



SINOSSI PROGETTO DI RICERCA

La leadership infermieristica nella pratica clinica: Efficacia e impatto sui Nursing Sensitive Outcomes. Studio correlazionale trasversale multicentrico.

Nursing leadership in clinical practice: Efficacy and impact on Nursing Sensitive Outcomes. A correlational cross-sectional multicenter study

Responsabili Scientifici del progetto:

Alessandro Sili

Francesco Zaghini

Jacopo Fiorini

Policlinico Tor vergata di Roma.

Comitato scientifico dello Studio:

Lucia Mitello

Coordinatore Forum Professioni Sanitarie – Federsanità

Walter De Caro

Presidente CNAI

Alice Mannocci

Universitas Mercatorum Roma.

Collaborazioni internazionali:

Bruce Avolio

Washington University

Greta Cummings

University of west Ontario.

Partnership:

Forum Professioni Sanitarie **Federsanità**; Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (**CECRI**) dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma; Consociazione Nazionale Associazioni Infermiere/i (**CNAI**)

Contatti Responsabili Scientifici

Mail: ricerca.leadership@gmail.com – Tel. 06 2090 8175

Titolo	La leadership infermieristica nella pratica clinica: efficacia ed impatto sui Nursing Sensitive Outcomes. Studio correlazionale trasversale multicentrico.
Titolo Breve	Leadership infermieristica e Nursing Sensitive Outcomes
Ambito dello Studio	Setting di cura
Parole chiave	Benessere Organizzativo, Leadership, Nursing Sensitive Outcomes
Introduzione	
Background/ Problem Statement	<p>Diversi studi hanno messo in evidenza quanto la leadership del capo abbia un ruolo fondamentale nel determinare le dinamiche nelle organizzazioni (1). Il clima organizzativo influenza indirettamente le performance dei lavoratori (2), tanto che la qualità delle prestazioni erogate ne risente (3). Nel mondo sanitario diversi sono i leader a cui i professionisti coinvolti nei processi di cura si possono affidare ed ispirare; un esempio sono i direttori generali delle aziende, i direttori delle professioni sanitarie, i coordinatori fino ad arrivare ai case manager delle singole equipe di cura.</p> <p>Tra i diversi stili di leadership, quello etico ed autentico risultano essere maggiormente aderenti a contesti di lavoro in salute (1,4), ed assumono un ruolo fondamentale rispetto ai comportamenti agiti dai lavoratori e alle loro performance (1,5,6). Infatti è stato dimostrato che un buon leader è colui che ha specifici tratti di personalità, quali onestà e integrità morale, è in grado di adottare comportamenti professionali, curati ed affidabili (7,8). Nel settore infermieristico, recentemente è stato messo in luce quanto lo stile di leadership del capo sia determinante nel promuovere un clima organizzativo positivo che, conseguentemente, porta gli infermieri ad agire comportamenti in linea con gli outcome richiesti (9). Tutto ciò è associato a diversi indicatori di benessere organizzativo (e.g. burnout, soddisfazione lavorativa, intenzione di lasciare il lavoro) (10), e correlato ai Nursing Sensitive Outcomes (NSO), che si manifestano attraverso la qualità dell’assistenza fornita ai malati e dagli esiti di cura (11).</p> <p>A tal proposito, numerosi modelli teorici sono stati proposti nel tentativo di spiegare il benessere/malessere psicologico dei lavoratori in relazione all’ambiente di lavoro. Un esempio è dato dal Job Demand-Resources model (JD-R) di Bakker e colleghi (12), che spiega come le caratteristiche del contesto organizzativo, possano costituire fonti di stress lavoro correlato e portare i</p>

lavoratori a provare strain (13), ridotto stato di salute (14), rischio di esaurimento emotivo (15), burnout (16), disturbi psicosomatici (17) e insoddisfazione lavorativa (18,19). Al contrario, laddove queste fonti di stress sono controllate, gestite e ove possibile ridotte, i lavoratori sono più motivati ed implementano migliori performance (20,21).

