. Percezione disinteresse istituzionale. Impatto negativo COVID. Precarietà economica e lavorativa. Esiti: errori, cadute assistiti, infezioni, malattie croniche, conflitti familiari. Sintomi: disagi psicologici, muscolo-scheletrici e respiratori. Maggiore esposizione ruoli dirigenziali al fenomeno	Revisione di studi primari (quantitativi e qualitativi) che utilizzano questionari, scale di presentismo e metodi qualitativi. Limiti: Mancanza di uniformità negli strumenti di misura e nell'intervallo di tempo analizzato

Banca dati: Scopus					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Presenteeism among nurses: An integrative review	Revisione integrativa della letteratura	Gerlach M, Hahn S, Rossier C, Geese F, Hamers j, Backhaus R **Internazionale** 2024 *International Journal of Nursing Studies*	Analizzare lo stato dell'arte sul presentismo infermieristico, sintetizzando le evidenze relative a prevalenza, fattori determinanti e conseguenze nei diversi contesti assistenziali.	Prevalenza presentismo 30–90%; diffusione donne e over 45. Incremento malattie croniche: cardiovascolari, musco lo- schele triche. Cause: turnover, priorità esigenze setting; impatto COVID; esigenze sociali. Precarietà economica/ lavorativa. Scarso supporto istituzioni. Burnout. Esiti: rischio di errori, infezioni. Stress, conflitti sociali, assenteismo lungo termine; immagine sociale distorta.	Revisione di studi primari (quantitativi e qualitativi) che utilizzano questionari, scale di presentismo e metodi qualitativi. Limiti: eterogeneità degli studi inclusi, mancanza di strumenti standardizzati per misurazione presentismo. Utilizzo di disegni trasversali e rischio di bias legato a dati self-report e eterogeneità temporale

Banca dati: Scopus					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
The relationship between presenteeism among nurses and patients' experience in tertiary hospitals in China	Studio osservazionale trasversale quantitativo	Guo S, Zhang H, Chang Y, Zhang J, Chen H, Zhang L **Cina** 2023 *Heliyon*	Valutare l'associazione tra presentismo infermieristico e esperienza del paziente, attraverso analisi impatto del fenomeno sulla qualità percepita delle cure.	Il presentismo è associato a una peggiore esperienza del paziente ($p < 0,05$). Aumento rischio di errori, cadute, infezioni; alterazione immagine sociale distorta. Il presentismo è causato da priorità familiari/ personali e senso del dovere verso colleghi e assistiti.	Questionari quantitativi validati per la misurazione del presentismo (scale self-report) e dell'esperienza del paziente (patient experience survey). Limiti: rischio bias di autovalutazione e limitata generalizzabilità

Banca dati: Scopus					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Contributing Factors of Presenteeism among Portuguese and Swiss Nurses: A qualitative Study Using Focus Groups	Studio qualitativo	Laranjeira C, Pereira F, Querido A, Bieri M, Verloo H **Portogallo Svizzera** 2022 *International Journal of Enviromental Research and Public Health*	Esplorare i fattori che determinano il presentismo negli infermieri	Il presentismo è influenzato da fattori organizzativi e culturali, (carico di lavoro e senso di responsabilità). Forte impatto precarietà e condizioni economiche disagiate. Assenza di coinvolgimento decisionale e percezione disinteresse istituzionale. Prevalenza nelle donne e laureati. Esiti: perdita prestazione lavorativa, aumento assenteismo	Focus group. Limiti: campione limitato e risultati non generalizzabili

Banca dati: Scopus					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Consequences of nurse presenteeism in Switzerland and Portugal And Strategies to minimize it: A qualitative study	Studio qualitativo	Pereira F, Querido A, Verloo H, Bieri M, Laranjeira C **Svizzera Portogallo** 2022 *Healthcare*	Analizzare gli esiti del presentismo e identificare possibili strategie	Il presentismo comporta effetti negativi su benessere operatori e qualità assistenziale; sovraccarico team, sfiducia istituzioni e perdita di efficienza lavorativa. Percezione immagine sociale distorta. Prevalenza nelle donne. Strategie di intervento: leadership supportiva, clima positivo, comunicazione teamwork, promozione benessere. Aumento empowerment infermieri.	Interviste qualitative

Banca dati: Scopus					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
The relationship between career calling and presenteeism: the role of workaholism and self-compassion	Studio osservazionale trasversale	Zong Z, Sun F, Sun H, Su S, Wei B **Cina** 2025 *Australian Journal of Psychology*	Analizzare la relazione tra career calling e presentismo	Il presentismo è influenzato dal career calling; il workaholism conferma la relazione ($p < 0,05$)	Questionari psicometrici Limiti**:** Disegno trasversale e bias da autovalutazione

Banca dati: Scopus					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Presenteeism in nursing: an evolutionary concept analysis	Analisi concettuale	Rainbow J, Steege L **Internazionale** 2017 *Nursing Outlook*	Analisi e definizione del concetto di presentismo in ambito infermieristico; identificare passati attributi ed esiti, al fine di migliorare la comprensione teorica e l'applicazione nella pratica clinica.	Presentismo: fenomeno multidimensionale caratterizzato dalla presenza al lavoro nonostante condizioni di malessere fisico o psicologico, con riduzione della performance. Lo studio identifica: antecedenti attributi: carico di lavoro, cultura organizzativa, senso del dovere. Esiti: ridotta concentrazione, diminuzione efficienza produttiva; impatto negativo su qualità assistenziale, sicurezza e benessere degli operatori	Revisione teorica della letteratura con approccio di analisi concettuale

Banca dati: Scopus					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Presenteeism in nurses: prevalence, consequences and causes from the perspectives of nurses and chief nurses	Studio osservazionale trasversale quantitativo	Shan G, Wang S, Wang W, Guo S, Li Y **Cina** 2021 *Frontiers in psychiatry*	Analizzare il livello di presentismo tra gli infermieri; identificare i maggiori fattori personali e sistemici associati al fenomeno, con particolare focus su stress e salute mentale.	La SPS-6 determina un valore di 17–20; il presentismo è associato a stress lavorativo e sintomi psicologici ($p < 0,05$). Gli incarichi organizzativi riconoscono ma sottostimano il fenomeno. Visione del presentismo come comportamento normale	Utilizzo di SPS-6; questionari su stress e salute mentale.

Fase 3. Elaborazione dello strumento di indagine

È stato elaborato un questionario strutturato, finalizzato all'analisi multidimensionale del presentismo in ambito ospedaliero.

In linea con gli studi rilevati, che evidenziano la necessità di integrare strumenti standardizzati con item contestuali e organizzativi, il questionario è stato costruito combinando una scala validata con item esplorativi specifici per il contesto indagato.

Per la misurazione del presentismo è stata utilizzata la Stanford Presenteeism Scale (SPS-6). La descrizione dettagliata dello strumento è riportata nel paragrafo dedicato agli strumenti (paragrafo 3.9).

Fase 4. Approvazione e organizzazione della raccolta dati

È stata pianificata la raccolta dei dati, definendo le modalità di somministrazione del questionario e garantendo l'osservanza degli aspetti etici e organizzativi dello studio. In particolare, sono state ottenute le necessarie autorizzazioni da parte della Direzione Aziendale ed è stato assicurato il rispetto dei principi di anonimato, riservatezza e volontarietà della partecipazione, previa informazione ai partecipanti sugli obiettivi dello studio.

Fase 5. Somministrazione del questionario

Il questionario è stato somministrato agli infermieri e agli Incaricati di Funzione Organizzativa operanti nel contesto ospedaliero di riferimento.

La distribuzione è avvenuta tramite i coordinatori infermieristici presso le unità operative coinvolte, con successiva raccolta dei questionari compilati. La compilazione richiedeva mediamente circa 15–20 minuti.

Fase 6. Inserimento e analisi dei dati

I dati raccolti sono stati preliminarmente sottoposti a controllo di completezza, successivamente codificati e inseriti in un database elettronico per l'elaborazione statistica.

L'analisi dei dati è stata condotta in modo da rispondere agli obiettivi dello studio e valutare le ipotesi di ricerca, attraverso l'impiego di metodologie statistiche descrittive e inferenziali.

Fase 7. Interpretazione e stesura dei risultati

I risultati ottenuti sono stati analizzati, organizzati e presentati mediante tabelle e rappresentazioni grafiche, al fine di facilitarne la lettura e la comprensione. L'analisi ha permesso di individuare i principali pattern emergenti e di metterli in relazione con gli obiettivi dello studio.

Fase 8. Rapid review della letteratura e sviluppo delle strategie di intervento

Sulla base dei risultati emersi, sono state sviluppate considerazioni critiche sul fenomeno del presentismo infermieristico nel contesto analizzato. Le evidenze empiriche emerse sono state confrontate con la letteratura scientifica di riferimento, al fine di definire similitudini, discrepanze e principali fattori associati.

Inoltre, al fine di identificare possibili strategie di mitigazione del fenomeno e rafforzare le evidenze disponibili relative all'oggetto di studio, è stata condotta una *rapid review* della letteratura scientifica nel periodo compreso tra marzo e maggio 2026.

Le stringhe di ricerca sono state elaborate a partire dalle parole chiave più segnalate nelle implicazioni future riportate nei precedenti studi inclusi ed integrate con le percezioni/proposte emerse direttamente dai questionari compilati. Esse sono rappresentate da: *supporto organizzativo, sociale, ambiente di lavoro, clima lavorativo, work stress, workload*, *Job demands, burnout, stress emotivo, resilienza, peer support, qualità assistenza*. In linea con l'approccio metodologico della *rapid review,* la ricerca è stata focalizzata su un numero selezionato di database scientifici (PubMed, CINAHL e Scopus), limitando l'inclusione agli articoli pubblicati dal 2019 in lingua inglese.

Il diagramma PRISMA riportato nella Figura 2 sintetizza il processo di identificazione, screening, eleggibilità e inclusione degli studi selezionati nella *rapid review*. Sono stati individuati complessivamente 2.302 articoli attraverso la consultazione dei database PubMed, CINAHL e Scopus, senza ulteriori contributi proveniente da altre fonti. In seguito a una prima valutazione, sono stati rimossi 1.716 riferimenti sulla base di criteri preliminari, quali articoli non accessibili, contesto non ospedaliero e scarsa pertinenza rispetto al ruolo di infermieri e coordinatori. Nella fase di screening sono stati esclusi 221 Records e successivamente, applicando criteri di esclusione più specifici, sono stati eliminati ulteriori 85 studi per duplicazione o per la presenza di variabili non rilevanti. I restanti 10 articoli sono stati quindi valutati per l'eleggibilità mediante un'analisi approfondita del contenuto, che ha portato all'esclusione di altri 5 studi a causa di ripetizione dei report, utilizzo di variabili non pertinenti. Al termine

del processo di selezione, 5 articoli sono stati ritenuti idonei e inclusi nella sintesi finale dei dati, costituendo il nucleo empirico per l'identificazione di strategie oggetto della presente ricerca.

A supporto dell'inquadramento concettuale e della definizione del percorso strategico, sono stati inoltre considerati alcuni specifici contributi teorici di riferimento, tra cui la bibliografia di Guilbert et al. (2002), il modello teorico *Change Model and Diffusion of Innovation Theory* di Rogers (2004) e un articolo pubblicato su The Lancet (2023).

Di seguito vengono riportati il diagramma PRISMA (Figura 2) e le Tabelle 4, 5, 6 e 7 contenenti gli studi inclusi nella *rapid review*.

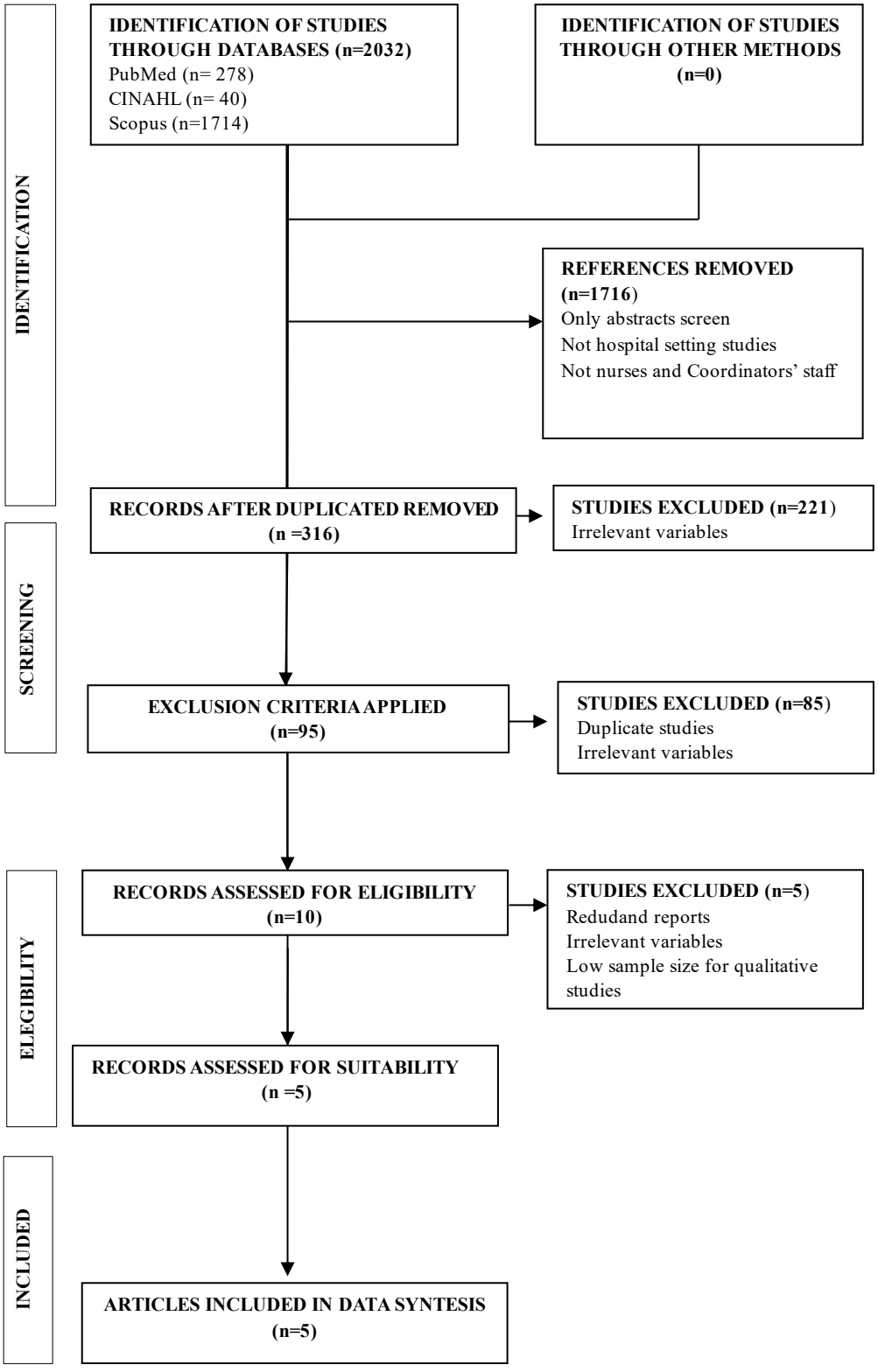


Figura 2. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)

Tabella 4. Tabella riassuntiva delle fonti bibliografiche CINAHL

Banca dati	Parole chiave	Studi rilevati	Studi selezionati	Studi inclusi
CINAHL	Supporto organizzativo, sociale, ambiente di lavoro, clima lavorativo, work stress, workload Job demands, burnout, stress emotivo, resilienza, peer support, qualità assistenza	**20**	**1**	1. Tran, K., Campbell, S., & Whealon, C. (2025). The impact of mindful clinical aromatherapy on intensive care unit nurses' stress experience: a quality improvement project. *Critical Care Nurse*, *45*(6), 50–57. https://doi.org/10.4037/ccn2025874

Tabella 5. Tabella riassuntiva delle fonti bibliografiche PubMed

Banca dati	Parole chiave	Studi rilevati	Studi selezionati	Studi inclusi
PubMed	Supporto organizzativo /sociale, ambiente di lavoro, clima lavorativo, work stress workload burnout, stress emotivo, resilienza, peer support, qualità assistenza	**20**	**2**	1.Berdida, D. J. E., & Grande, R. A. N. (2025). The role of inclusive leadership in optimizing patient-centered care among ICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, *87*(103900), 1–3. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103900 2. Wei, H., Roberts, P., Strickler, J., & Corbett, R. W. (2019). Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. *Journal of Nursing Management*, *27*(4), 681-687. https://doi.org/10.1111/jonm.12736

Tabella 6. Tabella riassuntiva delle fonti bibliografiche Scopus

Banca dati	**Parole chiave**	**Studi rilevati**	**Studi selezionati**	**Studi inclusi**
Scopus	Supporto organizzativo /sociale, clima lavorativo work stress workload burnout, stress emotivo, resilienza, peer support, qualità assistenza	**10**	**2**	1. Hassanie, S., Uludağ, O., Trivedi, D., Boukarroum, S., & Saidy, J. (2025). Who cares for the healthcare workers? The impact of workplace incivility on healthcare workers' traumatic stress and mental health mediated by psychological resilience. *Human Factors in Healthcare, 7*(100105), 1–13. https://doi.org/10.1016/j.hfh.2025.100105 2. Ortiz-Moreno, S., Giménez-Díez, D., Pastor-Méndez, A., Escobar-García, P., Gómez-Ibáñez, R., Aguayo-González, M. P., Maldonado-Alia, R., & Watson-Badia, C. (2026). Mindfulness and self-care in healthcare professionals: A qualitative metasynthesis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 60(152002), 1–14. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2025.152002

