



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

Corso di Laurea in Infermieristica

**LEADERSHIP NEL CONTESTO SANITARIO: L'INFERMIERE
A CONFRONTO CON LA FIGURA DEL LEADER - UNA
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

**LEADERSHIP IN THE HEALTHCARE CONTEXT: THE
NURSE VERSUS THE FIGURE OF THE LEADER - A
LITERATURE REVIEW**

**Relatore:
Dott. Mercuri
Maurizio**

**Tesi di Laurea di:
Luchetti
Alessandro**

A.A. 2024/2025

Al senso di non appartenenza, all'insicurezza e alla voglia di sentirsi almeno per un giorno, in modo anche egoistico protagonisti. Nella speranza che questa sensazione non rimanga solo ed unicamente un ricordo.

ABSTRACT

Introduzione: il presente elaborato analizza il ruolo della *Leadership* nel contesto sanitario, con particolare riferimento alla figura dell'infermiere e al suo impatto sugli esiti clinico-assistenziali e organizzativi. Nell'odierno sistema sanitario, la *Leadership* si caratterizza come una competenza trasversale fondamentale, non limitata ai ruoli dirigenziali ma esercitabile anche nella pratica clinica quotidiana.

Obiettivo: è quello di evidenziare come la *Leadership* infermieristica influenzi più aspetti del sistema sanitario il lavoro di équipe, il clima organizzativo e il benessere degli operatori, oltre che la sicurezza del paziente.

Metodi: A tal fine è stata condotta una revisione della letteratura, analizzando contributi scientifici presenti su motori di ricerca. Gli relativi agli stili di leadership, agli strumenti utilizzati dall'infermiere in particolare comunicazione ed *empowerment* e agli effetti sui principali *outcome* assistenziali.

Risultati: Dall'analisi emerge come una *Leadership* efficace, soprattutto di tipo trasformativa e orientata alle relazioni, favorisca la collaborazione tra professionisti, riduca il rischio di errore, contrasti fenomeni quali burnout e turnover e migliori la qualità dell'assistenza erogata. Al contrario, stili autoritari o una carenza di *Leadership* possono compromettere il clima di lavoro e gli esiti clinici.

Conclusioni: In conclusione, la *Leadership* infermieristica si configura come una competenza essenziale per promuovere un'assistenza sicura, efficace e centrata sulla persona, rendendo necessario investire nella formazione e nello sviluppo delle capacità relazionali e comunicative dei professionisti sanitari.

INDICE

Abstract.....	2
1. Introduzione.....	1
2. Obiettivo.....	2
3. Materiali e metodi.....	3
4. Risultati.....	5
5. Discussione.....	15
L'infermiere e gli obblighi deontologici.....	15
L'importanza delle relazioni umane.....	16
Il leader.....	17
La leadership.....	18
Gli stili di leadership.....	19
5.2 Strumenti dell'infermiere.....	22
Comunicazione.....	22
Tipologie di comunicazione.....	23
Empowerment.....	26
5.3 L'impatto clinico della leadership.....	27
Clima di reparto.....	27
Gestione dei conflitti.....	29
Burnout.....	30
Turnover.....	31
L'errore e la sua gestione.....	32
La sicurezza del paziente.....	34
Clinical governance.....	36
6. Conclusioni.....	39
7. Bibliografia e sitografia.....	40

1. INTRODUZIONE

La scelta della tematica trattata in questa tesi nasce con la curiosità riscontrata durante il tirocinio appurando come e quando l'infermiere non rimane semplice esecutore bensì, una guida.

Data l'elevata complessità interna delle strutture sanitarie in cui si ha un incremento della domanda di qualità e sicurezza delle cure, assume un ruolo centrale la capacità dei professionisti di operare in modo coordinato dall'interno del team caratterizzato da molteplici professionisti. In tali scenari non sono necessarie competenze tecniche e scientifiche ma diventano fondamentali competenze che permettano la collaborazione, nello specifico la *Leadership*.

Nell'ottica comune viene spesso solo associata a ruoli prettamente dirigenziali, quanto in realtà rappresenta una competenza diffusa dagli infermieri nella pratica quotidiana. L'infermiere spicca all'interno dei team assistenziali poiché capace di promuovere la collaborazione, facilitare la comunicazione e orientare il gruppo verso obiettivi comuni, con ricadute dirette sulla qualità dell'assistenza erogata.

Nonostante ciò, la *Leadership* infermieristica risulta ancora talvolta poco riconosciuta o adeguatamente valorizzata, dato che prevale una visione della professione centrata sugli aspetti tecnico-esecutivi. Numerose evidenze dimostrano come uno stile di *Leadership* efficace sia in grado di influenzare positivamente il clima organizzativo, ridurre il rischio di errore, migliorare la sicurezza del paziente e contrastare fenomeni quali burnout e turnover del personale.

Alla luce delle considerazioni emerse, tale elaborato si pone di analizzare il ruolo della *Leadership* nel contesto sanitario, incentrando l'attenzione sulla centralità dell'infermiere e degli strumenti di cui egli dispone per esercitarla, quali comunicazione ed *empowerment*, identificando come obiettivo l'incidere della *Leadership* sugli esiti clinico-assistenziali degli assistiti associata ad un benessere organizzativo.

A tal fine è stata effettuata una revisione della letteratura, puntando l'attenzione su studi e contributi scientifici inerenti a *Leadership* in ambito sanitario e il riscontro di ciò nell'ambito infermieristico.

2. OBIETTIVO

L'obiettivo principale di questa tesi è analizzare come la *Leadership* si applichi nei contesti sanitari e quali siano i suoi effetti.

Di seguito gli obiettivi secondari:

- Individuare quali caratteristiche deve avere un *leader* e come e le implicazioni con la figura dell'infermiere;
- Valutare come la *leadership* entra nella qualità dell'assistenza;
- Considerando che si lavora in team multidisciplinari, valutare come la *leadership* permetta un miglioramento del lavoro di equipe;

3. MATERIALI E METODI

La metodologia utilizzata per la stesura di questo elaborato è la revisione della Letteratura. Si tratta di una tipologia di studio che prevede la rielaborazione oggettiva degli studi effettuati su un determinato argomento. Questi vengono letti, analizzati e valutati in modo tale da poter essere poi raggruppati in un unico documento, si tratta di una sintesi scritta di studi selezionati usando criteri prestabiliti.

Le stringhe di ricerca sono state strutturate seguendo il modello PICOM, tale permette l'identificazione di una popolazione a cui fare riferimento, sulla quale verranno identificate variabili d'interesse, di seguito abbiamo:

- P → *Leadership* disfunzionale;
- I → Come la *leadership* influenza l'operato dell'infermiere;
- C → Stili di *leadership* funzionali e disfunzionali;
- O → Lavoro in equipe garantendo un miglioramento degli standard d'assistenza;
- M → Revisione della letteratura;

Per svolgere questa ricerca sono state utilizzati 2 motori di ricerca, ovvero:

- Pubmed;
- Cinhal Pull;

Le parole chiave identificate sono poi state combinate formando due principali stringhe di ricerca, con l'utilizzo dell'operatore Booleano "AND":

- (Nurs*) AND (Styles of leadership)
- (Nursing) AND (Management)) AND (Styles of leadership)

Table 1 Criteri di inclusione ed esclusione

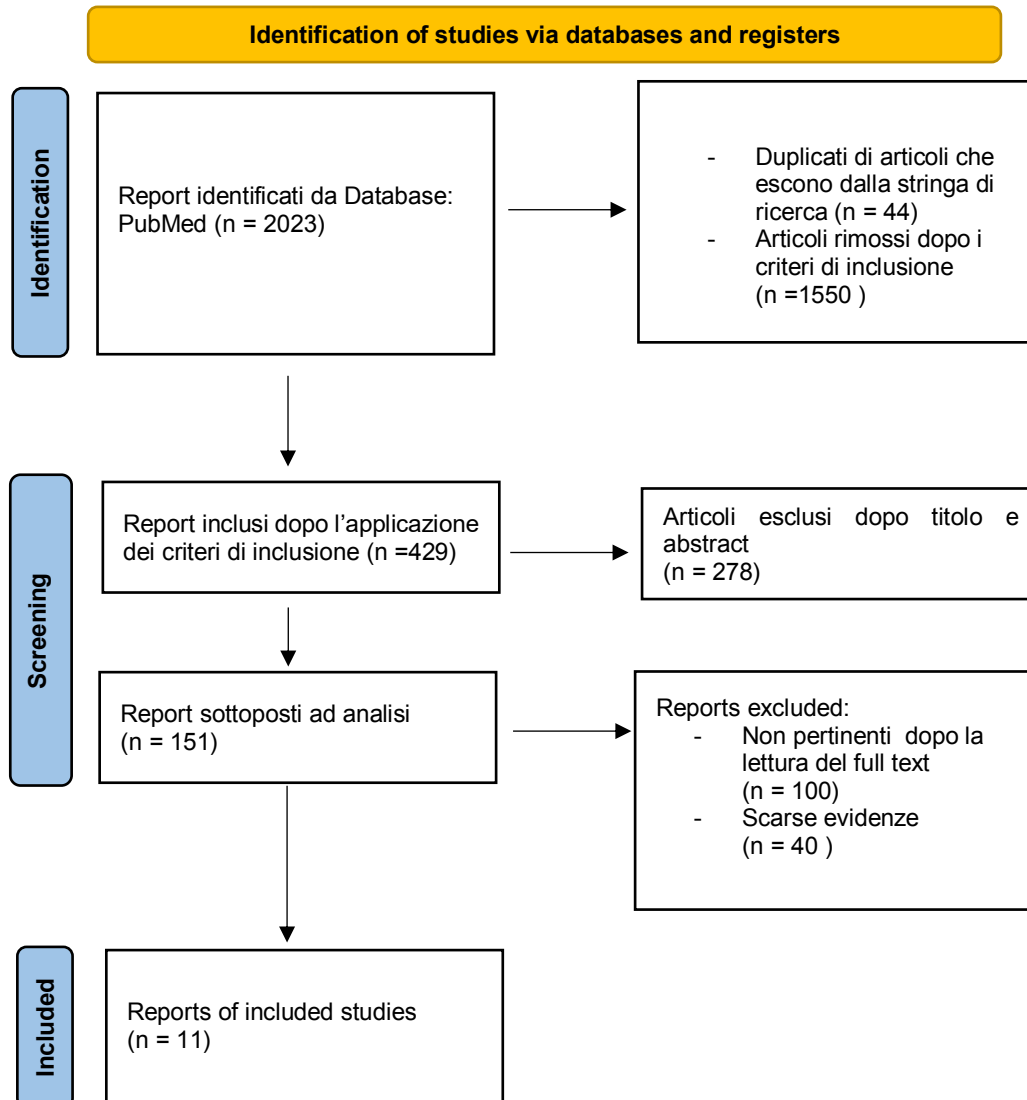
Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
<ul style="list-style-type: none">• Articoli con data di pubblicazione risalente a 5 anni;• Articoli disponibili con testo gratuito;• Articoli scritti in inglese o in italiano;	<ul style="list-style-type: none">• Articoli non pertinenti al quesito di ricerca;

