

IPOTESI E METODI DI STUDIO

# La Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni nei Sistemi Sanitari

Sara Diamare<sup>1</sup>, Bianca Romano<sup>2</sup>, Maria Gagliotta<sup>3</sup>, Anastasia Giangrande<sup>4</sup>, Vincenzo Motta<sup>5</sup>, Daniela Osterini<sup>6</sup>, Danilo Di Laura<sup>7</sup>



## Citation

Diamare S., Romano B., Gagliotta M., Giangrande A., Motta V., Osterini D., Di Laura D. (2023).  
La Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni nei Sistemi Sanitari  
Phenomena Journal, 6, 12-29.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.215>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Sara Diamare  
[sara.diamare@gmail.com](mailto:sara.diamare@gmail.com)

Ricevuto: 12 gennaio 2024

Accettato: 8 febbraio 2024

Publicato: 1 marzo 2024

<sup>1</sup> Dirigente psicologa psicoterapeuta U.O.C. Psicologia Clinica, Già Ref. f.f. U.O.C. Qualità e Umanizzazione ASL Napoli 1 Centro

<sup>2</sup> Dottoressa in Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Tirocinante presso DSS33 U.O.C Psicologia Clinica ASL Napoli 1 Centro

<sup>3</sup> Dirigente amministrativa, ufficio Formazione, ASL Napoli 1 Centro

<sup>4</sup> Psicologa del lavoro, specializzata in psicologia della moda, psicoterapeuta in formazione presso l'istituto CSTG

<sup>5</sup> Psicologo del Lavoro, Psicoterapeuta, Dottore Commercialista e Revisore Legale

<sup>6</sup> Psicologa specializzata in psicologia sociale e del lavoro; specializzanda in psicoterapia presso l'Istituto di gestalt e analisi transazionale IGAT

<sup>7</sup> Università degli Studi di Napoli Federico II, Dottorato di ricerca, Information and Communication Technology for Health (ICTH)dic 2021 - dic 2024

## ABSTRACT

Since the beginning of the pandemic, healthcare personnel have faced serious difficulties and continuous emergencies, highlighting the increasing need for psychological support for those dealing with such challenges. In a mental health prevention perspective for those who should provide 'health,' it would be desirable to develop a healthcare policy that includes the structured integration of work and organizational psychology in healthcare contexts. Aligned with the objectives of the "New guarantee system for monitoring healthcare" (DM 12 March 2019 published in the Official Gazette on 14 June 2019, operational from 1 January 2020), which, in collective prevention, describes the well-being of organizational and workplace indicators that deliver health, we aim to analyze the needs and challenges in this regard. This study proposes an initial review of the literature on the current presence/absence of structured interventions in work and organizational psychology in healthcare systems to analyze the actual policies of healthcare facilities, considering that realizing such presence is not simple. It would open the door to questions about effective healthcare planning, the recruitment and allocation of human resources, and management leadership; inefficiency that is proven to be a co-cause of organizational distress, operator burnout, and malpractice. With the long-term goal of proactively developing a specific line of activity, distinct from clinical psychology, in healthcare settings, we express an innovative position useful to operators and healthcare companies. They could benefit from a specific role and function that guides, with its presence and function, the culture and consciousness of the organization towards the correct management of human resources and systematically provides the necessary psychological support to operators in order to deliver well-being and not distress to users.

## KEYWORDS

**Work Psychology; well-being; organizational well-being; work-related stress; mobbing; healthcare organizations; healthcare system; work psychologist; burnout; quality of organization; mental health promotion in health organizations.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Dall'inizio del periodo pandemico, il personale sanitario è stato sottoposto a gravi difficoltà ed a continue emergenze, ed è sempre più esplicito il bisogno di avere un sostegno psicologico per gli operatori che affrontano tali disagi. In un'ottica di prevenzione nel campo della salute mentale per coloro che dovrebbero erogare 'salute', sarebbe auspicabile sviluppare una politica sanitaria che preveda l'inserimento strutturato della psicologia del lavoro e delle organizzazioni in contesti sanitari. In linea con gli obiettivi del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (del DM 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, operativo dal 1° gennaio 2020) che, nella prevenzione collettiva, descrive come indicatore di efficacia dei sistemi sanitari, il benessere organizzativo e luoghi di lavoro che erogano salute, si vuole avviare un'analisi del bisogno e delle criticità in merito. In questo studio ci si propone una prima review della letteratura sull'attuale presenza o assenza di interventi strutturati di psicologia del lavoro e delle organizzazioni nei sistemi sanitari, per analizzare le effettive politiche delle strutture sanitarie in merito, partendo dalla considerazione che non è semplice concretizzare tale presenza poiché aprirebbe le porte a quesiti su una verifica della reale efficacia della programmazione sanitaria, della modalità di reclutamento e di allocazione delle risorse umane e della leadership del management. Le suddette verifiche si rendono estremamente necessarie in quanto è dimostrato che l'inefficacia delle politiche sanitarie è una delle concause di malessere organizzativo, del burnout degli



Attribution-NonCommercial 4.0  
International (CC BY-NC 4.0)

operatori ed una delle conseguenze della cosiddetta malasànità. Con l'obiettivo a lungo termine di uno sviluppo proattivo di una linea di attività specifica, distinta dalla psicologia clinica, nei contesti sanitari, qui si vuole esprimere una posizione innovativa utile agli operatori ed alle stesse aziende sanitarie che potrebbero beneficiare di un ruolo ed una funzione specifica che orienti, con la sua presenza e funzione, la cultura e la coscienza dell'organizzazione alla corretta gestione delle risorse umane e fornisca in modo sistematico quel necessario supporto psicologico agli operatori al fine di erogare benessere e non malessere agli utenti

#### **PAROLE CHIAVE**

**Psicologia del lavoro; benessere; benessere organizzativo; stress-lavoro-correlato; mobbing; organizzazioni sanitarie; sistema sanitario; psicologo del lavoro; burn out; quality of organization; mental health promotion in health organization.**

## **1. Introduzione**

In questo lavoro si intende mettere in luce l'utilità di uno psicologo qualificato in psicologia del lavoro e delle organizzazioni all'interno dei sistemi sanitari, in linea con la necessità da parte delle organizzazioni sanitarie di realizzare gli obiettivi del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (del DM 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, operativo dal 1° gennaio 2020) che, nella prevenzione collettiva, descrive come indicatore di efficacia dei sistemi sanitari, il benessere organizzativo nei luoghi di lavoro che erogano salute. Nel periodo pandemico il personale sanitario è stato sottoposto a continue emergenze e difficoltà che hanno evidenziato l'importanza di sostegno psicologico per gli operatori coinvolti [1]. Tuttavia, non è assolutamente scontato che le politiche sanitarie considerino utili l'introduzione di elementi propri della psicologia del lavoro e delle organizzazioni, trascurando in tal modo tematiche centrali come la gestione efficace della leadership [2] e la dovuta attenzione psicologica ai dipendenti, che invece possono diventare concausa di malessere organizzativo e di burnout negli operatori [3]. In un'ottica di programmazione efficace e di prevenzione della salute mentale per coloro che devono erogare 'salute', si vuole sostenere l'introduzione di una linea di attività specifica della psicologia del lavoro e delle organizzazioni all'interno delle aziende sanitarie [4]. Una linea che orienti la coscienza dell'organizzazione alla corretta gestione e collocazione delle risorse umane e fornisca in modo sistematico quel necessario supporto psicologico agli operatori in modo da erogare benessere e non malessere agli utenti.

