

Analisi del Clima Aziendale e del Benessere Lavorativo

Donato Mangino | Consulente Organizzativo

Casa di Cura Privata Città di Bra · Indagine 2026

Rif. D.Lgs. 81/2008, art. 28 — Valutazione rischi stress lavoro-correlato



Chi Sono

HR Director in contesti multinazionali

Consulente: indagini clima, benessere organizzativo,
organizzazioni complesse, Sustainability Management ESG ·
Lead Assessor Social Responsibility

Oggi: Un osservatore esterno che legge i dati senza filtri di
appartenenza.»



Il Programma — 17 Aprile 2026

15:00	Benessere lavorativo e stress lavoro-correlato 30 min
	Definizioni, modelli teorici di riferimento, quadro concettuale
15:30	Clima organizzativo e riferimenti normativi 30 min
	Metodologia di indagine — D.Lgs. 81/2008, art. 28
16:00	Presentazione dei risultati del questionario 60 min
	Analisi quantitativa e qualitativa — dati Casa di Cura Città di Bra
17:00	Discussione e confronto dei dati 60 min
	Tavola rotonda — professionisti sanitari e direzione
18:00	Conclusioni e valutazione 30 min
	Sintesi, azioni di miglioramento, questionario di gradimento ECM ✓

Il Senso del Percorso

La legge obbliga alla valutazione del rischio SLC (D.Lgs. 81/2008, art. 28).

Oggi restituiamo quella voce in forma elaborata.

- Obiettivo: identificare leve di miglioramento
- Finalità ECM: prevenzione burnout, sviluppo competenze relazionali e gestionali

Rif.: D.Lgs. 81/2008 art. 28 · Determinazione Commissione Consultiva 17/11/2010 · Accordo Stato-Regioni ECM 2017



Regole di ingaggio

- I dati sono anonimi e aggregati: nessuno è identificabile
- Questo spazio è protetto: le opinioni espresse restano in questa sala
- I dati sono una fotografia dell'organizzazione ad oggi, che devono essere interpretati in una prospettiva costruttiva
- L'obiettivo è orientarsi all'azione



Il Benessere Lavorativo: Definizione e Dimensioni

Definizione OMS (1949): il benessere è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale

4 dimensioni: fisica · psicologica · sociale · organizzativa



Il benessere come continuum: implicazioni per la gestione organizzativa.

Specificità sanitaria: carico emotivo strutturale — l'esposizione a sofferenza, morte e urgenza è un fattore di rischio cronico non eliminabile.



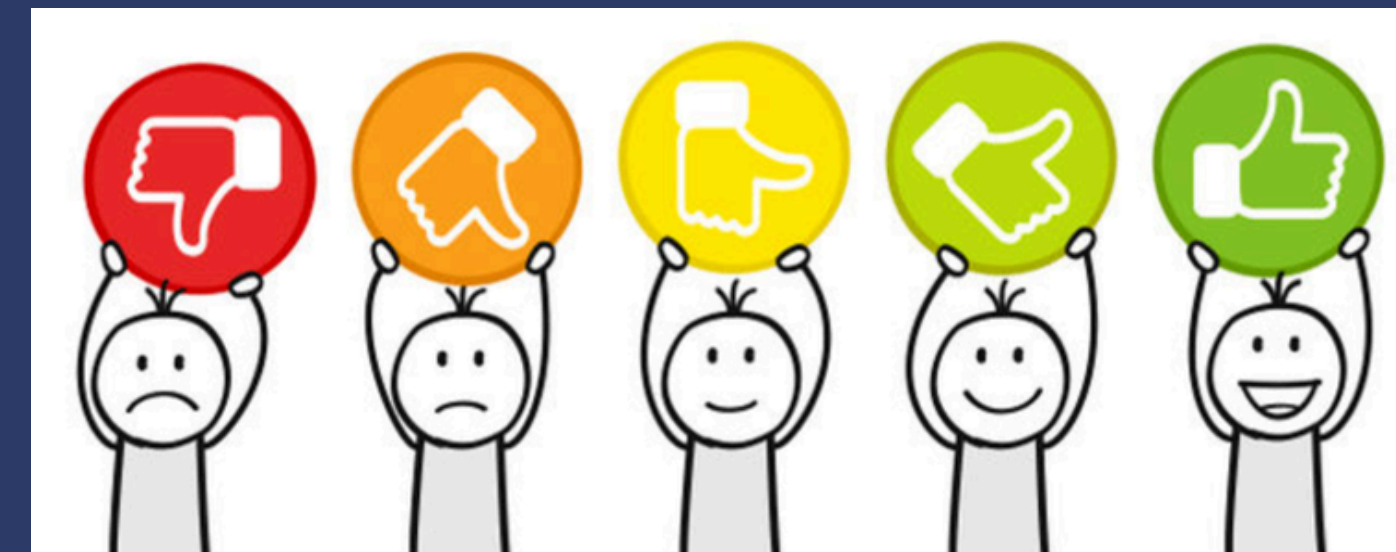
I Determinanti del Benessere Organizzativo

Fattori strutturali: organizzazione del lavoro, dotazione organica, turnistica, carichi di reparto

Fattori relazionali: stile di leadership, clima di team, supporto tra pari, comunicazione verticale

Fattori individuali: risorse personali, resilienza, coping style, percezione di autoefficacia

Modello di riferimento: WHO Indoor Environment Model
(ambiente fisico + psicosociale + risorse personali + cultura aziendale).



Lo Stress Lavoro-Correlato: Definizione Normativa

«Uno stato, che si accompagna a malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali, e che consegue dal fatto che le persone non si sentono in grado di superare i gap rispetto alle richieste o alle aspettative nei loro confronti.» Fonte: Accordo Europeo Sullo Stress da Lavoro 8 ottobre 2004

Distinzione: eustress (fisiologico, motivante) vs distress (patologico, demotivante).

Principio chiave: lo SLC non è una condizione individuale — è un fenomeno organizzativo.

Responsabilità del datore di lavoro: D.Lgs. 81/2008, art. 28, co. 1 — obbligo di valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato.