Table 2 Studi utilizzati derivanti dalla stringa di ricerca

Stringa di ricerca	Numero di studi ottenuti	Numero di studi utilizzati
(Nurs*) AND (Styles of leadership)	250	6
(Nursing) AND (management)) AND (styles of leadership)	179	5

4. RISULTATI

Figure 1 Prisma Flow Chart



Effettuata la lettura dei documenti, questi sono stati sintetizzati all'interno di una tabella per permettere di confrontare i risultati. La tabella è strutturata in colonne, composta da sinistra verso destra da: nome dello studio, autore e anno di pubblicazione, disegno di studio, campione preso in esame, risultati dello studio ed infine il livello d'evidenza dello studio.

Table 3 Sintesi degli studi inclusi

Nome dello studio	Autore e anno	Disegno di studio	Campione	Risultati principali	Livello delle evidenze
Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review	Cummings et al., 2018	Revisione sistematica	Infermieri	Una leadership focalizzata esclusivamente sul completamento dei compiti è insufficiente per ottenere risultati ottimali per il personale infermieristico. Le pratiche di leadership relazionale devono essere incoraggiate e supportate da individui e organizzazioni per migliorare la soddisfazione lavorativa, la fidelizzazione, i fattori ambientali e la produttività individuale degli infermieri all'interno delle strutture sanitarie.	Alto
Relationships between nurse managers' work	Nurmeksela et al., 2021	Studio Correlazionale	Infermieri e manager	I risultati suggeriscono che i responsabili	Medio

<p>activities, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit level: a correlational study</p>				<p>infermieristici dovrebbero concentrarsi sul miglioramento delle pratiche infermieristiche gestendo e organizzando il lavoro degli infermieri in modo da far sentire i propri dipendenti supportati, motivati e sicuri. Inoltre, i responsabili infermieristici dovrebbero adottare uno stile di leadership che enfatizzi un'assistenza sicura e centrata sul paziente.</p>	
<p>Bridging the generational gap between nurses and nurse managers: a qualitative study from Qatar</p>	<p>Abujaber et al., 2024</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Infermieri e nurse manager</p>	<p>Lo studio rivela significative differenze generazionali nelle preferenze di leadership, negli stili di comunicazione e nell'adattabilità alla tecnologia. Affrontare queste lacune attraverso una leadership</p>	<p>Medio</p>

				efficace, una formazione continua e una comunicazione aperta può migliorare la soddisfazione lavorativa e l'assistenza ai pazienti.	
Factors influencing the turnover intention for disease control and prevention workers in Northeast China: an empirical analysis based on logistic-ISM model	Zhuge et al., 2024	Studio trasversale	Sanitari	L'intenzione di abbandonare il lavoro tra i dipendenti dei CDC è risultata influenzata da diversi fattori. È necessario introdurre interventi multidisciplinari mirati e precoci per affrontare la serie di fattori che incidono sul personale, con particolare attenzione al rafforzamento dell'identità professionale e dell'impegno organizzativo dei dipendenti.	Medio
Inclusive Human Resource Management	Wu et. Al, 2024	Studio trasversale multicentrico	Infermieri	A gestione integrata delle risorse umane (IHRM) ha	Medio

<p>and Nurses' Innovative Behavior during Crisis Events: The Roles of Job Crafting and Shared Leadership</p>				<p>previsto positivamente il comportamento innovativo degli infermieri, con il ruolo di mediazione del job crafting. Inoltre, abbiamo riscontrato che l'IHRM era più efficace nel promuovere il job crafting e il conseguente comportamento innovativo quando gli infermieri percepivano alti livelli di leadership condivisa.</p>	
<p>Toxic Leadership in Emergency Nurses: Assessing Abusive Supervision and Its Team-Level Impacts on Conflict Management and Organizational Commitment</p>	<p>Alsadaan et al., 2024</p>	<p>Osservazionale</p>	<p>Infermieri di emergenza</p>	<p>Le significative correlazioni tra leadership distruttiva, conflitti avversi e ridotto impegno negli infermieri del pronto soccorso sottolineano la necessità di una formazione alla leadership specifica per il contesto.</p>	<p>Medio</p>

				<p>Promuovere ambienti di supporto attraverso interventi multiformi può contrastare gli effetti tossici, trasmettere tecniche di comunicazione costruttive, migliorare il benessere degli infermieri e garantire un'assistenza di alta qualità ai pazienti. Poiché le tendenze al conflitto e le caratteristiche degli infermieri influenzano la suscettibilità a una leadership dannosa, programmi personalizzati che tengano conto dei diversi livelli di esperienza sono fondamentali.</p>	
<p>Impact of leadership styles on patient satisfaction with</p>	<p>Boshra et al., 2025</p>	<p>Studio trasversale</p>	<p>Pazienti e infermieri</p>	<p>Negli ospedali pubblici sauditi, lo stile di leadership PA è</p>	<p>Medio</p>

nursing care quality in public hospitals: A cross-sectional study				risultato essere il più diffuso tra i responsabili infermieristici, associato ai livelli più bassi di soddisfazione del paziente. Questi risultati sottolineano l'importanza degli stili di leadership infermieristica nell'influenzare la soddisfazione del paziente.	
Mediating effect of work engagement and career success on work-family support and turnover intention of hemodialysis nurses in China: a cross-section study	Fu et al., 2025	Studio trasversale	Infermieri	Il supporto all'equilibrio tra lavoro e famiglia può influenzare non solo direttamente l'intenzione di abbandonare il lavoro da parte degli infermieri di emodialisi, ma anche indirettamente attraverso il coinvolgimento lavorativo e il successo professionale	Medio
Is Leadership a Resource? A Systematic	Montenegro Méndez et al.,	Revisione sistematica	Infermieri	Una leadership efficace è una risorsa	Alto

<p>Review of Its Role in Burnout and Engagement Among Nurses Within the JD-R Model</p>	<p>2025</p>			<p>fondamentale per migliorare il benessere e le prestazioni degli infermieri. Investire in programmi di sviluppo della leadership può ridurre il burnout e aumentare il coinvolgimento, a vantaggio sia degli infermieri che dei pazienti.</p>	
<p>Implementation strategies by leaders and health professionals to improve the safety climate in the operating room: a scoping review</p>	<p>Alves Ferreira et al., 2026</p>	<p>Scoping review</p>	<p>Sanitari in Sala operatoria</p>	<p>Implementazione di strumenti che promuovono la comunicazione e i programmi di formazione migliora la sicurezza delle cure chirurgiche, in quanto contribuiscono in modo sostanziale agli ambiti della cultura della sicurezza. L'utilizzo di protocolli di comunicazione in sala operatoria è raccomandato come strumento di sicurezza perioperatoria.</p>	<p>Alto</p>

Workplace Upward Networking Between Affective Leadership and Voice Behavior	Zhu et al., 2026	Studio quantitativo	Infermieri	Questo studio fornisce supporto a un modello di gestione infermieristica nell'assistenza primaria, che enfattizza la coltivazione di comportamenti e stili di leadership affettiva e il potenziamento delle strategie di gestione ascendente per incoraggiare gli infermieri clinici a esprimere alla direzione preoccupazioni in merito a problemi di sicurezza o idee per l'innovazione.	Medio
--	---------------------	------------------------	------------	--	-------

I risultati emersi dalla revisione confermano come la *leadership* rappresenti un elemento centrale nel contesto sanitario. Si dimostra avere un impatto decisivo sugli esiti clinico-assistenziali, ma non solo poiché interesseranno anche il benessere organizzativo. L'infermiere si caratterizza come figura esercita una *leadership* che va ad intaccare più ambiti, ne deriva quindi che non si tratta di una dote statica e associata a ruoli dirigenziali-manageriali, ma come possa essere integrata nella pratica clinica.

Dall'analisi degli studi si evince la chiara associazione tra *leadership* trasformativa e transazionale e miglioramento della qualità dell'assistenza. Tali modelli permettono la promozione della collaborazione interna ai gruppi multidisciplinari, favorire un clima lavorativo positivo e nel supportare lo sviluppo del pensiero critico e decisionale degli

operatori. Viceversa, con stili autoritari in cui si ha un sistema strettamente gerarchico e direttivo si denota un aumento dei tassi di conflitto, riduzione di comunicazione efficace e ad un peggioramento degli esiti assistenziali.

La comunicazione viene infine ritenuta altamente rilevanti attraverso il quale la *leadership* viene espressa. In tutte le sue componenti verbale, paraverbale e non verbale, favorisce trasmissione chiara delle informazioni, riducendo così il rischio di complicanze, e contribuisce a costruire un rapporto di fiducia sia tra professionisti sia con il paziente. In questo senso, la *leadership* infermieristica si traduce nella capacità di mediare il dialogo tra professionisti e pazienti volgendo l'attenzione nel cercare di favorire un ambiente collaborativo.

Le evidenze riportate dai risultati denotano la diretta correlazione di *leadership* e sviluppo di facoltà utili in primis per il professionista nel suo svolgere attività assistenziali. Tali qualità sono pensiero critico e capacità decisionali, tutto ciò porta a definire come la *leadership* indirettamente contribuisce a migliorare gli esiti clinici attraverso la promozione dell'aderenza a linee guida e protocolli supportando lo sviluppo del pensiero critico e della capacità decisionale dell'infermiere. In tale senso il leader deve premere nel voler favorire la crescita professionale del team e l'adozione di pratiche assistenziali.