Alla luce di ciò, una delle principali sfide con cui i manager delle organizzazioni si devono confrontare (22), è proprio il governo degli ambienti di lavoro, i cui fattori stressogeni potrebbero avere ripercussioni sugli operatori, aumentando il tasso di assenteismo (23), incrementando la disaffezione nei confronti dell'organizzazione (24), riducendo la qualità di vita e la salute dei lavoratori (25,26) nonché un ruolo determinante nella qualità delle cure offerte ai malati (27). Invece il leader che riesce a governare correttamente il contesto organizzativo promuovendo e mantenendo il benessere organizzativo, genera negli infermieri soddisfazione lavorativa (28), commitment (29,30) ed engagement (31,32), portandoli ad agire comportamenti e performance in linea con gli obiettivi assistenziali. Viene così migliorata la qualità delle cure e la sicurezza offerte ai pazienti (33), anche in termini di inferiore mortalità (34–36). Tutte queste dinamiche sono note alla comunità scientifica da molto tempo. Infatti, già dagli anni '50 la stessa organizzazione mondiale della sanità (OMS) poneva l'attenzione sulla promozione e il mantenimento della salute e della qualità di vita dei lavoratori, attraverso il miglioramento dell'ambiente di lavoro (37). Nonostante i risultati di alcune revisioni sistematiche della letteratura supportano la teoria secondo cui migliori ambienti di assistenza infermieristica siano associati a migliori esiti dei pazienti (38), la comunità scientifica risulta ancora scettica su tale fenomeno (39).

Comprendere queste dinamiche è di fondamentale importanza per i manager delle aziende sanitarie, per i dirigenti delle professioni infermieristiche e per tutti gli addetti ai lavori. Intervenendo in modo proattivo sulle criticità, potrebbero migliorare gli ambienti di lavoro (40), aumentare la salute degli operatori (41) e indirettamente si potrebbe incidere sulla qualità degli esiti assistenziali (42,43), ivi compresi la mortalità, il tasso di re-ospedalizzazione, le giornate di degenza e le infezioni nosocomiali (44–48). Tra l'altro, questo dibattito, che riguarda tutti gli attori dei contesti di cura, risulta essere estremamente acceso ed attuale, perché potrebbe mettere a disposizione della comunità scientifica, degli stakeholder e più

	in generale delle organizzazioni sanitarie, nuove opportunità di intervento per migliorare la le cure offerte ai malati.
Obiettivo/i Primario/i	L’obiettivo principale dello studio è indagare la relazione esistente tra la leadership infermieristica, il benessere organizzativo e gli esiti sugli infermieri e sui malati
Ipotesi/ Domande di ricerca	<ul style="list-style-type: none"> • H1: La leadership del coordinatore ha una relazione negativa con lo stress e il burnout degli infermieri; • H2: La leadership del coordinatore ha una relazione positiva con la soddisfazione, l’engagement e il commitment degli infermieri; • H3: Gli infermieri maggiormente stressati e in burnout riferiscono una peggiore qualità di vita e un maggior tasso di assenteismo; • H4: I pazienti assistiti dagli infermieri maggiormente stressati e in burnout presentano maggiori tassi di mortalità, infezioni, degenza media e re-ospedalizzazione; • H5: Gli infermieri maggiormente soddisfatti, ingaggiati e attaccati alla propria azienda riferiscono una migliore qualità di vita e un minor tasso di assenteismo; • H6: I pazienti assistiti dagli infermieri maggiormente soddisfatti, ingaggiati e attaccati alla propria azienda presentano minori tassi di mortalità, infezioni, degenza media e re-ospedalizzazione
Materiali e Metodi	
Tipo di Studio	Osservazionale, descrittivo, correlazionale, multicentrico
Disegno dello Studio	Cross Sectional
Popolazione	Infermieri e Coordinatori dell’assistenza
Criteri d’inclusione	<ul style="list-style-type: none"> • Infermieri destinati ad attività di assistenza diretta ai malati di qualsiasi unità operativa; • Infermieri turnisti e fuori turnisti; • Infermieri con contratto a tempo pieno e part-time; • Infermieri con contratto a tempo determinato e indeterminato • Infermieri coordinatori
Criteri di esclusione	Infermieri dirigenti.