Tabella 7. Sintesi delle evidenze

Banca dati: CINAHL					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
The impact of mindful clinical aromatherapy on intensive care unit nurses' stress experience : a quality improvement project.	Studio interventistico non sperimentale (progetto di miglioramento qualità)	Tran K., Campbell S, Whealon, C. **USA** 2025 *Critical Care Nurse,*	Valutare l'impatto aroma/ terapia e mindfulness sullo stress infermieristico percepito in terapia intensiva dopo il progetto di miglioramento (aromaterapia + mindfulness in reparto)	Riduzione dello stress e miglioramento del benessere percepito	Scala di autovalutazione dello stress percepito

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
The role of inclusive leadership in optimizing patient-centered care among	Studio descrittivo / correlazionale	Berdida D, Grande R **Globale** 2025 *Intensive and Critical Care Nursing*,	Esplorare il ruolo della leadership inclusiva nel migliorare quality care negli infermieri di terapia intensiva. Analisi percezioni degli infermieri	Leadership inclusiva favorisce ambiente positivo; migliora coinvolgimento infermieri e qualità assistenza	Questionari di autovalutazione

Banca dati: PubMed					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience	Studio qualitativo	Wei H, Roberts P, Strickler J, Corbett R **USA** 2019 *Journal of Nursing Management*	Esplorare le strategie adottate dai nurse leader per promuovere la resilienza negli infermieri	Prevalenza presentismo in emergenza. Strategie: leadership di supporto e riconoscimento ruoli aumentano resilienza, riducono stress e migliorano benessere lavorativo	Interviste e analisi qualitativa

Banca dati: Scopus					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
The impact of workplace incivility on healthcare workers' traumatic stress and mental health mediated by psychological resilience.	Studio quantitativo	Hassanie S, Uludag O, Trivedi D, Boukarroum S, Saidy j **Globale** **2025** *Human Factors in Healthcare*	Analizzare l'impatto dell'inciviltà lavorativa sullo stress traumatico e sulla salute mentale degli operatori sanitari, considerando il ruolo della resilienza	Inciviltà lavorativa aumenta stress e peggiora la salute mentale. La resilienza media l'effetto	Questionari standardizzati su inciviltà, stress e resilienza

Banca dati: Scopus					
Titolo studio	**Tipo di studio**	**Autore/i** **Anno** **Pubblicazione**	**Obiettivi**	**Risultati ottenuti**	**Strumenti messi in atto per la valutazione**
Mindfulness and self-care in healthcare professionals: A qualitative metasynthesis.	Metasintesi qualitativa	Ortiz-Moreno S, Gimenez D, Pastor-Mendez, Escobar-Garcia P **Globale** **2026** *Archives of Psychiatric Nursing*	Esplorare il ruolo di mindfulness e self-care nel benessere dei professionisti sanitari	Mindfulness e self-care riducono stress e burnout, migliorano coping e benessere lavorativo	Analisi tematica di studi qualitativi

In tale prospettiva, il presente studio ha condotto allo sviluppo di una proposta di intervento formativo, finalizzata a tradurre le evidenze emerse in azioni concrete di miglioramento evidence-based e context-based. La letteratura analizzata non riporta l'esistenza di programmi formativi standardizzati specificamente finalizzati alla riduzione del presentismo infermieristico. Tuttavia, proprio l'assenza di modelli univoci, unitamente all'eterogeneità e all'originalità degli interventi descritti, consente di individuare una pluralità di approcci e contenuti innovativi. Tali elementi, opportunamente integrati e rielaborati in chiave critica, costituiscono una base teorico-pratica solida per la progettazione di un percorso formativo strutturato, coerente e contestualizzato, in grado di rispondere in maniera efficace e realistica alle esigenze del contesto assistenziale.

Fase 9. Revisione finale

Sono state elaborate le conclusioni dello studio, evidenziando le principali implicazioni pratiche dei risultati e le possibili prospettive future per la prevenzione e gestione del presentismo infermieristico.

3.2 PIANIFICAZIONE DELLO STUDIO

Al fine di pianificare in modo strutturato le diverse fasi del progetto di ricerca, è stato elaborato un cronoprogramma rappresentato mediante diagramma di Gantt (Tabella 8).

Il progetto di tesi è stato sviluppato secondo una pianificazione temporale articolata in 9 fasi. Dopo una fase iniziale di definizione del problema di ricerca (gennaio–febbraio 2025), è stata condotta la revisione della letteratura (febbraio–luglio). La progettazione dello studio ha incluso l'elaborazione del questionario (aprile–maggio) e la successiva fase di approvazione e organizzazione della raccolta dati (maggio–giugno), seguita dalla somministrazione dello strumento di indagine (giugno–luglio). L'analisi dei dati, comprensiva della componente quantitativa e qualitativa, è stata effettuata nei mesi di novembre e dicembre. L'aggregazione dei risultati si è sviluppata tra dicembre e marzo 2026, mentre la fase di discussione, comprensiva dell'elaborazione di strategie organizzative con implementazione delle ultime evidenze scientifiche disponibili, si è estesa da marzo a maggio. Il lavoro si è concluso con la revisione finale nel mese di giugno 2026.

Diagramma di Gantt																
Fasi del progetto	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Ago/Set/Ott	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno
Definizione problema di ricerca																
Revisione della letteratura																
Elaborazione del questionario																
Approvazione e organizzazione																
Somministrazione questionario																
Inserimento e analisi dei dati																
Stesura dei risultati																
Discussione/ individuazione strategie																
Revisione finale																

Tabella 8. Diagramma di Gantt relativo alla pianificazione temporale delle fasi del progetto di ricerca sul presentismo infermieristico

3.3 METODOLOGIA (CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE)

Per esplorare il fenomeno oggetto di studio, è stata definita la popolazione da osservare e alla quale somministrare lo strumento di ricerca. A tal fine, sono stati stabiliti a priori specifici criteri di inclusione ed esclusione per garantire l'omogeneità dei partecipanti e la validità dello studio.

Criteri di inclusione:

- Infermieri e Incaricati di Funzione Organizzativa, operanti presso l'AST Ancona – Polo Ospedaliero di Senigallia;
- Professionisti assegnati a unità operative ospedaliere (degenza, emergenza, ambulatori);
- Professionisti coinvolti direttamente nel processo assistenziale;
- Consenso alla partecipazione allo studio.

Criteri di esclusione:

- Professionisti appartenenti ad altri profili professionali;
- Mancata adesione allo studio;
- Professionisti non coinvolti nell'assistenza diretta;
- Personale operante in ambito territoriale;
- Assenza dal servizio superiore a 30 giorni prima della rilevazione per malattia o congedo prolungato.

3.4 POPOLAZIONE TARGET E CAMPIONAMENTO

La popolazione target dello studio era costituita da infermieri e Incaricati di Funzione Organizzativa coinvolti direttamente nel processo assistenziale ed in servizio presso il Polo Ospedaliero di Senigallia (AST Ancona) che soddisfano i criteri di inclusione ed esclusione definiti nel progetto di ricerca.

Complessivamente sono risultati eleggibili 290 professionisti. La dimensione campionaria è stata stimata per uno studio osservazionale descrittivo assumendo un livello di confidenza del 95%, un margine di errore del ±5% e una proporzione attesa pari a 0,50. In assenza di dati preliminari relativi alla prevalenza del fenomeno indagato in tale contesto, tale valore è stato adottato in quanto rappresentativo della condizione di massima variabilità. Considerando la popolazione finita, la numerosità minima richiesta è risultata pari a 166 partecipanti.

Il reclutamento è avvenuto mediante campionamento non probabilistico per convenienza, su base volontaria e anonima. Il questionario è stato distribuito a tutti i professionisti eleggibili (N = 290) e sono stati restituiti 171 questionari compilati,

corrispondenti a un tasso di risposta del 58,9%. Il campione ottenuto ha pertanto soddisfatto il requisito di numerosità previsto.

3.5 SETTING AMBIENTALE E TEMPORALE

Lo studio monocentrico è stato condotto presso il polo Ospedaliero pubblico di I livello di Senigallia (AST Ancona) e ha coinvolto le unità operative di area medica, pediatrica, chirurgica, emergenza-urgenza e servizi ambulatoriali specialistici ospedalieri. La raccolta dei dati è avvenuta nel periodo compreso tra giugno e luglio 2025.

3.6 FIGURE COINVOLTE

Allo studio hanno preso parte, a vario titolo, le seguenti figure:

- Infermieri e Incaricati di Funzione Organizzativa operanti presso il Polo Ospedaliero pubblico di Senigallia, in qualità di partecipanti alla compilazione del questionario;
- La laureanda, responsabile della progettazione dello studio, della somministrazione e della raccolta dello strumento di indagine, della codifica e archiviazione dei dati e dell'analisi statistica;
- Il relatore, con funzione di supervisione scientifica e metodologica del lavoro di ricerca.

Va specificato che gli Incaricati di Funzione Organizzativa delle unità operative coinvolte, hanno esercitato una funzione di supporto organizzativo alla ricerca.

Quest'ultimi hanno collaborato alla diffusione del questionario, all'identificazione dei professionisti eleggibili secondo i criteri di inclusione ed esclusione definiti dalla ricercatrice e alla definizione del numero di partecipanti previsto per ciascun ambito.

3.7 VARIABILI DELLO STUDIO

Le variabili oggetto di studio sono state suddivise in variabili indipendenti e dipendenti e classificate in cinque macro-aree:

Variabili socio-demografiche (variabile indipendente): genere, fascia di età, titolo di studio, stato civile, presenza di familiari a carico.

Variabili lavorative (variabile indipendente): tipologia contrattuale, ruolo professionale, esperienza lavorativa, unità operativa di appartenenza.

Variabili di conoscenza (variabile dipendente): conoscenza, definizione del presentismo e consapevolezza del fenomeno.

Variabili di esperienza (variabile dipendente): frequenza, durata, sintomi, motivazioni e condizioni associate.

Variabili di impatto (variabile dipendente): performance lavorativa percepita (scala SPS-6), conseguenze osservate personali ed organizzative, proposte di strategie di miglioramento.

3.8 PROCEDURE

Il protocollo di ricerca si è sviluppato attraverso la somministrazione di un questionario in formato cartaceo. La scelta della modalità cartacea è stata motivata dalle evidenze emerse nella letteratura, che individuano tra i limiti degli studi basati su strumenti digitali, la possibile difficoltà di accesso da parte dei partecipanti, dovuta a scarsa familiarità tecnologica o limitata disponibilità dei dispositivi informatici (Dirgar et al.,2024). Prima della somministrazione, lo strumento è stato sottoposto a un pre-test pilota su un piccolo gruppo di professionisti, al fine di verificarne la chiarezza, la comprensibilità e l'adeguatezza rispetto agli obiettivi dello studio.

Successivamente, i questionari sono stati distribuiti ai professionisti eleggibili. Il tasso di risposta ottenuto, dopo autosomministrazione, è risultato superiore al 50%; pertanto, non si è reso necessario effettuare ulteriori richiami. I questionari restituiti sono risultati pressoché completi; alcuni partecipanti hanno inoltre inserito commenti liberi nell'apposito spazio finale.

I dati sono stati successivamente controllati, codificati e inseriti in un database dedicato per l'analisi statistica. I questionari cartacei sono stati conservati in ambiente protetto, mentre i dati digitalizzati sono stati archiviati su supporto informatico sicuro.

3.9 STRUMENTO

Lo strumento di indagine, strutturato ad imbuto, è stato articolato in tre sezioni (Allegato 2. Questionario indagine conoscitiva).

La prima sezione era finalizzata alla raccolta delle variabili socio-demografiche e comprendeva 9 item.

La seconda sezione esplorava il fenomeno del presentismo attraverso 13 domande a risposta chiusa e 1 domanda aperta.

Nei quesiti a risposta chiusa le tipologie di scelta includevano opzioni dicotomiche o alternative predefinite: 8 item prevedevano una risposta singola, mentre 5 consentivano la selezione multipla fino a un massimo di tre opzioni. Le domande sono state orientate all'indagine di definizione, prevalenza e consapevolezza del fenomeno, delle cause, delle conseguenze e delle proposte di intervento correlate.

Per mantenere la struttura ad imbuto del questionario, la terza sezione è stata incorporata nella seconda, consentendo una modulazione graduale del carico cognitivo. Tale componente era costituita dalla Stanford Presenteeism Scale (SPS-6): la scala presentava buoni livelli di affidabilità interna, con valori alfa di Cronbach pari a 0,72 nella versione originale.

Nel presente studio non è stato effettuato un nuovo calcolo dell'affidabilità interna, in quanto è stata utilizzata la forma originaria senza modifiche. La scala è stata utilizzata esclusivamente per finalità di ricerca accademica, mantenendone invariato il contenuto e citando la fonte originale. È stata inoltre impiegata una traduzione in lingua italiana al solo scopo di facilitarne la comprensione da parte dei partecipanti, senza alterarne il significato degli item; tuttavia tale versione non è stata sottoposta a un processo formale di validazione.

Le domande esplorative relative a definizione, cause e esiti del presentismo non sono state aggregate in un'unica scala, poiché riferite a dimensioni concettualmente distinte.

3.10 ASPETTI ETICI

Lo studio è stato condotto nel rispetto delle normative vigenti in materia di ricerca e protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679) e in conformità ai principi etici della ricerca osservazionale. Prima dell'avvio della raccolta dei dati è stata ottenuta formale autorizzazione dagli organi competenti dell'Azienda Sanitaria Territoriale. (Allegato 3. Domanda di autorizzazione indagine conoscitiva).

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria e la compilazione del questionario è stata considerata espressione di consenso informato implicito. Ai partecipanti è stata garantita la possibilità di non aderire o di interrompere la compilazione in qualsiasi momento, senza alcuna conseguenza.
I dati sono stati raccolti in forma anonima e trattati esclusivamente in modalità aggregata, assicurando la riservatezza e la tutela dell'identità dei partecipanti.
In considerazione della natura osservazionale dello studio, non è stato richiesto il parere del Comitato Etico.

3.11 TECNICHE DI ANALISI DEI DATI

A ciascun questionario raccolto è stato assegnato un numero progressivo identificativo (ID), al fine di garantirne la tracciabilità in caso di necessità di riesame dei dati. Successivamente è stato predisposto un database elettronico in Microsoft Excel, nel quale le variabili oggetto di studio e i singoli partecipanti sono stati sottoposti a verifica, codifica e organizzazione.

Lo studio ha previsto un'analisi quantitativa descrittiva e inferenziale, integrata da una componente qualitativa descrittiva relativa alla risposta aperta. I dati quantitativi sono stati analizzati utilizzando frequenze assolute e percentuali.

Per la scala SPS-6 è stato calcolato il punteggio totale, previa inversione degli item negativi. In presenza di dati mancanti relativi agli item della scala SPS-6, al fine di preservare la numerosità campionaria ed evitare l'esclusione di questionari parzialmente compilati, è stato assegnato un punteggio intermedio pari a 3 agli item non compilati, in quanto valore neutro della scala Likert.

Per le restanti variabili, le risposte mancanti non sono state oggetto di imputazione e le analisi sono state condotte considerando, di volta in volta, i dati effettivamente disponibili (analisi per caso disponibile). Pertanto, il numero di osservazioni può variare tra le diverse analisi e tabelle prodotte.

In una fase successiva, è stata condotta un'analisi inferenziale finalizzata al confronto del punteggio medio della scala SPS-6 tra le diverse unità operative, mediante analisi della varianza a una via (*one-way ANOVA*) per gruppi indipendenti. Le analisi inferenziali sono state effettuate mediante il software IBM SPSS Statistics. Il livello

di significatività statistica è stato fissato a $p < 0,05$. Lo studio mantiene comunque un'impostazione prevalentemente descrittiva-esplorativa.

Le risposte alla domanda aperta sono state sottoposte ad un'analisi qualitativa di tipo descrittivo, condotta secondo un approccio induttivo, con individuazione dei temi a partire dai dati raccolti. L'analisi si è sviluppata attraverso un processo progressivo di rilettura dei testi, categorizzazione e codifica aperta dei dati, finalizzato all'individuazione di concetti chiave, ricorrenze e convergenze tematiche tra le risposte raccolte. Durante il processo analitico si è cercato di mantenere un approccio di *bracketing*, sospendendo per quanto possibile percezioni, interpretazioni personali e aspettative da parte della ricercatrice. Le informazioni emerse sono state successivamente sintetizzate in nuclei tematici principali, utili a descrivere l'"essenza" dell'esperienze riportate dai rispondenti e ad approfondire, in maniera complementare, i risultati quantitativi dello studio.

4. RISULTATI

4.1 CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE

Le caratteristiche socio-demografiche e professionali del campione sono riportati in Tabella 9.

Il campione è costituito prevalentemente da soggetti di sesso femminile (81,3%) e da infermieri (92,9%), con una distribuzione anagrafica concentrata nelle fasce di età centrali e più avanzate (35-50 anni).

La maggior parte dei partecipanti risulta coniugata o convivente e oltre la metà presenta figli minori a carico (56,1%).