## **2. Obiettivi**

Una gestione disfunzionale delle risorse, una carenza di supporto ai lavoratori e una insufficiente comunicazione possono generare insofferenza nel vissuto lavorativo degli operatori sanitari, sottoponendoli ad un maggior rischio di burn-out e patologie lavoro-correlate che danneggiano loro stessi e i destinatari del loro operato [5]. Pertanto si procede in questo studio preliminare ad una revisione sistematica della letteratura focalizzata in particolare alla presenza/assenza della figura dello psicologo del lavoro e dell'organizzazione nelle strutture sanitarie e /o del fattivo contributo di tali professionalità nell'ambito dell'area sanitaria.

Gli obiettivi specifici di questo studio sono dunque:

- sottolineare l'importanza della presenza, all'interno di organizzazioni socio-sanitarie, di psicologhe/i del lavoro preposti specificamente allo sviluppo proattivo di condizioni di salute e benessere dei singoli operatori e dell'ambiente organizzativo generale; professionisti che supportino azioni di controllo e vigilanza e interventi per la risoluzione delle problematiche emergenti;
- proporre una riflessione sulle eventuali interferenze della committenza e leadership aziendale;
- individuare la presenza della figura professionale specifica dello psicologo del lavoro e dell'organizzazione nelle strutture sanitarie e/o con quali modalità viene espletato tale compito.

### 3. Metodi

È stata avviata la presente revisione attraverso una metodologia qui di seguito riassunta in punti di azione:

1. Definire l'obiettivo della ricerca ed individuare le parole chiave che maggiormente matchano con le finalità della ricerca
2. Definire una strategia di ricerca con una o più stringhe create con le parole chiave
3. Inserire la struttura della stringa di ricerca scelta su PubMed o altre banche date accessibili per avere l'estrazione dei paper
4. Salvare il file dei risultati e caricarlo sul tool RYYAN per avere accesso al titolo e abstract di tutti gli articoli in modo da poter iniziare una prima scrematura dei paper che sono in linea con l'obiettivo della ricerca
5. Includere o escludere gli articoli che rispondono o meno alle necessità della ricerca.

### 4. La psicologia del lavoro

In Italia come in altri paesi, la prima difficoltà che incontra lo psicologo del lavoro è proprio quella di “entrare” nelle aziende socio-sanitarie [6]. Esse difficilmente ammettono una figura professionale con il ruolo di ricerca e intervento, deputata per definizione e competenze allo psicologo del lavoro. Ne deriva che un operatore sanitario che presenta sintomi di malessere, è inserito in un contesto poco sensibile alle esigenze e ai problemi di chi opera al suo interno [7]. I termini psicologia del lavoro e psicologia delle organizzazioni hanno avuto per diverso tempo un significato leggermente diverso, soprattutto in Italia e Francia. La psicologia del lavoro si riferiva per lo più al benessere lavorativo, mentre la psicologia organizzativa studiava come l'individuo si inserisce nei gruppi di lavoro aziendali. In America, nella prima parte del 1900, psicologia industriale, psicologia delle organizzazioni e psicologia occupazionale erano espressioni usate come sinonimi e lo psicologo del lavoro era definito ‘psicologo industriale’. Tuttavia, ad un certo punto, si è cercato di differenziare questi ambiti. Negli anni ‘50, Marzi decise di sostituire il termine psicologia industriale con psicologia del lavoro, in quanto nella ricerca ci si occupava di ogni ambito lavorativo.

Negli Stati Uniti i ricercatori si sono comunque concentrati maggiormente su temi tipici della psicologia delle organizzazioni. Pertanto non esiste più una distinzione tra i vari termini: ci si riferisce direttamente all'ampia branca della psicologia nota come Industrial and Organizational Psychology.

## 5. Il Benessere Organizzativo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito il concetto di salute come “una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità”, determinando così una visione salutogenica, orientata non esclusivamente alla cura ma anche alla prevenzione e promozione della salute [8].

In linea con il modello bio-psico-sociale, la salute è conseguenza di una complessa interazione tra fattori biologici e fattori esperienziali sia a livello individuale sia a livello sociale. L'instaurarsi di condizioni patogeniche è così determinato dal comportamento e dallo stile di vita del soggetto, delle sue relazioni con l'ambiente e dalle risorse che esso possiede e che mette in campo nei vari contesti [9]. In accordo con le più recenti scoperte scientifiche che sanciscono il forte legame tra cervello e sistema immunitario, si evidenziano inoltre le strette interconnessioni tra stili di vita, benessere e psicosomatica [10, 11]. Per comprendere i processi che sono alla base di transizioni efficaci tra l'individuo e l'ambiente, seguendo un'ottica salutogenica, bisogna porre al centro dell'attenzione il soggetto non come agente passivo ma come gestore attivo ed efficace delle proprie decisioni, anche in situazioni di stress fisico e psichico [12].

In tale contesto, la gestione dello stress è argomento cruciale nell'ottica salutogenica poiché i fattori di stress psicologici sono strettamente legati a reazioni emozionali che hanno influenza diretta sui nostri comportamenti in tema di salute [13]. L'esperienza dello stress può avere un impatto negativo sui comportamenti legati alla salute, inducendo la persona a adottare risposte non adattive come reazione alla minaccia o per gestire le emozioni generate da situazioni potenzialmente dannose. Non sempre però i fattori di stress inducono a risposte negative (distress) poiché tali fattori possono incidere positivamente (eustress) sulle risorse dell'individuo. In particolare, uno stesso evento interpretato in maniera diversa produce risposte differenti: non è tanto lo stimolo a determinare risposte emotive negative, piuttosto sono le risorse che l'individuo mette in campo in risposta allo stimolo e l'interpretazione e valutazione personale dei fattori di stress.

La salute quindi è uno stato di benessere determinato dalla relazione che l'individuo intrattiene con l'ambiente, le risorse psico-fisiche possedute, le strategie di coping [14], e i fattori presenti nell'ambiente [15].

Nel contesto lavorativo, il concetto di benessere è stato misurato in termini di soddisfazione sul lavoro da alcuni autori, mentre altri hanno sostenuto che il benessere riguarda più ampiamente la sensazione di sentirsi bene sul luogo di lavoro, con un'attenzione particolare alla possibilità di perseguire i propri desideri e di essere at-