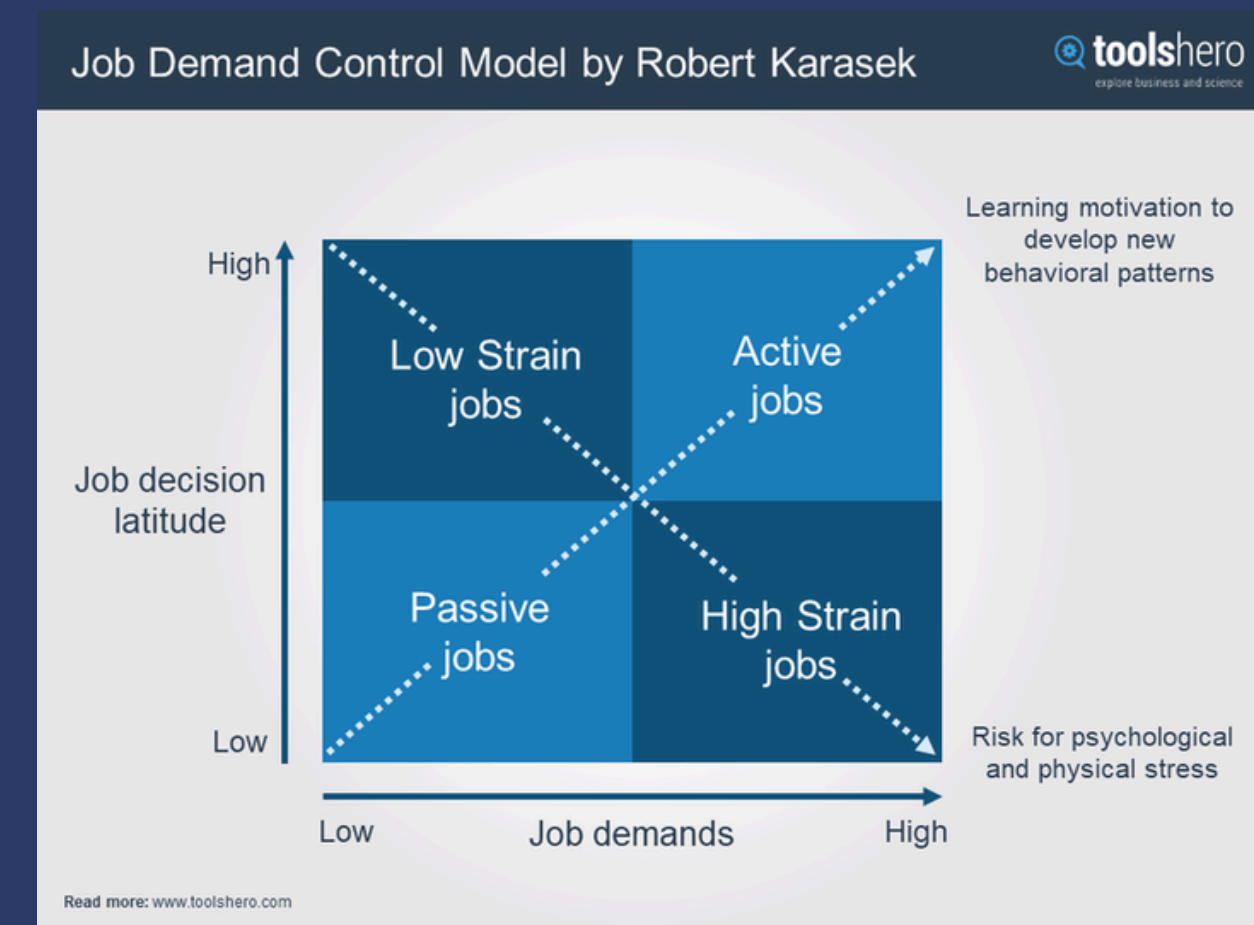
I Modelli Teorici di Riferimento

Karasek (1979) — **Job Demand-Control**: alta domanda + basso controllo = job strain.

Siegrist (1996) — Effort-Reward Imbalance: squilibrio sforzo/ricompensa come predittore di esaurimento emotivo e burnout.

Maslach (1981) — Burnout Inventory: sindrome tridimensionale — esaurimento emotivo · cinismo · ridotta efficacia professionale.

Applicazione in sanità: tutti e tre i modelli trovano evidenza empirica robusta in letteratura infermieristica italiana e internazionale.