Dal punto di vista professionale, il campione presenta un'esperienza lavorativa superiore ai 20 anni e una netta prevalenza di contratti a tempo indeterminato (94,7%). I partecipanti risultano distribuiti principalmente tra ambulatori e unità di degenza per adulti, seguiti dall'area dell'emergenza.

Variabili Socio - demografiche e Professionali	N (%)
Genere	
Maschi	32 (18,7)
Femmine	139 (81,3)
Profilo professionale	
Coordinatore infermieristico	12 (7,1)
Infermieri	159 (92,9)
Età (anni)	
<35	20 (11,7)
35-50	78 (45,6)
>50	73 (42,7)
Stato civile	
Single	27 (15,8)
Separato	20 (11,7)
Coniugato/convivente	124 (72,5)
Figli	
Assenza figli	74 (43,3)
Dato mancante	1 (0,6)
Figli minori a carico	96 (56,1)
Anzianità di servizio (anni)	
<10	17 (9,9)
10-20	41 (24,0)
20-30	67 (39,2)
>30	46 (26,9)
Titolo di studio	
Diploma regionale	31 (20,6)
Diploma universitario	25 (17,6)
Laurea triennale	57 (36,8)
Non dichiarato	1 (0,6)
Ulteriori studi	42 (24,6)
Tipologia contrattuale	
Tempo indeterminato	141 (94,7)
Tempo determinato	2 (1,2)
Part time/indeterminato	6 (4,1)
Dipartimento di Assegnazione	
Emergenza	37 (27,1)
Ambulatorio	45 (33,5)
Degenza adulti	50 (29,4)
Degenza pediatrica	16 (9,4)
Dato mancante	1 (0,5)
Assegnazione doppia	1 (0,5)

Tabella 9.Caratteristiche socio-demografiche del campione (n = 171)

4.2 CONOSCENZA E DEFINIZIONE DEL PRESENTISMO

Il 42,1% del campione totale dichiara di conoscere il fenomeno del presentismo. La quota risulta pari al 50% tra i coordinatori infermieristici e al 41,5% tra gli infermieri (Tabella 10).

Gruppo	Si (N%)	No (N%)	Totale
Totale campione	72 (42,1)	99 (57,9)	171
I.F.O:	6 (50)	6 (50)	12
Infermieri	66 (41,5)	93 (58,5)	159

Tabella 10. Distribuzione della conoscenza del presentismo nel campione (n=171)

La definizione del concetto di presentismo più frequentemente selezionata è rappresentata dalla corretta interpretazione scientifica. Seguono le definizioni relative al recarsi al lavoro pur non sentendosi bene e al semplice essere presenti come opposto all'assenza (Tabella 11).

Definizioni attribuite al presentismo nel campione Variabile	N (%)
Essere presente al lavoro, come opposto ad essere assente	21 (12,3)
Esibire una partecipazione/presenza eccellente	7 (4,1)
Lavorare a lungo, per "fare presenza" anche se non si sta bene	17 (9,9)
Essere riluttanti a lavorare "part-time", anziché full-time	0 (0)
Avere problemi di salute ma non assentarsi per malattia	13 (7,6)
Andare al lavoro nonostante ci si senta male	29 (17)
Andare al lavoro nonostante ci si senta male o si presentino altri eventi che normalmente prevedano di assentarsi dal lavoro	56 (32,8)
Ridotta produttività al lavoro a causa di problemi di salute	6 (3,5)
Ridotta produttività al lavoro a causa di problemi di salute o di altri eventi che distraggano la persona dalla piena performance	18 (10,5)
Non dichiarato	3 (1,7)
Indeciso	1 (0,6)

Tabella 11. Distribuzione delle definizioni attribuite al presentismo nel campione (n = 171)

4.3 ESPERIENZA DEL PRESENTISMO

4.3.1 PREVALENZA E FREQUENZA DEL PRESENTISMO

La prevalenza di presentismo nel campione analizzato è risultata pari all'83,04%, corrispondente a 142 soggetti. La distribuzione del periodo di presentismo è pari a 2 e 3 giorni, seguita da 1 e 7 giorni, mentre risultano meno rappresentati i valori intermedi (Grafici 1–2).

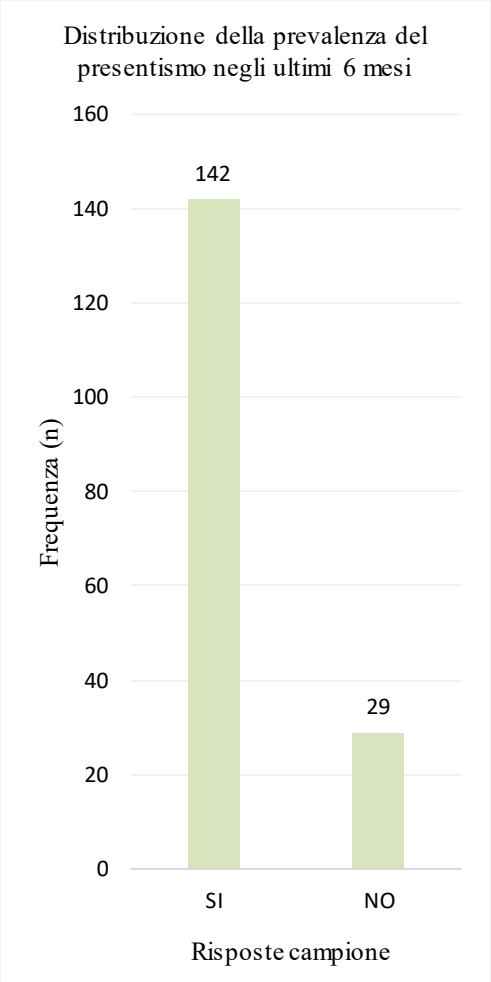


Grafico 1. Prevalenza di presentismo negli ultimi 6 mesi (n = 171)

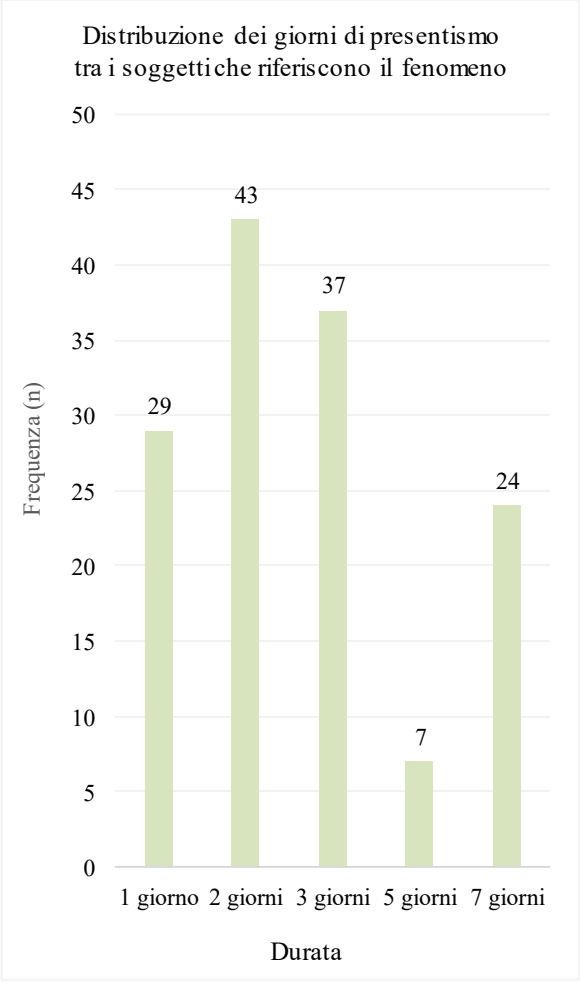


Grafico 2. Distribuzione dei giorni di presentismo tra i soggetti che hanno riportato almeno un episodio (n = 140)

4.3.2 SINTOMI E SITUAZIONI PERSONALI/FAMILIARI ASSOCIATI AL PRESENTISMO

I sintomi più frequentemente riportati includono emicrania e mal di schiena, seguiti da febbre e problematiche gastrointestinali (Tabella 12).

Tra le situazioni personali prevalgono la presenza di figli minori malati e i conflitti familiari o sociali, mentre le altre condizioni risultano meno rappresentate (Tabella 13).

Essendo consentita la risposta multipla, le percentuali complessive risultano superiori al 100%.

Sintomi Variabile	**N (%)**
Emicrania	66 (46,5)
Febbre	28 (19,7)
Agitazione/Irritabilità	15 (10,6)
Depressione	13 (9,2)
Mal di denti	10 (7,0)
Mal di schiena	49 (34,5)
Mal di stomaco	13 (9,2)
Problemi gastrointestinali	22 (15,5)
Insonnia	17 (11,9)
Artrite	6 (4,2)
Infezioni respiratorie	16 (11,3)
Allergie stagionali	7 (4,9)
Riacutizzazione cronicità	7 (4,9)

Tabella 12. Distribuzione dei sintomi (n=142)

Situazioni personali Variabile	**N (%)**
Figli minori malati	40 (28,2)
Genitori anziani fragili	14 (9,9)
Conflitti familiari/sociali	24 (16,9)
Isolamento sociale	2 (1,4)
Difficoltà economiche	11 (7,7)
Altro	3 (2,1)

Tabella 13. Distribuzione delle situazioni personali (n =142)

4.3.3 LIVELLI DI PRESENTISMO RILEVATI MEDIANTE STANFORD PRESENTEEISM SCALE (SPS-6)

Il punteggio medio della Stanford Presenteeism Scale (SPS-6) rilevato nel campione, è pari a 19,6 (DS= ±4,1; IC 95%: 18,9-20,2; n=142) tra i soggetti che hanno riferito presentismo. I valori osservati mostrano una variabilità tra le diverse aree assistenziali.

In particolare, i punteggi risultano lievemente più elevati nelle unità di degenza per adulti e negli ambulatori, mentre valori inferiori si rilevano nella degenza pediatrica e nell'area dell'emergenza (Grafico 3).

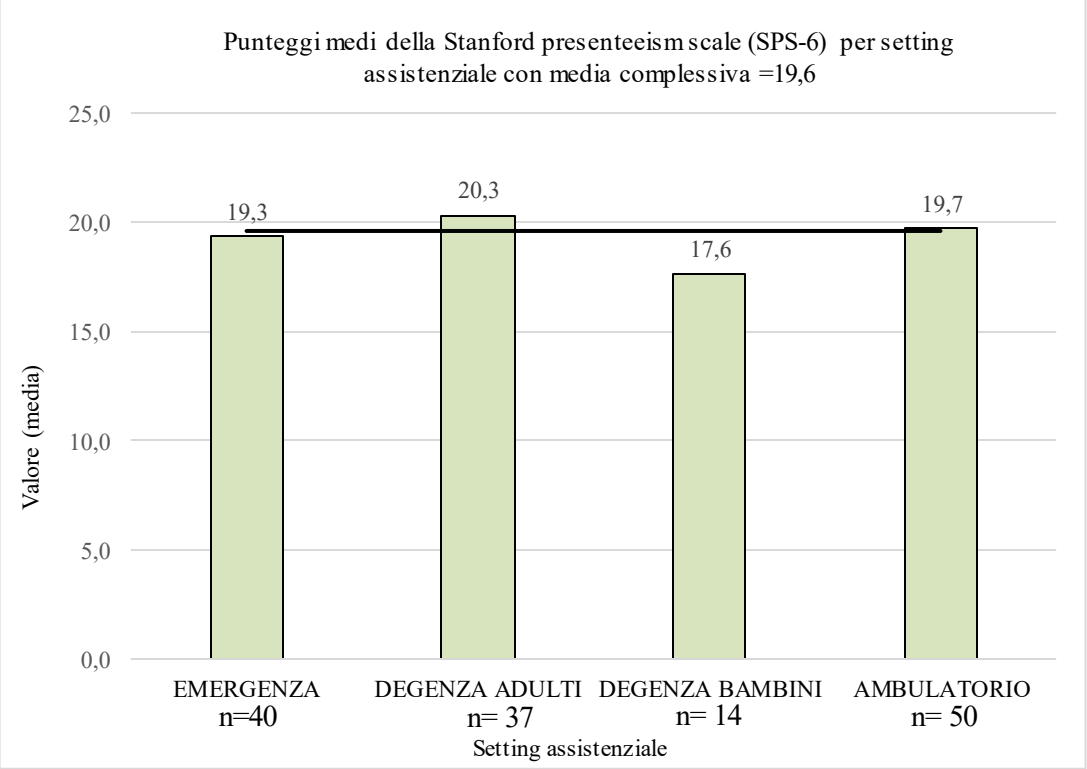


Grafico 3. Punteggi medi della SPS-6 per setting assistenziale n totale= 142 (media complessiva = 19,6)

Un questionario è stato incluso nel calcolo complessivo, ma non attribuito a uno specifico setting per mancata indicazione del reparto di appartenenza.

È stata inoltre condotta un'analisi della varianza a una via (*one-way ANOVA)* per confrontare i punteggi medi della SPS -6 tra le diverse unità operative, che non ha evidenziato differenze statisticamente significative tra i gruppi [F (3,137) = 1.54; p = 0.208]. I risultati dell'analisi della varianza sono riportati in Tabella 14.

Anche nell'analisi inferenziale, l'osservazione non classificabile per unità operativa non è stata inclusa.

Fonte di variazione	Somma dei quadrati (SS)	Gdl (df)	Media quadratica (MS)	F	p
Tra i gruppi	76.56	3	25.52	1.54	0.208
Entro i gruppi	2274.18	137	16.60		
Totale	2350.74	140			

Nota. Gdl = gradi di libertà; SS = somma dei quadrati; MS = media quadratica

Tabella 14. Analisi della varianza (*ANOVA*) del punteggio SPS-6 nel campione

4.3.4 CAUSE INDIVIDUALI DICHIARATE

Tra le principali cause individuali emergono l'etica lavorativa e la solidarietà verso i colleghi, seguite dalla difficoltà di sostituzione e dall'interdipendenza lavorativa; le altre motivazioni risultano meno rappresentate (Tabella 15). Essendo consentita la risposta multipla, le percentuali risultano superiori al 100%.

Cause individuali/Variabili	N (%)
Difficoltà nell'essere sostituiti/Interdipendenza lavorativa	83 (58,4)
Infermiere multitasking	8 (5,6)
Stress lavorativo per aumento di richiesta di energia	13 (9,2)
Etica lavorativa/Solidarietà verso i colleghi	99 (69,7)
Comunicazione compromessa/conflitti interni	7 (4,9)
Contatto con dolore e sofferenza continui durante il lavoro	0 (0,0)
Alterazione ritmo sonno-veglia	2 (1,4)
Responsabilità nei confronti della famiglia	5 (3,5)
Limitanti fisiche soggettive già presenti	10 (7,0)
Identità 'danneggiata, giudizio negativo opinione pubblica	4 (2,8)
Burnout occupazionale	5 (3,5)
Disinteresse istituzionale verso la categoria	4 (2,8)
Politiche organizzative aziendali	1 (0,7)
Disconnessione I.F.O. e cariche dirigenziali	4 (2,8)
Scarsa conoscenza norme tutelanti il lavoratore	2 (1,4)
Onere finanziario derivante dall'assenza lavorativa	4 (2,8)

Tabella 15. Cause individuali associate al presentismo (n= 142)

4.3.5 PERCEZIONE DEL PRESENTISMO NEL SETTING LAVORATIVO E SUA MANIFESTAZIONE

La maggior parte dei rispondenti denota il presentismo nel proprio setting lavorativo, mentre una quota minore non ne riconosce la presenza; residuali risultano le mancate risposte (Tabella 16).

Percezione del presentismo nel contesto professionale	N (%)
Si	123 (71,9)
No	43 (25,1)
Non risposta	5 (3,0)

Tabella 16. Percezione del presentismo nel setting lavorativo (n = 171)

Tra le principali manifestazioni osservate emergono le verbalizzazioni di disagio lavorativo, seguite dal mancato completamento dei compiti nei tempi previsti e dalla maggiore richiesta di supporto ai colleghi (Tabella 17).

Le risposte non sono mutuamente esclusive e si riferiscono ai soli partecipanti che hanno risposto all'item.

Manifestazioni osservate Variabile	N (%)
Colleghi che richiedono più supporto ai membri del team	27 (21,3)
Colleghi che effettuano pause più frequenti durante il turno	22 (17,3)
Colleghi che non completano i compiti nei tempi previsti	31 (24,4)
Verbalizzazioni di difficoltà, disagio lavorativo	69 (54,3)
Reclami da parte di degenti o familiari	10 (7,8)
Segnalazioni per prestazioni inadeguate	8 (6,3)

Tabella 17. Manifestazioni osservate di presentismo nel team di lavoro (n = 127)

4.3.6 DIMENSIONI COGNITIVE CORRELATE AL PRESENTISMO

La maggior parte dei partecipanti dichiara consapevolezza delle conseguenze del presentismo (91,2%), mentre una quota ridotta dichiara di non esserlo (7%); le mancate risposte risultano pari all'1,8%.

Per quanto riguarda la riflessione preliminare prima della compilazione del questionario, il 40,4% dei partecipanti riferisce di aver effettuato una riflessione preventiva, mentre il 57,9% risponde negativamente. Anche in questo caso le mancate risposte sono residuali (1,8%). I dati raccolti sono sintetizzati in Tabella 18.