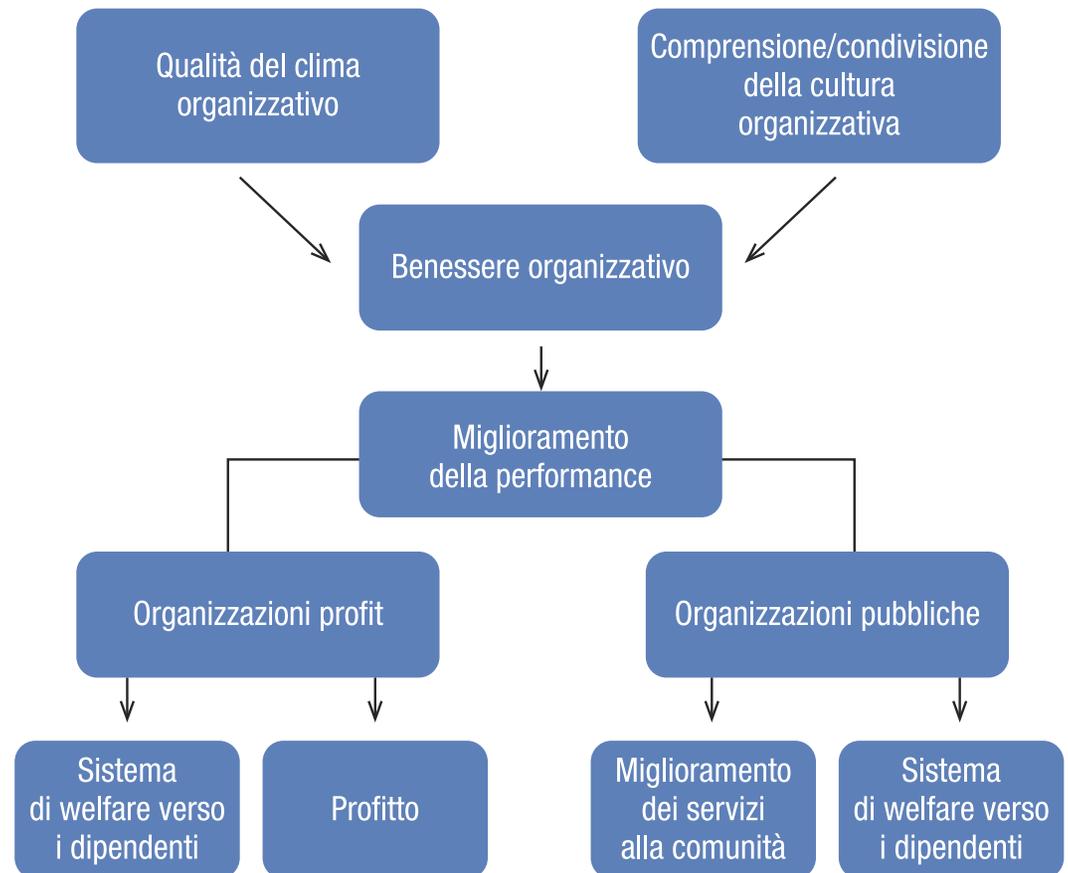
tivi e responsabili nella propria occupazione. Warr con il suo modello, il Vitamin Model [16], identifica due ordini di fattori che possono determinare il benessere dei lavoratori all'interno dell'organizzazione: il primo include la retribuzione, la sicurezza e lo status sociale e produce un effetto costante sul mantenimento dei livelli di benessere, il secondo riguarda, invece, il contenuto del lavoro, più in particolare la possibilità di crescita e apprendimento nello svolgimento della propria mansione. Quest'ultimo fattore ha un effetto che Warr definisce additivo, è cioè in grado di incidere in senso positivo sull'aumento dei livelli di benessere individuale e riguarda l'opportunità di controllo, di utilizzo delle capacità e di sviluppo di contatti sociali, il coinvolgimento in obiettivi esterni, la chiarezza ambientale [16].

Attualmente il concetto di benessere organizzativo gode di molteplici contributi interdisciplinari provenienti dalla psicologia, dalla sociologia e antropologia, l'economia, la giurisprudenza e naturalmente dalle scienze mediche e biologiche [17]. In un primo momento, il concetto di benessere all'interno dell'organizzazione è stato preso in riferimento a caratteristiche individuali, soprattutto in ambienti di lavoro ad alto rischio fisico [18].

Negli anni successivi, si è verificato un cambiamento di prospettiva che ha spostato l'attenzione dall'individuo al rapporto tra individuo e contesto, assumendo una visione multidimensionale. Questo cambiamento ha portato allo sviluppo di un approccio di intervento che mette maggiore enfasi sulla progettazione del lavoro e sull'ambiente organizzativo in generale, con l'obiettivo di migliorarli. Raymond, Wood e Patrick (1990) hanno introdotto il termine "Occupational Health Psychology" (OHP), delineando una nuova disciplina interdisciplinare nata dalla convergenza tra la Psicologia della salute e il tema della salute pubblica nei contesti lavorativi [18]. Questa disciplina si concentra sull'applicazione della psicologia all'interno delle organizzazioni con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita lavorativa, proteggere la sicurezza dei lavoratori e promuovere la salute nei luoghi di lavoro. L'OHP mira ad identificare le caratteristiche di un'organizzazione sana, cioè di un'organizzazione capace di promuovere processi volti a mantenere e migliorare il benessere fisico, psicologico e sociale dell'intera comunità lavorativa [19]. Complice di questa nuova disciplina è la constatazione che negli ultimi anni si è osservato un aumento significativo delle sindromi da lavoro, che non riguardano più solo il singolo individuo ma coinvolgono l'intero gruppo di lavoro [20]. Le conseguenze di queste sindromi, sia a livello di salute personale che dell'intera organizzazione, hanno spinto le aziende a impegnarsi nella lotta al malessere e a progettare il benessere nei luoghi di lavoro [21]. Bisogna anche tenere presente che situazioni di disagio e di malessere comportano maggiori costi per le organizzazioni relativi al turnover, agli infortuni, alle assenze e permessi per malattia. Il tema del benessere organizzativo è un concetto multidimensionale che si basa sulle condizioni che riflettono la presenza e l'evoluzione della salute all'interno di un'organizzazione [22], composto da nuclei culturali, processi e pratiche organizzative che influenzano la convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative [23]. Attualmente in letteratura c'è ampio consenso nel

considerare il benessere organizzativo come determinato dal clima e dalla cultura organizzativa. Lo schema illustra il processo di influenza che esercitano il clima e la cultura organizzativa sul benessere. Si può notare come il benessere organizzativo sia predittivo del miglioramento della performance e quali sono le principali conseguenze nelle organizzazioni pubbliche e private [23].

Figura 1. L'influenza della cultura e del clima organizzativo sulle performance aziendali



Dalla letteratura è possibile notare come siano presenti diversi modelli di salute organizzativa [24,25]; ciò suggerisce che, così come la struttura organizzativa e la cultura organizzativa cambiano nel tempo, anche il modello di benessere e salute si evolve [26].

Inoltre, c'è da considerare come sostenuto da Avallone [23], che la definizione di salute organizzativa è ancora ambigua e poco specifica poiché non permette di identificare chiaramente le condizioni che consentono ad un'organizzazione di essere considerata in uno stato di salute ottimale e di mantenere questo stato nel tempo [27]. Nonostante la variabilità dei riferimenti identificativi della salute ottimale esistono specifici indicatori, che consentono una valutazione attualmente condivisa di benessere organizzativo, ai quali ci si può riferire per delineare un profilo di salute del-

l'organizzazione [27]. Qui di seguito, lo schema mostra quattordici indicatori di standard che permettono di identificare l'incidenza dei fattori stressogeni sulla salute del singolo lavoratore e dell'organizzazione come corpo unico (Fig.2):

Figura 2. In figura i principali indicatori di salute organizzativa [27]