Metodo di campionamento	Verranno arruolati nello studio almeno due Unità Operative presso le aziende che aderiranno allo studio. Attraverso una adesione volontaria, il personale dovrà firmare il consenso informato allo studio.																																																							
Strumenti di Misurazione	<p>Per la raccolta dati verrà utilizzata una web survey, fruibile dagli infermieri e dai coordinatori.</p> <p>La web survey accessibile agli infermieri sarà composta da scale già validate e presenti in letteratura (tabella 1).</p> <p><i>Tabella1. Elenco delle scale di misura utilizzate nella Web Survey Infermieri</i></p> <table border="1" data-bbox="375 689 1380 2038"> <thead> <tr> <th>Variabile</th> <th>Autori</th> <th>N. Item</th> <th>Dimensioni</th> <th>Modalità di risposta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Conflitti Interpersonali (ICAWS)</td> <td>Spector et al., 1998; Fida et al., 2012; Barbaranelli et al., 2013</td> <td>4</td> <td>Unica</td> <td>Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)</td> </tr> <tr> <td>Carichi di lavoro (QWI)</td> <td>Spector et al., 1998; Fida et al., 2012;</td> <td>4</td> <td>Unica</td> <td>Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)</td> </tr> <tr> <td>Vincoli Organizzativi (OCS)</td> <td>Spector et al., 1998; Fida et al., 2012; Barbaranelli et al., 2013</td> <td>9</td> <td>Unica</td> <td>Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)</td> </tr> <tr> <td>Leadership Etica (ELS)</td> <td>Brown et al, 2005;</td> <td>10</td> <td>Unica;</td> <td>Likert a 5 passi (da 1 = “Fortemente in disaccordo” a 5 = “Fortemente d’accordo”)</td> </tr> <tr> <td>Leadership Autentica (ALQ)</td> <td>Avolio et al., 2007</td> <td>16</td> <td>4 (Trasparenza, Etica, Equilibrio, Consapevolezza)</td> <td>Likert 5 passi (da 0 = “Mai” a 4 = “Sempre”)</td> </tr> <tr> <td>Cultura dell’errore (EMC)</td> <td>Van Dyck et al. 2005</td> <td>16</td> <td>Unica</td> <td>Likert 5 passi (da 1 = “Mai” a 5 = “Sempre”)</td> </tr> <tr> <td>Stress lavoro-correlato (HSE – IT)</td> <td>Rondinone et al.,2010</td> <td>19</td> <td>3 (Domanda, Controllo, Supporto)</td> <td>Likert a 4 Passi (da 1 = “Mai” a 4 “Spesso”)</td> </tr> <tr> <td>Burnout (MBI-GS)</td> <td>Maslach et al., 1996; Schaufeli et al., 1996; Borgogni et al., 2005</td> <td>10</td> <td>2 (Esaurimento Emotivo, Cinismo)</td> <td>Likert 7 passi (da 0 = “Mai” a 6 = “Sempre”)</td> </tr> <tr> <td>Sovraccarico Relazionale (ISW)</td> <td>Borgogni et al., 2012</td> <td>5</td> <td>Unica</td> <td>Likert 7 passi (da 0 = “Mai” a 6 = “Sempre”)</td> </tr> <tr> <td>Soddisfazione Lavorativa (QISO)</td> <td>Sili et al., 2010</td> <td>9</td> <td>Unica</td> <td>Likert a 4 Passi (da 1 = “Mai” a 4 “Spesso”)</td> </tr> </tbody> </table>	Variabile	Autori	N. Item	Dimensioni	Modalità di risposta	Conflitti Interpersonali (ICAWS)	Spector et al., 1998; Fida et al., 2012; Barbaranelli et al., 2013	4	Unica	Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)	Carichi di lavoro (QWI)	Spector et al., 1998; Fida et al., 2012;	4	Unica	Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)	Vincoli Organizzativi (OCS)	Spector et al., 1998; Fida et al., 2012; Barbaranelli et al., 2013	9	Unica	Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)	Leadership Etica (ELS)	Brown et al, 2005;	10	Unica;	Likert a 5 passi (da 1 = “Fortemente in disaccordo” a 5 = “Fortemente d’accordo”)	Leadership Autentica (ALQ)	Avolio et al., 2007	16	4 (Trasparenza, Etica, Equilibrio, Consapevolezza)	Likert 5 passi (da 0 = “Mai” a 4 = “Sempre”)	Cultura dell’errore (EMC)	Van Dyck et al. 2005	16	Unica	Likert 5 passi (da 1 = “Mai” a 5 = “Sempre”)	Stress lavoro-correlato (HSE – IT)	Rondinone et al.,2010	19	3 (Domanda, Controllo, Supporto)	Likert a 4 Passi (da 1 = “Mai” a 4 “Spesso”)	Burnout (MBI-GS)	Maslach et al., 1996; Schaufeli et al., 1996; Borgogni et al., 2005	10	2 (Esaurimento Emotivo, Cinismo)	Likert 7 passi (da 0 = “Mai” a 6 = “Sempre”)	Sovraccarico Relazionale (ISW)	Borgogni et al., 2012	5	Unica	Likert 7 passi (da 0 = “Mai” a 6 = “Sempre”)	Soddisfazione Lavorativa (QISO)	Sili et al., 2010	9	Unica	Likert a 4 Passi (da 1 = “Mai” a 4 “Spesso”)
Variabile	Autori	N. Item	Dimensioni	Modalità di risposta																																																				
Conflitti Interpersonali (ICAWS)	Spector et al., 1998; Fida et al., 2012; Barbaranelli et al., 2013	4	Unica	Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)																																																				
Carichi di lavoro (QWI)	Spector et al., 1998; Fida et al., 2012;	4	Unica	Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)																																																				
Vincoli Organizzativi (OCS)	Spector et al., 1998; Fida et al., 2012; Barbaranelli et al., 2013	9	Unica	Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)																																																				
Leadership Etica (ELS)	Brown et al, 2005;	10	Unica;	Likert a 5 passi (da 1 = “Fortemente in disaccordo” a 5 = “Fortemente d’accordo”)																																																				
Leadership Autentica (ALQ)	Avolio et al., 2007	16	4 (Trasparenza, Etica, Equilibrio, Consapevolezza)	Likert 5 passi (da 0 = “Mai” a 4 = “Sempre”)																																																				
Cultura dell’errore (EMC)	Van Dyck et al. 2005	16	Unica	Likert 5 passi (da 1 = “Mai” a 5 = “Sempre”)																																																				
Stress lavoro-correlato (HSE – IT)	Rondinone et al.,2010	19	3 (Domanda, Controllo, Supporto)	Likert a 4 Passi (da 1 = “Mai” a 4 “Spesso”)																																																				
Burnout (MBI-GS)	Maslach et al., 1996; Schaufeli et al., 1996; Borgogni et al., 2005	10	2 (Esaurimento Emotivo, Cinismo)	Likert 7 passi (da 0 = “Mai” a 6 = “Sempre”)																																																				
Sovraccarico Relazionale (ISW)	Borgogni et al., 2012	5	Unica	Likert 7 passi (da 0 = “Mai” a 6 = “Sempre”)																																																				
Soddisfazione Lavorativa (QISO)	Sili et al., 2010	9	Unica	Likert a 4 Passi (da 1 = “Mai” a 4 “Spesso”)																																																				