Dimensioni cognitive correlate al presentismo	**Si N (%)**	**No N (%)**	**Non risponde N (%)**
Variabile			
Consapevolezza esiti	156 (91,2)	12 (7)	3 (1,8)
Riflessione preliminare	69 (40,4)	99 (57,9)	3 (1,8)

Tabella 18. Dimensioni cognitive correlate al presentismo: consapevolezza delle conseguenze e riflessione preliminare (n = 171)

4.3.7 CONSEGUENZE ATTRIBUITE AL PRESENTISMO

Le principali implicazioni percepite sul presentismo infermieristico sono riportate in Grafico 4. Le risposte evidenziano un'elevata variabilità nella distribuzione delle conseguenze. Infatti, pur emergendo alcuni effetti con valori più elevati, non si osserva una netta concentrazione delle risposte su un'unica categoria. Si segnalano principalmente eventi avversi e la diffusione di malattie nel team, oltre all'incremento dello stress psicologico e al decremento della performance lavorativa.

Si precisa che la domanda prevedeva la possibilità di selezionare più opzioni; pertanto, le frequenze assolute sommate sono state calcolate sul totale dei rispondenti e non sono tra loro mutuamente esclusive.

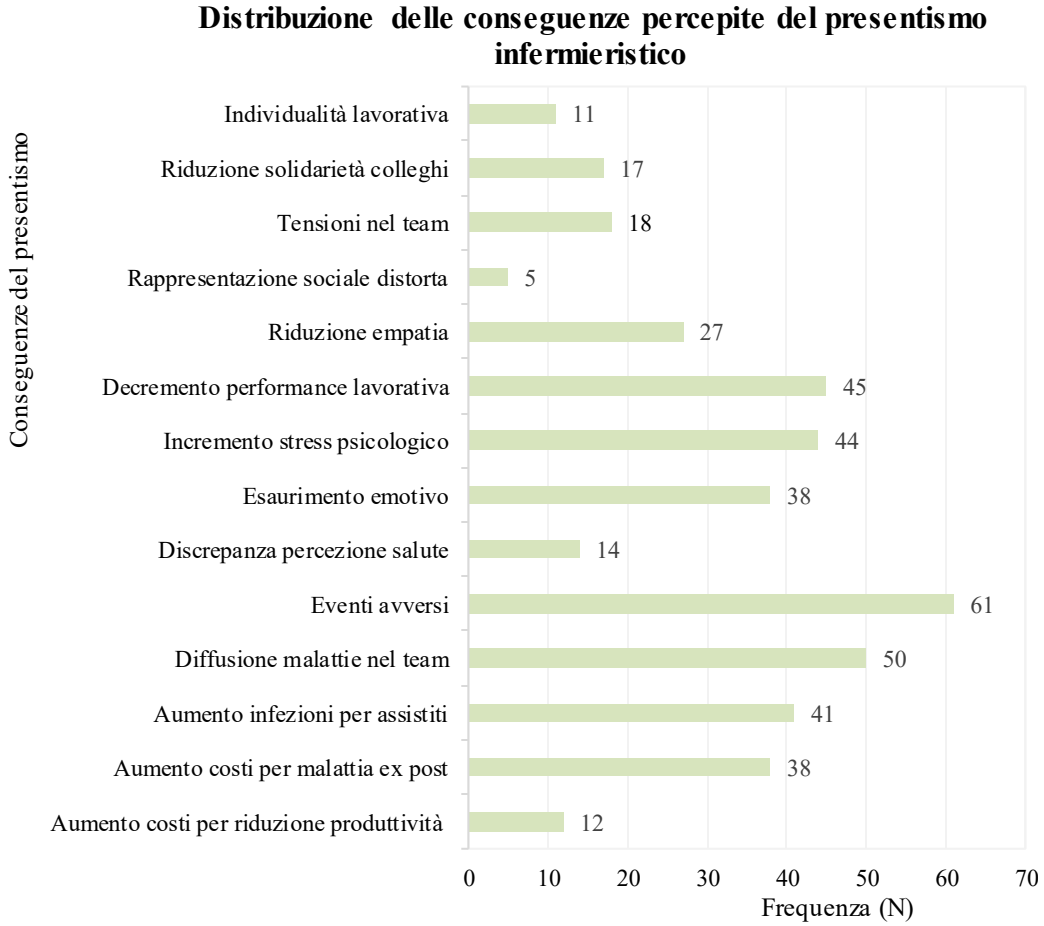


Grafico 4. Distribuzione delle conseguenze percepite del presentismo infermieristico (n =156)

4.3.8 STRATEGIE PERCEPITE PER LA PREVENZIONE DEL PRESENTISMO

Dall'analisi delle risposte del campione, emerge che le strategie percepite si concentrano principalmente su interventi di tipo organizzativo, rappresentati dalle misure preventive gestionali (n = 86), dal riconoscimento e valorizzazione professionale (n= 61) e dalla cultura organizzativa e leadership orientata al benessere (n = 38). Contestualmente, i professionisti sanitari hanno indicato anche diverse

proposte orientate al supporto della persona e delle relazioni sociali, tra cui la gestione dei conflitti organizzativi interni al team (n = 36), la promozione del lavoro di squadra (n = 36), il supporto psicologico dedicato (n = 30) e la formazione/counselling per la gestione dello stress (n = 21). Le strategie percepite per la prevenzione del presentismo sono riportate in Grafico 5.

Si precisa che ai partecipanti è stato richiesto di indicare fino a un massimo di tre soluzioni; una quota minima del campione (n=4) non ha fornito risposta. Pertanto, le osservazioni non risultano mutuamente esclusive.

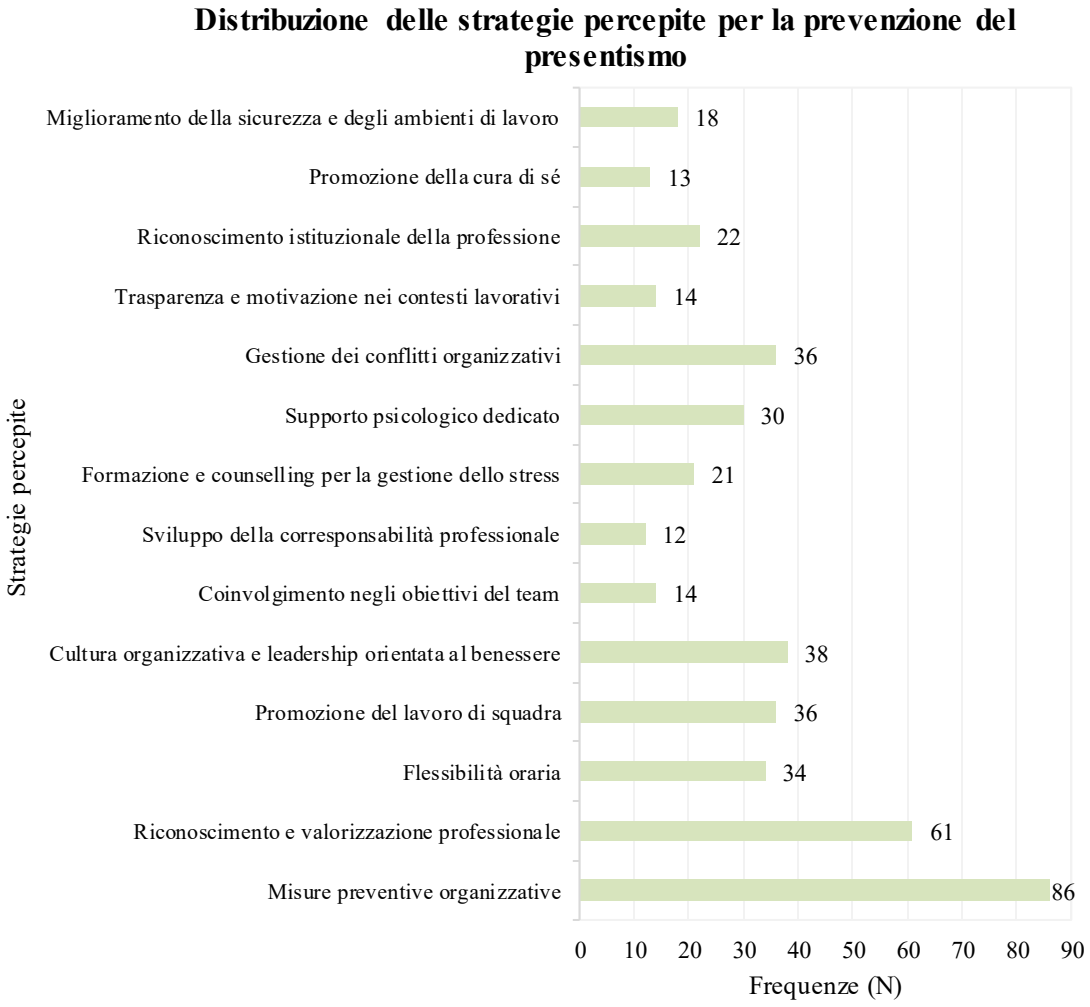


Grafico 5. Strategie percepite per la prevenzione del presentismo nel campione infermieristico (n = 167)

4.3.9 ANALISI DELLE RISPOSTE APERTE

Dall'analisi delle risposte alla domanda aperta sono emersi diversi temi ricorrenti. Le principali criticità riguardano i fattori organizzativi, il clima lavorativo, le dinamiche di team, il bisogno di maggiore riconoscimento e valorizzazione della professione infermieristica, nonché la richiesta di un maggiore supporto istituzionale.

Tra le proposte di miglioramento si evidenziano l'implementazione di sistemi di sostituzione più efficaci, una maggiore flessibilità organizzativa e interventi orientati al benessere psicologico degli operatori. Le risposte ottenute sono riassunte nella Tabella 19. Si specifica che le frequenze riportate sono indicative, in quanto alcune risposte contenevano più temi.

Tema	Descrizione sintetica	Frequenza (N %)
Criticità organizzative	Carenza di personale, difficoltà copertura turni, sovraccarico lavorativo	6 (21,4)
Clima lavorativo e dinamiche di team	Conflitti tra colleghi, "guerra tra poveri", pregiudizi, senso di ingiustizia	5 (17,8)
Bisogno di riconoscimento professionale	Valorizzazione competenze, riduzione professionista a "un numero"	5 (17,8)
Supporto organizzativo e ascolto	Coinvolgimento, ascolto attivo, partecipazione decisionale	4 (14,2)
Soluzioni organizzative proposte	Pool sostituzioni, maggiore flessibilità, mobilità interna	3 (10,7)
Aspetti economici	Retribuzione e riconoscimento economico	1 (3,5)
Benessere psicologico	Necessità di supporto psicologico e tutela del lavoratore	4 (14,2)

Tabella 19. Temi emergenti dalle risposte aperte (n =28 risposte utili)

5. DISCUSSIONE

Nel presente studio, la prevalenza di presentismo infermieristico, è risultata pari all'83,04 %, indicando un'ampia diffusione del fenomeno nel contesto analizzato.

Il dato emerso evidenzia livelli elevati rispetto alla letteratura internazionale, la quale riconosce il fenomeno come una dinamica ricorrente nelle realtà sanitarie, ma con valori mediamente inferiori (Dirgar et al., 2024; Freeling et al., 2020; Gerlach et al., 2024; Guo et al., 2023; Li et al., 2025a; Shan et al., 2021; Simonetti et al., 2021; Webster et al., 2019). Il presentismo appare pertanto configurarsi non come un comportamento occasionale, ma come pratica strutturalmente radicata nella quotidianità professionale. In questo contesto, tale dinamica sembra essersi progressivamente interiorizzata come componente dell'identità infermieristica contribuendo a normalizzare comportamenti potenzialmente disfunzionali e a ridurne la percezione di rischio. L'elevata prevalenza rilevata nel campione potrebbe inoltre risultare influenzata dalla sua composizione anagrafica e professionale, caratterizzata da una significativa presenza di infermieri con oltre vent'anni di esperienza lavorativa e da una rilevante componente femminile. Tali variabili, secondo quanto evidenziato in letteratura, sono associate ad una maggiore esposizione al presentismo, contribuendo a consolidarne la diffusione e la persistenza nel contesto organizzativo (Dirgar et al., 2024; Gerlach et al., 2024; Guo et al., 2023; Laranjeira et al., 2022; Letvak et al., 2012; Pereira et al., 2022; Shan et al., 2021; Simonetti et al., 2021).

Parimenti la forte prevalenza femminile nel campione assume rilievo interpretativo alla luce della letteratura (Dirgar et al., 2024; Gerlach et al., 2024; Guo et al., 2023; Laranjeira et al., 2022; Pereira et al., 2022; Simonetti et al., 2021), che associa il presentismo al conflitto lavoro-famiglia e al carico di cura, ancora prevalentemente sostenuto dalle donne. In tale prospettiva, emerge come queste ultime tendano più frequentemente a privilegiare la presenza lavorativa anche in condizioni di personale disagio psico/fisico, rispetto all'assenza dal lavoro legata a esigenze di cura di figli o persone fragili.

Sebbene nel presente studio le responsabilità familiari non emergano sempre come causa dichiarata primaria, la presenza di situazioni legate alla gestione dei figli o dei genitori anziani suggerisce un'influenza indiretta delle dinamiche familiari. È plausibile che tali responsabilità vengano interiorizzate come parte del ruolo sociale, riducendone la percezione come fattore critico esplicito, confermato anche da Shan et al. (2021).

Uno degli elementi più significativi emersi riguarda la discrepanza tra esperienza del presentismo e conoscenza formale dello stesso. Molti professionisti riferiscono di aver manifestato comportamenti riconducibili ad esso pur dichiarando di non conoscerne il significato teorico. L'analisi delle definizioni attribuite al termine, dal campione, conferma questa ambivalenza interpretativa. La maggioranza dei rispondenti associa il presentismo all'"andare al lavoro nonostante ci si senta male o in presenza di eventi che normalmente prevedrebbero l'assenza", definizione in linea con quella maggiormente accreditata in ambito scientifico proposta da Rainbow e Steege (2017). Tuttavia, una quota non trascurabile lo interpreta come semplice presenza lavorativa o eccellenza professionale, confermando quanto descritto da Laranjeira et al. (2022) circa la sovrapposizione tra identità professionale, etica del lavoro e comportamento di presenza.

Il presentismo, infatti, viene vissuto come espressione di senso del dovere, affidabilità e responsabilità morale verso il paziente e il team, piuttosto che come comportamento potenzialmente rischioso. Questo dato appare coerente con quanto riportato anche negli studi di Mohammadi et al. (2021); Dirgar et al., (2024); Freeling et al., (2020); Gerlach et al., (2024); Guo et al., (2023); Laranjeira et al., (2022); Li et al., (2025a); Li et al., (2025b) ; Shan et al., (2021); Webster et al., (2019), che sottolineano una generale scarsa consapevolezza concettuale della condizione, nonostante l'alta esperienza pratica della stessa. Ne deriva una dinamica paradossale, in cui il comportamento è diffuso e riconosciuto empiricamente, ma non sempre identificato come una criticità professionale e organizzativa.

Il presentismo assume quindi la forma di scelta "altruistica", orientata alla tutela della continuità assistenziale e sostenuta da norme implicite di reciprocità e responsabilità

collettiva, ma potenzialmente dannosa nel medio-lungo periodo, sia per il professionista sia per il sistema.

Tali elementi trovano riscontro anche nelle risposte aperte, in cui i partecipanti riportano riferimenti al senso di responsabilità verso i colleghi e all'aspetto economico, confermando la dimensione relazionale e sociale dello stesso.

Al contrario, fattori macro-organizzativi e politiche aziendali risultano meno frequentemente percepiti come cause dirette. Questo dato rappresenta una parziale divergenza rispetto ad alcune evidenze internazionali che attribuiscono maggiore peso alle culture organizzative rigide e ai modelli gestionali orientati alla produttività (Dirgar et al., 2024; Freeling et al., 2020; Gerlach et al., 2024; Guo et al., 2023; Laranjeira et al., 2022; Li et al., 2025a; Li et al., 2025b; Mohammadi et al., 2021; Shan et al., 2021; Webster et al., 2019).

Nel contesto analizzato, la manifestazione sembra essere interiorizzata più come responsabilità individuale e relazionale che come esito di vincoli istituzionali espliciti. Tale dinamica potrebbe riflettere una cultura professionale fortemente auto-esigente, in cui la presenza viene vissuta come indicatore di affidabilità.

L'analisi dei sintomi conferma che il presentismo si manifesta prevalentemente in presenza di condizioni percepite come "gestibili" o compatibili con la performance lavorativa (disturbi muscoloscheletrici e patologie acute di lieve-media entità). Tuttavia, la presenza di indicatori psicologici e di stress (emicrania, agitazione, depressione e insonnia) suggerisce che il fenomeno non si limiti a malesseri fisici lievi, ma possa rappresentare anche una strategia di adattamento a pressioni croniche. In questo senso, il presentismo si colloca lungo un continuum che può evolvere verso forme di esaurimento emotivo e burnout, con potenziali ripercussioni sulla qualità dell'assistenza, sulla sicurezza del paziente e sulla sostenibilità del lavoro infermieristico come evidenziato dalla letteratura (Dirgar et al., 2024; Freeling et al., 2020; Gerlach et al., 2024; Letvak et al., 2012; Li et al., 2025a; Mohammadi et al., 2021; Simonetti et al., 2021; Wei et al., 2019).