In definitiva, risulta evidente come sia necessario promuovere lo sviluppo delle competenze di *leadership* durante il percorso formativo e investire in programmi di formazione continua per i professionisti sanitari. Emerge inoltre dagli studi analizzati la possibile eterogeneità delle possibili aree da poter approfondire, poiché l'applicazione della *leadership* è strettamente legata al professionista, alle proprie capacità e all'area in cui viene applicata.

5. DISCUSSIONE

L'INFERMIERE E GLI OBBLIGHI DEONTOLOGICI

Il Capo III del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, emanato dalla Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI 2025), disciplina i rapporti professionali dell'infermiere, fornendo i principi che regolano la collaborazione interprofessionale e la responsabilità all'interno delle organizzazioni sanitarie. In tale parte viene ribadito che l'esercizio professionale non va inteso come forma isolata, ma si necessita di essere configurato come parte integrante di un sistema di cura multiprofessionale orientato alla tutela della salute della persona e della collettività. L'infermiere nello specifico è chiamato ad agire nel rispetto delle proprie competenze, riconoscendo i limiti del proprio agire professionale e ricorrendo, quando necessario, al confronto e alla consulenza con altri professionisti sanitari, al fine di garantire sicurezza, appropriatezza e qualità dell'assistenza. Il Capo III valorizza la dimensione della collegialità, promuovendo comportamenti indirizzati alla lealtà, al rispetto reciproco e alla condivisione delle informazioni cliniche rilevanti. In questa prospettiva, la responsabilità professionale si estende anche alla tutela del decoro e del prestigio della professione infermieristica, includendo il dovere di segnalare situazioni che possano compromettere la qualità dell'assistenza o configurare esercizi non conformi ai principi deontologici. Ne emerge una visione dell'infermieristica come pratica professionale autonoma ma relazionale, fondata sulla cooperazione, sulla responsabilità condivisa e sulla centralità della persona assistita.

“L'infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura. Adotta comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e con le altre figure professionali, riconoscendo e valorizzando il loro specifico apporto”, apporto.

Nello specifico l'articolo 12, richiama il principio della collaborazione interprofessionale, offre un fondamento deontologico al concetto di *Leadership* infermieristica. Essa non si esprime esclusivamente in ruoli formali di coordinamento, ma si manifesta nella capacità dell'infermiere di orientare il lavoro d'équipe, promuovere una comunicazione efficace e favorire l'integrazione delle competenze professionali. In tale senso, la collaborazione richiamata dall'articolo 14 non è un processo passivo, ma richiede iniziativa,

responsabilità e capacità relazionali che costituiscono elementi centrali della *Leadership* professionale. Una *Leadership* positiva esercitata dall'infermiere professionista contribuisce a migliorare il clima organizzativo, a ridurre il rischio di errori e a garantire una presa in carico globale e condivisa della persona assistita.

Pertanto, la *Leadership* influenza in modo significativo l'operato infermieristico, poiché incide sulla qualità delle decisioni clinico-assistenziali, sulla sicurezza delle cure e sulla continuità assistenziale, configurandosi come competenza trasversale indispensabile nella pratica professionale.

L'IMPORTANZA DELLE RELAZIONI UMANE

L'evoluzione delle organizzazioni e nello specifico l'approccio basato sulle relazioni umane studiato da Elton Mayo¹, evidenzia come le dinamiche sociali possano influire sulla quantità delle attività svolte dal lavoratore. I dipendenti infatti mostrano un senso di lealtà, attaccamento e coesione di obiettivi dal momento in cui si trovano in un contesto in cui: le relazioni interpersonali, il rispetto reciproco e la partecipazione ai processi decisionali sono espressi, nonostante la suddivisione gerarchica lavoratore-dirigente. Tale modello organizzativo permette di identificare come una figura all'interno del contesto organizzativo riconosciuta come *leader* possa permettere una collaborazione tra individui, nel contesto ospedaliero si espleta come coordinamento e collaborazione multiprofessionale. (Calamandrei, 2015) In seguito a un'indagine condotta da Elton Mayo, chiamato come consulente presso la Western Electric Company, emerge una nuova prospettiva di analisi del lavoro industriale. In un periodo storico caratterizzato da un'organizzazione della produzione fortemente orientata alla massimizzazione dell'efficienza e della produttività, si evidenzia tuttavia anche il rovescio della medaglia di tale modello: l'aumento dello stress e del disagio dei lavoratori, manifestato attraverso elevati tassi di licenziamento volontario e di assenteismo per malattia. Attraverso una serie di studi empirici e colloqui con i dipendenti dell'azienda, Mayo osserva come i lavoratori, indipendentemente dal genere e dall'età, manifestino un forte bisogno di essere ascoltati e riconosciuti. Successivamente, mediante una ricerca incentrata sull'analisi

¹ Elton Mayo (1880-1948) psicologo e sociologo, teorizzò la sociologia industriale e il modello delle relazioni umane.

delle dinamiche socio-relazionali presenti all'interno dell'ambiente lavorativo, egli rileva l'esistenza di interazioni sociali spontanee tra i membri dei gruppi di lavoro. In tale contesto emergono figure quali il *leader* informale, i suoi seguaci e, talvolta, soggetti che rimangono ai margini del gruppo. A partire da queste osservazioni, Mayo giunge alla conclusione che, accanto all'organizzazione formale stabilita dall'azienda, esiste anche un'organizzazione informale fondata sulle relazioni interpersonali tra i lavoratori. In questa prospettiva, il cosiddetto "*fattore umano*" assume un ruolo centrale tra le variabili in grado di influenzare la produttività aziendale. Di conseguenza, Mayo propone una serie di interventi volti ad attenuare la rigidità del modello taylorista, introducendo strumenti finalizzati al miglioramento del benessere dei lavoratori. Questi comprendono una maggiore attenzione alle dinamiche relazionali tra colleghi, l'ascolto delle problematiche dei dipendenti e l'introduzione della figura dello psicologo all'interno del contesto aziendale.

IL LEADER

Il *leader* è colui che possiede delle caratteristiche proprie personali come: valori, percezioni ed esperienze. Un *leader* influenza un gruppo con lo scopo ultimo di raggiungere un obiettivo comune, in ambito aziendale si esprime nel raggiungimento di obiettivi.

Come prima citato il riconoscimento di una figura centrale, può determinare un'influenza per quanto riguarda la qualità del lavoro e il comportamento di altri, distinguiamo due tipologie di *leader*:

- **Formale:** persona che secondo una procedura ha ottenuto legittima autorità;
- **Informale:** persona priva di carica ma con caratteristiche tali che permettono al gruppo di riconoscerlo come figura di riferimento come ad esempio l'anzianità

È auspicabile pensare di riconoscere il *leader* formale come punto di riferimento del team ma se ciò non avviene una mediazione tra i due può portare ad un clima lavorativo e ad una efficienza prepositiva in termini di produttività esplicita nel mondo sanitario come soddisfazione della domanda proveniente dai *stakeholder*, o portatori di interesse cioè coloro che usufruiscono del servizio sanitario. La figura dell'infermieristico dovrebbe

quindi assumere un ruolo di promotore di lavoro di gruppo, guidare i propri collaboratori alla risoluzione dei problemi (*problem solving*). (Calamandrei, 2015).

Come sottolineato in 24 Ore Business School (2023) un buon *leader* in ambito sanitario deve possedere una determinata serie di qualità:

- Capacità di ispirare una visione strategica e di orientare il lavoro una direzione condivisa;
- Abilità comunicative e relazionali sviluppate come ad esempio l'empatia e l'intelligenza emotiva;
- Capacità di progettazione, ovvero organizzare, monitorare e promuovere progetti in contesto sanitario;
- Capacità di gestire il cambiamento, creando uno spirito di collaborazione e partecipazione, tutti i membri del team devono sentirsi coinvolti nelle attività,
- Competenze economico-gestionali, utili per garantire una gestione efficace delle risorse,

L'aspetto comunicativo-relazionale può incidere nella partecipazione poiché si porta il team ad avere un alto livello di motivazione incitando soprattutto all'autonomia nei processi decisionali. (24 Ore Business School 2023, gennaio 16).

LA LEADERSHIP

Come viene descritto nel sito del Ministero delle Politiche Europee (2019), la *Leadership* esercitata dal *leader*, viene intesa come attività che “guida o influenza altri in un determinato contesto per definire il raggiungimento di un fine comune”. È una pratica studiata ed attribuita a vari contesti tra cui sociologico, psicologico e manageriale. In tutti e tre possono essere riassunti in aspetti determinanti:

- Aspetti relazionali;
- Aspetto informativo, il capo rappresenta il centro della rete informativa;
- Aspetto decisionale, per determinare la migliore strategia organizzativa;

(Treccani, citato in Ministero delle Politiche Europee, 2019, 17 giugno).

Descritta come “*Utilizzo delle proprie capacità per attivare le potenzialità di altre persone affinché diano il meglio di sé nell'organizzazione per a quale lavorano*” (Calamandrei, 2015), si tratta di una capacità di guidare andando oltre la propria autorità stanziata da una scala gerarchica.

È necessario distinguerlo dal management poiché, secondo Ernest Dale² il management si può definire come "Processo attraverso il quale un manager di un'organizzazione impiega efficientemente le risorse per raggiungere gli obiettivi generali al minimo costo e con il massimo profitto", pertanto basa il proprio operato su: analisi dei problemi e la presa di decisioni allo scopo di adottare strategie e procedure che rendono l'organizzazione efficiente e stabile. Il *manager* punta al raggiungimento dell'obiettivo e vede i lavoratori come esecutori per questo necessità di essere visto non solo come un capo ma come una figura di riferimento con capacità comunicative e motivazionali verso il gruppo.