A partire dagli anni '90 [16,28], nello specifico, vari studi sulla salute e sicurezza sul lavoro hanno evidenziato l'ampiezza, la frequenza e l'importanza crescente delle situazioni di disagio e malessere tra i lavoratori e le lavoratrici attribuibili allo stress lavorativo. Ciò ha suscitato un crescente interesse sia a livello comunitario che nazionale per il fenomeno dello stress lavoro-correlato come dimostrato dall'Accordo Europeo sullo stress- lavoro-correlato dell'8/10/2004 e con il d.lgs. 81/08 e le successive integrazioni (s.m.i.) [29] che ricalcano quanto già presente nella Costituzione della Repubblica Italiana che sancisce la salute come diritto individuale e collettivo e impone all'imprenditore la responsabilità di tutelare l'integrità fisica e morale dei lavoratori nei luoghi di lavoro (in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, la Costituzione italiana con gli articoli 2, 32 e 41 prevede la tutela della persona umana nella sua integrità psico-fisica come principio assoluto ai fini della predisposizione di condizioni ambientali sicure e salubri). Tali normative pongono in obbligo il datore di lavoro nell'eseguire la valutazione dei rischi stress-lavoro-correlato. Sono previste diverse misure di prevenzione, riduzione ed eliminazione dello stress-lavoro-correlato [30]. In particolare, gli sforzi che vengono compiuti attualmente sono in relazione al tema della prevenzione del rischio stress-lavoro-correlato sia in un'ottica salutogenica sia un'ottica di abbassamento dei costi relativi al lavoro [31]. Seguendo La metodo-

logia per la valutazione e gestione del rischio stress-lavoro-correlato dell'INAIL [29] che si compone di una di una fase di Valutazione Preliminare e Valutazione Approfondita, tra le misure preventive troviamo misure individuali, collettive o una combinazione delle due che possono coinvolgere anche terze parti esterne all'azienda. Tali tipologie includono: misure di gestione e comunicazione che mirano a migliorare la chiarezza sugli obiettivi aziendali e sui ruoli dei lavoratori con l'obiettivo di prevenire il generarsi di stress dovuto a incertezza sugli obblighi e sui compiti aziendali [32], misure di formazione per dirigenti e lavoratori che puntano a migliorare la consapevolezza e la comprensione dello stress lavorativo, le sue possibili cause e le strategie per affrontarlo o adattarsi ai cambiamenti ed infine misure di informazione e consultazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti in merito a lamentele, richieste e suggerimenti. Per quanto riguarda le azioni correttive, sia di riduzione che di eliminazione, troviamo interventi organizzativi, tecnici, procedurali, comunicativi e formativi che includono miglioramenti nell'organizzazione del lavoro, ridefinizione delle attività, pianificazione, gestione delle risorse umane e formazione per prevenire il rischio di stress legato al lavoro. Gli interventi di gestione dello stress possono essere classificati in base al livello di azione (organizzativi, legati al contenuto del lavoro o al compito, individuali) o al grado di prevenzione (primaria, secondaria, terziaria).

- Prevenzione primaria mira a ridurre le fonti di stress, agendo sulle cause e i determinanti.
- Prevenzione secondaria mira a potenziare le strategie di gestione dello stress dei lavoratori.
- Prevenzione terziaria si concentra sulla gestione degli effetti negativi una volta che lo stress è già presente.

Secondo l'Accordo Sociale Europeo sullo stress lavoro-correlato, quando non ci sono competenze interne sufficienti nell'azienda, possono essere chiamati esperti esterni, come previsto dalla legislazione europea e nazionale e dagli accordi collettivi. La Direttiva 89/391 CEE stabilisce che, se le competenze interne non sono adeguate, il datore di lavoro è obbligato a ricorrere a competenze esterne. Lo psicologo infatti potrebbe essere incluso nel Dipartimento di Prevenzione, nel Servizio Prevenzione e Protezione o collaborare come esperto esterno all'azienda. In particolare, le attività per cui è consigliabile rivolgersi allo psicologo possono essere diverse come la valutazione del rischio stress-lavoro-correlato, la formazione dei valutatori che utilizzano le metodologie di valutazione, la progettazione e gestione degli interventi correttivi, la valutazione approfondita dei fattori di rischio ed infine la valutazione dei singoli lavoratori che richiedono un esame specifico al Medico Competente per il rischio stress-lavoro-correlato. È importante sottolineare che purtroppo la presenza e il coinvolgimento dello psicologo non sono obbligatori, salvo i casi sopracitati, ma il ricorso a tale figura contribuisce in modo significativo alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Per molto tempo si è guardato alle risorse umane con uno sguardo giuridico-economico, ma negli ultimi tempi si è iniziato a prendere in considerazione gli aspetti umani, relazionali, emozionali delle risorse umane [33]. Lo

psicologo del lavoro, delle organizzazioni e della comunità, è la figura professionale preposta a svolgere attività relative alle risorse umane, tra cui l'individuazione e l'assunzione dei lavoratori, ma anche lo sviluppo e la promozione delle capacità della forza lavoro e dell'organizzazione. Dopo la laurea in Scienze e tecniche di psicologia cognitiva o in Psicologia Generale, infatti per divenire psicologo del lavoro e delle organizzazioni è possibile continuare con una laurea magistrale in Psicologia del lavoro e delle organizzazioni oppure prendere un indirizzo di specializzazione clinica per poi completare la formazione con un master in risorse umane. In particolare oggi la figura professionale dello psicologo del lavoro risulta essere imprescindibile per tutte quelle aziende che vogliono puntare sul benessere dei lavoratori ed organizzativo poiché, grazie alla sua formazione professionale, questa figura è formata per possedere una serie di competenze, tra cui:

- nozioni generiche sulle modalità di funzionamento organizzativo interno delle aziende;
- conoscenze relative ai principi di selezione e inserimento del personale;
- conoscenze tecniche e professionali più specifiche sui metodi e strumenti per la valutazione e lo sviluppo del personale;
- competenze relative ad ascolto, comunicazione, empatia e capacità relazionali [34]
- conoscenze informatiche e linguistiche (almeno una lingua straniera).

#### *5.1 Conoscenze e competenze utilizzate al fine di:*

- cercare e selezionare il personale
- verificare un adeguato benessere organizzativo
- effettuare tutte le operazioni relative alla formazione professionale e al coaching aziendale
- valutare le performance interne
- gestire la comunicazione, i conflitti interni e le crisi

#### *5.2 Tra i vari compiti e doveri che uno psicologo del lavoro può assumersi si possono ricordare:*

- l'elaborazione di specifici profili personali delle risorse umane nel processo di selezione e valutazione delle loro caratteristiche e capacità
- la valutazione del personale dopo il reclutamento
- attività di counseling, orientamento professionale e consulenza aziendale individuale per il lavoro e per la carriera
- l'analisi delle competenze dei dipendenti e il rapporto tra le capacità che dimostrano e quelle che effettivamente sono loro richieste da parte della società [35].

Il tema del benessere organizzativo nelle amministrazioni sanitarie è di vitale importanza per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e per il miglioramento dei servizi offerti [36, 37, 38]; non basta quindi ottenere un elevato grado di efficienza e prestazioni di alto livello ma è essenziale che all'interno dell'organizzazione si crei un ambiente salutare. Questo significa in primis sfruttare appieno le abilità e il potenziale