Engagement (UWES)	Fraccaroli et al., 2010	9	3 (Vigore, Dedizione, Assorbimento)	Likert 7 passi (da 0 = “Mai” a 6 = “Sempre”)
Commitment (AFC)	Meyer & Allen, 1990	8	Unica	Likert 7 passi (da 1 = “Del tutto in disaccordo” a 7 = “Del tutto d’accordo”)
Disturbi	Sili et al., 2010	8	Unica	Likert a 4 Passi (da 1 = “Mai” a 4 “Spesso”)
Turnover (TIS)	Bothma & Roodt	6	Unica Dimensione	Likert 5 passi (da 1 = “Mai” a 5 = “Sempre”)
Errori (NCES)	Farnese et al., 2018	8	2 (Disattenzione, Imperizia)	Likert 5 passi (da 1 = “Mai” a 5 = “Sempre”)
Qualità di Vita infermieristica (NQoLs)	Sili et al., 2018	14	2 (QoL Emotiva, QoL Sociale)	Likert a 4 Passi (da 1 = “Per nulla Soddisfatto” a 4 “Molto soddisfatto”)
Overeducation (SPOQ)	Maynard et al., 2006	9	Unica	Likert 7 passi (da 1 = “Del tutto in disaccordo” a 7 = “Del tutto d’accordo”)

L’ultima parte della web survey indagherà le caratteristiche sociodemografiche e lavorative degli infermieri.