Si tratta perciò di elementi distinti, pur essendo accomunati da numerosi aspetti. Per questo nasce la necessità di integrarli e coordinarli tra loro, soprattutto in contesti complessi come le aziende sanitarie, dove la coesione tra i diversi ambiti è fondamentale per garantire efficacia organizzativa e qualità dell'assistenza

GLI STILI DI LEADERSHIP

Nel trattare il tema della *Leadership* è opportuno definire le principali tipologie o stili maggiormente diffusi e adottati dal personale sanitario nella gestione di team multidisciplinari complessi. Lo stile può essere definito come "modo abituale di comportarsi riflesso della variabile combinazione di determinazione nel guidare, aiutare e sostenere le persone e maturità e responsabilità richiesta ai collaboratori nello svolgere le proprie attività" (Calamandrei, 2015). La scelta dello stile più adeguato deve mirare a garantire elevati standard di benessere organizzativo all'interno del gruppo di lavoro, poiché un team motivato e coeso si traduce in un'erogazione dell'assistenza più efficace e favorevole per il paziente. A tal proposito i professionisti rifanno il proprio operato basandosi su molteplici tipologie di stili, i più diffusi ed adottati attualmente sono:

- **Trasformazionale:** stile che si distingue per le capacità del *leader* di ispirare e motivare i collaboratori con una visione chiara e condivisa andando oltre alla gestione operativa. Il *leader* trasformazionale non è deputato al solo coordinare e invitare lo svolgimento di compiti ma stimola la crescita personale e professionale

² Ernest Dale (1917-1996), professore di management, ideò la teoria organizzativa nella gestione delle imprese.

dei membri del team, valorizzando le loro competenze e favorendo un clima di fiducia, ascolto e partecipazione. Punta a creare un cambiamento radicale, poiché il *leader* ispira e motiva i collaboratori a superare i propri interessi individuali per perseguire obiettivi comuni e valori condivisi. Tutto ciò deriva da una influenza reciproca di *leader* e follower permettendo l'aumento della motivazione, del coinvolgimento e della crescita personale. (Burns, 1978). La *Leadership* trasformazionale mira al decentramento del potere decisionale, tutto ciò avviene data la presenza di una collaborazione interna nel gruppo e grazie all'*empowerment* che viene stimolato nei lavoratori; (Calamandrei, 2015);

- **Transazionale** : stile basato su un rapporto di scambio tra *leader* e lavoratori, il primo attraverso un “sistema premiante” fornisce ricompense, riconoscimenti e benefici in cambio di risultati o meglio dire nel caso in cui gli obiettivi vengano raggiunti rispettando regole predefinite, nel contesto sanitario accomunabili a linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali basate sulle più recenti evidenze scientifiche. Questo stile si basa principalmente sulla gestione delle attività e del mantenimento dell'ordine organizzativo. Da attenzionare ovviamente anche la controparte delle possibili penalità nel caso in cui il lavoro non viene svolto in modo opportuno; (Burns, 1978).
- **Coaching**: stile orientato allo sviluppo delle competenze e del potenziale dei collaboratori. Qui la figura del *leader* agisce come “guida all'apprendimento” creando un “clima di squadra”. Nello specifico aiuta i membri del team a riconoscere i propri punti forti e quelli che necessitano di essere maggiormente supportati mirando al miglioramento delle performance nel tempo. Si avvale di strumenti quali il dialogo, l'ascolto attivo e il feedback costruttivo, un esempio utile per comprendere come si avvale della comunicazione può essere descritto tramite l'utilizzo corretto della sintassi, un *leader* che illustrerà la necessità di un raggiungimento di un obiettivo modificando il proprio parlato, ad esempio con un semplice “noi” potrebbe stimolare l'idea del collaboratore di un clima di squadra stimolando quindi il lavoro in équipe. (Calamandrei, 2015). Il *leader* mira al favorire la crescita non solo professionale ma anche personale, spingendo il raggiungimento di un determinato grado di autonomia, responsabilità e motivazione in. Il fine ultimo è il raggiungimento di determinati obiettivi che sono

concordati, o “negoziati” tra *leader* e colleghi. Secondo Daniel Goleman lo stile coaching risulta particolarmente efficace quando l’obiettivo dell’organizzazione è sviluppare il talento delle persone e creare un ambiente di apprendimento continuo;

(Goleman, 2000).

- **Servente:** stile che prevede una modificazione dell’interpretazione del *leader*, passa da essere considerato “capo” ad essere visto come “servitore”. Quest’ultimo basa il proprio operato sulla creazione di rapporti e relazione umane nel team. Il *leader* tramite l’ascolto, l’empatia e la responsabilizzazione spinge a migliorare l’individuo spingendolo alla crescita in primis personale e ciò può coincidere con un miglioramento di tipo professionale; (Greenleaf, 1977, citato in Hickman, 2015).
- **Coercitivo:** modello di *Leadership* in cui il *leader* impone tramite approccio direttivo istruzioni e in cui i collaboratori svolgano i compiti a loro assegnati senza discussione. Si ha una centralità delle funzioni decisionale e di ripartizione dei ruoli esercitate dal *leader*. Il collaboratore è definito come colui che è deputato allo svolgere il proprio ruolo, l’autonomia decisionale del singolo professionista viene messa quindi in secondo piano. (Goleman, 2000). Si basa sul principio sul “fa ciò che ti dico” utilizzato in modo prolungato può ridurre la motivazione, la partecipazione e la soddisfazione dei collaboratori; (Calamandrei, 2015).

Quanto trattato da Morsiani e Agostinelli nel testo “*Caring: dalla visione agli esiti assistenziali*” (2024), permette di comprendere la necessità di adottare uno stile di *Leadership* incentrato sulle relazioni umane, non limitato alla semplice interazione con il paziente ma coinvolgendo anche il team. Tale approccio definito come “*Caring*” si compone di due sottogruppi complementari ovvero la “*vision*” e gli “esiti assistenziali”, la prima implica la concezione della cura intesa come responsabilità etica associata ad un’attenzione globale della persona in cura. Gli esiti invece riguardano l’ambito dei risultati concreti derivanti dall’applicazione della *vision* nell’erogazione delle attività quotidiane da parte del professionista. Gli esiti assistenziali hanno la caratteristica di essere misurabili in termini di qualità dell’assistenza, sicurezza del paziente e sviluppo professionale degli operatori coinvolti nei processi di erogazione di servizi e prestazioni. Uno stile di *Leadership* basato sul *caring* crea un clima organizzativo positivo e favorisce

il benessere collettivo di colui che riceve cura e curante, il modello evidenziato da Morsiani e Agostinelli rappresenta una sintesi tra valori etici, gestione delle persone e performance organizzativa.

5.2 STRUMENTI DELL'INFERMIERE

COMUNICAZIONE

Secondo Corsetti (2024) la comunicazione è uno strumento fondamentale attraverso il quale l'uomo ha la possibilità di esprimere i propri bisogni, le proprie idee e di condividere informazioni, basandosi su uno scambio di segnali di varia entità. Esistono varie tipologie di comunicazione ed esse impattano in modo differente sulla captazione finale del messaggio che viene espresso da un emittente e da chi riceve tale informazione, definito come ricevente.

Come osservato da Watzlawick, Beavin e Jackson (1967), definì il primo assioma della comunicazione “non si può non comunicare”, ciò a riprova del fatto che ogni comportamento ed azione assumono un significato e si caricano di un messaggio.

Il modello di Shannon-Weaver (1949), descrive la comunicazione come una forma lineare di dialogo tra due individui definiti come emittente e destinatario, il messaggio con il contenuto dell'informazione viaggia tramite un canale per poi essere codificato dal ricevente. Tale modello descrive come ogni elemento può influenzare una corretta comprensione del messaggio e determinare una diversa entità di risposta. Questa teoria trova riscontro non solo nell'ambito delle telecomunicazioni ma è ampiamente applicabile alla comunicazione utilizzata in ambito sanitario, soprattutto nei processi comunicativi che interessano infermiere-paziente.

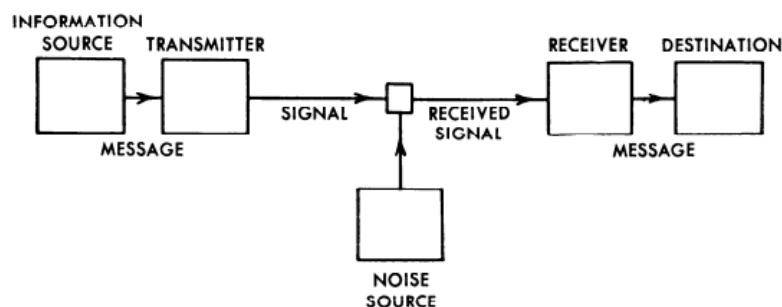


Figura 1 Processo Comunicativo Lineare

Fonte : *The mathematical theory of communication* Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949).

Secondo Pandiscia e Suigo (2025), una *Leadership* efficace si basa su una comunicazione che integri: parole (verbale) che chiariscono obiettivi e strategie. Tono della voce (paraverbale) che deve trasmettere sicurezza e autorevolezza e infine postura, gesti ed espressioni (non verbale) vanno a rafforzare fiducia e motivazione nel gruppo, seguendo i principi evidenziati da Mehrabian.

Morsiani e Agostinelli (2024) descrivono come ci sia la necessità di far attenzionare le dinamiche relazionali all'interno dei team composti da sanitari poiché la collaborazione deriva da un'associazione tra fiducia reciproca e comunicazione efficace, tutto ciò volto al miglioramento delle attività di team. Le varie forme di comunicazione prima citate vengono descritte inizialmente da Mehrabian (1971), egli afferma che sono presenti varie forme di comunicazione ed impattano in modo differente sulla percezione delle informazioni che vengono prima condivise e poi comprese. Il dialogo tra due soggetti è pertanto costituito da più componenti:

- Verbale: uso delle parole e del linguaggio per trasmettere informazioni, idee e contenuti, influisce in modo minore (7%); (Mehrabian,1971).
- Paraverbale: modo in cui le parole vengono pronunciate, include elementi come il tono, il volume e il ritmo delle pause (38%); (Mehrabian,1971).
- Non verbale: comprende tutti i segnali che non utilizzano la parola come ad esempio le espressioni facciali, i gesti e la postura, ha un maggior peso nel processo comunicativo (55%); (Mehrabian,1971).