Fattori di Rischio e Protezione

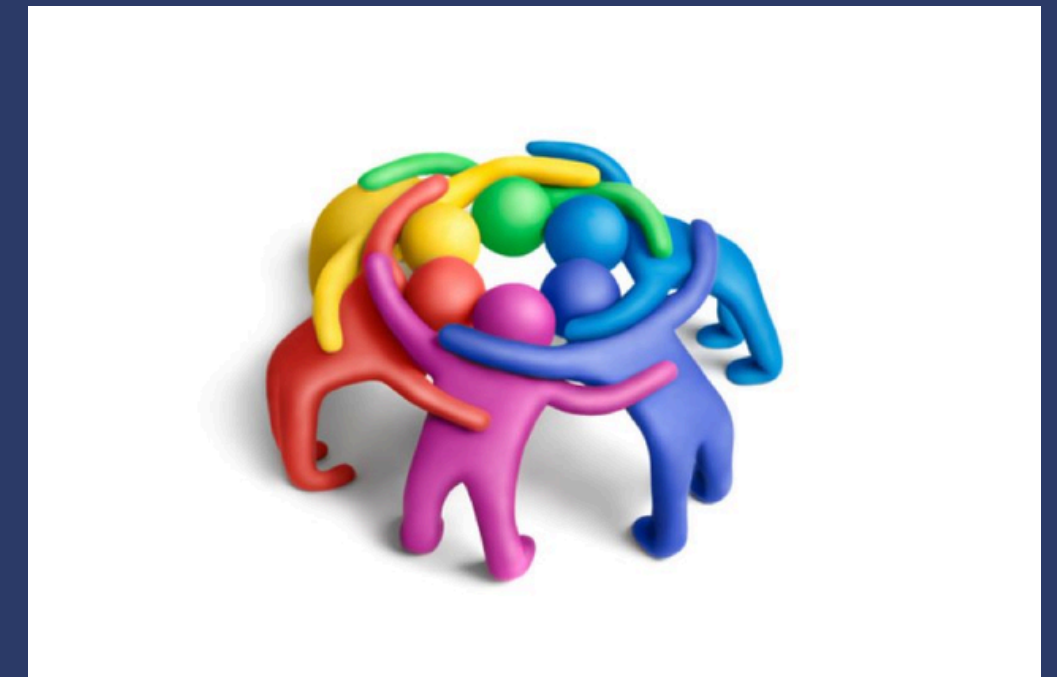
FATTORI DI RISCHIO

- Sovraccarico quantitativo (turni, straordinari, carenze organico)
- Ambiguità e conflitto di ruolo
- Comunicazione verticale carente
- Mancanza di riconoscimento professionale
- Esposizione a violenza e aggressioni
- Fatica compassionale



FATTORI DI PROTEZIONE

- Autonomia decisionale sul proprio lavoro
- Chiarezza dei ruoli e degli obiettivi
- Supporto del supervisore diretto
- Coesione del gruppo di lavoro
- Accesso a supervisione e debriefing
- Formazione continua e sviluppo professionale



Burnout e Fatica Compassionale: Specificità Sanitaria

Prevalenza: il 49,6% dei professionisti sanitari italiani dichiara di essere in burnout — il 52% tra i medici, il 45% tra gli infermieri (FADOI, 28° Congresso Nazionale, 2023 — campione $n > 2.000$).

ICD-11 (WHO 2022): il burnout è classificato come «fenomeno occupazionale» → fattore di rischio riconosciuto, non condizione individuale.

Fatica compassionale: erosione silenziosa della capacità empatica; il principale driver non è la relazione con il paziente, ma il sovraccarico organizzativo e il deficit di riconoscimento (ISTUD Sanità e Salute, Maslach Burnout Inventory, 2023–2024).

Impatto sulle cure: correlazione documentata tra clima negativo e incidenti avversi



La Prevenzione come Investimento Non Solo Etica, anche Economia

- Costo del turnover
- Assenteismo
- ROI del benessere
- Employer Branding

WHY

WORKPLACE

WELLBEING

MATTERS

Dal Benessere al Clima Organizzativo

Il benessere e il clima non sono la stessa cosa — ma sono fortemente correlati.

Il clima organizzativo è la percezione condivisa dell'ambiente di lavoro: come i professionisti vivono la leadership, la comunicazione, il riconoscimento, il carico di lavoro.

Misurare il clima è misurare uno dei determinanti chiave del benessere organizzativo.



Inquadramento Normativo di Sistema

D.Lgs. 81/2008

art. 28 co. 1 → obbligo di valutazione di tutti i rischi, inclusi quelli da stress lavoro-correlato

art. 29 co. 3 → obbligo di aggiornamento del DVR al mutare delle condizioni organizzative.

Accordo Europeo SLC 8/10/2004, recepito con Accordo Interconfederale 9/6/2008 — prima fonte definitoria: lo SLC non è patologia individuale, è fenomeno organizzativo.

Circolare Min. Lavoro n. 15/2010 — indicazioni operative: valutazione preliminare (indicatori oggettivi) + valutazione approfondita (percezione soggettiva).

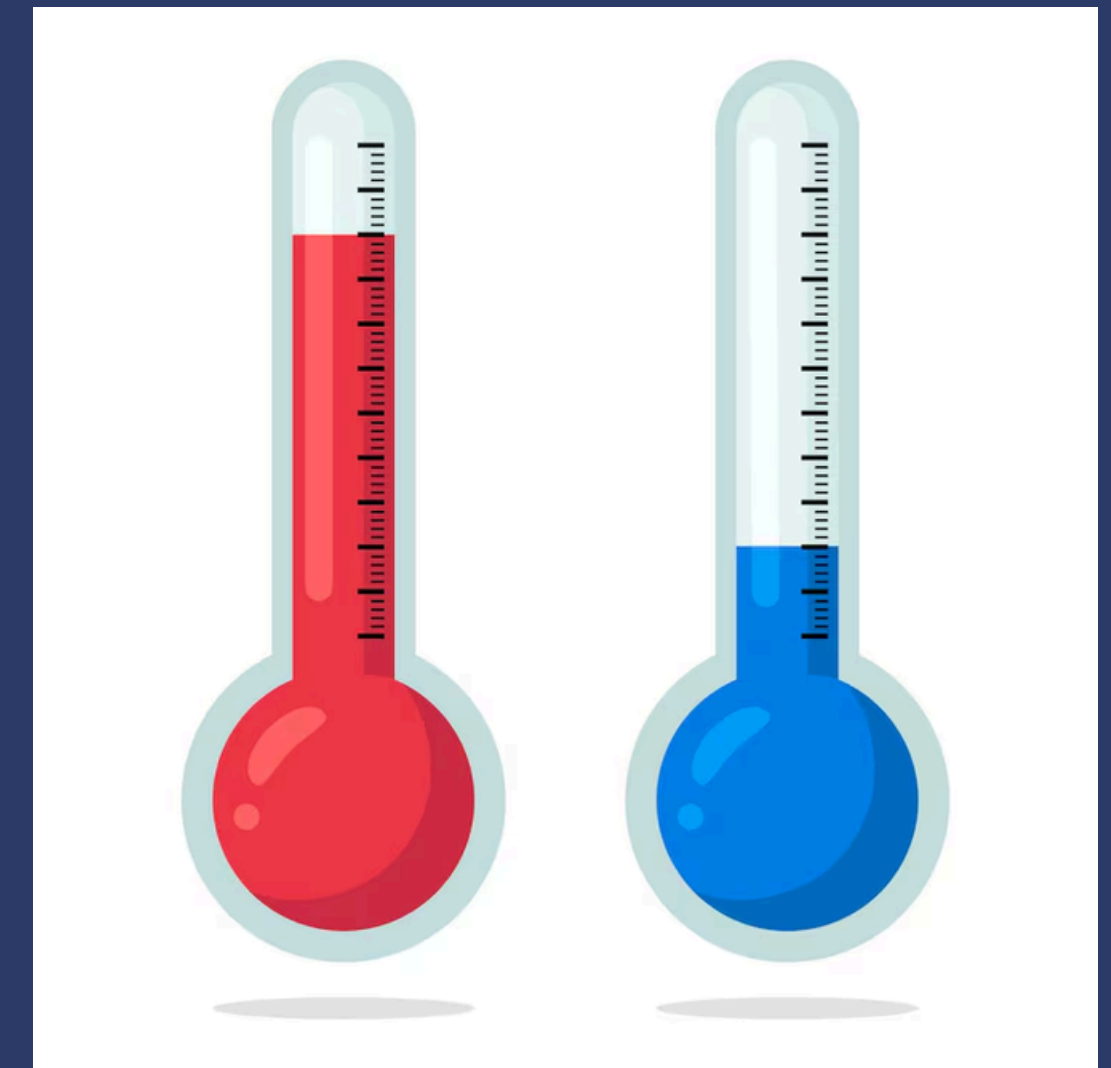
Determinazione Commissione Consultiva Permanente 17/11/2010 — metodologia nazionale validata per la valutazione del rischio SLC.