del capitale umano a disposizione. Nel contesto specifico delle organizzazioni sanitarie, la cultura organizzativa può essere considerata un processo di apprendimento in evoluzione, come suggerito da Schein. Questo processo è in costante cambiamento e può essere influenzato attraverso diversi interventi, come indicato da Avallone [23]. Da uno studio [39] sullo stress-lavoro-correlato in ambito sanitario, sono stati dunque identificati 7 parametri oggettivi di rischio psico-sociale: lavoro sotto organico, il rapporto tra numero di pazienti e numero di operatori in servizio, il numero di operatori assenti per malattia ed operatori in servizio, numero di salti riposo dovuti ad una richiesta e/o carico lavorativo inaspettati, numero di giorni di assenza per malattia, numero di pazienti deceduti durante o immediatamente dopo il periodo di ospedalizzazione, numero di infortuni lavorativi, determinanti esposizione a rischi biologici [40]. Il tema del benessere e della salute nelle organizzazioni sanitarie ha assunto poi particolare importanza durante la pandemia da Covid-19 poiché ha messo in risalto da una parte le carenze nella gestione delle risorse umane nelle amministrazioni pubbliche e sanitarie [41], dall'altro ha comportato per gli operatori sanitari più rischi da lavoro correlato [42]. Oltre i rischi fisici, come la possibilità di contrarre il virus, causata anche dalle scarse risorse e attrezzature di protezione, si prendono in considerazione il rischio di stress emotivo e psicologico riguardante la gestione in emergenza dei pazienti unita alla paura di contrarre il virus e alle lunghe ore di lavoro, ai turni estesi e straordinari, a causa dell'aumento dei casi e della pressione degli ospedali. In particolare, gli operatori sanitari sono più a rischio di burnout [43], tale sindrome lavoro-correlata caratterizzata da insoddisfazione lavorativa, sfianamento, stati emotivi di estraneazione, infine spesso porta alla fuoriuscita dal mondo lavorativo [44]. La situazione di emergenza sanitaria ha richiesto cambiamenti significativi nelle procedure e nelle pratiche cliniche, costringendo gli operatori sanitari a adattarsi rapidamente alle nuove esigenze. Come si evince dal modello di Karasek et al. [45] richieste lavorative (job demands) alte e un margine di controllo (decision latitude) bassi, determinano lavori ad alta tensione psicologica (high strain jobs). La tensione psicologica si può manifestare come ansia, depressione e vari disturbi psicosomatici. Infatti gli operatori sanitari in pandemia sono stati esposti a rischi più alti di sperimentare sintomi di ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico e ciò ha avuto un impatto sulla salute mentale degli operatori e sulla loro capacità di fornire cure di alta qualità. Esplorare il concetto di benessere organizzativo nelle istituzioni sanitarie costituisce una sfida complessa [46]. Attualmente, il valore del capitale umano nel settore sanitario ancora si limita ad una mera valutazione dei costi operativi degli operatori, ignorando il loro potenziale contributo all'efficacia ed efficienza delle aziende in cui operano. È importante riconoscere che un investimento adeguato nel capitale umano, attraverso la cura e l'aggiornamento costante, può preservare e migliorare le prestazioni nel tempo, a differenza del capitale fisico, che tende invece diventare obsoleto. Inoltre, il capitale umano condivide cultura e conoscenza, diventando un elemento cruciale per ottimizzare l'utilizzo del capitale fisico all'interno dell'organizzazione. Gli operatori sanitari, indipendentemente dalla loro posizione, svolgono un ruolo chiave nell'identità dell'azienda sanitaria. Le loro azioni sono

strettamente interconnesse, e, in modo simile a qualsiasi comunità sociale, richiedono una struttura organizzativa ben definita per esprimere appieno il loro potenziale. Questa struttura organizzativa non si limita alle regole e alle leggi stabilite gerarchicamente, ma comprende anche la struttura implicita che favorisce la collaborazione costruttiva tra i gruppi di operatori nel loro lavoro quotidiano. Questa collaborazione è fondamentale per creare significato e senso sia a livello individuale che collettivo all'interno del contesto lavorativo [47, 48]. All'interno delle organizzazioni sanitarie, dove si pone un' enfasi fondamentale sulla centralità della persona, diventa ancor più cruciale considerare la sofferenza che può legare i pazienti e gli operatori in un legame ad alto impatto emotivo. Sorge quindi la domanda: come è possibile mettere la persona al centro, sia essa un cittadino, un utente, un cliente o un paziente, se non si creano le condizioni affinché i lavoratori, essi stessi persone, siano in grado di prendersi cura degli altri? Un lavoratore che si trova in condizioni di malessere deve poter affrontare il proprio disagio per essere in grado di prendersi cura degli altri. Bisogna quindi considerare il benessere degli operatori non solo in termini di psicopatologia o di stress individuale ma in un'ottica sistemica, di gruppo, di comunità, di organizzazione [49]. Acquisisce rilievo l'esperienza condotta dal Team di Psicologia della Salute presso l'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) Qualità e Umanizzazione dell'ASLNapoli1Centro. È stato condotto uno studio pilota per l'implementazione di un "sistema di rete" cooperante all'interno dell'ASL Napoli 1 Centro a favore del miglioramento della qualità dell'assistenza. L'elemento fondamentale e pregnante è stato lo sviluppo dei "Salotti Virtuali del Benessere", concepito per promuovere una cultura salutogenica e sensibilizzare la comunità rispetto al tema della salute e del benessere durante la pandemia da Covid-19, utilizzando nuove piattaforme e strumenti di social network [50]. Questi salotti virtuali hanno consentito ai partecipanti di esplorare cinque "Chiavi" per aumentare la consapevolezza di sé stessi e del proprio benessere psicofisico, con l'obiettivo di potenziare la resilienza e migliorare l'equilibrio psicofisico. L'obiettivo è stato comprendere le condizioni e i meccanismi che favoriscono il miglioramento dello stato di salute individuale [51], promuovendo comportamenti sani e corretti. Il progetto è stato strutturato seguendo quanto esposto nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che conferisce un ruolo di primaria importanza alle nuove tecnologie integrate, riaffermando l'importanza della medicina territoriale all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Una serie di strategie, basate sulla collaborazione in rete, sono delineate sotto il termine "Sanità Pubblica di Prossimità" (SPP). In questo contesto, il concetto di "prossimità" [52] è stato reinterpretato come l'approccio volto a prendersi cura delle persone attraverso nuovi modelli organizzativi della sanità, mirando a sgravare l'utenza dai congestionati centri ospedalieri. Questo approccio innovativo si basa sulla combinazione della relazione reciproca e di tecniche anti-stress, come la mindfulness, la bioenergetica e l'arteterapia, con l'obiettivo di aumentare la resilienza e rafforzare l'equilibrio psicofisico. Questo rappresenta un'opportunità per promuovere una comunicazione più ampia tra operatori sanitari e pazienti che desiderano affrontare disagi e difficoltà, al fine di comprendere le condizioni e i meccanismi che favoriscono

il miglioramento del proprio stato di salute e promuovere comportamenti corretti [53]. Inoltre, questo metodo invita a considerare le problematiche dei destinatari in termini di risorse interne o sociali, con l'obiettivo di identificarle, stimolarle e potenziarle. Ciò che ha reso questo progetto innovativo è la sua trasversalità su tre livelli: informativo, interattivo e interventivo. Dimensione gruppale e non individuale. Nel dettaglio, il programma standard dei Salotti del Benessere© [50] è stato strutturato intorno a diverse tematiche affrontate mensilmente. L'iniziativa dei "Salotti Virtuali del Benessere" ha riscosso un notevole successo in soli 3 mesi, con 1589 visualizzazioni e circa 300 partecipanti in diretta, indicando un alto grado di gradimento. Circa il 70% dei partecipanti ha riferito un miglioramento delle proprie abilità nel gestire lo stress, prendersi cura della propria salute e adottare comportamenti più sani. Inoltre, il 50% ha dichiarato che queste percezioni hanno portato a cambiamenti effettivi nei loro comportamenti, accompagnati da una maggiore capacità di autoriflessione [54]. I focus group, che hanno permesso ai partecipanti di descrivere la loro esperienza, hanno registrato parole chiave con significati profondi in termini di comunicazione e relazioni, come espressione, armonia, confronto, cambiamento, tranquillità, tempo per sé stessi, piacere, compagnia, rilassamento, evasione e benessere [54]. Questa metodologia innovativa, in un momento critico sia per l'utenza che per il personale, con la creazione di un gruppo di supporto in cui poter dar voce alle proprie emozioni e nel contempo informarsi e formarsi sui rischi per la salute, ha motivato in maniera positiva ed ha mitigato i fattori di rischio psico-sociale. Nell'ottica della salvaguardia o costruzione del benessere organizzativo che ci illustra l'istituzione di un gruppo di lavoro così come evidenziato da Baratti, l'istituzione di un gruppo di lavoro è la tutela del benessere organizzativo nelle aziende sanitarie [55, 56, 57, 58].