Il punteggio medio di presentismo pari a 19,6, rilevato nell'intero campione analizzato mediante la SPS-6 (prossimo al valore soglia di 20 delimitante la fascia intermedia), suggerisce che, pur in presenza di condizioni psicofisiche non ottimali, la compromissione della performance lavorativa percepita dai professionisti, risulta di lieve entità. Il valore osservato risulta coerente con gli studi di Simonetti et al. (2021) e di Shan et al. (2021). Ciò suggerisce una forma di presentismo "funzionale momentaneo", nella quale la continuità dell'attività lavorativa viene mantenuta, pur non escludendo potenziali effetti negativi nel medio-lungo periodo.

L'analisi inferenziale è stata condotta con la finalità di verificare se il fenomeno del presentismo risultasse maggiormente concentrato in specifici contesti assistenziali, in particolare in reparti ad alta intensità di cura (emergenza e terapia intensiva), come suggerito dagli studi di Dirgar et al. (2024), Laranjeira et al. (2022), Li et al. (2025) a, Mohammadi et al. (2021) e Wei et al. (2019). Tuttavia, nel presente studio il fenomeno appare trasversale ai dipartimenti. L'assenza di differenze statisticamente significative tra le medie di valori di presentismo nelle diverse unità operative suggerisce che tale comportamento non sia esclusivamente legato alla complessità clinica, ma rappresenti una dinamica trasversale nell'organizzazione. Tale risultato sembra rafforzare l'ipotesi che il fenomeno sia sostenuto da fattori culturali e professionali condivisi, più che da specifiche condizioni di setting. Al tempo stesso, esso potrebbe essere influenzato dalle caratteristiche del campione, prevalentemente femminile e nell'ambito pediatrico composto esclusivamente da donne, oppure essere riconducibile al fattore casuale.

La percezione del comportamento di presenza nel proprio contesto lavorativo e le manifestazioni osservate nel team, risultano coerenti con quanto descritto in letteratura rispetto alla riduzione della performance e al potenziale aumento del rischio clinico (Gerlach et al., 2024; Laranjeira et al., 2022; Pereira et al., 2022). Le conseguenze attribuite al presentismo includono infatti eventi avversi, diffusione di infezioni, incremento dello stress psicologico e riduzione dell'empatia, confermando la consapevolezza del suo impatto sistemico e del suo potenziale effetto sia sugli operatori sia sugli esiti assistenziali (Dirgar et al., 2024; Freeling et al., 2020; Guo et al., 2023; Letvak et al., 2012; Li et al., 2025b ; Pereira et al., 2022; Webster et al., 2019).

Merita particolare approfondimento il confronto tra le risposte relative alle cause e quelle riguardanti le conseguenze del presentismo. Mentre il campione individua con maggiore concordanza l'etica lavorativa e la difficoltà di sostituzione dei colleghi quali principali determinanti del fenomeno, le conseguenze risultano distribuite in modo più eterogeneo tra le diverse categorie considerate. Tale differenza suggerisce che, se da un lato gli infermieri condividono una percezione piuttosto uniforme dei fattori che favoriscono il presentismo, dall'altro ne riconoscono gli effetti come molteplici e trasversali, interessando simultaneamente la sfera individuale, assistenziale e organizzativa. Questa eterogeneità appare coerente con la natura complessa e multidimensionale del fenomeno, le cui ripercussioni si manifestano su diversi livelli dell'attività professionale.

Interessante, inoltre, appare la discrepanza tra l'elevata consapevolezza delle conseguenze del fenomeno e la limitata riflessione preventiva sul proprio comportamento prima della compilazione dello strumento di indagine. Tale dato suggerisce che la consapevolezza cognitiva non sia sufficiente a modificare le pratiche consolidate, soprattutto in assenza di un cambiamento culturale e organizzativo che legittimi l'assenza per malattia come scelta professionale responsabile.

Le strategie preventive individuate dai partecipanti si concentrano prevalentemente su interventi strutturali e organizzativi, ma i professionisti sanitari, riconoscono prioritari anche interventi al supporto della persona e delle relazioni sociali. Le risposte aperte rafforzano infatti questi risultati, evidenziando la necessità di soluzioni mirate e facendo emergere come il contrasto al presentismo richieda un approccio sistemico e non esclusivamente individuale. Questo orientamento appare in linea con le raccomandazioni della letteratura, che sottolineano la necessità di interventi multilivello capaci di agire simultaneamente sulle dimensioni individuale, collettiva e organizzativa (Berdida & Grande, 2025; Hassanie et al., 2025; Letvak et al., 2012; Ma et al., 2024; Ortiz-Moreno et al., 2026; Tran & Campbell, 2025; Wei et al., 2019; Zong et al., 2025).

I risultati del presente studio devono essere interpretati alla luce di alcune limitazioni metodologiche.

In primo luogo, l'utilizzo di un campione di convenienza reclutato all'interno dell'AST Ancona, sede di Senigallia, potrebbe non rappresentare in maniera esaustiva la popolazione infermieristica generale. La specificità del contesto selezionato può aver limitato la generalizzabilità dei risultati ad altri setting assistenziali che potrebbero presentare caratteristiche differenti. Tale aspetto può aver introdotto un potenziale bias di selezione, legato alla maggiore probabilità di partecipazione da parte di soggetti più motivati o maggiormente sensibili al tema.

Un ulteriore elemento riguarda la composizione anagrafica del campione, caratterizzata da una quota rilevante di professionisti con età superiore ai 40 anni e con importante esperienza professionale. Tale distribuzione potrebbe aver influenzato i risultati, considerando che la letteratura evidenzia possibili differenze generazionali nella propensione al presentismo (Gerlach et al., 2024; Laranjeira et al., 2022; Mohammadi et al., 2021; Pereira et al., 2022). L'eventuale sottorappresentazione di infermieri più giovani potrebbe aver limitato l'analisi di dinamiche legate alla precarietà contrattuale o alla fase iniziale della carriera, come riportato da Dirgar et al. (2024) e Guo et al. (2023).

La marcata prevalenza femminile del campione, pur riflettendo in parte la composizione reale della professione infermieristica, potrebbe aver introdotto un bias di genere. In particolare, le donne possono riportare in modo differente sintomi, responsabilità familiari e percezione del dovere professionale rispetto agli uomini, influenzando la distribuzione delle risposte. Inoltre, il conflitto lavoro–famiglia potrebbe avere un peso differenziale che non è stato esplorato attraverso analisi stratificate.

Dal punto di vista metodologico, sebbene sia stato utilizzato uno strumento validato come la Stanford Presenteeism Scale (SPS-6), l'interpretazione di alcuni item potrebbe aver introdotto un margine di soggettività. L'assegnazione di un punteggio intermedio nei casi di mancata compilazione di alcuni campi potrebbe aver influito sulla media complessiva, attenuando potenziali differenze tra sottogruppi o setting assistenziali. Tale scelta, seppur metodologicamente giustificata per non escludere questionari incompleti, rappresenta un potenziale fattore di distorsione.

L'uso di dati self-report può aver generato bias di fonte, in particolare in relazione a temi eticamente sensibili come l'etica lavorativa o la solidarietà verso i colleghi, come riportato anche in letteratura (Dirgar et al., 2024; Gerlach et al., 2024; Li et al., 2025b; Simonetti et al., 2021; Wei et al., 2019).

Tra i limiti dello studio si evidenzia la scelta di adottare un intervallo temporale di riferimento pari a sei mesi per la rilevazione del fenomeno. La letteratura scientifica disponibile presenta infatti una marcata eterogeneità nelle tempistiche considerate, con periodi di osservazione variabili da una settimana fino a un anno (Dirgar et al., 2024; Freeling et al., 2020; Gerlach et al., 2024; Li et al., 2025a; Simonetti et al., 2021; Webster et al., 2019). In tale contesto, si è optato per un arco temporale intermedio, ritenendolo un compromesso metodologicamente equilibrato tra la necessità di intercettare un numero adeguato di episodi e quella di contenere possibili distorsioni. Tuttavia, come riportato dalle evidenze, l'ampiezza del periodo di riferimento può incidere sulla stima della prevalenza del comportamento: un intervallo più esteso aumenta la probabilità di esposizione al fenomeno e può favorire l'insorgenza di un bias di richiamo. Tale scelta potrebbe pertanto aver influenzato la determinazione del presentismo nel campione analizzato, con una possibile sovra- o sottostima della sua reale frequenza.

Il tasso di risposta pari al 58,9 %, sebbene in linea con quanto riportato in letteratura per studi basati su questionari autosomministrati in ambito sanitario, può comportare un bias da non risposta, qualora le caratteristiche dei non partecipanti differiscano sistematicamente da quelle dei rispondenti. Tuttavia, la numerosità del campione ottenuto contribuisce a sostenere una rappresentatività accettabile rispetto alla popolazione di riferimento.

Un ulteriore limite è rappresentato dall'inclusione degli Incaricati di Funzione Organizzativa all'interno del campione complessivo, senza una distinzione analitica rispetto agli infermieri, a causa della loro esigua numerosità e della distribuzione eterogenea della conoscenza del fenomeno del presentismo. Tale scelta potrebbe aver limitato la possibilità di evidenziare eventuali differenze legate al ruolo organizzativo.

Pur alla luce di tali aspetti, lo studio presenta diversi elementi di forza.

L'utilizzo di un questionario cartaceo ha favorito l'accessibilità e la partecipazione, riducendo il rischio di esclusione di professionisti con minore familiarità a strumenti digitali o con accesso limitato a dispositivi informatici. Questo aspetto può aver contribuito a una maggiore inclusività del campione rispetto a indagini esclusivamente online, come riportato da Dirgar et al. (2024).

Un ulteriore punto di forza è rappresentato dall'inclusione di professionisti operanti in ambito ambulatoriale, contesto scarsamente esplorato nella letteratura sul presentismo infermieristico, prevalentemente focalizzata su reparti di degenza o aree ad alta intensità assistenziale come evidenziato da Gerlach et al. (2024).

Tale elemento amplia la prospettiva di analisi, suggerendo come il fenomeno non debba essere indagato esclusivamente nei reparti ospedalieri tradizionalmente considerati più critici, ma riguardi anche altre unità operative, come gli ambulatori.

Lo studio integra inoltre una duplice dimensione di analisi coerente con un approccio mixed methods: da un lato la misurazione standardizzata mediante la SPS-6, rafforza l'affidabilità della misurazione e favorisce la comparabilità dei risultati con studi precedenti (Cicolini et al., 2016; Koopman et al., 2002; Simonetti et al., 2021).

Parallelamente l'esplorazione percettiva e qualitativa delle cause, conseguenze e strategie preventive consente una lettura più articolata del processo, cogliendone sia l'impatto funzionale sia la dimensione culturale e organizzativa.

Un ulteriore elemento di forza è rappresentato dall'attualità del tema indagato. Il presentismo infermieristico assume particolare rilevanza nel contesto sanitario contemporaneo, caratterizzato da una cronica carenza ed invecchiamento del personale, da una crescente complessità assistenziale e dalla necessità di ridefinire modelli organizzativi. L'indagine contribuisce pertanto a fornire evidenze utili in una fase storica in cui la sostenibilità della forza lavoro infermieristica rappresenta una priorità strategica.

Alla luce dei dati ottenuti, emerge pertanto la dimensione multifattoriale del presentismo e la priorità di costruire una cultura professionale orientata alla tutela della

salute degli operatori e alla sicurezza delle cure, in accordo con le evidenze di Gerlach et al. (2024).

La ridefinizione del concetto di "buona professionalità", non più centrato sulla presenza ad ogni costo, ma sull'equilibrio tra responsabilità assistenziale e tutela professionale, rappresenta una sfida cruciale per le organizzazioni sanitarie come proposto da documenti istituzionali e position statements (Cartabellotta, 2024; The Lancet, 2023; WHO, 2025). In questa prospettiva, il benessere degli operatori deve essere riconosciuto come prerequisito essenziale per evitare una vulnerabilità strutturale del sistema a lungo termine.

La successiva ricerca condotta nel 2026, finalizzata all'individuazione di interventi efficaci nella mitigazione del presentismo infermieristico, ha consentito di individuare un modello di intervento coerente con i bisogni reali emersi dal contesto analizzato, rafforzandone la rilevanza teorica e l'effettiva applicabilità nella pratica clinico-assistenziale.

In questo contesto, il modello di implementazione proposto non intende configurarsi come una soluzione definitiva al fenomeno, né come uno strumento in grado di intervenire direttamente sulle criticità strutturali emerse dallo studio. Al contrario, esso si propone come un intervento orientato alla salvaguardia della salute occupazionale, alla valorizzazione della dimensione professionale infermieristica e allo sviluppo di una maggiore consapevolezza rispetto alle implicazioni del presentismo sugli esiti assistenziali e individuali dei professionisti.

L'intervento potrebbe inoltre rappresentare un primo passo verso la costruzione di una cultura organizzativa maggiormente attenta alle modifiche dei comportamenti a rischio per l'equilibrio degli operatori sanitari, offrendo spazi di ascolto, riconoscimento professionale e riflessione condivisa. Attraverso il potenziamento dell'empowerment infermieristico e l'introduzione di strategie orientate alla mindfulness, l'iniziativa potrebbe favorire processi di cambiamento culturale e comportamentale all'interno dei contesti assistenziali, contribuendo indirettamente alla riduzione della prevalenza del fenomeno.

La proposta, rappresentata da un **progetto formativo**, si configura come un intervento a orientamento bottom-up, in quanto derivata dai bisogni e dalle criticità espresse direttamente dai professionisti partecipanti, successivamente rielaborate e schematizzate dalla ricercatrice in uno schema strutturato e contestualizzato. Questo approccio risulta coerente con modelli teorici di cambiamento organizzativo e diffusione dell'innovazione, quali *la Change Model and the Diffusion of Innovations Theory* (Rogers, 2004), che evidenzia come il coinvolgimento attivo degli operatori (definiti innovatori) favorisca l'adozione e la diffusione di nuove pratiche all'interno dei contesti sanitari, aumentandone l'efficacia e la sostenibilità nel tempo. In particolare, in contesti assistenziali caratterizzati da forte interdipendenza tra professionisti, come quelli ospedalieri, la condivisione di significati, esperienze ed interventi tra pari rappresenta un elemento chiave per modificare convinzioni personali e sociali, rendendo gli operatori stessi agenti attivi (utilizzatori) del processo di miglioramento.

In tale ottica, l'intervento proposto si configura non solo come un'azione educativa, ma come una strategia organizzativa integrata, che crea risultati positivi basati su prove a più livelli: micro (livello individuale), meso (livello organizzativo) e macro (livello di sistema).

6. PROGETTO FORMATIVO PER LA PREVENZIONE DEL PRESENTISMO INFERMIERISTICO

6.1 INTRODUZIONE E RAZIONALE DEL PROGETTO

Alla luce dei risultati emersi dallo studio, che hanno evidenziato un'elevata prevalenza del presentismo e la sua natura multidimensionale, emerge la necessità di sviluppare interventi mirati al contrasto di tale comportamento.

L'interpretazione dei dati raccolti presso il Polo Ospedaliero di Senigallia ha delineato come il fenomeno sia sostenuto dalla normalizzazione culturale della presenza al lavoro anche in condizioni di ridotta efficienza, dal forte senso di responsabilità professionale, dalla difficoltà di sostituzione e da una limitata consapevolezza dei rischi correlati. A tali aspetti si associano elementi di sofferenza professionale

riconducibili a sovraccarico assistenziale, stress lavoro-correlato, impoverimento della dimensione relazionale del caring e riduzione della lucidità cognitiva, emotiva e motoria.

In tale prospettiva, il presente studio ha condotto alla creazione di un progetto formativo aziendale finalizzato a promuovere la consapevolezza del presentismo infermieristico e a sviluppare competenze di autocura e di gestione dello stress, per garantire il benessere degli operatori e un'assistenza di qualità. Il progetto è stato sviluppato secondo il modello a spirale della pianificazione dell'educazione per i professionisti sanitari di Tonelli S., che rielabora i principi metodologici educativi proposti da Guilbert J.J.. Partendo dall'analisi del problema di salute collettiva si passa alla definizione degli obiettivi di apprendimento, alla programmazione dell'intervento educativo e alla valutazione degli esiti.

6.2 ANALISI DELLA SITUAZIONE E DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Dall'indagine osservazionale condotta nel contesto aziendale di riferimento emerge che il presentismo infermieristico rappresenti un fenomeno rilevante e ancora scarsamente riconosciuto nella pratica clinica quotidiana. Pur in presenza di condizioni di malessere fisico, stress psicologico o ridotta efficienza lavorativa, numerosi professionisti continuano a prestare servizio, esponendosi e potenzialmente esponendo il paziente a rischi evitabili.

Questa condizione determina possibili conseguenze sul piano clinico e organizzativo, tra cui la riduzione della qualità percepita e reale dell'assistenza, l'aumento del rischio di errore e di missed care, il peggioramento del clima di team e una maggiore esposizione al burnout.

6.3 CAUSE DEL PROBLEMA

Secondo una lettura causale ispirata al diagramma di Ishikawa, il fenomeno del presentismo infermieristico può essere ricondotto a più aree determinanti.

Sul piano organizzativo, assumono rilievo la carenza di personale, l'elevato carico assistenziale, la difficoltà nella sostituzione improvvisa degli operatori assenti, la

scarsa flessibilità organizzativa e una leadership non sempre orientata al benessere dei professionisti.