La web survey accessibile ai coordinatori, sarà invece composta da tre diverse sezioni: una per rilevare dati relativi allo staffing e alle caratteristiche del contesto di lavoro, la seconda per misurare la propria salute organizzativa (tabella 2) e l’ultima per registrare gli esiti infermieristici della propria unità operativa, attraverso un monitoraggio giornaliero.

Tabella 2. Elenco delle scale di misura utilizzate nella Web Survey coordinatori

Variabile	Autori	N. Item	Dimensioni	Modalità di risposta
Conflitti Interpersonali (ICAWS)	Spector et al., 1998; Fida et al., 2012; Barbaranelli et al., 2013	4	Unica	Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)
Carichi di lavoro (QWI)	Spector et al., 1998; Fida et al., 2012;	4	Unica	Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)
Vincoli Organizzativi (OCS)	Spector et al., 1998; Fida et al., 2012; Barbaranelli et al., 2013	9	Unica	Likert a 5 punti (da 1 = “Mai o Quasi Mai” a 5 = “Molto Spesso/Sempre”)
Stress lavoro-correlato (HSE – IT)	Rondinone et al., 2010	19	3 (Domanda, Controllo, Supporto)	Likert a 4 Passi (da 1 = “Mai” a 4 “Spesso”)

	Maslach et al., 1996; Schaufeli et al., 1996; Borgogni et al., 2005	10	2 (Esaurimento Emotivo, Cinismo)	Likert 7 passi (da 0 = “Mai” a 6 = “Sempre”)
	Borgogni et al., 2012	5	Unica	Likert 7 passi (da 0 = “Mai” a 6 = “Sempre”)
	Sili et al., 2010	9	Unica	Likert a 4 Passi (da 1 = “Mai” a 4 “Spesso”)
	Fraccaroli et al., 2010	9	3 (Vigore, Dedizione, Assorbimento)	Likert 7 passi (da 0 = “Mai” a 6 = “Sempre”)
	Meyer & Allen, 1990	8	Unica	Likert 7 passi (da 1 = “Del tutto in disaccordo” a 7 = “Del tutto d’accordo”)
	Sili et al., 2010	8	Unica	Likert a 4 Passi (da 1 = “Mai” a 4 “Spesso”)
	Bothma & Roodt	6	Unica Dimensione	Likert 5 passi (da 1 = “Mai” a 5 = “Sempre”)
	Sili et al., 2018	14	2 (QoL Emotiva, QoL Sociale)	Likert a 4 Passi (da 1 = “Per nulla Soddisfatto” a 4 “Molto soddisfatto”)
	Maynard et al., 2006	9	Unica	Likert 7 passi (da 1 = “Del tutto in disaccordo” a 7 = “Del tutto d’accordo”)
Analisi dei Dati	<p>Tutti i dati saranno analizzati in modalità anonima. I risultati verranno riportati in modo aggregato, al fine di preservare la privacy di ogni singolo partecipante. L’analisi sarà condotta stratificando il campione per tipologia di U.O. e per tipo di modello assistenziale.</p> <p>Verrà realizzata una statistica di tipo descrittivo per comprendere le peculiarità delle U.O. coinvolte, attraverso una rappresentazione tabellare e grafica. Inoltre verrà realizzata anche una descrittiva rispetto ai modelli di leadership, autentica ed etica. Frequenze relative e percentuali verranno impiegate per sintetizzare le caratteristiche qualitative; misure di tendenza centrale (medie e mediane) con relativi indici di dispersione (SD e minimo e massimo) verranno calcolate per descrivere le informazioni quantitative.</p> <p>Per valutare possibili associazioni tra i modelli di leadership e gli outcomes (qualità organizzativa e salute dei lavoratori) verranno realizzate delle analisi univariate. In particolare test di tipo parametrico o non parametrico sulla base della normalità o meno della distribuzione delle variabili quantitative raccolte e test del chi-quadrato ed Esatto di Fisher per variabili quantitative. Per verificare</p>			