Perché Misuriamo il Clima Organizzativo

Il clima organizzativo è un indicatore di salute strutturale dell'organizzazione: misura la percezione collettiva di leadership, comunicazione, riconoscimento e carico di lavoro. Un clima disfunzionale correla con aumento di assenteismo, turnover ed errori clinici. La rilevazione periodica è adempimento preventivo rispetto ai rischi psicosociali e strumento di governance.

Rif. normativi: D.Lgs. 81/2008 art. 28 · Circ. Min. Lavoro 15/2010 · D.Lgs. 502/1992 art. 1 · L.R. Piemonte 18/2007



Il DVR e la Posizione dello SLC

Il **DVR** (art. 28 co. 2) deve documentare la valutazione SLC in due fasi:

FASE PRELIMINARE — indicatori oggettivi aggregati per unità omogenee: indici infortunistici, assenteismo per malattia, turnover, procedimenti disciplinari, episodi di violenza verso operatori (indicatore specifico sanità).

FASE APPROFONDATA — rilevazione della percezione soggettiva con strumenti validati (questionari, focus group). I risultati dell'indagine di clima devono essere formalmente recepiti nel DVR come aggiornamento della valutazione SLC, con misure correttive e tempi di attuazione.

⚠ Punto critico: ogni indagine che rileva peggioramenti rispetto alla baseline genera obbligo di aggiornamento del DVR (art. 29 co. 3) e delle misure preventive.



Figure, Ruoli e Responsabilità

DATORE DI LAVORO — titolare dell'obbligo, non delegabile (art. 17). Risponde penalmente (art. 55) e civilmente per danni da SLC non gestito.

RSPP — coordina la valutazione, propone misure correttive, aggiorna il DVR. Responsabilità civile se la prestazione è carente.

MEDICO COMPETENTE — collabora alla valutazione (art. 25 co. 1 lett. I), fornisce dati epidemiologici aggregati, segnala condizioni pregiudizievoli.

RLS — diritto di accesso al DVR, consultazione preventiva sulla valutazione dei rischi, coinvolgimento nella progettazione dell'indagine e nel piano di miglioramento. Mancata consultazione = sanzione specifica.

DIRIGENTI E PREPOSTI (caposala) — attuano le misure del DVR (art. 18) e vigilano. Loro formazione sui rischi psicosociali è misura preventiva primaria.

LAVORATORI — obblighi di cura (art. 20), diritto a formazione specifica sui rischi psicosociali (art. 37). Partecipazione all'indagine = contributo attivo al sistema di prevenzione.



Metodologia di Valutazione: Strumenti Validati

3 gruppi di indicatori:

- **EVENTI SENTINELLA:** infortuni, turnover, assenze, sanzioni disciplinari
- **FATTORI DI CONTENUTO:** ambiente, attrezzature, carichi, orari
- **FATTORI DI CONTESTO:** funzione organizzativa, carriera, autonomia, relazioni

Strumenti validati in ambito sanitario:

- COPSQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) — standard europeo per i rischi psicosociali
- HSE Management Standards Indicator Tool — sviluppato per la sanità pubblica britannica
- MBI (Maslach Burnout Inventory) — misura specifica del burnout per operatori sanitari
- ProQOL (Professional Quality of Life Scale) — misura la fatica compassionale

Nota: Il confronto è con la propria baseline nel tempo, non con standard normativi assoluti.



Correlazioni ESG — Dimensione S (Social)

La gestione del benessere organizzativo e del rischio SLC è rendicontazione ESG obbligatoria sotto ESRS S1 (forza lavoro propria) per le imprese in scope CSRD (Dir. UE 2022/2464).

METRICHE ESRS S1 richieste: tasso infortuni e malattie professionali · giorni persi per assenza · sistemi di ascolto e reclamo · misure di benessere · formazione ricevuta.

GRI 403 (S&S sul lavoro) — approccio alla gestione rischi psicosociali, LTIFR, malattie professionali, giornate perse.

GRI 401 (Occupazione) e GRI 404 (Formazione) completano il quadro.

SDG correlati: SDG 3 (Salute e Benessere) · SDG 8 (Lavoro Dignitoso) · SDG 16 (Istituzioni solide).

Il punto di connessione strategico: la gestione del rischio SLC è un asset intangibile misurabile che impatta il rating ESG, l'accesso al credito agevolato, i rapporti con gli enti accreditanti e l'employer branding.



Standard ISO di Riferimento

ISO 45001:2018 — Sistema di gestione S&S sul lavoro. Sostituisce OHSAS 18001. Richiede esplicitamente l'identificazione, valutazione e controllo dei rischi psicosociali attraverso un processo sistematico e documentato.