Dal punto di vista dei metodi, incidono l'assenza di programmi formativi specifici sul presentismo, la limitata diffusione di strumenti di prevenzione e monitoraggio del fenomeno, la scarsa integrazione di strategie di autocura e l'insufficiente valorizzazione della cultura della sicurezza in relazione allo stato psicofisico dell'operatore.

Per quanto riguarda la dimensione personale, risultano rilevanti il forte senso del dovere, la responsabilità morale verso colleghi e pazienti, la difficoltà a riconoscere il proprio limite, la tendenza a minimizzare il malessere e la paura del giudizio o del senso di colpa in caso di assenza.

Infine, sul piano culturale e ambientale, il fenomeno è sostenuto dalla normalizzazione del "venire comunque al lavoro", dalla cultura del sacrificio e dalla scarsa legittimazione dell'assenza giustificata, talvolta percepita come segno di debolezza o scarso senso professionale. Il diagramma di Ishikawa che ne deriva è rappresentato nella Figura 3.

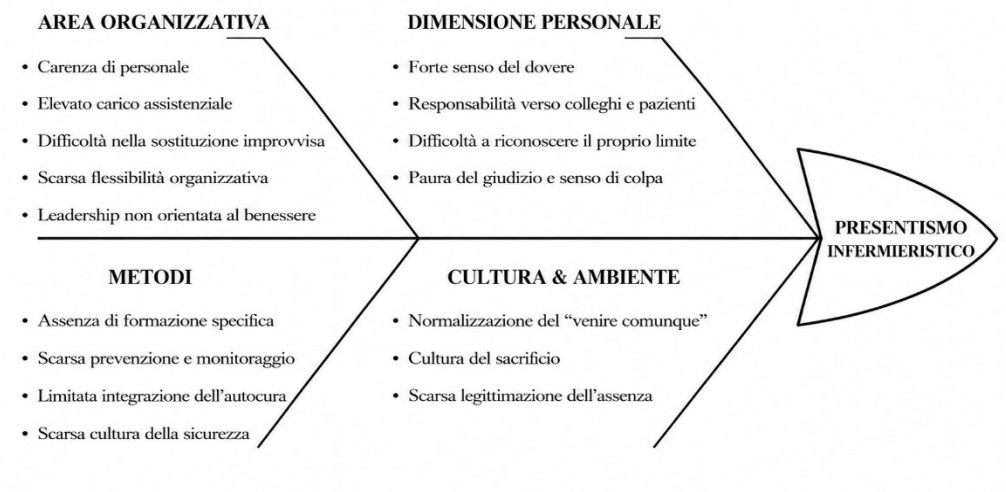


Figura 3. Rappresentazione delle cause del presentismo attraverso diagramma di Ishikawa

6.4 IPOTESI DI SOLUZIONE

Alla luce delle criticità emerse, si propone la realizzazione di un **Progetto Formativo Aziendale (PFA)** rivolto al personale infermieristico e agli Incaricati di Funzione Organizzativa, quale ipotesi di soluzione sostenibile e coerente con il bisogno rilevato.

L'intervento è orientato ad aumentare la consapevolezza del fenomeno, favorire il riconoscimento precoce dei segnali di presentismo e a sviluppare strategie di autocura, coping e gestione dello stress.

La formazione viene pertanto intesa non soltanto come trasmissione di conoscenze, ma come leva di cambiamento individuale e collettivo, capace di incidere sui comportamenti soggettivi, sulle dinamiche di team e sui processi assistenziali.

6.5 FATTIBILITÀ E SOSTENIBILITÀ

Il progetto risulta sostenibile nel contesto aziendale in quanto fondato prevalentemente su risorse professionali e organizzative già disponibili, tra cui docenti interni, aula didattica aziendale e materiale formativo a basso costo.

Il budget preventivato risulta contenuto e pari a € 690, comprendendo docenza esterna (€ 265), docenza interna (€ 375) e materiale didattico (€ 50).

Il costo appare compatibile con i benefici attesi in termini di miglioramento degli esiti assistenziali e incremento dell'empowerment dei professionisti interessati.

6.6 OBIETTIVI DEL PROGETTO FORMATIVO

OBIETTIVO GENERALE

Mitigare il fenomeno del presentismo infermieristico, promuovendo il benessere psicofisico degli operatori e contribuendo al miglioramento degli esiti assistenziali.

OBIETTIVI SPECIFICI

Elevare il grado di consapevolezza del presentismo e dei rischi sociali ad esso correlati.

Tracciare i fattori individuali, relazionali e organizzativi che ne influenzano l'insorgenza.

Identificare l'impatto del presentismo sulla qualità assistenziale e sulla sicurezza del paziente.

Determinare gli interventi promotori di resilienza, applicabili nella pratica professionale quotidiana.

Promuovere una comunicazione efficace all'interno dei team assistenziali attraverso il rafforzamento del ruolo della leadership infermieristica.

Creare strategie operative finalizzate alla prevenzione del presentismo nei diversi setting operativi.

6.7 COERENZA METODOLOGICA E VALUTAZIONE

In coerenza con la spirale di apprendimento pedagogico, per ciascun obiettivo specifico sono stati definiti criteri espliciti, indicatori misurabili, standard attesi e strumenti di valutazione, al fine di garantire un processo valutativo strutturato e coerente con le competenze attese.

Il processo di valutazione infatti permette di verificare in modo sistematico e misurabile sia il percorso formativo, sia i risultati attesi in termini di apprendimento da parte dei discenti (gap analysis, ovvero un'analisi dello scostamento tre le conoscenze iniziali e gli obiettivi istituzionali), nonché la trasferibilità operativa delle competenze intellettuali acquisite nella pratica clinico-assistenziale, in un'ottica di un miglioramento continuo.

La valutazione sarà dunque finalizzata a misurare il raggiungimento degli obiettivi formativi e l'efficacia del programma.

La tabella 20 riassume la metodologia indicata.

Obiettivo Specifico	Criterio	Indicatore	Standard Atteso	Strumento di Valutazione
Elevare il grado di consapevolezza del presentismo e dei rischi sociali ad esso correlati	Determinare il livello di conoscenza del fenomeno e dei rischi sociali associati	% di partecipanti che mostra un incremento conoscitivo ≥ 20% tra pre-test e post-test	≥ 80%	Questionario strutturato pre-test/post-test a risposta multipla
Tracciare i fattori correlati al presentismo	Identificare i determinanti del fenomeno	% di partecipanti che identifica almeno 3 fattori nei casi proposti	≥ 80%	Analisi di casi con griglia di valutazione
Identificare l'impatto del presentismo sulla qualità assistenziale e sulla sicurezza del paziente	Identificare le conseguenze del presentismo e il loro impatto in ambito assistenziale	% di partecipanti che descrive almeno 2 impatti su qualità e/o sicurezza nei casi proposti	≥ 80%	Analisi di casi con griglia di valutazione
Determinare gli interventi promotori di resilienza applicabili nella pratica quotidiana	Identificare e applicare strategie di autocura	% di partecipanti che individua almeno 2 strategie adottabili	≥ 75%	Project work in gruppo con griglia di valutazione strutturata
Promuovere una comunicazione efficace nei team assistenziali e rafforzamento della leadership infermieristica	Individuare metodi comunicativi efficaci e attuabili nei team	% di partecipanti che elabora almeno 1 metodo migliorativo in ambito comunicativo	≥ 75%	Project work di gruppo con griglia di valutazione strutturata
Creare strategie operative per la gestione del presentismo nelle unità operative.	Creare interventi operativi di prevenzione	% di partecipanti che definisce 2 interventi applicabili alla propria U.O.	≥ 80%	Project work di gruppo con griglia di valutazione

Tabella 20. Criteri, indicatori, standard e strumenti di analisi del processo valutativo

6.8 PROGRAMMA DEL PERCORSO FORMATIVO (CARTA DEGLI IMPEGNI)

Il progetto è riservato ai dipendenti AST Ancona, con modalità di erogazione esclusivamente residenziale. Per maggiori dettagli si rimanda all'Allegato 1. Scheda fabbisogno formativo, elaborata secondo il format aziendale.

Il titolo proposto dell'evento è **"Infermiere senza infermiere: quando la presenza non basta**".

Il corso è rivolto a infermieri e Incaricati di Funzione Organizzativa delle strutture ospedaliere AST Ancona e prevede una metodologia attiva e partecipativa, implementando lezioni frontali ad analisi di casi reali, discussione di esperienze professionali, esercitazioni pratiche e sviluppo di un project work finale.

L'articolazione prevede tre edizioni, ciascuna della durata di otto ore, per un totale di ventiquattro ore formative e 25 partecipanti per edizione.

Il programma è articolato in fasi progressive, finalizzate a favorire il passaggio dalla comprensione teorica del fenomeno all'abilità pratica di progettare strategie operative trasferibili nei rispettivi contesti di lavoro dei soggetti coinvolti.

Nella prima fase della mattinata, a cura dell'infermiere ricercatore e del coordinatore del corso, viene introdotto il concetto di presentismo infermieristico, approfondendone i processi cognitivi sottesi ed i significati ad esso attribuiti. Questa fase ha la finalità di costruire una base teorica condivisa (livello accettabile di performance da parte del discente) e aumentare la consapevolezza iniziale del fenomeno.

Segue una seconda fase, condotta dall'infermiere ricercatore, dedicata all'analisi dei fattori individuali, relazionali e organizzativi che favoriscono il presentismo, attraverso l'utilizzo di situazioni tratte dalla pratica clinica, discussione guidata e riconoscimento delle manifestazioni del fenomeno nelle unità operative. L'obiettivo è favorire l'identificazione precoce dei segnali di rischio e sviluppare capacità di lettura critica del contesto professionale di appartenenza.

La parte centrale della giornata, affidata ad uno psicologo esperto in setting lavorativi, è dedicata alla identificazione di strumenti per garantire benessere psicologico e

resilienza professionale e stabilire azioni di autocura, applicabili nella pratica quotidiana. Particolare attenzione viene assegnata alla determinazione degli indicatori precoci di sovraccarico psicofisico e stress lavoro-correlato. Questa fase è orientata allo sviluppo di abilità individuali di autoregolazione per il miglioramento dell'empowerment professionale.

Nel primo pomeriggio, al docente coordinatore infermieristico viene affidato il compito di approfondire il ruolo della leadership nella promozione di un clima organizzativo orientato al benessere, per stabilire una comunicazione efficace all'interno dei team, attraverso l'uso di attività di role playing basate sullo scambio di ruoli tra i partecipanti. La finalità è rafforzare la dimensione organizzativa e relazionale nella prevenzione del presentismo a livello comunitario.

La giornata si conclude con un project work in piccoli gruppi, guidato dai docenti in funzione di tutor, finalizzato alla progettazione di strumenti operativi e soluzioni di prevenzione del presentismo applicabili nelle rispettive unità operative, come checklist, strumenti di monitoraggio e azioni di sensibilizzazione del team.

Il prodotto finale atteso, pertanto, consiste nella realizzazione di un elaborato (project work) contenente almeno due strategie operative trasferibili ad ogni specifico contesto lavorativo.

6.9 PIANO DI VALUTAZIONE

La valutazione dell'apprendimento sarà effettuata attraverso un questionario finale (sistema di valutazione discente) e la realizzazione del project work conclusivo, che costituirà il principale strumento di valutazione del percorso formativo.

La valutazione dell'elaborato sarà effettuata mediante una griglia strutturata basata su cinque criteri, osservabili nella Tabella 21: coerenza con il problema, analisi dei fattori di rischio, fattibilità delle strategie proposte, applicabilità nella pratica clinico-organizzativa e coinvolgimento del gruppo di lavoro. Per ciascun criterio è previsto un punteggio da 0 a 2, per un totale massimo di 10 punti.

Gli elaborati con punteggio pari o superiore a 6 saranno considerati adeguati rispetto agli obiettivi del percorso formativo. Infine verrà rilasciato un questionario di gradimento relativo al setting pedagogico utilizzato.

Criterio di valutazione	Descrizione	Punteggio
Coerenza con il problema	Il project work affronta in modo pertinente il fenomeno del presentismo nella specifica realtà operativa	0–2
Analisi dei fattori di rischio	Identificazione di fattori individuali, relazionali e organizzativi presenti nella U.O.	0–2
Fattibilità delle strategie proposte	Le strategie risultano realistiche, sostenibili e compatibili con le risorse disponibili	0–2
Applicabilità nella pratica clinico-organizzativa	Le azioni proposte sono trasferibili nel contesto reale e implementabili dal team	0–2
Coinvolgimento del gruppo di lavoro / leadership	È prevista l'integrazione del coordinatore, del team o di strumenti di comunicazione condivisa	0–2

Tabella 21. Criteri di valutazione del project work

7. CONCLUSIONI

Il presente studio ha evidenziato come il presentismo infermieristico rappresenti un fenomeno ampiamente diffuso nel contesto del Polo Ospedaliero di Senigallia, confermandone la rilevanza e la natura multidimensionale.

I risultati confermano l'ipotesi di studio, evidenziando come il presentismo non costituisca un comportamento occasionale, ma una dinamica strutturalmente radicata, normalizzata nella pratica professionale, con ricadute sul benessere psicofisico degli operatori e sulla qualità dell'assistenza erogata.

I risultati hanno inoltre permesso di quantificare il livello di produttività lavorativa percepita in presenza di disagio psicofisico, evidenziando l'impatto del presentismo sulle performance degli operatori. Il punteggio medio ottenuto dalla scala (19,6) suggerisce un impatto non trascurabile del comportamento sulla produttività lavorativa. Il fenomeno appare distribuito in maniera sostanzialmente omogenea tra i diversi contesti assistenziali analizzati, non emergendo differenze statisticamente significative tra i gruppi considerati nelle analisi comparative.

Lo studio ha inoltre consentito di individuare possibili strategie di intervento, configurate come approcci integrati capaci di agire sulle dimensioni individuale, relazionale e culturale del contesto lavorativo.

In tale prospettiva, è stato proposto un intervento formativo strutturato, sviluppato sulla base delle evidenze disponibili e dei bisogni espressi dai professionisti, finalizzato a promuovere competenze di autocura, gestione dello stress e miglioramento del clima operativo. Pur non rappresentando una soluzione risolutiva del fenomeno, tale intervento costituisce un primo passo significativo volto non solo a favorire la conoscenza e l'individuazione del presentismo, ma anche a creare uno spazio di ascolto e coinvolgimento attivo degli infermieri, valorizzandone il contributo nella proposta di strategie migliorative.

Il valore del presente progetto di ricerca risiede nella capacità di promuovere *nursing empowerment* e *quality of care*, evidenziando come l'investimento nel benessere del capitale umano rappresenti un elemento centrale per la sicurezza assistenziale e la sostenibilità del sistema sanitario nel lungo termine. In tale prospettiva la prevenzione del presentismo si configura come una priorità etica, istituzionale e sociale indispensabile per garantire la resilienza dei professionisti e tutelare indirettamente la collettività. Questo indicatore di qualità rappresenta una leva strategica fondamentale per la tenuta e la capacità di risposta dell'intera organizzazione, soprattutto in questo

momento storico caratterizzato dall'invecchiamento della forza lavoro, l'innalzamento dell'età pensionabile, la carenza di personale e la crescente complessità assistenziale. Tali elementi rendono imprescindibile la necessità di modificare comportamenti professionali influenzati più da abitudini consolidate che da evidenze scientifiche.

Al fine di superare i principali limiti del presente studio e migliorarne la generalizzabilità, future ricerche dovrebbero prevedere l'ampliamento del campione a contesti multicentrici e a diverse realtà assistenziali, aumentandone la numerosità e la rappresentatività dei partecipanti. Inoltre, risulta auspicabile l'adozione di disegni longitudinali e un ulteriore approfondimento della componente qualitativa, attraverso indagini più strutturate (focus group, interviste face to face), al fine di esplorare in modo più approfondito le percezioni/esperienze personali e le dinamiche sociali del presentismo infermieristico.

8. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

I risultati del presente studio evidenziano la necessità di adottare interventi istituzionali mirati alla mitigazione del presentismo infermieristico, principale indicatore della salute organizzativa ed espressione di qualità del contesto clinico assistenziale. In particolare, appare prioritario:

- ✓ Promuovere ambienti di lavoro orientati alla tutela del capitale umano attraverso una gestione più efficace dello stress lavoro-correlato;
- ✓ Sviluppare percorsi formativi finalizzati ad aumentare la conoscenza e la consapevolezza del fenomeno;
- ✓ Valorizzare il ruolo degli infermieri nei processi decisionali, promuovendone il coinvolgimento attivo e il riconoscimento professionale;
- ✓ Apportare cambiamenti e miglioramenti duraturi stimolando la capacità degli agenti di espandere le proprie conoscenze, abilità e azioni;
- ✓ Sviluppare politiche a tutti i livelli che supportino ed incentivino il cambiamento.

L'implementazione di tali interventi può contribuire concretamente alla sostenibilità dei servizi sanitari e alla fidelizzazione dei professionisti alla propria realtà professionale, favorendo la costruzione di ecosistemi organizzativi più sani, resilienti e orientati alla protezione della società.