TIPOLOGIE DI COMUNICAZIONE

Come definito da Mehrabian (1971), le tipologie di comunicazione sono varie e tendenzialmente esse sono suddivise in 3 sottogruppi, che incidono in modo differente sulla captazione del messaggio in una discussione tra individui:

- **Verbale**

Viene comunemente percepita come il fonte principale di trasmissione dei messaggi, gli studi di Mehrabian (1971) evidenziano come essa incida solo per circa il 7%

nell'espressione di sentimenti e atteggiamenti, lasciando spazio predominante alle componenti paraverbali e non verbali. In ambito clinico, la comunicazione verbale trova il suo momento critico nel passaggio delle consegne. Per mitigare i rischi di un'interpretazione soggettiva e non omogenea con la possibilità di tralasciare informazioni utili inerenti lo stato del paziente, risulta fondamentale l'adozione di modelli strutturati come la metodologia SBAR:

- Situazione, identificazione del problema;
- Background, o contesto, fornire i dati rilevanti;
- Assessment, o valutazione, analisi generale del professionista;
- Recommendation, o raccomandazione, che cosa viene raccomandato;

In origine applicato in contesti ad alto rischio d'errore e introdotto in sanità da Michael Leonard (2002), lo **SBAR** standardizza il contenuto verbale, riducendo drasticamente il tasso di errore associato alla soggettività e garantendo una trasmissione di informazioni oggettiva, sintetica e focalizzata sulla sicurezza del paziente. (Michael Leonard, 2002, citato in Biscaro & Benetton, 2014).

- **Paraverbale**

Secondo Mehrabian (1971), il modo con cui comunichiamo emozioni e stato d'animo possono essere compresi mediante alcune caratteristiche come il tono, il volume e il ritmo delle pause. Tutto ciò incide per circa il 38% sull'efficacia del messaggio recepito. La comunicazione paraverbale è, ciò che traspare dal modo in cui un operatore parla, non inerente all'informazione che viene trasmessa ma sulla qualità. Nel quotidiano, questi elementi fanno la differenza su come un'informazione viene recepita. Gli elementi che spesso vengono presi in considerazione da chi ascolta sono:

- Timbro: ovvero la caratterizzazione della voce. Permette a un paziente o a un collega di riconoscerci, trasmettendo un senso di familiarità o, al contrario, di distanza;
- Tono: con il tono diamo un'intenzione specifica alle parole, in base a come viene utilizzato il contenuto del messaggio varia, può assumere un ruolo, infatti che oscilla tra il rassicurante e sbrigativo, se mal utilizzato;
- Volume: l'intensità del suono, necessita di essere adattata al contesto. Un volume eccessivo in una stanza di degenza viene percepito disturbante, mentre un volume troppo basso durante un *handover* in un ambiente rumoroso può causare la perdita di dati vitali;

- Ritmo e pause: vengono utilizzati per spezzare il discorso permettendo l'elaborazione e l'immagazzinamento delle informazioni tra interlocutori;

Il paraverbale permette di definire il messaggio in modo implicito, informazioni date con delle alterazioni di una delle caratteristiche elencate sopra può portare a scetticismo riguardo a ciò che viene detto. (Cannone M., 2006).

- **Non verbale**

Sempre secondo gli studi di Mehrabian (1971), nella trasmissione di messaggi legati a sentimenti e atteggiamenti, la componente non verbale ha un peso predominante nel processo comunicativo, va ad incidere per il 55% sulla trasmissione efficace del messaggio.

In questo ambito, la prossemica, concetto introdotto da Hall³ (1966), analizza l'uso dello spazio interpersonale come una componente attiva della comunicazione. Secondo l'autore, ogni individuo delimita il proprio spazio che lo circonda attribuendogli un significato ed una sua invasione non autorizzata comporta come risposta disagio e senso di inappropriatezza. Tale dinamica è particolarmente rilevante in ambito ospedaliero, dove l'assistenza infermieristica implica per sua natura una negoziazione costante di questi confini invisibili. Hall distingue quattro distanze fondamentali, ciascuna associata a diversi livelli di interazione:

- La Distanza Intima (0-45 cm): necessaria per l'assistenza diretta (medicazioni, rilevazione parametri), richiede una preparazione relazionale adeguata. Senza un preavviso verbale o un contatto visivo preventivo, l'accesso a questa zona può essere percepito come un'intrusione;
- La Distanza Personale (45 cm - 1,20 m): lo spazio elettivo per la comunicazione terapeutica e il colloquio clinico. Permette uno scambio efficace, riservato e garantisce all'infermiere la possibilità di cogliere i micro-segnali non verbali dell'assistito.

³ Edward Twitchell Hall (1914-2009), antropologo, ideatore della prossemica.

- La Distanza Sociale (1,20 m - 3,5 m): la distanza delle interazioni formali. Se utilizzata in modo inappropriato, come ad esempio parlando al paziente dalla porta della stanza, trasmette distacco emotivo e distanziamento relazionale tra operatore e utente;
- La Distanza Pubblica (oltre 3,5 m): Risulta, per sua natura formale e collettiva, quasi inadatta alla personalizzazione della relazione di cura e alla tutela della privacy;

In questo panorama, la gestione consapevole dello spazio emerge come una competenza clinica fondamentale. Tra le capacità dell'infermiere si ha la necessità di modulare la distanza interpersonale sapendo quando e come "entrare" nello spazio dell'assistito per erogare servizi di cura e quando "arretrare" per dare respiro emotivo all'altro, contribuisce direttamente a migliorare la qualità dell'alleanza terapeutica e, di riflesso, l'intera esperienza di cura del paziente. (Hall, E. T., 1968).

EMPOWERMENT

Termine che intende spiegare come rendere abili in grado di svolgere determinate attività un individuo. Viene utilizzato in vari ambiti:

- Sociale;
- Psicologico;
- Medicina;
- Infermieristica;

Nel primo ambito indica è inteso principalmente come senso di emancipazione, per quanto riguarda gli ultimi tre punti citati e le scienze a loro correlate, si interpreta l'*empowerment* come "approccio che mira ad aumentare le possibilità dell'assistito, dei familiari e di un gruppo di controllare attivamente la propria vita e di attuare comportamenti a scopo terapeutico e preventivo". (Calamandrei, 2015).

L'*empowerment* infermieristico, non riguarda solo l'erogazione attività volte alla promozione e tutela della salute ma viene inteso anche come un insieme di strategie che aumentano autonomia, competenza, partecipazione e il coinvolgimento decisionale degli infermieri. Tutto ciò determina un miglioramento della soddisfazione lavorativa,

riducendo il burnout e potenziando la qualità dell'assistenza. Tutto ciò emerge da uno studio effettuato da Ferrari, Panari e Manna (2022), che rifacendosi a molteplici studi, come ad esempio quello effettuato Arnold et al. (2000), essi identificano cinque caratteristiche definenti questo stile di *Leadership*:

- Implementazione al Processo decisionale di tipo partecipativo: il *leader* cerca una soluzione ad una problematica non impartendo ordini, ma condividendo le informazioni con i collaboratori;
- Coaching: il *leader* agisce come una guida, permettendo ai professionisti di acquisire sicurezza e a sviluppare potenziale soprattutto in ambito professionale;
- Guidare basandosi come esempio: il *leader* ispira ponendosi come esempio etico-professionale;
- Corretta informazione: un buon *leader* garantisce una comunicazione trasparente, stimolando lo sviluppo di pensiero critico, allineando i singoli agli obiettivi aziendali;
- Mostra interesse: il *leader* si preoccupa per la salute psichica e fisica dei colleghi, attenzionando il clima relazionale e la coesione del team;

(Arnold et al. 2000, citato in Ferrari, Panari e Manna 2022)

Questo è uno stile quindi che racchiude a se caratteristiche tali da poter promuovere il singolo individuo su un punto di vista non solo professionale, quanto più inerente all'ambito dell' autonomia. Inoltre questo stile non è indirizzato al singolo quanto più a creare un clima di squadra.

5.3 L'IMPATTO CLINICO DELLA LEADERSHIP

CLIMA DI REPARTO

Da come deriva fino ad ora le dinamiche relazionali e una corretta comunicazione in un ambito come quello sanitario sono fondamentali, incentivare quindi alla collaborazione è il primo degli step per poter lavorare in un ambito variopinto come quello sanitario. Il contesto ospedaliero rappresenta un esempio significativo di come le relazioni interpersonali possano influenzare gli esiti assistenziali. I team infermieristici sono spesso

caratterizzati da una composizione eterogenea, dovuta alla presenza di professionisti con differenti età, esperienze professionali e approcci al lavoro. Uno studio condotto da Abujaber et al. (2024) evidenzia come la presenza di un gap generazionale tra gli infermieri, nonostante le differenze legate all'approccio alle attività lavorative e alla gestione delle esperienze cliniche ed emotive, non comporta un dislivello tra professionisti bensì, può contribuire alla creazione di un ambiente di lavoro positivo. L'insieme di molteplici fattori come una comunicazione aperta, orientata alla collaborazione e supportata da una *leadership* efficace e riconosciuta possono determinare la costruzione di un clima lavorativo favorevole al lavoro di squadra e contribuiscono al miglioramento della qualità dell'assistenza alla persona.

Wu et al. (2025) sottolineano che una gestione delle risorse umane orientata all'inclusione può influenzare il modo in cui gli infermieri affrontano eventi avversi, come imprevisti e situazioni di crisi. In questi contesti, gli operatori tendono ad adattare e modificare le proprie modalità di lavoro al fine di rispondere in modo più efficace alle difficoltà. Questo processo è definito "*Job Crafting*", ovvero la capacità dei professionisti di rimodellare il proprio ruolo lavorativo. Insieme ad altri fattori, quali il "*coping*", inteso come capacità di adattamento alle situazioni stressanti, e la *leadership* condivisa all'interno del team, il "*job crafting*" contribuisce ad aumentare la capacità degli infermieri di gestire eventi avversi e favorisce lo sviluppo di comportamenti innovativi durante le situazioni di crisi.

Il "*Voice Behavior*" viene definito come la capacità e possibilità da parte dei sanitari di poter esprimere idee, suggerimenti o critiche per migliorare la qualità dell'assistenza. Ciò permette una riduzione degli errori favorendo quella che è un'innovazione all'interno del contesto sanitario, tutto ciò al fine di migliorare lo svolgersi delle procedure e delle attività nella pratica quotidiana dei sanitari. Gli infermieri, a causa di una gerarchia interna nella propria unità operativa, sono talvolta limitati nell'espone il proprio pensiero e ciò causa stress e diminuzione di *commitment* (inteso come impegno e senso di appartenenza all'azienda in cui si presta servizio). Lo studio effettuato determina che una *leadership* basata su valori come empatia, supporto e comunicazione possano incoraggiare gli infermieri a esprimere la propria ideologia e favorire quindi il "*voice behavior*". Se si implementano quindi tali metodiche è stato dimostrato che il professionista ne giova in

quanto si ha un senso di gratificazione e appartenenza al luogo di lavoro che comporta un aumento della qualità degli *outcomes* assistenziali. (Zhu, Y. Et al. 2026).