ISO 45003:2021 — Gestione della salute e sicurezza psicologica nei luoghi di lavoro. Linea guida operativa nell'ambito di ISO 45001. Copre fattori di rischio, misure di prevenzione e promozione, ruolo della leadership. È la norma tecnica di riferimento per la prevenzione professionale dei rischi psicosociali.

ISO 26000:2010 — Responsabilità sociale. Area tematica 6.4 (pratiche di lavoro): condizioni di lavoro, salute e sicurezza, dialogo sociale. Un sistema SLC documentato è evidenza di conformità.

ISO 10075 (parti 1-3) — Principi ergonomici relativi al carico di lavoro mentale: rilevante per la valutazione del carico cognitivo in ambienti ad alta intensità emotiva.

ISO 9001:2015, par. 7.1.4 — Ambiente per i processi: include fattori umani e sociali (stress, esaurimento, clima emotivo). L'indagine di clima è strumento di conformità anche nell'ambito della certificazione qualità.



Metriche di Valutazione e KPI

INDICATORI DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO (input)

· Ore straordinario pro capite mensile · Rapporto addetti/posti letto · Turni notturni consecutivi · % lavoratori formati su rischi psicosociali · Presenza procedure di debriefing post-evento critico

INDICATORI DI STATO (process)

· Punteggi medi per dimensione indagine clima (Likert 1-5: alert <3.0 e polarizzazione come segnale autonomo) · Risultati MBI per sottopopolazioni · Segnalazioni volontarie al RLS o medico competente

INDICATORI DI IMPATTO (outcome)

· Tasso assenteismo per malattia (benchmark INAIL sanità: ~12 gg/lavoratore/anno) · Turnover volontario personale infermieristico · Infortuni con componente distrazione/errore umano · Near-miss segnalati · Costo stimato sostituzioni

INDICATORI DI EFFICACIA AZIONI (outcome longitudinale)

· Variazione punteggi indagine T0→T1 (baseline→follow-up 12 mesi) · Riduzione assenteismo vs baseline · Aumento tasso partecipazione rilevazione successiva (proxy fiducia organizzativa) · KPI ESRS S1: LTIFR · malattie professionali · % lavoratori con valutazione SLC documentata



Le vostre risposte



Questionario Likert 1-5

Dati macro dell'indagine

Composizione del Campione

Distribuzione per area di appartenenza e anzianità di servizio | N = 77 rispondenti

Area di Appartenenza	N	%	Distribuzione
Area Sanitaria (medici / infermieri / OSS)	59	76,6%	
Area Amministrativa / Tecnica	18	23,4%	
Totale	77	100%	

Anzianità di Servizio	N	%	Distribuzione
Meno di 1 anno	6	7,8%	
1-5 anni	19	24,7%	
6-10 anni	8	10,4%	
Oltre 10 anni	44	57,1%	

Cluster Tematico

Aree tematiche e domande associate | Scala 1-5

N°	Cluster Tematico	Domande				
1	Leadership & Governance	D01	D04			
2	Coordinamento	D03	D09			
3	Comunicazione & Ascolto	D05	D06			
4	Collaborazione Interfunzionale	D07	D08			
5	Organizzazione & Risorse	D10	D11	D12	D13	
6	Riconoscimento & Valorizzazione	D14	D15			
7	Ambiente & Motivazione	D16	D17			
8	Impatto sul Paziente	D18				
9	Formazione & Sviluppo	D19	D20	D21	D22	
10	Sicurezza & Qualità	D02	D23	D24	D25	D26
11	Relazioni & Team	D27	D28	D29	D30	

Risultati Survey — Score Medio per Domanda

Scala: 1 (minimo) → 5 (massimo)

Domande D01 – D10 | Scala 1–5

N°	Domanda	Score medio (su 5)
D01	La direzione è presente e disponibile al confronto	2.40
D02	Standard elevati di qualità assistenziale	3.14
D03	I coordinatori coordinano il lavoro in modo efficace	2.60
D04	Le decisioni vengono prese in modo trasparente	2.12
D05	Mi sento ascoltato/a quando segnalo problemi	2.49
D06	Le informazioni operative arrivano chiare e tempestive	2.38
D07	La comunicazione tra reparti è efficace	2.58
D08	Collaborazione tra area sanitaria, amm. e tecnica	2.73
D09	Le riunioni sono utili e ben organizzate	2.30
D10	I carichi di lavoro sono adeguati	2.34

Risultati Survey — Score Medio per Domanda

Scala: 1 (minimo) → 5 (massimo)

Domande D11 – D20 | Scala 1–5

N°	Domanda	Score medio (su 5)
D11	I turni sono organizzati in modo equo	2.79
D12	Ho strumenti e risorse adeguate al mio lavoro	2.97
D13	Le procedure sono chiare e aggiornate	3.00
D14	Mi sento valorizzato/a per il lavoro che svolgo	2.35
D15	Il mio lavoro viene riconosciuto dai superiori	2.35
D16	L'ambiente di lavoro è rispettoso e collaborativo	3.09
D17	Mi sento motivato/a a dare il meglio ogni giorno	2.74
D18	Il mio lavoro incide positivamente sulla vita dei pazienti	3.87
D19	Ho accesso a percorsi di formazione adeguati	3.13
D20	La struttura investe nello sviluppo professionale	2.47

Risultati Survey — Score Medio per Domanda

Scala: 1 (minimo) → 5 (massimo)

Domande D21 – D30 | Scala 1–5

N°	Domanda	Score medio (su 5)
D21	Sono informato/a su aggiornamenti normativi e clinici	2.74
D22	Vedo possibilità di crescita professionale interna	2.03
D23	Mi sento tutelato/a sulla sicurezza sul lavoro	3.17
D24	Le procedure per la gestione del rischio clinico sono chiare	3.14
D25	La cultura della qualità è realmente condivisa	2.66
D26	Gli audit sono vissuti come strumenti di miglioramento	2.61
D27	I rapporti tra colleghi sono improntati al rispetto	3.51
D28	I conflitti vengono gestiti in modo costruttivo	2.74
D29	C'è fiducia reciproca all'interno del team	3.23
D30	Mi sento parte integrante dell'organizzazione	2.86