## **6. Benessere organizzativo e politiche economiche espansive**

Le valutazioni circa il benessere organizzativo tengono maggiormente conto ciò che di più caratteristico dell'essere umano ossia la sua complessità sia come individuo sia a livello sociale; complessità tale da indurre a ricercare connessioni tra fattori che incidono sul benessere organizzativo appartenenti ciascuno a vari e disparati piani di indagine. In particolare la "qualità" ed il livello di benessere all'interno delle organizzazioni di riferimento dei sistemi sanitari, che si sono sviluppati grazie "all'interventismo statale", sono strettamente collegate alle caratteristiche organizzative dello Stato ed al rispettivo ruolo nell'economia legati, a loro volta, al paradigma socio-culturale ed economico in essere, nel periodo storico di riferimento. Difatti, non si possono non tenere conto delle implicazioni favorevoli di una politica economica "espansiva" intrapresa dall'Italia tra gli anni '50 e '60 che hanno permesso lo sviluppo ed il mantenimento dello Stato Sociale, Welfare State [59]. Tale politica economica, basata sul progresso tecnologico-scientifico (e non semplice impiego di forza lavoro in opere pubbliche) sul dirigismo nazionale (e non semplice interventismo di stampo Keynesiano) e credito nazionale (e non semplice monetarismo basato

sul concetto di banca centrale indipendente) ha contribuito allo sviluppo e al consolidamento delle industrie nazionali che, unitamente alla contribuzione fiscale, hanno rappresentato delle importanti e sostanziose voci di entrata sulle quali si è retto il nostro Stato Sociale o Stato del Benessere e quindi il connesso apparato organizzativo delle PP.AA. coinvolte. Almeno fino a quando non sono mutate le condizioni socio-culturali ed economiche, in seguito al cambio del paradigma culturale introdotto dalla controrivoluzione del “sesso, droga e rock’n’roll” da cui è derivata, a sua volta, una diversa concezione antropologica dell’uomo inteso non più come uomo produttore dedito al futuro ed alla posterità, ma un essere sensuale, dedito al “vivere per vivere, l’importante è godere” e che trasformò il sistema economico da produttivo a consumistico. Un ruolo fondamentale in questa svolta l’hanno giocato l’ideologia ambientalista e quella liberista. La prima, partendo da una concezione pessimistica della natura umana, di tipo parassitario, ha contribuito a burocratizzare i sistemi legislativi, tanto da rendere impossibile l’intervento efficace degli amministratori sui territori, bloccando così il continuo ammodernamento infrastrutturale e produttivo della società, la seconda sostituendo all’idea del bene comune, come vera stella polare dell’azione politica, la legge della domanda e dell’offerta. Queste ideologie hanno di fatto bloccato la crescita economica favorendo la progressiva “disintegrazione controllata dell’economia”. La Disintegrazione controllata dell’economia è stata avviata con la rottura degli accordi di Bretton Woods del 15 agosto 1971, per decisione unilaterale del presidente americano Richard Nixon seguita, nel marzo del 1973, dai paesi europei, con il quale si è avviato un processo di finanziarizzazione dell’economia che subordina la realtà fisico-economica alle dinamiche speculative grazie anche all’adozione di un sistema di cambi fluttuanti [60]. Il processo si sviluppa seguendo lo schema solito: liberalizzazioni-privatizzazioni grazie a cui consentire l’entrata di nuovi player nel settore di riferimento; finanziarizzazione del settore attraverso la creazione di una piramide di strumenti finanziari che trovano la loro ragion d’essere nel sottostante economico-fisico. All’interno di questo processo, per quanto riguarda l’Italia, a metà degli anni ‘70 il paese entra sotto la supervisione del Fondo Monetario Internazionale ed incomincia ad aderire a politiche liberiste o meglio neo-liberiste che facilitano il suddetto processo di finanziarizzazione dell’economia [59]. Le politiche neoliberiste sono l’applicazione concreta del neoliberismo, un’ideologia che ha come premessa la “visione” di un mondo ideale in cui domanda, inflazione, disoccupazione funzionano alla stregua di forze naturali. Il mercato - ecosistema in grado di autoregolarsi - darebbe vita all’esatto numero di prodotti al prezzo esattamente adeguato, realizzati da lavoratori che percepiscono salari perfettamente sufficienti a comprare quei prodotti: un mondo perfetto di piena occupazione, creatività (ma di che tipo non è dato sapere) e, soprattutto, crescita perpetua. Questa “visione” rende la dottrina economica più una ideologia che un modello scientifico con qualche evidenza storica. Il fine, invece, è quello di promuovere a tutti i livelli una presunta scientificità nell’assioma per cui se gli individui agiscono secondo i propri egoistici interessi, creano benefici massimi per tutti. Se qualcosa va storto - inflazione sale, la crescita diminuisce - l’unica spiegazione è che il mercato non è abbastanza libero.

La soluzione, ovvero i mezzi per creare la società perfetta, è un'applicazione più rigida e più completa delle norme fondamentali (le cosiddette "Riforme"). Sulla base di questa ideologia, la politica del FMI e quindi la ricetta propugnata per l'Italia, si traduce in tagli alla spesa pubblica, in politiche di riduzione dell'import e di aumento dell'export, di aperture delle frontiere alla circolazione dei capitali che portano, ad una generica deindustrializzazione e deinfrastrutturazione del Paese. Tutto ciò però porta alla distruzione della capacità produttiva, la distruzione dello Stato sociale, la riduzione della capacità di acquisto reale delle fasce medie e basse di reddito. A ciò si aggiunge la "denazionalizzazione" nel 1981 della Banca d'Italia che viene nettamente separata dal Ministero del Tesoro, in ossequio al dogma liberista della necessaria indipendenza della banca centrale. Di conseguenza, lo Stato non è più messo in grado di decidere i tassi di sconto sul debito pubblico perché decisi dal mercato. L'azione combinata delle su esposte politiche imposte dal FMI con la determinazione dei tassi di sconto da parte del mercato, portano ad un aumento del debito pubblico italiano, con una manifesta accelerazione ed impennata proprio dall'inizio degli anni '80 in poi. E questo rappresenterà il pretesto per la progressiva distruzione dello Stato sociale in Italia e quindi dello Stato del Benessere.