GESTIONE DEI CONFLITTI

Il conflitto è “*uno scontro fra due o più parti che ritengono di avere idee o interessi divergenti*”, si ha quindi una situazione in cui vi è un problema che comporta disagio nei lavoratori e soprattutto nei contesti lavorativi in cui sono presenti gruppi con molteplici componenti. È opportuno, per evitare la cristallizzazione dell’evento trattare la tematica scaturente, disagio apportando delle risoluzioni. Un conflitto si risolve efficacemente trattando in primis la tematica e il fattore determinante, in secondo luogo viene effettuata un’analisi della situazione scegliendo la figura idonea per trattare tra le parti interessate dal conflitto, questa persona può essere un membro qualsiasi dell’equipe poiché può determinare una migliore comprensione delle dinamiche interne. Lo step finale consiste nell’evitare che rimangano strascichi che possono determinare sfiducia e rancore tra operatori. (Calamandrei, 2015).

Un meccanismo che viene utilizzato per condurre trattative per arrivare ad una mediazione efficace è la negoziazione, trattasi di un accordo tra parti a cui vi si ricorre nel momento in cui i coinvolti nello scontro hanno interessi comuni ma opinioni contrastanti. Nelle organizzazioni sanitarie le relazioni sono di tipo “negoziale” in cui si usufruisce di un interscambio continuo tra figure sanitarie, ciò determina un riconoscimento di meriti senza determinare la prevalenza di qualcuno rispetto a terzi. Uno strumento decisivo per determinare una corretta negoziazione è la comunicazione empatica e un suo corretto utilizzo porta alla risoluzione dei conflitti (Calamandrei,2015).

Una gestione erronea dei conflitti comporta delle lacune per quanto riguarda la collaborazione. È stato dimostrato come una *leadership* definita come “tossica” determina una riduzione della collaborazione interna ai gruppi di lavoro, una riduzione della fiducia nei confronti dei collaboratori e una riduzione della comunicazione. Tutto ciò in ambienti sanitari di emergenza-urgenza in cui si necessita un basso margine d’errore comporta una ripartizione della collaborazione nei team, ciò porta ad una sempre più frequente modalità di lavoro dei sanitari volti all’autonomia intesa nel senso narcisistico-autoritario. La comunicazione tra pari viene a meno e la figura del *leader*

viene a meno, perciò è necessario promuovere stili di *leadership* di supporto e mediare i conflitti in modo tale da poter migliorare il clima lavorativo, soprattutto in contesti ad alta intensità di cura come le rianimazioni e il pronto soccorso.(Alsadaan, N et al. 2024).

BURNOUT

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2019), il burn-out è definito come una “*sindrome risultante da stress cronico sul luogo di lavoro che non è stato gestito con successo*”. Tale condizione è caratterizzata dalla presenza di tre dimensioni principali:

- Esaurimento emotivo e fisico, si manifesta con una sensazione di stanchezza persistente e riduzione delle energie;
- Distacco mentale o atteggiamento di cinismo nei confronti del proprio lavoro, spesso accompagnato da apatia e disinteresse verso le attività professionali;
- Ridotta efficacia professionale, che comporta una percezione di diminuzione delle proprie competenze e della qualità delle prestazioni lavorative.

Il *burn-out* viene quindi descritto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una condizione strettamente correlata al contesto lavorativo e in grado di influenzare significativamente il benessere psicologico dei lavoratori. Tale fenomeno risulta particolarmente rilevante nel settore sanitario, dove l'elevato carico di lavoro, l'intensa esposizione emotiva e la responsabilità assistenziale possono rappresentare importanti fattori di rischio per lo sviluppo di situazioni di stress e malessere psicofisico.

La revisione sistematica eseguita da Montenegro Méndez, S. et al (2025), evidenzia come la *leadership* è messa in relazione alle “Job Demands-Resources”. Quest'ultimo è un modello organizzativo che permette una distinzione tra:

- richieste lavorative, racchiudono aspetti fisico-psicologici-sociali, essi possono causare stress e affaticamento;
- risorse lavorative, elementi che permettono di raggiungere gli obiettivi, ridurre lo stress e promuovere la crescita personale e professionale;

Applicato al contesto infermieristico, le richieste sono denotabili in elevati carichi di lavoro, turni prolungati e interazioni emotivamente impegnative con i pazienti. Le risorse lavorative sono suddivise per livelli: organizzativo (ad esempio opportunità di carriera),

organizzazione del lavoro (autonomia e inclusione nel processo di decision making), relazioni sociali (collaborazione e *leader* riconosciuto) e livello del compito (varietà delle competenze richieste). Da tale studio si evince come uno stile di *leadership* prepositivo, come il trasformatore e il servente, possa promuovere il benessere del personale che opera in un clima organizzativo qualitativamente migliore rispetto a chi adotta uno stile orientato più al comando o in contesti in cui la figura di un *leader* è carente.

TURNOVER

Il *turnover* infermieristico è noto come un processo attraverso il quale un infermiere lascia il proprio posto di lavoro, volontariamente o meno e ciò causa una perdita di produttività e costi nell'azienda, tutto ciò a discapito dell'assistenza. Il turnover viene associato all' "*intent to leave*", questo termine indica la propensione dell'infermiere a lasciare l'organizzazione in cui lavora per un'altra. Entrambi i fenomeni sono influenzati da fattori come: soddisfazione lavorativa, mancanza di supporto e *leadership*, stress e carico di lavoro. L'articolo mira ad incentrare l'attenzione su quali comportamenti compensatori che promuovono la "*retention*" del personale, tutte incentrate ad evitare che il personale sanitario vada incontro a burn-out, turnover e intent to leave. Queste strategie coinvolgono *leadership* efficace, supporto sociale, miglioramento dell'ambiente lavorativo e sviluppo della professione. (Infermiere Online, 2022).

Uno studio condotto da Hangyu Fu et al.(2025) ha analizzato come l'equilibrio tra vita lavorativa e familiare possa influenzare il coinvolgimento lavorativo degli infermieri. I risultati evidenziano che gli infermieri che operano in specifici reparti, sono maggiormente esposti a condizioni lavorative caratterizzate da elevati livelli di stress psico-fisico. La ricerca è stata condotta su infermieri impiegati in reparti di emodialisi in Cina, dove il personale è spesso sottoposto a carichi di lavoro particolarmente impegnativi dovuto a turni lunghi con impegno mentale costante. Lo studio evidenzia che il mantenimento dell'equilibrio tra lavoro e famiglia può influenzare direttamente l'intenzione degli infermieri di lasciare il proprio posto di lavoro, ma anche indirettamente la soddisfazione e la gratificazione professionale. In tali contesti, i responsabili infermieristici svolgono un ruolo fondamentale adottando stili *leadership* orientati al supporto come il trasformatore.

L'intenzione di ricorrere al turnover dopo la pandemia è aumentata significativamente. Uno studio trasversale condotto da Ruiqian Zhuge et al. (2024) ha analizzato i fattori che possono portare i professionisti sanitari ad abbandonare la propria professione. Attraverso un campionamento a grappolo e una successiva stratificazione dei risultati, lo studio ha individuato due principali percorsi che influenzano l'intenzione di lasciare il lavoro:

- Il primo percorso è legato a fattori quali la motivazione psicologica, lo sviluppo professionale e la ricompensa economica.
- Il secondo percorso riguarda invece la relazione tra motivazione psicologica, stile di *leadership* e clima lavorativo.

Ambiente e clima lavorativo risultano particolarmente rilevanti nei contesti sanitari, dove è fondamentale promuovere la collaborazione tra i membri del team. Questo aspetto diventa ancora più importante nei gruppi di lavoro composti da professionisti con differenti livelli di esperienza, poiché gli operatori più giovani o meno esperti possono tendere a confrontarsi con i colleghi più esperti, percependo talvolta un senso di inadeguatezza.

Sulla base dei risultati emersi, gli autori suggeriscono di intervenire su diversi aspetti organizzativi, tra cui il miglioramento dell'ambiente lavorativo, la promozione di opportunità di formazione continua e una maggiore attenzione al rapporto tra carico di lavoro e retribuzione, riconoscendo adeguatamente le responsabilità dei professionisti sanitari e favorendo così una maggiore gratificazione professionale.

L'ERRORE E LA SUA GESTIONE

Parlando di sicurezza del paziente e di come il sistema sanitario sia complesso e articolato dalla forte presenza di molteplici professionisti specializzati, è doveroso presumere che si abbia una integrazione ed un coordinamento di più figure per permettere il miglior responso ai bisogni assistenziali del paziente. (Ministero della Salute, 2006).

Il Ministero della Salute (2006), definisce l'errore come "Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato" distinguendolo dall'"evento", definito come "Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non

intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente”. Di quest’ultimo sono state identificate più tipologie:

- Avverso, inatteso correlato all’assistenza;
- Evitato, può potenzialmente evolvere in evento avverso, ma viene trattato tramite interventi tempestivi coordinati, evitando il peggio;
- Sentinella, evento particolarmente grave, comporta danni di grave entità fino alla morte del paziente, comporta studi ed indagini per evitare che possa ripresentarsi;

L’errore porta ad una sfiducia nei riguardi del sistema sanitario ciò determina la necessità di adottare misure tempestive per evitare dissenso. Reason (2000), differenzia l’errore in due tipologie principali, ovvero:

- “attivo”, quando arreca danno direttamente al paziente. In sanità si verificano per errore dovuti ad incertezza ma anche legato a lacune dovute a errori intraprocedurali; (Reason 2000).
- “latente”, quando non causano danno diretto ma creano condizioni favorevoli all’errore, non causate dal singolo operatore ma derivanti da carenze organizzativo-gestionali come ad esempio l’utilizzo di protocolli poco chiari e non condivisi; (Reason 2000).