Aree di Forza

Domande con score medio $\geq 3,14$ | Top 5 per punteggio | Scala 1–5

3,87

Impatto positivo
sulla vita del paziente

PUNTO DI FORZA

72,7% risposte 4–5

3,51

Rapporti tra colleghi
improntati al rispetto

PUNTO DI FORZA

49,4% risposte 4–5

3,23

Fiducia reciproca
nel team

ZONA DI ATTENZIONE

50,6% risposte 4–5

3,17

Tutela sicurezza
sul lavoro

ZONA DI ATTENZIONE

41,6% risposte 4–5

3,14

Standard di qualità
assistenziale

ZONA DI ATTENZIONE

36,4% risposte 4–5

Letture dei colori:

 Punto di Forza — prevalenza risposte positive (4–5) elevata, score consolidato

 Zona di Attenzione — score $\geq$ soglia ma con risposte polarizzate o bassa convergenza

Aree di Miglioramento 1

Domande con score medio $\leq 2,40$ | Top 5 per criticità | % risposte 1-2 (insoddisfazione)

D22

2,03

Crescita professionale
interna

AREA DI MIGLIORAMENTO
70,1% risposte 1-2

D04

2,12

Trasparenza
decisionale

AREA DI MIGLIORAMENTO
63,6% risposte 1-2

D14/D15

2,35

Valorizzazione
e Riconoscimento

AREA DI MIGLIORAMENTO
58,4% risposte 1-2

D10

2,34

Adeguatezza
carichi di lavoro

AREA DI MIGLIORAMENTO
57,1% risposte 1-2

D01

2,40

Direzione presente
e disponibile

AREA DI MIGLIORAMENTO
58,4% risposte 1-2

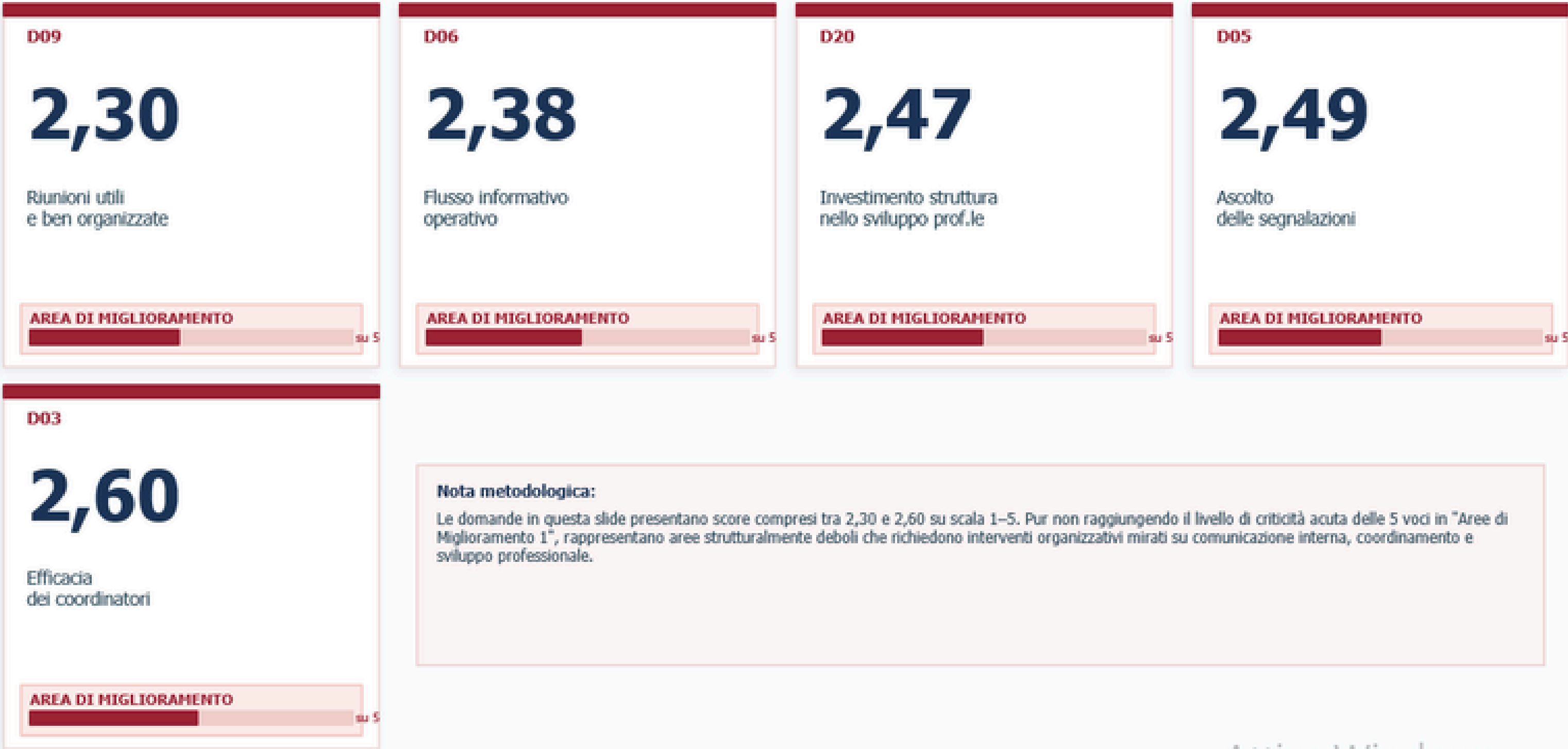
Letture dei dati:

■ Score medio: punteggio sulla scala 1-5 (minore = maggiore criticità percepita)