## 7. Criticità e spunti di riflessione

La prospettiva che si apre arricchisce il panorama del benessere all'interno dei luoghi che si occupano della salute pubblica per offrire prestazioni di psicologia del lavoro agli operatori sanitari [60,61,62]. Inoltre attraverso la comprensione del ruolo svolto dagli psicologi del lavoro a favore del benessere organizzativo [63] si vuole implementare un ampliamento delle piante organiche delle aziende sanitarie che prevedano questa specifica figura professionale [64,65]. L'azione politica sarà sinergica alle università, alle associazioni, enti ed istituzioni che si occupano di psicologia e medicina del lavoro. Le principali criticità riscontrate riguardano la figura dello psicologo del lavoro e delle organizzazioni e il suo ruolo all'interno delle amministrazioni sanitarie [66, 67]. In particolare, si riscontra che lo stress-lavoro-correlato è trattato esclusivamente come problematica individuale, rimandando la persona, che sia cliente esterno o un dipendente della struttura sanitaria, al Dipartimento di Salute Mentale [68, 69]. Come mai è presente un ambulatorio di medicina del lavoro nel Dipartimento di Prevenzione (focalizzato sui problemi muscolo-scheletrici e sui problemi relativi all'intossicazione da amianto) che pur prevedendo un centro di ascolto per lo stress lavoro correlato non prevede la figura dello Psicologo del lavoro? Nel momento in cui si verifica una problematica relativa allo stress-lavoro-correlato l'utente esterno o il dipendente viene infatti inviato al Dipartimento di Salute Mentale ed il caso viene affidato ad uno psichiatra. Si sottolinea dunque che il problema da stress-lavoro-correlato voglia essere, soprattutto all'interno dell'amministrazione sanitaria, un problema gestito a livello individuale e giammai con un'ottica sistemica a livello organizzativo e strutturale. Si evidenzia un'ulteriore perplessità che riguarda l'allocazione delle risorse. Ci si domanda perché la relazione con le risorse umane e nello

specifico la loro allocazione sia di esclusiva competenza e gestione di personale amministrativo se come abbiamo visto la figura professionale dello psicologo del lavoro è formata e possiede competenze relative anche a questo ambito. La gestione dell'allocazione e delle relazioni con le risorse umane è di vitale importanza poiché punto essenziale del senso di efficacia, motivazione e soddisfazione lavorativa, soprattutto nelle aziende sanitarie che sono sottoposte a più rischi psico-sociali. La figura dello psicologo del lavoro e delle organizzazioni può essere utilizzata in maniera efficace anche nella formazione, nell'inserimento ed accoglienza del nuovo assunto, nella formazione di un gruppo di lavoro e, in generale, nello gestire le dinamiche di gruppo, come l'in-group e l'out-group, la gestione dei conflitti e dei confini. In ultima analisi abbiamo visto che il benessere e la salute individuale e organizzativa è strettamente legata al concetto di clima e di cultura organizzativa; ma a tal proposito nelle aziende sanitarie non sono presenti psicologi del lavoro e dell'organizzazione che si occupino di questi aspetti seppure così importanti soprattutto nell'ambito della salvaguardia di tali dimensioni e nella formazione di tutto il personale.

## BIBLIOGRAFIA

1. Agrusta, M., Indelicato, L., Lastretti, M., & Caggiano, G. (2020). Stress e burnout ai tempi del Covid-19.
2. Reborá, G., Minelli, E., & Turri, M. (2003). Profili di management e leadership nelle aziende italiane.
3. Damico, V., Murano, L., Demoro, G., Russello, G., Cataldi, G., & D'Alessandro, A. (2020). Sindrome di Burnout tra il personale infermieristico italiano durante l'emergenza COVID-19. Indagine conoscitiva multicentrica. *Professioni Infermieristiche*, 73(4), 250-257.
4. Levati, W., & Sarao, M. V. (2007). Il modello delle competenze: Un modello originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e nello sviluppo delle risorse umane. Milano: Franco Angeli.
5. Guerra, G. (1992). La Psicologia del lavoro nelle strutture ospedaliere. *Acta Psychologica*, 3, 23/10/2018.
6. Diamare, S., Cinquegrana, G., D'Anna, E., Glorioso, A., Galluccio, F. M., Matarazzo, G., Minutella, M. P., Verde, S., & Corvino, M. (2022). Valutazione della qualità della relazione tra operatore sanitario e paziente/caregiver durante la pandemia da Covid-19: una review. *Journal of Advanced Health Care*.
7. Diamare, S., & Polito, G. (2010). La prevenzione del Burn-out e la gestione del rapporto operatore paziente. In Libro degli abstract del VIII Congresso Nazionale.
8. *VIII Congresso Nazionale, La Salute Come Responsabilità Sociale Condivisa*, 1-2-3-4- Ottobre 2008, Atti del convegno, Vaggelli, I., Lavorare sulle competenze nei gruppi di pari. Rovigo: SIPS.
9. Schein, E. H. (2001). La Consulenza di Processo: Come costruire le relazioni di aiuto e promuovere lo sviluppo organizzativo. Milano: Raffaello Cortina Editore.
10. Diamare, S. (2010). Empowerment psicocorporeo. Per il BenEssere dell'operatore d'aiuto. *ORIONE - Rivista di approfondimento culturale della Fondazione SINAPSI*, 6(18), "Lavoro".
11. Verdoliva, C., Corvino, M., Ciarfera, M., Diamare, S., Papa, M., Auriemma, G., Costagliola, E., Chiaro, M., D'Anna, E., Glorioso, A., & Goretti, M. (2021). Health Advocacy and Psycho-body empowerment: An effective Salutogenic Model to fight Burnout syndrome addressed to Health Managers, Health and Social Workers. *Journal of Advanced Health Care*, 07/09/2021.
12. Cesari Lusso, V. (2007). Dinamiche e ostacoli della comunicazione interpersonale. Gardolo (TN): Erickson.
13. Cappuccitti, E. M., & De Carolis, U. (2006). Il valore delle persone in azienda. Milano: Franco Angeli.
14. Nardone, G., Mariotti, R., Milanese, R., & Fiorenza, A. (2007). La terapia dell'azienda malata: Problem solving strategico per organizzazioni. Milano: Ponte alle Grazie Editore.
15. Magnani, M., & Majer, V. (2011). Rischio stress lavoro-correlato: valutare, intervenire, prevenire. Milano: Raffaello Cortina.
16. Ashleigh, M., Mansi, A., & Di Stefano, G. (2017). Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Torino: Pearson Editore.
17. Avallone, F. (2016). Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni. Roma: Carocci Editore.
18. Candidato, I., Relatrice, L., Fichera, S. M. I., & Colombo, L. (2022). Psicologia del lavoro: la consulenza per le organizzazioni.
19. De Simone, S., & Tomo, A. (2019). Benessere organizzativo in sanità: una review della letteratura.
20. Quaglino, G. P. (2011). La vita organizzativa. Milano: Raffaello Cortina Editore.
21. De Simone, S., & Tomo, A. (2019). Benessere organizzativo in sanità: una review della letteratura.
22. Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers III, J. J., & Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(2), 747-756.