	<p>le differenze tra più di due gruppi verranno confrontati i punteggi medi espressi dai partecipanti rispetto all’ambito clinico verrà utilizzata l’analisi della varianza ad una via (ANOVA) con post-hoc di Tukey o attraverso test non parametrici per il confronto della mediana con il test di Krsukall Wallis. Un’analisi di correlazione verrà inoltre realizzata sempre stratificando per modello rispetto alle variabili quantitative raccolte. Il coefficiente di correlazione r di Pearson e di Spearman consentirà di valutare le formulate tramite modelli di equazioni strutturali. L’adeguatezza del modello verrà valutata considerando buoni i seguenti indici di fit: chi quadrato (χ^2) (non significativo), RMSEA (<0,06), CFI (>0,90), TLI (>0,90) e SRMR (<0,08)(49,50). Sulla base delle risultanze delle analisi univariate e di correlazione, verranno costruiti per ogni outcome dei modelli di regressione multivariato al fine di comprendere quali siano le caratteristiche maggiormente associate / predittive per ciascun outcomes. In particolare verrà verificato il valore predittivo della leadership e delle variabili di contesto organizzativo. Si stimerà infine la riproducibilità interna dei due questionari, infermieri e coordinatori attraverso l’Alpha di Cronbach. Il livello di significatività per tutte le analisi è stato fissato con $\alpha < 0.05$. Il modello di equazioni strutturali (SEM) sarà realizzato con MPlus® Ver 7.1 mentre le analisi descrittive ed inferenziali saranno effettuate utilizzando il pacchetto statistico SPSS Ver 25®.</p>
Considerazioni Etiche	<p>Lo studio verrà condotto in accordo con i principi della dichiarazione di Helsinki e nel rispetto della normativa vigente sulle sperimentazioni cliniche. Ogni partecipante rispondente ai criteri d’inclusione/esclusione riceverà un’informativa circa gli obiettivi, i metodi, l’adesione, i rischi, i benefici dello studio, la gestione riservata dei dati raccolti e la libertà di ritirarsi dallo studio in qualunque momento (National Health and Medical Research Council National Statement on Ethical Conduct in Human Research 2007).</p> <p>Il partecipante eleggibile avrà l’opportunità di discutere dello studio con i ricercatori e disporrà di tempo per riflettere sulla eventuale partecipazione allo studio. Il consenso informato verrà rilasciato dai partecipanti procedendo alla raccolta dati. Tutti i dati saranno trattati con coerenza e responsabilità, verranno conservati e salvati in un luogo sicuro e con accesso limitato al promotore dello studio. I risultati saranno pubblicati in forma aggregata e le citazioni verranno effettuate in modo da garantire la riservatezza e l’anonimato per tutti i partecipanti allo studio (Simon, 2009).</p>

Risultati attesi

Dai risultati dello studio ci si attende di verificare se la leadership determini un cambiamento dei livelli di soddisfazione, stress, burnout, commitment ed engagement degli operatori. Ci aspettiamo che questi risultati, a loro volta, incidano in modo significativo sulle emozioni degli operatori, condizionando le loro scelte (in termini di intenzione di lasciare il lavoro o di richieste di trasferimento in altre strutture) e le loro performance. Il cambiamento della qualità delle performance degli operatori avrà un effetto determinante sugli esiti sensibili alle cure come mortalità, tasso di riospedalizzazione, infezioni nosocomiali e degenza media.

Conclusioni

Apporto alla comunità scientifica	I risultati dello studio consentiranno di chiarire alcuni aspetti riferiti alle variabili in studio e alle loro interazioni ancora poco indagate. Inoltre, per la prima volta sarà possibile verificare la relazione tra la leadership, le variabili organizzative e gli esiti clinici, importanti per la comunità scientifica e più in generale per tutta la popolazione.
--	--

Utilizzo dei risultati	Dei risultati potranno beneficiare in primo luogo gli operatori, in quanto gli strumenti di misurazione utilizzati permetteranno di misurare i loro livelli di indicatori di benessere della persona e del loro vissuto nell'organizzazione (e.g. Stress, Burnout, Soddisfazione, Commitment, Engagement). Inoltre ne potranno beneficiare i Dirigenti delle strutture sanitarie interessate, in quanto avranno modo di misurare l'efficacia della leadership ed individuare percorsi e punti di criticità da poter risolvere per migliorare il benessere organizzativo degli operatori. Infine, e non in ultimo, ne potranno beneficiare i malati, in quanto un maggior benessere vissuto dagli operatori si traduce in migliori performance e quindi qualità delle cure e sicurezza per i malati.
-------------------------------	---