9. REFERENCES

Berdida, D. J. E., & Grande, R. A. N. (2025). The role of inclusive leadership in optimizing patient-centered care among ICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, *87*(103900), 1–3. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103900

Cartabellotta, N. (2024, October 8). *7° rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione GIMBE. https://salviamo-ssn.it/var/contenuti/7_Rapporto_GIMBE_SSN_Slide_Cartabellotta.pdf

Cicolini, G., Della Pelle, C., Cerratti, F., Franza, M., & Flacco, M. E. (2016). Validation of the Italian version of the Stanford Presenteeism Scale in nurses. *Journal of Nursing Management*, *24*(5), 598–604. https://doi.org/10.1111/jonm.12362

Dirgar, E., Berşe, S., Şahin, A., Tosun, B., & Levya-Moral, J. M. (2024). Presenteeism and missed nursing care: a descriptive, correlational and observational study. *BMC Nursing*, *23*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02253-9

Freeling, M., Rainbow, J. G., & Chamberlain, D. (2020). Painting a picture of nurse presenteeism: A multi-country integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, *109*(103659), 1–13. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103659

Gerlach, M., Hahn, S., Rossier, C., Geese, F., Hamers, J., & Backhaus, R. (2024). Presenteeism among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, *7(*100261), 1–28. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100261

Guilbert, J. J., Palasciano, G., & Lotti, A. (2002). *Guida pedagogica per il personale sanitario* (4th ed.) Edizioni Dal Sud.

Guo, S., Zhang, H., Chang, Y., Zhang, J., Chen, H., & Zhang, L. (2023). The relationship between presenteeism among nurses and patients' experience in tertiary hospitals in China. *Heliyon, 9*(12), 1–9. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e22097

Hassanie, S., Uludağ, O., Trivedi, D., Boukarroum, S., & Saidy, J. (2025). Who cares for the healthcare workers? The impact of workplace incivility on healthcare workers' traumatic stress and mental health mediated by psychological resilience. *Human Factors in Healthcare, 7*(100105), 1–13. https://doi.org/10.1016/j.hfh.2025.100105

Hou, H., Jiang, Y., Xia, C., Cheng, X., Li, H., Dai, H., & Xiao, S. (2025). The lived experience of presenteeism among emergency nurses: a qualitative study. *BMC Nursing*, *24*(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03902-3

Koopman, C., Pelletier, K. R., Murray, J. F., Sharda, C. E., Berger, M. L., Turpin, R. S., Hackleman, P., Gibson, P., Holmes, D. M., & Bendel, T. (2002). Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *44*(1), 14–20. https://doi.org/10.1097/00043764-200201000-00004

Laranjeira, C., Pereira, F., Querido, A., Bieri, M., & Verloo, H. (2022). Contributing Factors of Presenteeism among Portuguese and Swiss Nurses: A Qualitative Study Using Focus Groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(14), 1–19. https://doi.org/10.3390/ijerph19148844

Letvak, S. A., Ruhm, C. J., & Gupta, S. N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *The American Journal of Nursing, 112*(2), 30–39. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000411176.15696.f9

Li, X., Wang, X., Zhang, C., Zhou, J., Li, T., & Yang, R. (2025). Impact of team presenteeism atmosphere on presenteeism among ICU nurses: mediating effects of work stress and moderating effects of mindfulness. *BMC Nursing*, *24*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03377-2

Li, Z., Luo, Z., Chen, L., Chang, Y., Ma, X., & Tao, L. (2025). Present situation and influencing factors of presenteeism among nurses in China: a cross-sectional multicenter study. *BMC Nursing*, 24(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03095-9

Ma, Y., Zhang, X., Ni, W., Zeng, L., & Wang, J. (2024). Perceived social support and presenteeism among nurses: mediation of psychological capital. *The Journal of*

Nursing Administration, *54*(9), 495–502. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001466

Mohammadi, M. M., Nayeri, N. D., Varaei, S., & Rasti, A. (2021). The nurse without a nurse: the antecedents of presenteeism in nursing. *BMC Nursing*, *20*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00669-1

Ortiz-Moreno, S., Giménez-Díez, D., Pastor-Méndez, A., Escobar-García, P., Gómez-Ibáñez, R., Aguayo-González, M. P., Maldonado-Alia, R., & Watson-Badia, C. (2026). Mindfulness and self-care in healthcare professionals: A qualitative metasynthesis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 60(152002), 1–14. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2025.152002

Pereira, F., Querido, A., Verloo, H., Bieri, M., & Laranjeira, C. (2022). Consequences of nurse presenteeism in Switzerland and Portugal and Strategies to minimize it: A Qualitative Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(10), 3–17. https://doi.org/10.3390/healthcare10101871

Rainbow, J. G., & Steege, L. M. (2017). Presenteeism in nursing: an evolutionary concept analysis. *Nursing Outlook*, 65(5), 615–623. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.03.005

Rogers, E. M. (2004). A prospective and retrospective look at the diffusion model. *Journal of Health Communication*, 9*(1)*, 13–19. https://doi.org/10.1080/10810730490271449

Sánchez-Zaballos, M., Baldonedo-Mosteiro, M., & Mosteiro-Díaz, M. P. (2018). Presenteeism among emergency health care staff. *Emergencias*, *30*(1), 35–40.

Shan, G., Wang, S., Wang, W., Guo, S., & Li, Y. (2021). Presenteeism in nurses: prevalence, consequences, and causes from the perspectives of nurses and chief nurses. *Frontiers in Psychiatry, 11(*584040), 1–10. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.584040

Simonetti, V., Della Pelle, C., Cerratti, F., Flacco, M. E., & Cicolini, G. (2021). Presenteeism levels among Italian nurses: A multicentric survey. *Professioni Infermieristiche*, *74*(2), 119–125. https://doi.org/10.7429/pi.2021.742119

The Lancet (2023). The future of nursing: lessons from a pandemic. *Lancet (London, England)*, *401*(10388), 1545. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00958-3

Tran, K., Campbell, S., & Whealon, C. (2025). The impact of mindful clinical aromatherapy on intensive care unit nurses' stress experience: a quality improvement project. *Critical Care Nurse*, *45*(6), 50–57. https://doi.org/10.4037/ccn2025874

Webster, R. K., Liu, R., Karimullina, K., Hall, I., Amlôt, R., & Rubin, G. J. (2019). A systematic review of infectious illness presenteeism: prevalence, reasons and risk factors. *BMC Public Health*, *19*(1), 799. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7138-x

Wei, H., Roberts, P., Strickler, J., & Corbett, R. W. (2019). Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. *Journal of Nursing Management*, *27*(4), 681-687. https://doi.org/10.1111/jonm.12736

World Health Organization. (2025, July 17). *Nursing and midwifery.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery

Zong, Z., Sun, F., Sun, H., Su, S., & Wei, B. (2025). The relationship between career calling and presenteeism: the role of workaholism and self-compassion. *Australian Journal of Psychology*, *77*(1), 2445247. https://doi.org/10.1080/00049530.2024.2445247

10. INDICE DELLE FIGURE

Figura 1. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) 11
Figura 2. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) 38
Figura 3. Rappresentazione delle cause del presentismo attraverso diagramma di Ishikawa..... 73

11. INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1. Prevalenza di presentismo negli ultimi 6 mesi (n = 171) 53
Grafico 2. Distribuzione dei giorni di presentismo tra i soggetti che hanno riportato almeno un episodio (n = 140) 53
Grafico 3. Punteggi medi della SPS-6 per setting assistenziale n totale= 142 (media complessiva = 19,6)..... 55
Grafico 4. Distribuzione delle conseguenze percepite del presentismo infermieristico (n =156)..... 59
Grafico 5. Strategie percepite per la prevenzione del presentismo nel campione infermieristico (n = 167)..... 60

12. INDICI DELLE TABELLE

Tabella 1. Tabella riassuntiva delle fonti bibliografiche PubMed 12
Tabella 2. Tabella riassuntiva delle fonti bibliografiche Scopus..... 14
Tabella 3. Sintesi delle evidenze..... 17
Tabella 4. Tabella riassuntiva delle fonti bibliografiche CINAHL..... 39
Tabella 5. Tabella riassuntiva delle fonti bibliografiche PubMed 39
Tabella 6. Tabella riassuntiva delle fonti bibliografiche Scopus..... 40
Tabella 7. Sintesi delle evidenze..... 41
Tabella 8. Diagramma di Gantt relativo alla pianificazione temporale delle fasi del progetto di ricerca sul presentismo infermieristico..... 44
Tabella 9.Caratteristiche socio-demografiche del campione (n = 171)..... 51
Tabella 10. Distribuzione della conoscenza del presentismo nel campione (n=171) 52
Tabella 11. Distribuzione delle definizioni attribuite al presentismo nel campione (n = 171)..... 52
Tabella 12. Distribuzione dei sintomi (n=142)..... 54
Tabella 13. Distribuzione delle situazioni personali (n =142) 54
Tabella 14. Analisi della varianza (*ANOVA*) del punteggio SPS-6 nel campione..... 56
Tabella 15. Cause individuali associate al presentismo (n= 142)..... 56
Tabella 16. Percezione del presentismo nel setting lavorativo (n = 171) 57
Tabella 17. Manifestazioni osservate di presentismo nel team di lavoro (n = 127) 57
Tabella 18. Dimensioni cognitive correlate al presentismo: consapevolezza delle conseguenze e riflessione preliminare (n = 171) 58
Tabella 19. Temi emergenti dalle risposte aperte (n =28 risposte utili)..... 61
Tabella 20. Criteri, indicatori, standard e strumenti di analisi del processo valutativo 76
Tabella 21. Criteri di valutazione del project work..... 79

13. ALLEGATI

Allegato 1. Scheda Fabbisogno formativo

	SCHEDA FABBISOGNO FORMATIVO **Numero Scheda** _____
DIPARTIMENTO / MACROAREA DI RIFERIMENTO	IFO Macro Area Ospedaliera - IFO Area Formazione e Ricerca
TITOLO CORSO/EVENTO	**Infermiere senza infermiere: quando la "presenza" non basta**
RESPONSABILE SCIENTIFICO/ PROPONENTE	Dirigente Professioni Sanitarie U.O.C Area infermieristico-Ostetrica - Infermiere Ricercatore
PRESENTAZIONE (premessa, descrizione, obiettivi generali e finalità)	La tutela della salute nei luoghi di lavoro rappresenta un diritto fondamentale del lavoratore e un obbligo per le organizzazioni aziendali. Lo Statuto dei Lavoratori (Legge 300/1970), in particolare attraverso l'art. 9, riconosce ai lavoratori il diritto di promuovere misure per la tutela della salute e dell'integrità fisica. Questo diritto si estende al benessere psicofisico complessivo, interpretato come un ambiente di lavoro sicuro, dignitoso e privo di rischi psicosociali. Tale principio si integra con l'Articolo 2087 del Codice Civile italiano, che impone al datore di lavoro l'adozione di tutte le misure necessarie a

	garantire l'integrità fisica e la personalità morale dei lavoratori, includendo la dimensione del benessere psicologico. Il Decreto Legislativo 81/2008 (art.28) rafforza questo orientamento introducendo l'obbligo di valutazione dei rischi psicosociali, tra cui quelli collegati allo stress lavoro-correlato. Parallelamente, il concetto di salute ha assunto una prospettiva più dinamica. Secondo la definizione proposta nel 2011 da Huber e colleghi, pubblicata sul British Medical Journal (BMJ), la salute può essere intesa come la capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide fisiche, emotive e sociali, superando la visione statica proposta nel 1948 dalla Organizzazione Mondiale della Sanità. In questo contesto si inserisce il fenomeno del **presentismo infermieristico**, ovvero la presenza al lavoro nonostante condizioni di malattia psicofisica o ridotta capacità lavorativa, con potenziali implicazioni sul benessere degli operatori, sulla qualità dell'assistenza e sulla sostenibilità organizzativa.

	OBIETTIVI FORMATIVI GENERALI: Il corso si propone di fornire ai partecipanti strumenti concettuali e operativi per: • Identificare il presentismo nelle sue sfumature • Aumentare la consapevolezza dei rischi legati al presentismo. • Promuovere competenze di autocura, gestione dello stress e resilienza. • Favorire una cultura organizzativa che valorizzi il professionista nel concetto di utilizzo di leve emotive • Rafforzare supporto relazionale e leadership infermieristica. Finalità: La finalità del corso è **favorire la tutela della salute degli operatori sanitari e la sicurezza delle cure**, promuovendo la consapevolezza del fenomeno del presentismo infermieristico e sviluppando competenze individuali e organizzative di autocura, gestione dello stress e supporto professionale, nel rispetto integrato delle normative nazionali e delle dichiarazioni internazionali.

TIPOLOGIA DEL PROGETTO	Evento Formativo Residenziale - EFR (aperto ai NON dipendenti AST AN)	☐
	Progetto Formativo Aziendale - PFA (riservato ai dipendenti AST AN)	■
	A - FORMAZIONE RESIDENZIALE (MIN 3 ORE)	■
	B - FORMAZIONE SUL CAMPO	■
	C - FORMAZIONE A DISTANZA (FAD)	☐
	D - FORMAZIONE BLENDED (mista) Specificare la metodologia nelle sezioni di cui ai punti A), B) e C)	☐
	Metodologia: Lezioni frontali, analisi di casi reali, discussione di esperienze, esercitazioni pratiche, project work per sviluppare strumenti operativi di gestione del benessere e del lavoro.	■
AREA RIFERIMENTO OBIETTIVI FORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI	**OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI** 27 - Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione; **OBIETTIVI DI PROCESSO**	

	8 - Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale; 11 - Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali; 12 - Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure; 13 - Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria; **OBIETTIVI DI SISTEMA** 1 - Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP); 5 - Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie; 6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale; 16 - Etica, bioetica e deontologia
OBIETTIVI SPECIFICI	1. Comprendere il concetto di presentismo e riconoscerne le manifestazioni nella pratica assistenziale. 2. Riconoscere i fattori individuali, relazionali e organizzativi che favoriscono il presentismo. 3. Analizzare l'impatto del presentismo sulla sicurezza delle cure e sulla qualità assistenziale

	4. Sviluppare strategie di autocura e gestione dello stress applicabili nella pratica quotidiana. 5. Promuovere una comunicazione efficace e progettare strumenti operativi per monitorare e prevenire il presentismo nella propria U.O.	
STRUMENTO DI VERIFICA APPRENDIMENTO	Questionario	■
	Prova scritta/elaborato	☐
	Prova pratica	■
	Prova orale	☐
	Report *(documento conclusivo)*	☐
	Project Work *(fornire descrizione se redazione di procedure, protocolli, indicazioni operative)* Creazione di un project work su strategie di prevenzione del presentismo specifiche per ogni unità operativa	■
DESTINATARI	**Partecipanti per edizione** **N.** 25	
	Qualifiche ECM (*specificare*): Infermieri ed Incaricati di Funzione Organizzativa	
	Qualifiche non ECM (*specificare*): -Nessuno	
	Dipartimenti/Unità Operative coinvolte: Infermieri e I.F.O strutture ospedaliere AST Ancona	

ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO	**Edizioni N. _3_** **Giornate per edizione N. _ 1** **Ore per edizione N. __8** **Ore totali evento N. _ 24** **PROGRAMMA DETTAGLIATO** **08.30 – 09.00: Registrazione dei partecipanti e introduzione al corso (Docente Coordinatore del corso e Coordinatore Infermieristico)** • Presentazione docenti e obiettivi formativi • Inquadramento del tema del benessere degli operatori sanitari **09.00 – 10.30: Il presentismo infermieristico: definizione, dimensioni e impatto sul sistema sanitario (Docente: Infermiere ricercatore)** • Definizione e caratteristiche del presentismo, distinzione con assenteismo • Diffusione del fenomeno nel contesto sanitario e normalizzazione nella pratica infermieristica • Implicazioni sulla salute degli operatori • Impatto su sicurezza del paziente e qualità delle cure • Impatto sulle organizzazioni aziendali sanitarie

	10.30 – 11.00 Coffee break **11.00 – 11.30: I determinanti del presentismo (Docente: Infermiere ricercatore)** • Fattori individuali (identità professionale, priorità familiari percezione dell'assenza per malattia nel contesto sanitario) • Fattori organizzativi (carenza di personale, cultura del sacrificio, assenza di coinvolgimento decisionale) • Identificazione di situazioni e casi tratti dalla pratica clinica (riconoscimento delle manifestazioni di presentismo nella pratica professionale) **11.30 – 13.30: Benessere psicologico, stress lavoro-correlato e resilienza negli operatori sanitari (Docente: Psicologo esperto in setting lavorativi comunitari)** • Stress lavoro-correlato e rischi psicosociali: strategie di autocura e gestione dello stress • Resilienza professionale • Strumenti di coping per gli operatori sanitari

	• Riconoscimento dei segnali di sovraccarico psicofisico **13.30-14.30 Pausa pranzo** **14.30 – 15.30: Strategie organizzative e leadership infermieristica per prevenire il presentismo (Docente: Coordinatore infermieristico)** • Ruolo del coordinatore infermieristico • Comunicazione efficace nel team (role playing) • Promozione di un clima organizzativo favorevole al benessere • Sviluppare comportamenti responsabili nei casi di condizioni psicofisiche non adeguate **15.30 – 16.30: Project work: progettare strategie di prevenzione del presentismo (Tutor: Docenti del corso)** Attività in piccoli gruppi: • Analisi di casi clinico-organizzativi di presentismo, percepiti durante la sessione mattutina • Progettazione di strumenti operativi per la propria U.O (attraverso griglie di osservazione e azioni di sensibilizzazione)

	• Condivisione dei risultati dei gruppi • Questionario di apprendimento e gradimento • Conclusioni **16.30-17.00 Discussione finale e chiusura del lavoro**
TRIMESTRE DI REALIZZAZIONE DEL CORSO	☐ Primo ☐ Secondo ■ Terzo ■ Quarto
DOCENTI/TUTOR/ ASSISTENTI D'AULA (numero)	***Interni:*** 2 (1 Coordinatore infermieristico, 1 Infermiere ricercatore)
	Esterni: 1 Psicologo esperto in setting lavorativi

BUDGET PREVENTIVATO:

A) (Compilare un'unica riga con i costi complessivi)

N. DOCENTI ESTERNI (numero totale)	N. ORE DOCENZA (n. totale)	COSTO COMPLESSIVO DOCENZA €	SPESE VIAGGIO €	SPESE ALLOGGIO €	SPESE VITTO €	TOTALE COSTI DOCENZA ESTERNA €
1	**9**	**225**	**20**	**0**	**20**	**265**

B) (Compilare un'unica riga con i costi complessivi)

DOCENTI INTERNI (numero totale)	N. ORE DOCENZA (n. totale)	COSTO TOTALE DOCENZA INTERNA €
2	**15**	**375**

C)

ALTRI COSTI *Specificare*	**COSTO €**
Esempio: Aule	**0** (Aula didattica aziendale)
Esempio: Attrezzature/Manichini/Materiale didattico	**50** Cancelleria, materiale didattico
Esempio: pacchetto formativo da Ditta esterna	**0**

TOTALE COSTI (A+B+C)	**690**

Riferimento tariffe docenze e rimborsi spese: Determina DG/ASUR n. 519/2021 - nota DG/ASUR n. 42126 del 30/11/2021

Data: 01/06/2026

Il Proponente/Responsabile Scientifico

Dott.ssa Donatella Giovannini

FIRMA_____

Maila Tesei

FIRMA _____

Allegato 2. Questionario indagine esplorativa



INDAGINE CONOSCITIVA RIVOLTA AL PERSONALE INFERMIERISTICO E I.F.O. AST- ANCONA PRESIDIO DI SENIGALLIA

Gentile collega, mi presento: mi chiamo Maila Tesei, infermiera presso AST-ANCONA presidio Senigallia U.O.C. Dialisi.