Reason (2000), attraverso una rappresentazione grafica propone come gli errori sono il risultato di fattori latenti allineati tra le forme di difesa dell’organizzazione, ciò rafforza la tesi per cui gli errori attivi sono una sommatoria di più fattori latenti.

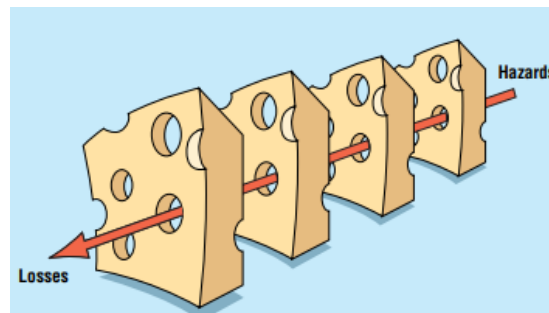


Figura 2 Modello Swiss Cheese

Fonte: Reason J. (2000), Human error: Models and management, BMJ

La *Leadership* infermieristica gioca un ruolo fondamentale per quanto riguarda il piano organizzativo, nel determinare gli esiti dell'assistenza legata al paziente. Nurmeksela, A. et al (2021), traggono tali conclusioni attraverso le loro ricerche, definendo come la *Leadership* assuma il ruolo di “determinante” della sicurezza del paziente associata ad alti esiti clinico-assistenziali. Lo studio da loro riportato dimostra come una *Leadership* opportuna aumenti la soddisfazione del personale diminuendo il tasso di frequenza degli errori, in particolar modo evidenziando una riduzione della possibilità di errore nell'ambito della somministrazione farmacologica. Tale risultato viene ottenuto dai *manager* infermieristici attraverso una riorganizzazione adeguata del lavoro, da un supporto attivo del personale, puntando a creare un clima di lavoro favorevole.

Come ricordava Seneca, “errare è umano”, e tale pensiero è riscontrabile anche in sanità: gli errori non possono essere eliminati del tutto, ma i sistemi sanitari necessitano di essere progettati per ridurre l'incidenza. La gestione degli errori combina due strategie principali:

- Ridurre l'incidenza di errori pericolosi;
- Creare sistemi resilienti, capaci di tollerare gli errori e limitarne gli effetti negativi;

Tali strategie coinvolgono non solo la singola persona, ma anche il team, l'ambiente di lavoro e l'organizzazione nel suo complesso. Le organizzazioni ad “alta affidabilità”, sono caratterizzate dalla registrazione di pochi eventi avversi, nonostante l'elevato carico di lavoro. Esse rappresentano un modello di riferimento, per via della loro capacità di garantire l'equilibrio “salute-sicurezza” raggiungendo gli obiettivi clinici.

LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Essa è data dall'insieme di più elementi come la comunicazione efficace, l'adozione di una *Leadership* che induce al miglioramento continuo e alla prevenzione degli errori, tutto ciò viene poi integrato a strumenti che permettono di prevenire l'errore. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la sicurezza come "l'assenza di danni prevenibili al paziente e la riduzione al minimo accettabile del rischio di danni non necessari associati all'assistenza sanitaria". (OMS, 2023). In generale dal testo emergono quali sono gli errori più frequenti in ambito sanitario che arrecano che possono

potenzialmente portare a danno permanente o morte dell'assistito, come ad esempio errori derivanti dalla somministrazione della terapia, errori associati ai siti chirurgici.

Lo standard di sicurezza delle cure attualmente fa riferimento all'articolo cinque della Legge Gelli-Bianco, essa predispone il metodo secondo il quale gli esercenti delle professioni sanitarie devono attenersi, ovvero, basandosi sulle raccomandazioni previste dalle linee guida se presenti, altrimenti il professionista è obbligato ad operare seguendo le buone pratiche clinico assistenziali. (Legge 8 marzo 2017, n. 24, art. 5).

Alves Ferreira, R et. al (2026), studiarono il tema di sicurezza in sala operatoria identificando sei domini e come essi influiscono sulla qualità del lavoro:

- stress percepito, in base a quanto e come influisce sul lavoro;
- comunicazione, qualità e metodologia di trasmissione di informazioni condivise tra sanitari;
- percezione delle figure manageriali, tradotto a come vengono percepite le azioni rivolte all'amministrazione dell'unità operativa e della sicurezza dell'ambiente lavorativo;
- sicurezza, non rivolto solo agli operatori ma anche la percezione che essi e l'azienda hanno di come si intervenga a favore del paziente;
- percezione della prestazione professionale, implica la capacità del professionista di riconoscere come il carico di lavoro possa influenzare sulla salute del paziente sottoposto ad intervento chirurgico;
- condizioni lavorative;

Tali ricercatori analizzando i domini identificano strategie di training volte al miglioramento del professionista, tali esercitazioni si basano nel momento dell'intervento chirurgico nell'identificazione di una figura come *leader* e tramite l'utilizzo di una comunicazione condivisa tra operatori, nonostante vengano ricoperti ruoli differenti per permettere una tempestiva azione in caso di eventi improvvisi. Un altro strumento fondamentale per prevenire l'errore è tramite l'utilizzo di check-list, strumenti compilati progressivamente in relazione alle procedure effettuate.

Le linee guida (LG), sono strumenti che guidano nella pratica clinica il professionista nel momento in cui deve adottare delle decisioni mirando a quelle che portano risultati

efficaci. Esse danno una rosa di scelte che possono indicare quale intervento offre un miglior rapporto benefici-rischi basandosi sulle più recenti evidenze scientifiche. L'adozione delle raccomandazioni contenute nelle LG rappresenta un obiettivo etico che riguarda complessivamente i sistemi sanitari e non solo i singoli operatori. (Istituto Superiore di Sanità, 2020 modificato il 17/09/2024)

Come emerge da un articolo di Quotidiano Sanità (2023) è importante integrare e favorire lo sviluppo del pensiero critico nel sanitario. Tale caratteristica va spesso contro delle barriere organizzative quali ad esempio: un'organizzazione rigida, carichi di lavoro eccessivi e la mancanza di strumenti e percorsi formativi strutturati. Queste problematiche spesso vanno ad intrecciarsi con ciò che viene proposto dalle linee guida, decretandone una ridotta applicazione a favore del comunemente detto "si è sempre fatto così", ciò porta il professionista a non indirizzarlo nell'essere autonomo e di conseguenza comporta una mancata adesione specifica per la tipologia di paziente che si ha in cura. In questo senso il pensiero critico serve per delimitare ciò che il conformismo può causare. (Quotidiano Sanità 2023).

La *Leadership* dei *manager* infermieristici è un determinante che influenza la soddisfazione dei pazienti a rischio rispetto alla qualità della cura ricevuta, ciò che emerge da uno studio di Boshra, A et. al (2025), è che uno stile di *Leadership* passivo-evitante porta ad un mancato senso di orientamento e motivazione nel team infermieristico, il quale non riconosce una figura centrale, ovviamente tutto ciò va a discapito del paziente. Dallo studio emerge tuttavia come gli stili transazionali e trasformatore portano ad un'identificazione dell'obiettivo da perseguire, tutto ciò è permesso da comunicazione efficace e fiducia reciproca tra collaboratori.

CLINICAL GOVERNANCE

La definizione di *Clinical Governance* per la prima volta proposta è di Scaly e Donaldson ed è comparsa nel 1998 sulla rivista scientifica *British Medical Journal*: "La *Clinical Governance* è un sistema attraverso cui le organizzazioni sanitarie (Aziende Sanitarie) sono responsabili del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria". (Scaly e Donaldson 1998, citato in Vettori, 2005).

Vettori (2005), cerca di dare una definizione al concetto “clinical governance”, intendendo la “*Governance*” come “metodo di gestione delle aziende”, non solo per pubblica amministrazione ma con un’ottica “operazionale”, ovvero basata su come vengono svolte le attività. “*Clinical*” inteso per “ambiente sanitario”, nel piano pratico comprende le normali attività svolte in ambito sanitario, ad esempio l’ambito della diagnostica e della terapia. Un significato che permetta di riassumere tale metodologia è “maniera di gestione in ambiente sanitario fondata su un nuovo modello di come fare le cose”. (Vettori, 2005). Si basa su più aspetti:

- responsabilità;
- trasparenza;
- coinvolgimento e la partecipazione;
- etica e valore del lavoro;

Dallo studio di Cummings, G. G. et al (2018) emergono due caratteristiche importanti per quanto la *Leadership* infermieristica:

- L’importanza delle relazioni interpersonali;
- Il lavoro di squadra;

Entrambi volti alla creazione di un ambiente lavorativo prepositivo e funzionale.

Dal primo punto dallo studio si denota come la *Leadership* sia direttamente correlata ai legami umani. I dati confermano che uno stile orientato alle relazioni non è solo una possibilità, ma un requisito essenziale per il benessere del personale: approcci trasformativi e incentrati alla collaborazione agiscono come determinanti di soddisfazione e performance, contrapponendosi ai modelli orientati all’esecuzione dei compiti. Non si tratta solo di “gestione organizzativa”, ma di un impatto profondo sulla sicurezza delle cure, la soddisfazione dell’infermiere si esprime direttamente in una minore mortalità dei pazienti e in una maggiore sostenibilità del sistema. (Cummings, G. G. et al, 2018).

In secondo luogo vi è un’analisi del *leader* nei contesti assistenziali e non solo attribuito ad una figura manageriale-organizzativa. Emerge un quadro in cui la *Leadership* non è “funzione di comando”, ma una “pratica di cura verso chi cura”. In contesti in cui prevalgono stili empatici e autentici, si osserva un ambiente di lavoro positivo, capace di

prevenire conseguenze negli operatori come: il burnout e turnover, si denota un trend a favore della retention dei professionisti. Al contrario, stili passivi (come il coercitivo) rischiano di danneggiare il clima di reparto. Ciò porta a conseguenze critiche sia per il personale che per gli esiti clinici. (Cummings, G. G. et al, 2018).

6. CONCLUSIONI

Il presente elaborato ha analizzato il ruolo della *Leadership* nel contesto sanitario associandola alla figura dell'infermiere e al suo impatto sugli esiti clinico-assistenziali-organizzativi. Dalla revisione della letteratura effettuata, emerge come la *Leadership* si caratterizzi come competenza fondamentale, capace di influenzare non solo la qualità dell'assistenza ma anche sul benessere degli operatori sanitari. Si denota quindi come le relazioni umane e la comunicazione costituiscano come componente centrale nella costruzione di un ambiente di lavoro collaborativo ed efficace.