Bibliografia

1. Brown ME, Treviño LK, Harrison DA. Ethical leadership : A social learning perspective for construct development and testing. *Organ Behav Hum Decis Process*. 2005;97(2):117–34.
2. Ham C. Migliorare la performance dei servizi sanitari: il ruolo della leadership clinica. *Polit Sanit*. 2004;5(2):70–4.
3. Nuti S. La valutazione della performance in sanità. Bologna: Il Mulino; 2008.
4. Avolio BJ, Gardner WL, Walumbwa FO, Luthans F, May DR. Unlocking the mask: a look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. *Leadersh Q*. 2004 Dec;15(6):801–23.
5. Solomon RC. Ethical Leadership, Emotions, And Trusts: beyond “Charisma.” Ciulla J, editor. 2004. 83–102 p.
6. Neubert MJ, Carlson DS, Kacmar KM, Roberts JA, Chonko LB. The Virtuous Influence of Ethical Leadership Behavior : Evidence from the Field. *J Bus Ethics*. 2009;90:157–70.
7. Den Hartog DN, House RJ, Hanges PJ, Antonio Ruiz-Quintanilla S, Dorfman PW, Abdalla IA, et al. Culture specific and crossculturally generalizable implicit leadership theories: Are attributes of charismatic/transformational leadership universally endorsed? *Leadersh Q*. 1999 Jun 1;10(2):219–56.
8. Kirkpatrick SA, Locke EA. Direct and indirect effects of three core charismatic leadership components on performance and attitudes. *J Appl Psychol*. 1996;81(1):36–51.
9. Makaroff KS, Storch J, Pauly B, Newton L. Searching for ethical leadership in nursing. *Nurs Ethics*. 2014;21(6):642–58.
10. Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Meretoja R. Ethical climate and nurse competence – newly graduated nurses’ perceptions. *Nurs Ethics*. 2015;22(8):845–59.
11. Keselman D. Ethical Leadership. *Holist Nurs Pract*. 2012 Sep;26(5):259–61.
12. Bakker AB, Van Emmerik H, Van Riet P. How job demands, resources, and burnout predict objective performance: A constructive replication. *Anxiety, Stress Coping*. 2008 Jul;21(3):309–24.
13. Schaufeli WB, Taris TW. A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health. In: *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*. Dordrecht: Springer Science & Business Media; 2014. p. 1–249.
14. Magnusson Hanson LL, Westerlund H, Chungkham HS, Vahtera J, Rod NH, Alexanderson K, et al. Job strain and loss of healthy life years between ages 50 and 75 by sex and occupational position: analyses of 64 934 individuals from four prospective cohort studies. *Occup Environ Med*. 2018 Jul;75(7):486–93.
15. Wong CA, Laschinger HKS. The influence of frontline manager job strain on burnout, commitment and turnover intention: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(12):1824–33.
16. Metlaine A, Sauvet F, Gomez-Merino D, Elbaz M, Delafosse JY, Leger D, et al. Association between insomnia symptoms, job strain and burnout syndrome: A cross-sectional survey of 1300 financial workers. *BMJ Open*. 2017 Jan 1;7(1):1–10.
17. Junne F, Michaelis M, Rothermund E, Stuber F, Gündel H, Zipfel S, et al. The role of work-related factors in the development of psychological distress and associated mental disorders: Differential views of human resource managers, occupational physicians, primary care physicians and psychotherapists in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(3).
18. DeJonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2000;50(9):1317–27.
19. Bakker AB, Demerouti E, Euwema MC. Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *J Occup Health Psychol*. 2005;10(2):170–80.
20. Xanthopoulou D, Bakker AB, Dollard MF, Demerouti E, Schaufeli WB, Taris TW, et al.