23. Marini, F., & Mondo, M. (2008). *Il benessere nei contesti lavorativi e formativi*. Roma: Carocci.
24. Avallone, F., & Paplomatas, A. (2005). *Salute Organizzativa: Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
25. De Simone, S., & Tomo, A. (2019). *Benessere organizzativo in sanità: una review della letteratura*.
26. Ashleigh, M., Mansi, A., & Di Stefano, G. (2017). *Psicologia del lavoro e delle organizzazioni*. Torino: Pearson Editore.
27. Piccardo, C., & Colombo, L. (2007). *Governare il Cambiamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
28. Amietta, P. L. (2007). *Comunicare per apprendere: Dall'impresa-organizzazione all'impresa-comunicazione*. Milano: Franco Angeli.
29. Ashleigh, M., Mansi, A., & Di Stefano, G. (2017). *Psicologia del lavoro e delle organizzazioni*. Torino: Pearson Editore.
30. Berra, A., & Prestipino, T. (2011). *Sicurezza del lavoro e promozione del benessere organizzativo: Dalla metodologia alle esperienze*. Milano: Franco Angeli.
31. Bisio, C. (2009). *Psicologia per la sicurezza sul lavoro: Rischio, benessere e ricerca del significato*. Firenze: Giunti I.S. Organizzazioni Speciali.
32. Confindustria, C., Confartigianato, C., Claii, C., Confcooperative, C., & Legacooperative, A. G. C. I. (2008). *Accordo Interconfederale Per Il Recepimento Dell'Accordo Quadro Europeo Sullo Stress Lavoro-Correlato Concluso L'8 Ottobre 2004 Tra Unice/Ueapme, Ceep E Ces. Uapme, Ceep E Ces*.
33. Novara, F., & Sarchielli, G. (1996). *Fondamenti di psicologia del lavoro*. Bologna: Il Mulino.
34. Santoro, G. M. (2004). *Comunicare in Azienda: Fondamenti, tecniche, strumenti e tecnologie*. Milano: Ipsoa.
35. Barone, M., & Fontana, A. (2005). *Prospettive per la Comunicazione Interna e il Benessere Organizzativo*. Milano: Edizioni Franco Angeli.
36. Goleman, D. (2013). *Lavorare con intelligenza emotiva: Come inventare un nuovo rapporto con il lavoro*. Milano: Rizzoli.
37. De Carlo, N. A. (Ed.). (2010). *Teorie & strumenti per lo psicologo del lavoro e delle organizzazioni*. Milano: Franco Angeli.
38. Converso, D. (2012). *Benessere e qualità della vita organizzativa in Sanità* (pp. 1-208).
39. Caramia, G., Rappagliosi, C. M., Favretto, G., Ravizzi, G. (2006). *Aziende sanitarie e clima organizzativo*. DiPAV - QUADERNI, 17.
40. Rozbowski, P., Gabassi, P.G., & Gregori, D. (2001). *La sindrome del burnout: metodologie di analisi in prospettiva "prognostica"*. Milano: Franco Angeli.
41. Di Blasi, F., Catania, L., Celsa, R., Iacono, A., Miccichè, G., & Sapuppo, M. F. (2010). *Il benessere organizzativo in sanità ripensare le organizzazioni*. In URP ASP Palermo, UO Chirurgia Oncologica AOUP Palermo, CEFPAS Caltanissetta, UO Qualità AORNAS Civico Palermo, & UO 2°Rianimazione AORNAS Civico Palermo.
42. Albertini, S., De Plato, G., Sarchielli, G., (2015). *Profili di leadership medica*. Bologna: Bononia University Press.
43. Pisanu, E., Biecher, E., Di Benedetto, A., Infurna, M. R., Rumiati, R. I., & superiore di studi avanzati Sapienza, S. (2020). *Sostegno psicologico agli operatori sanitari durante le emergenze: l'esperienza italiana con il Covid-19*.
44. Vicentini, M. A. (2023). *Burnout e Covid-19 Effetti psicologici della pandemia sulle professioni sanitarie*.
45. Bordin, M. (2022). *La percezione del lavoro nei contesti sanitari: Uno sguardo al fenomeno del Burnout in una prospettiva post-pandemica*.
46. Giorgi, G., & Majer, V. (2009). *Mobbing: virus organizzativo: prevenire e contrastare il mobbing e i comportamenti negativi sul lavoro*. Firenze: Giunti O.S.
47. Janssen, O. (2002). *Job demands, perceptions of effort-reward fairness and innovative work behaviour*. University of Groningen, The Netherlands.

48. Capodilupo, A., De Bonis, A., De Gironimo, A., Di Pinto, N., & Nobili, M. (2022). *Coordinatore infermieristico e burnout: assessment, azioni preventive e correttive*.
49. Caporello, L., & Magni, M. (2011). *Come gestire e migliorare il lavoro di squadra*. Milano: Egea.
50. Quaglino, G. P., & Cortese, C. G. (2003). *Gioco di Squadra: Come un gruppo di lavoro può diventare una squadra eccellente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
51. Verdoliva, C., Corvino, M., Ciarfera, M., Amato, F., Diamare, S., Cinquegrana, G., D'Anna, E., Glorioso, A., Paone, F., & Papa, M. (2021). *Studio Pilota Enterprise 2.0. Per il miglioramento della qualità*. In *La Salute umana* (n. 284, pp. 2021 ottobre- dicembre). Perugia: Cultura e Salute Editore.
52. Agosti, A. (2006). *Gruppo di Lavoro e Lavoro di Gruppo: Aspetti pedagogici e didattici*. Milano: Franco Angeli.
53. Diamare, S., Cinquegrana, G., D'Anna, E., Glorioso, A., La Pignola, L., Liuzzi, A., Valente, R., Verde, S., Longanella, W., & Corvino, M. (2021). *Umanizzazione del rapporto operatore sanitario-utente e miglioramento della qualità dei servizi*. In *La Salute umana* (n. 283, pp. 2021 luglio - settembre). Perugia: Cultura e Salute Editore.
54. Diamare, S., Cinquegrana, G., D'Anna, E., Glorioso, A., Goretti, M., & Scia, S. (2021). *I Salotti Virtuali del Benessere*. In *La Salute umana* (n. 283, pp. 2021 luglio- settembre). Perugia: Cultura e Salute Editore.
55. Chiusolo, I., & Bronzini, M. (2022). *R-ESISTENZA: i racconti degli operatori sanitari tra contrasti organizzativi, emotivi e professionali*. *Scenario*, 39, 92-94.
56. Diamare, S. (2010). *Empowerment psicocorporeo come strategia di BenEssere e prevenzione del burn out nei servizi di cura*. *Rivista Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, 4/2010, 390-404.
57. Diamare, S. (2022). *Lavoro e innovazione. Il lavoro influisce sulla salute delle persone*. *ORIONE - Rivista di approfondimento culturale della Fondazione SINAPSI*, Anno 6 n. 18 "Lavoro".
58. Fischetti, A. (Ed.). (2009). *La Gestione delle Risorse Umane: Processi e Strumenti*. Milano: Alpha Test Edizioni.
59. Fransella, F., & Dalton, P. (2007). *Il Counseling dei costrutti personali: Teoria e pratica*. Gardolo (TN): Erickson.
60. Magni, M. (2014). *L'arte di essere un leader*. Roma: Newton Compton editori.
61. (2008). *Compendio di Organizzazione Aziendale (3rd ed.)*. Napoli: Edizioni Giuridiche Simone.
62. Mastromarino, R. (2013). *La gestione dei gruppi: Le competenze per gestire e facilitare i processi di gruppo*. Milano: Franco Angeli.
63. Tropea, G. (2016). *Il giudice amministrativo, giudice dell'economia: L'intervento pubblico nell'economia*, 567.
64. Malacche, C., & Le Iter, M. P. (2006). *Burnout e Organizzazione: Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Gardolo (TN): Erickson.
65. Borgognoni, L. (Ed.). (2005). *Valutazione e Motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni*. Milano: Franco Angeli.
66. Biggio, G. (2007). *Il Counselling Organizzativo: Origini, specificità, sviluppi applicativi della relazione d'aiuto nelle organizzazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
67. Edelman, R. J. (2008). *Conflitti interpersonali nel lavoro: analizzarli e risolverli senza aggressività né passività*. Gardolo (TN): Edizioni Erickson.
68. Amar, P. (2010). *Psicologia per manager*. Milano: Franco Angeli.
69. Majer, V., Marcato, A., & D'Amato, A. (2002). *La dimensione psicosociale del clima organizzativo*. Milano: FrancoAngeli.