L'infermiere in quanto professionista che opera a stretto contatto con il paziente e con il team multidisciplinare, assume la funzione di mediatore tra parti gestendo dinamiche relazionali e coordinamento delle attività assistenziali. Come evince dagli studi una *Leadership* esercitata in modo efficace, basata su stili inclusivi e a favore del supporto psicologico, favorisce lo sviluppo del pensiero critico con la partecipazione attiva dei professionisti ed un miglioramento continuo in ambito di formazione e di conseguenza della pratica clinica. Viceversa accade in contesti in cui si hanno delle carenze sotto l'aspetto della *leadership* applicando quelli che sono stili, o modelli, autoritari contribuiscono direttamente a far insorgere fenomeni quali *stress*, *burnout* e *turnover*, tutto ciò a discapito dell'assistenza e interessando direttamente il paziente e la sua sicurezza.

Emerge in definitiva come la *Leadership* infermieristica non vada considerata come funzione formale ma come competenza trasversale, che connetta più aspetti fondamentali nella serie di processi e decisioni volte alla cura del paziente. Si tratta di un aspetto quindi che necessita di essere valorizzato ed integrato nella pratica quotidiana.

Investire sul potenziamento della capacità relazionali e comunicative dei professionisti rappresenta una strategia fondamentale per migliorare la qualità dell'assistenza e la sostenibilità dei sistemi sanitari. È da denotare anche il fatto che ulteriori studi potrebbero approfondire l'applicazione pratica dei diversi stili di *Leadership* nei vari contesti clinici, al fine di individuare strategie sempre più efficaci per la gestione dei team e la promozione del benessere organizzativo.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

24 Ore Business School. (2023, gennaio 16). Come si diventa leader nella sanità del futuro. <https://www.24orebs.com/news/come-si-diventa-leader-nella-sanit-del-futuro-2023-01-16>

Abujaber, A. A., Nashwan, A. J., Santos, M. D., Al-Lobaney, N. F., Mathew, R. G., Alikutty, J. P., Kunjavara, J., & Alomari, A. M. (2024). Bridging the generational gap between nurses and nurse managers: a qualitative study from Qatar. *BMC nursing*, 23(1), 623. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02296-y>

Alsadaan, N., & Alqahtani, M. (2024). Toxic Leadership in Emergency Nurses: Assessing Abusive Supervision and Its Team-Level Impacts on Conflict Management and Organizational Commitment. *Journal of nursing management*, 2024, 4271602. <https://doi.org/10.1155/2024/4271602>

Alves Ferreira, R., Santos, E. J. F., Ribeiro, O. M. P. L., Henrique, D. M., Camerini, F. G., Bueno, A. A. B., de Abreu Pereira, S. C., Schutz, V., Rosa Lima, M. V., & Fassarella, C. S. (2026). Implementation strategies by leaders and health professionals to improve the safety climate in the operating room: a scoping review. *BMJ open*, 16(1), e109055. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-109055>

Biscaro, M., & Benetton, M. (2014). Il passaggio di consegne tra Emergenza Territoriale e Pronto Soccorso: Studio osservazionale con metodo SBAR. Scenario: Official Italian Journal of ANIARTI, 31(3), 11–17.

Boshra, A. Y., Aseeri, F. A., Alasiry, S., Ahmad, M., Chahal, A., Nambi, G., Shaphe, M. A., Sidiq, M., Sharma, A., & Kashoo, F. (2025). Impact of leadership styles on patient satisfaction with nursing care quality in public hospitals: A cross-sectional study. *Medicine*, 104(11), e41670. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000041670>

Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York, NY: Harper & Row

Calamandrei, C. (2015). *Manuale di management per le professioni sanitarie* (4^a ed.). McGraw-Hill Education.

Cannone, M. (2006). La comunicazione: un moderno ausilio nelle mani della riabilitazione.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/7614270/cannone-la-comunicazione-strumento-per-la-riabilitazione-libre.pdf?1390852464=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DLA_COMUNICAZIONE.pdf&Expires=1774184153&Signature=MCmivHePPxA6FckOWaz7Ag6OoTpLLfpj9GhdrLEsME8FdLHgvu5u4gVvlyOpT8RnDeUkXfkoc4kKmlXo41lm3GpxWNlfBCILlf62dyF8bPOIOYWRzFVvx2geCHLFevcWtaRoshkVJUDNb~AWzuisFwsF48KHWDhjGosZwxPGk9UiyNCzLrT9bS~jLz84HJZ5MkP9zPd~kZF4j93MPzsH0vQFwjurwi1yl62TX4E-72OI7CfWCvkV5CRyjPxEVk6CK7kgdWfP6ycYz-Be~kY9r-D58jt3QZQmtZjhfJxgdHf3vG1~WzgOeY1nzdds-QEFPUkeo1n-VhDnsljYnqo4aA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Corsetti, M. (2024, 23 aprile). La comunicazione: caratteristiche del processo, funzioni e stili comunicativi. IGEA CPS. <https://www.igeacps.it/la-comunicazione-caratteristiche-del-processo-funzioni-e-stili-comunicativi/>

Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 85, 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. (2025). Codice deontologico delle professioni infermieristiche. FNOPI.

"Ferrari, L., Panari, C., & Manna, E. (2022). L'impatto dell'empowering leadership infermieristica sulla soddisfazione dell'équipe dei professionisti: Uno studio in due organizzazioni ospedaliere. *Counseling*, 15(2). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

<https://rivistedigitali.erickson.it/counseling/archivio/vol-15-n-2/limpatto-dellempowering-leadership-infermieristica-sulla-soddisfazione-dellequipe-dei-professionisti/>

Hangyu Fu, Geng, Y., Zheng, X., & Wang, A. (2025). Mediating effect of work engagement and career success on work-family support and turnover intention of

hemodialysis nurses in China: a cross-section study. *BMC nursing*, 24(1), 587.
<https://doi.org/10.1186/s12912-025-03223-5>

Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. *Harvard Business Review*, 78(2), 78–90
https://content.leadershipacademy.nhs.uk/aspce3/files/Leadership_that_gets_results_goleman.pdf

Hall, E. T. (1968). *La dimensione nascosta*. Milano: Bompiani

Hickman, G. R. (Ed.). (2015). *Leading organizations: Perspectives for a new era* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Infermiere Online. (2022, 15 settembre). Turn over ed intent to leave: due fenomeni in continua evoluzione. <https://www.infermiereonline.org/2022/09/15/turn-over-ed-intent-to-leave/>

Istituto Superiore di Sanità. Sistema Nazionale Linee Guida – Consultazione. Roma: ISS; 2024. Available from: <https://www.iss.it/snlg-consultazione>

Istituto Superiore di Sanità. (2026). Sistema Nazionale Linee Guida – Consultazione. <https://www.iss.it/snlg-consultazione>

Legge 8 marzo 2017, n. 24. (2017). Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*.

Mehrabian, A. (1971). *Silent messages: Implicit communication of emotions and attitudes*. Wadsworth Publishing

Ministero della Salute. (2006). *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico*. Roma: Ministero della Salute.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf

Ministero delle Politiche Europee. (2019,17 giugno). Leadership. Affari Europei.
<https://www.affarieuropei.gov.it/it/comunicazione/euoparole/leadership/>

Montenegro Méndez, S., Laguía González, A., & Moriano León, J. A. (2025). Is Leadership a Resource? A Systematic Review of Its Role in Burnout and Engagement

Among Nurses Within the JD-R Model. *Journal of nursing management*, 2025, 8853148.
<https://doi.org/10.1155/jonm/8853148>

Morsiani, G., & Agostinelli, V. (2024). *Caring: dalla visione agli esiti assistenziali. Riformare le prassi dell'infermiere*. Casa Editrice Ambrosiana. (Distribuzione: Zanichelli).

Nurmeksela, A., Mikkonen, S., Kinnunen, J., & Kvist, T. (2021). Relationships between nurse managers' work activities, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit level: a correlational study. *BMC health services research*, 21(1), 296. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06288-5>

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2019, 28 maggio). Burn out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. WHO.
<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2023, 11 settembre). Patient safety – Fact sheet. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Pandiscia, F., & Suigo, B. (2025). *Comunicazione non verbale e leadership carismatica*. Edizioni Mediterranee.

Quotidiano sanità. (2023, settembre 1). Il pensiero critico in sanità: da competenza a necessità strategica.

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/> BMJ VOLUME 320 18 MARCH 2000 www.bmj.com

Seneca. (ca. 4 a.C.–65 d.C.). *Lettere a Lucilio (Epistulae Morales)*. Trad. italiana a cura di autori vari, reperibile in [testi classici latini].

Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. University of Illinois Press.

Van Dierendonck, D., & Patterson, K. (Eds.). (2010). *Servant leadership: Developments in theory and research*. Palgrave Macmillan

Vettori, A. (2005). Clinical governance: significato originale e stato attuale nel sistema sanitario. MeDIA – Rivista SIMG, 5(1).

https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2005/03_2005/5.pdf

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. W. W. Norton & Company

Wu, Y., Zhu, H., Tan, W., Liu, Y., & Huang, W. (2024). Inclusive Human Resource Management and Nurses' Innovative Behavior during Crisis Events: The Roles of Job Crafting and Shared Leadership. *Journal of nursing management*, 2024, 3379020.

<https://doi.org/10.1155/2024/3379020>

Zhu, Y., Qian, L., Qian, D., Xu, S., Yan, L., Yang, J., & Zhou, Q. (2026). Workplace Upward Networking Between Affective Leadership and Voice Behavior. *The Journal of nursing administration*, 56(2), E6–E10.

<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001685>

Zhuge, R., Wang, Y., Gao, Y., Wang, Q., Wang, Y., Meng, N., Cui, Y., Huang, Q., Wang, K., & Wu, Q. (2024). Factors influencing the turnover intention for disease control and prevention workers in Northeast China: an empirical analysis based on logistic-ISM model. *BMC health services research*, 24(1), 1264.

<https://doi.org/10.1186/s12913-024-11738-x>