- When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *J Manag Psychol*. 2007;22(8):766–86.
21. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: State of the art. *J Manag Psychol*. 2007;22(3):309–28.
 22. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Jan 12;12(1):652–66.
 23. Diestel S, Wegge J, Schmidt K-H. The Impact of Social Context on the Relationship Between Individual Job Satisfaction and Absenteeism: The Roles of Different Foci of Job Satisfaction and Work-Unit Absenteeism. *Acad Manag J*. 2014;57(2):353–82.
 24. Imperatori B. Engagement and Disengagement at Work: What’s New. In Springer, Cham; 2017. p. 5–18.
 25. Sili A, Alvaro R, Fida R, Vellone E, Avallone F. La salute organizzativa degli infermieri : guida pratica all’utilizzo del questionario infermieristico sulla salute organizzativa (QISO). Edises; 2010.
 26. Shamian J, Kerr MS, Laschinger HKS, Thomson D. A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario’s acute-care hospitals. *Can J Nurs Res*. 2016;33(4):35–50.
 27. Kieft RA, de Brouwer BBJM, Francke AL, Delnoij DMJ. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2014 Dec;14(1):249.
 28. Lizano EL, Mor Barak M. Job burnout and affective wellbeing: A longitudinal study of burnout and job satisfaction among public child welfare workers. *Child Youth Serv Rev*. 2015 Aug;55:18–28.
 29. Prasetyo AP, Yuniarsih T, Ahman E. Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Organizational Citizenship Behaviour in State-owned Banking. *Univers J Manag*. 2017 Jan;5(1):32–8.
 30. Werang BR, Agung AAG. Teachers’ job satisfaction, organizational commitment, and performance in Indonesia: A Study from Merauke District. *Int J Dev Sustain*. 2017;6(8):700–11.
 31. De Simone S, Planta A, Cicotto G. The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses’ turnover intention and patient satisfaction. *Appl Nurs Res*. 2018 ;39:130–40.
 32. Bakker AB, Albrecht S. Work engagement: current trends. *Career Dev Int*. 2018 Feb 6;23(1):4–11.
 33. Montgomery A, Spânu F, Băban A, Panagopoulou E. Job demands, burnout, and engagement among nurses: A multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork. *Burn Res*. 2015 Sep 1;2(2–3):71–9.
 34. Aiken LH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA J Am Med Assoc*. 2003 Sep 24;290(12):1617–23.
 35. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The Impact of Hospital Nursing Characteristics on 30-Day Mortality. *JONA J Nurs Adm*. 2011 Jul;41(7/8):S58–68.
 36. Tourangeau AE, Doran DM, Hall LM, O’Brien Pallas L, Pringle D, Tu J V., et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *J Adv Nurs*. 2007;57(1):32–44.
 37. OMS. Health Promotion Glossary. World Health Organization Geneva. Geneva; 1998.
 38. Page A. Keeping Patients Safe. Washington, D.C.: National Academies Press; 2004.
 39. Kazanjian A, Green C, Wong J, Reid R. Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10(2):111-117A.
 40. Laschinger HKS, Wong CA, Grau AL. The influence of authentic leadership on newly graduated nurses’ experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A

cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(10):1266–76.

41. Fransson EI, Nyberg ST, Heikkilä K, Alfredsson L, Bjorner JB, Borritz M, et al. Job Strain and the risk of stroke: An individual-participant data meta-analysis. *Stroke.* 2015;46(2):557–9.
42. Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. Nurse staffing and quality of patient care. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2007 Mar;(151):1–115.
43. Stone P, Mooney-Kane C, Larson E, Horan T, Glance L, Zwanziger J, et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Med Care.* 2007;45(6):571–8.
44. Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and Outcomes of Inpatient AIDS Care. *Med Care.* 1999 Aug;37(8):760–72.
45. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare Mortality among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care. *Med Care.* 1994;32(8):771–87.
46. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 2014;383(9931):1824–30.
47. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *Int J Qual Heal Care.* 2011;23(4):357–64.
48. Lake ET, Friese CR. Variations in Nursing Practice Environments. *Nurs Res [Internet].* 2006 Jan;55(1):1–9. Available from: <http://journals.lww.com/00006199-200601000-00001>
49. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model.* 1999;6(1):1–55.
50. Muthén L, Muthén B. Mplus user’s guide (version 7.0). Muthén & Muthén 1998-2012, editor. *Mplus user’s guide (seventh edition).* Los Angeles, CA, US; 2012. 1–850 p.