■ % risposte 1-2: quota di rispondenti che esprime insoddisfazione esplicita

Aree di Miglioramento 2

Domande con score medio compreso tra 2,30 e 2,60 | Scala 1-5



Cluster Tematico: Anzianità di Servizio

Score medio per cluster e fascia di anzianità | Scala 1-5

≥ 3,50 2,50-3,49 < 2,50

Cluster	< 1 anno	1-5 anni	6-10 anni	> 10 anni
A — Leadership & Governance	3,50	2,24	1,56	2,23
B — Coordinamento	3,25	2,53	1,56	2,47
C — Comunicazione & Ascolto	3,59	2,47	1,44	2,44
D — Collaborazione Interfunz.	3,67	2,63	1,88	2,67
E — Organizzazione & Risorse	3,42	2,64	2,12	2,86
F — Riconoscimento & Valoriz.	3,58	2,37	1,50	2,33
G — Ambiente & Motivazione	3,92	3,13	2,19	2,82
H — Impatto Paziente	4,33	4,05	3,88	3,73
I — Formazione & Sviluppo	3,29	2,61	1,72	2,65
J — Sicurezza & Qualità	3,53	3,10	2,35	2,99
K — Relazioni & Team	4,13	3,34	2,16	3,00

Cluster Tematico: Area di Appartenenza

Score medio per cluster | Area Sanitaria (N=59) vs Area Amm./Tecnica (N=18) | Scala 1-5

≥ 3,50

2,50-3,49

< 2,50

Cluster	Area Sanitaria	Area Amm./Tecnica	Delta (San.-Amm.)
A — Leadership & Governance	2,37	1,92	+0,45
B — Coordinamento	2,54	2,14	+0,40
C — Comunicazione & Ascolto	2,52	2,13	+0,39
D — Collaborazione Interfunz.	2,76	2,33	+0,43
E — Organizzazione & Risorse	2,86	2,51	+0,34
F — Riconoscimento & Valoriz.	2,48	1,92	+0,56
G — Ambiente & Motivazione	3,08	2,37	+0,72
H — Impatto Paziente	3,93	3,67	+0,26
I — Formazione & Sviluppo	2,84	1,79	+1,04
J — Sicurezza & Qualità	3,02	2,69	+0,33
K — Relazioni & Team	3,22	2,62	+0,60

SEZIONE - DOMANDE APERTE

Le Voci del Personale

Quattro domande aperte hanno integrato il questionario quantitativo, raccogliendo percezioni, priorità e proposte in forma libera. I pattern emersi sono stati analizzati per area di appartenenza e anzianità di servizio.

77

Rispondenti totali

4

Domande aperte

59

Area Sanitaria

18

Area Amm. / Tecnica

Il Capitale È il Personale

Pattern dominante: le persone, non i processi né la struttura

PATTERN RICORRENTI · TOTALE (N=77)

Personale / infermieri		43%
Qualità assistenziale al paziente		19%
Professionalità e competenza		18%
Collaborazione tra colleghi		8%
Dimensione e ambiente		6%

DIFFERENZIALE PER AREA

Area Sanitaria → personale/infermieri **49%**

Area Amm./Tecnica → professionalità **28%**

L'area non-sanitaria non cita la collaborazione tra punti di forza.



«Gli infermieri hanno un grande spirito di adattamento e buona volontà»

Area Sanitaria · 6-10 anni di servizio

Tre Priorità Paritarie, Tre Assi di Pressione

Comunicazione · Retribuzione · Organizzazione e carichi di lavoro

PATTERN TOTALE (N=77)



DIFFERENZIALE PER AREA

Area Amm./Tecnica: la **collaborazione inter-reparto** è priorità n.1 (28%).

Area Sanitaria: convergenza su **retribuzione (25%)** e **carichi (22%)**.

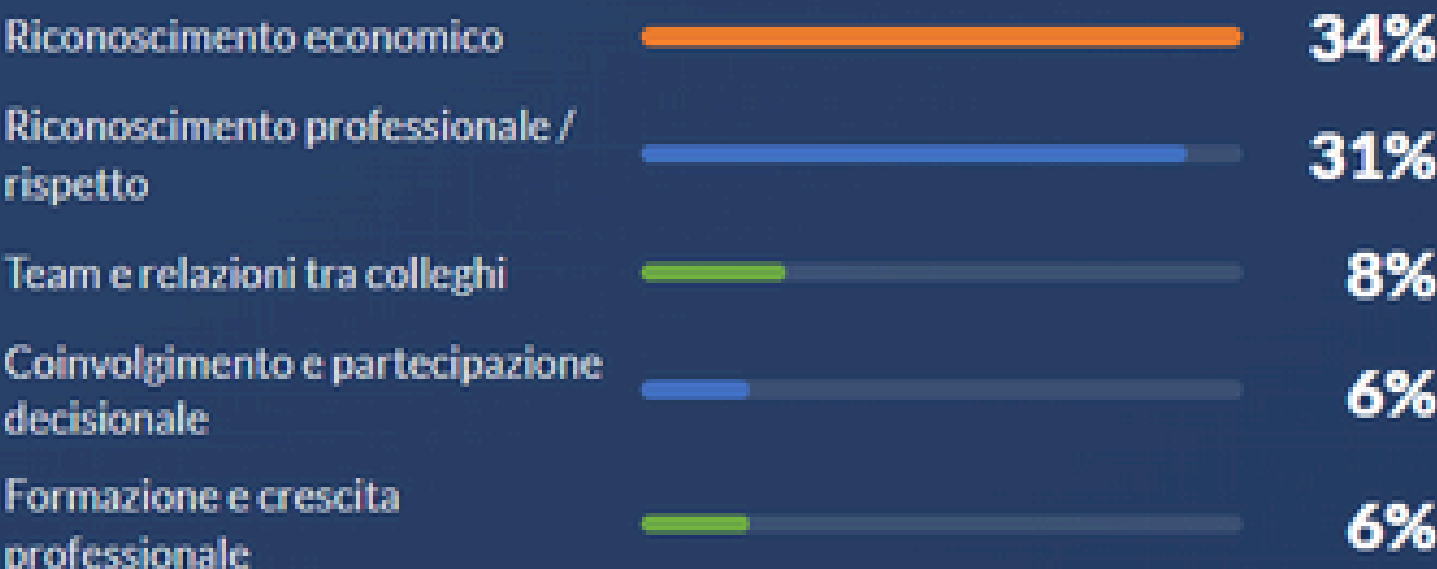
LETTURA PER ANZIANITÀ DI SERVIZIO

FASCIA	PRIORITÀ PREVALENTE	SEGNALE
< 1 anno	Carichi (50%)	Impatto immediato all'inserimento
1-5 anni	Retribuzione + Carichi (37% + 37%)	Fascia a più alto rischio di turnover
6-10 anni	Coordinamento (38%)	Nominano il problema strutturale
Oltre 10 anni	Comunicazione (25%)	I carichi sono normalizzati