Frequento il I A. A. del corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'UNIVPM di Ancona.

Per svolgere il mio progetto di tesi dal titolo: "Infermiere senza Infermiere: il presentismo, un fenomeno pericoloso e costoso", ho la necessità di svolgere un'indagine conoscitiva rivolta a studiare tale argomento.

Le chiedo gentilmente di dedicare qualche minuto alla compilazione di questo questionario. Le sue risposte saranno trattate con la massima riservatezza e saranno utilizzate solo per comprendere quanto questo tema sia conosciuto e presente nel personale infermieristico.

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE

SESSO

- M
- F

ETA' ANAGRAFICA

- < 35 anni
- 35-50 anni
- > 50 anni

TITOLO DI STUDIO

- o Diploma regionale
- o Diploma universitario infermieri
- o Laurea triennale in scienze infermieristiche
- o Laurea Magistrale
- o Master di perfezionamento
- o Master coordinamento
- o Dottorato di ricerca
- o Altro_____

STATO SOCIALE

- o Coniugato/a-Convivente
- o Single
- o Separato/a

RAPPORTO LAVORATIVO

- o Tempo indeterminato
- o Tempo determinato
- o Part- time

FIGLI MINORI/ GENITORI A CARICO

- o Si
- o No

RUOLO LAVORATIVO

- o I.F.O
- o Infermiere

ANZIANITA' DI SERVIZIO

- o < 10 anni
- o 10-20 anni
- o 20-30 anni
- o > 30 anni

DIPARTIMENTO PRESSO CUI SI SVOLGE SERVIZIO

- o Emergenza (PS/Rianimazione/B. O/UTIC)
- o Degenza adulti (Medicina, Cardiologia/Nefrologia/Chirurgia/Gastro/Neurologia…)
- o Degenza bambini (Pediatria/Ostetricia-Ginecologia…)
- o Ambulatorio (Dialisi/Oculistica/Oncologia…)
- o Altro (specificare)_____

QUESTIONARIO

1. Sapresti definire il concetto del presentismo?
- o Si
- o No

2. Prova a darne una definizione in base alle seguenti proposte (risposta singola)
- o Essere presente al lavoro, come opposto ad essere assente
- o Esibire una partecipazione/presenza eccellente
- o Lavorare a lungo, per "fare presenza" anche se non si sta bene
- o Essere riluttanti a lavorare part-time, anziché full-time
- o Avere problemi di salute ma non assentarsi per malattia
- o Andare al lavoro nonostante ci si senta male
- o Andare al lavoro nonostante ci si senta male o si presentino altri eventi che normalmente prevedano di assentarsi dal lavoro (es: per accudire figli, genitori anziani…)
- o Ridotta produttività al lavoro a causa di problemi di salute
- o Ridotta produttività al lavoro a causa di problemi di salute o di altri eventi che distraggano la persona dalla piena performance (es. conflitti lavorativi, inadeguato carico di lavoro…)

3. Negli ultimi 6 mesi le è mai capitato di recarsi al lavoro nonostante non si sentisse bene?
- o Si
- o No

4. Se si, per quanti giorni, indicativamente, si è recato al lavoro nonostante non si sentisse bene? (Risposta singola)
- o 1 giorno
- o 2 giorni
- o 3 giorni
- o 5 giorni
- o 7 giorni

5. Quale di questi sintomi erano presenti? (Risposta multipla se preferibile massimo 3)

- o Emicrania
- o Febbre
- o Agitazione/irritabilità
- o Depressione
- o Mal di denti attenuato dalla auto somministrazione di antidolorifico prima di lavorare
- o Mal di schiena attenuato dalla auto somministrazione di antidolorifico prima di lavorare
- o Mal di stomaco attenuato dalla auto somministrazione di farmaci gastroprotettori
- o Problemi gastro/intestinali
- o Insonnia
- o Artrite
- o Infezioni respiratorie
- o Allergie stagionali invalidanti
- o Esacerbazione malattie croniche

6. Oltre ai sintomi, negli ultimi 6 mesi, si è recato al lavoro lasciando una di queste situazioni sociali in bilico?

- o Figli minori malati
- o Genitori anziani in difficoltà
- o Conflitti familiari/sociali
- o Isolamento sociale
- o Difficoltà economiche
- o Altro

(specificare)_____
_____

7. In base alle risposte 5 e 6, come pensa di aver svolto il suo lavoro? (Barra con una X ogni riga della tabella)

Dichiarazione	Fortemente in disaccordo (5)	Parzialmente in disaccordo (4)	Indeciso (3)	Parzialmente d'accordo (2)	Fortemente d'accordo (1)
A causa delle mie preoccupazioni (salute/situazioni sociali) lo stress del mio lavoro era molto più difficile da gestire.	5	4	3	2	1
Nonostante le mie preoccupazioni (salute/situazioni sociali) sono stato in grado di portare a termine compiti difficili nel mio lavoro.	1	2	3	4	5
Le mie preoccupazioni (salute/situazioni sociali) mi hanno distratto dal trovare piacere nel mio lavoro.	5	4	3	2	1
Mi sentivo senza speranza di completare determinati compiti lavorativi a causa delle mie preoccupazioni (salute/situazioni sociali)	5	4	3	2	1
Al lavoro, sono stato in grado di concentrarmi sul raggiungimento dei miei obiettivi nonostante le mie preoccupazioni (salute/situazioni sociali)	1	2	3	4	5
Nonostante le mie preoccupazioni (salute/situazioni sociali) mi sentivo abbastanza energico per completare tutto il mio lavoro.	1	2	3	4	5

8. A livello collettivo, pensa che nel suo contesto lavorativo, sia presente il presentismo?

- o Si
- o No

9. Se si, quali di questi items sono presenti? (Possibile risposta multipla Massimo 3)

- o Colleghi che chiedono più spesso aiuto
- o Colleghi cha fanno pause più frequentemente
- o Colleghi che non sono in grado di completare i loro compiti in tempo
- o Verbalizzazioni/Difficoltà/Insoddisfazione del lavoro
- o Reclami degenti/parenti
- o Reclami nel team all'I.F.O. per le scarse prestazioni di uno dei suoi componenti di lavoro

10. Secondo lei, perché nonostante non si sentisse bene, si è presentato al lavoro? (Possibile risposta multipla Massimo 3)

- o Difficoltà nell'essere sostituiti/interdipendenza lavorativa
- o Infermiere multitasking (svolgimento di più compiti nell'ambito della professione infermieristica) e di attività che non rientrano nell'ambito dell'assistenza (lavoro-studio)
- o Stress lavorativo per aumento di richiesta di energia (esempio: aumento carico di lavoro, stimoli fisici continui nell'ambiente, inadeguate strutture ospedaliere, luoghi angusti di lavoro…)
- o Etica lavorativa/ solidarietà nei confronti dei colleghi
- o Comunicazione compromessa/conflitti interni
- o Contatto con dolore e sofferenza continui durante il lavoro (esempio: assistiti in stato terminale, giovani, bambini…)
- o Alterazione ritmo sonno-veglia
- o Responsabilità nei confronti della famiglia (si preferisce stare a casa nel caso di figli/genitori malati e lavorare quando non si sta bene)
- o Limitanti fisiche soggettive già presenti (mal di schiena, mal di testa, dolori articolari cronici…)
- o Identità danneggiata per giudizio negativo dell'opinione pubblica (esempio: infermieri fannulloni, troppe pause caffè)
- o Burnout occupazionale
- o Disinteresse istituzionale verso la categoria
- o Politiche organizzative aziendali
- o Disconnessione I.F.O. e cariche dirigenziali
- o Scarsa conoscenza norme tutelanti il lavoratore
- o Onere finanziario derivante dall'assenza lavorativa

11. Avendo ormai intuito il concetto di presentismo, pensa che possa provocare conseguenze nell'ambiente lavorativo e/o influenzare la qualità del lavoro?

- Si
- No

12. Se si, quali? (Possibile risposta multipla, massimo 3)

- Aumento dei costi per riduzione produttività
- Aumento dei costi per malattia a posteriori a causa di aggravamento del malessere già esistente
- Aumento infezioni assistiti
- Aumento diffusione malattie infettive all'interno del gruppo di lavoro
- Eventi avversi (esempio cadute assistiti, errori di terapia…)
- Percezione sbagliata della possibilità di controllare il proprio stato di salute
- Esaurimento emotivo
- Aumento stress psicologico (sviluppo di ansia, paura…)
- Decremento performance lavorativa
- Riduzione empatia (maggiore irritabilità verso i degenti o verso i parenti)
- Immagine distorta della società sulla professione
- Atteggiamenti irritativi verso colleghi
- Diminuzione solidarietà fra colleghi
- Maggiore individualità lavorativa

13. Ci aveva mai pensato?

- Si
- No

14. Se avesse la possibilità di mettere in campo degli interventi utili a ridurre il presentismo, cosa proporrebbe? (Risposta multipla, massimo 3)

o Misure preventive (recupero straordinari, carichi di lavoro adeguato, possibilità di usufruire dei congedi ordinari programmati)
o Ricompense sociali (esempio: riconoscimento del merito e della fiducia nella professione infermieristica)
o Flessibilità lavorativa
o Promuovere il lavoro di squadra e facilitare le connessioni sociali
o Cultura organizzativa positiva- stile di leadership incentrato sul benessere dei dipendenti
o Coinvolgimento dei professionisti infermieri nella definizione degli obiettivi del team
o Sviluppo atteggiamento corresponsabile
o Corsi di formazione, attività di counseling (workshop per riduzione dello stress correlato all'assistenza)
o Supporto psicologico per la categoria infermieristica
o Risoluzione conflitti organizzativi interni
o Creazione di contesti lavorativi trasparenti e motivati
o Maggiore consapevolezza istituzionale dell'importanza della professione infermieristica
o Incoraggiare la cura di sé stessi (coinvolgimento leader infermieristici)
o Maggiore sicurezza lavorativa (contesti lavorativi salubri, luminosi, ampi, funzionali…)

15. Può aggiungere un commento se pensa sia attinente all'argomento, altrimenti grazie per la collaborazione, i suoi dati saranno veramente preziosi

_____
_____
_____
_____
_____

Allegato 3. Domanda di autorizzazione indagine conoscitiva

Ancona, 27/05/25

Al Direttore Sanitario/Direttore Distretto/Direttore Medico Ospedaliero AST Ancona
(barrare la voce che interessa)

Al Dirigente Area Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche

Loro Sedi

OGGETTO: domanda di autorizzazione indagine conoscitiva per dissertazione Tesi di Laurea

La sottoscritta_Maila Tesei iscritta al I anno del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia – Polo di Ancona

CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere un'indagine conoscitiva per l'espletamento della Tesi di Laurea dal titolo:
"Infermiere senza Infermiere: il Presentismo, un fenomeno pericoloso e costoso".

L'indagine ha lo scopo di studiare le caratteristiche del presentismo nel contesto aziendale di appartenenza (contesto ospedaliero) individuando i fattori responsabili (outcome primario); determinare le conseguenze ed il loro impatto nell'applicare il presentismo da parte degli infermieri ed I.F.O. (outcome secondario); determinare strategie organizzative per ridurre il fenomeno promuovendo la sicurezza delle cure all'assistito e una migliore qualità di vita dell'infermiere (outcome secondario)
Agli infermieri/I.F.O.verrà somministrato un questionario come da allegato.
I dati raccolti saranno soggetti a elaborazione statistica e trasformati in forma totalmente anonima. In tale forma verranno utilizzati a fini didattici, per la dissertazione della Tesi di Laurea Magistrale ed eventualmente inseriti in pubblicazioni, presentati a congressi, convegni e seminari.
Al termine dell'indagine sarà inviato report dei dati raccolti / conclusioni desunte dalla ricerca all'Azienda.

Distinti saluti

Il Relatore
Dott.

Lo Studente

Al Direttore Sanitario/Direttore Distretto/Direttore Medico Ospedaliero
Dichiara di approvare la richiesta ed autorizza la somministrazione del questionario
DATA 29/05/2025 FIRMA

Il Dirigente Area Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche
Dichiara di approvare la richiesta ed autorizza la somministrazione del questionario
DATA 27/05/2025 FIRMA

N.B.: Allegare progetto di ricerca ed eventuale questionario/intervista da somministrare.

RINGRAZIAMENTI

Questa tesi è dedicata, prima di tutto, a me stessa.

Come donna, perché a quarantacinque anni ho scelto di rimettermi in gioco, affrontando nuove sfide personali e professionali. Ci sono stati momenti in cui ho pensato di arrendermi, soprattutto all'inizio, per il timore di non esserne all'altezza. Eppure, grazie alla determinazione e alla perseveranza, sono riuscita a raggiungere questo importante traguardo, dimostrando a me stessa che non è mai troppo tardi per ricominciare.

Come madre, perché spero che questo percorso possa trasmettere a mio figlio un insegnamento semplice ma importante: non è mai troppo tardi per inseguire i propri sogni. Riprendere a studiare e arrivare fin qui è stato anche il mio modo di dimostrargli che, con impegno, determinazione e fiducia in sé stessi, i desideri possono diventare realtà.

Come infermiera, perché continuo a credere profondamente nel valore e nella complessità di questa professione, oggi più che mai chiamata a confrontarsi con una realtà in continua evoluzione, nella quale non è sempre semplice mantenere il passo con il sapere, il saper fare e, soprattutto, il saper essere.

Ai tanti colleghi presentisti che, con un profondo senso del dovere, hanno continuato a essere presenti anche durante la pandemia da COVID-19. Siamo stati travolti da uno scenario che nessuno avrebbe mai immaginato, sospesi tra paura, incertezza e una realtà che, a tratti, sembrava irreale. Eppure, con dedizione e competenza, abbiamo continuato a prenderci cura delle persone, spesso mettendo in secondo piano noi stessi, le nostre famiglie e la nostra vita privata.

Infine a tutti quei colleghi che hanno continuato a esserci, anche quando il corpo e la mente avrebbero avuto bisogno di fermarsi. Colleghi che, per etica professionale, hanno anteposto il dovere a sé stessi, pagando spesso un prezzo silenzioso e invisibile.

*Questo studio è la mia **"medaglia"** al vostro **valore**.*

La pandemia ha reso evidente ciò che da sempre sostiene il nostro Servizio Sanitario: senza gli infermieri il sistema vacilla e la qualità dell'assistenza rischia di essere compromessa.

*Mi auguro che questo lavoro possa offrire uno spunto di riflessione affinché il valore della presenza non venga più dato per scontato e perché **prendersi cura di chi cura**, diventi una **responsabilità condivisa** verso l'intero sistema di assistenza.*

Solo così sarà possibile preservare non soltanto la qualità delle cure, ma anche l'identità, la dignità e il benessere della professione infermieristica.

Infine, questa tesi è dedicata a tutti gli studenti che, come me, credono che la ***conoscenza*** *rappresenti una forma di* ***libertà*** *e la forza necessaria per affrontare le incertezze senza rinunciare ai propri obiettivi.*

Perché, quando si conosce la meta verso cui si desidera andare, difficilmente si smarrisce la strada.

«La mente non è un vaso da riempire, ma un fuoco da accendere.» (Plutarco)