Il Doppio Riconoscimento Mancante

Economico e professionale: due istanze distinte, peso equivalente

DRIVER DI MOTIVAZIONE · TOTALE (N=77)



DIFFERENZIALE CRITICO PER AREA

Area Sanitaria: riconoscimento economico prevalente (36%)
Area Amm./Tecnica: riconoscimento professionale prevalente (39%)

«Livelli e retribuzione proporzionati a mansioni, responsabilità e abilità»

EVOLUZIONE PER ANZIANITÀ · RICONOSCIMENTO ECONOMICO

FASCIA	RIC. ECONOMICO	RIC. PROFESSIONALE	FORMAZIONE
< 1 anno	17%	17%	—
1-5 anni	32%	32%	21%
6-10 anni	50%	25%	12%
Oltre 10 anni	34%	34%	—

La fascia 6-10 anni mostra la saturazione motivazionale più elevata: il 50% indica solo la retribuzione come leva residua. La fascia 1-5 anni è ancora recuperabile — cita ancora la formazione.

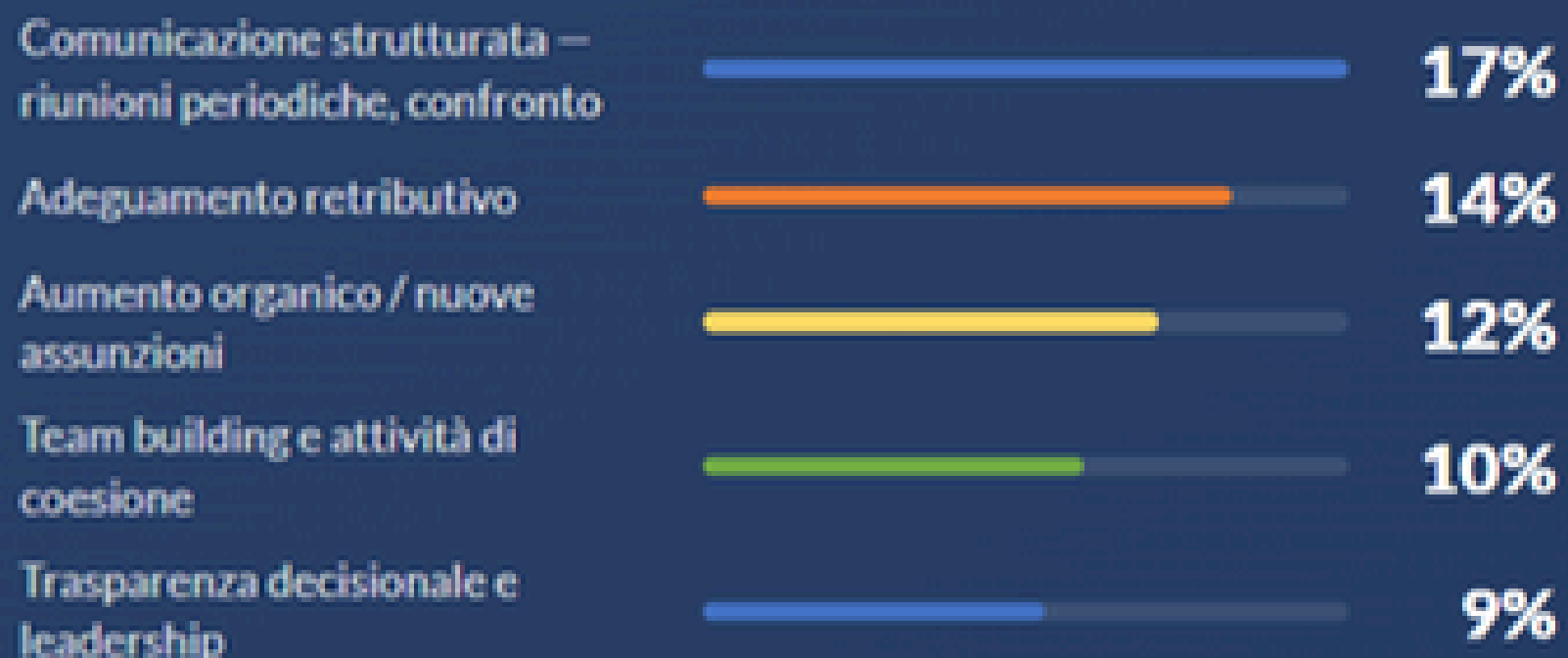
«Nonostante tutto, il mio senso di appartenenza e motivazione sono ancora elevati, altrimenti avrei già cambiato strada»

Area Sanitaria · Oltre 10 anni di servizio

Proposte e il Dato Controcorrente

La voce dei nuovi inseriti integra e qualifica la lettura quantitativa

PROPOSTE OPERATIVE · CLASSIFICA (N=77)



LETTURA INTEGRATA: HONEYMOON EFFECT E DATI APERTI

La fascia con < 1 anno si posiziona nelle fasce di soddisfazione più elevate dell'indagine quantitativa — coerente con il *Honeymoon Effect* (Boswell et al., 2009).

Nelle risposte aperte, tuttavia, il **50% di questa fascia** segnala i carichi e l'organizzazione come priorità di intervento.

I due dati si integrano: chi entra da poco vede ancora il sistema con occhi non adattati. I colleghi con maggiore anzianità hanno smesso di segnalarlo perché lo hanno normalizzato.

«COMUNICAZIONE, COMUNICAZIONE e ancora COMUNICAZIONE.

Organizzare riunioni periodiche di confronto, migliorare il dialogo tra coordinatori e operatori, creare momenti di ascolto attivo»

Area Sanitaria · Oltre 10 anni di servizio

