

# Etica e leadership nel sistema sanitario italiano: risultati di una ricerca empirica

Marzia Di Marcantonio, Ilaria Valentini\*

Nonostante le organizzazioni sanitarie siano intrinsecamente basate su principi etici e sui valori dei loro professionisti, la ricerca sulla leadership etica nel settore sanitario è ancora limitata. Il presente studio si pone l'obiettivo di esaminare l'adozione della leadership etica tra 48 professionisti sanitari con incarichi manageriali nel contesto del Servizio Sanitario italiano. I risultati dell'indagine hanno rivelato un'orientazione positiva verso la leadership etica, ma anche differenze di genere nella gestione dei ruoli manageriali, indicando possibili disuguaglianze etiche. Questo enfatizza l'importanza di promuovere l'uguaglianza di genere e di diffondere valori etici coerenti all'interno delle organizzazioni sanitarie, il che avrebbe un impatto significativo non solo sulla gestione ma anche sullo sviluppo della leadership nel settore sanitario.

*Parole chiave:* leadership etica, management sanitario, medici manager, Delphi survey, sanità, quadri intermedi.

## Empirical research findings on ethics and leadership in the Italian healthcare system

*Research on ethical leadership in healthcare, despite the sector's intrinsic*

\* Marzia di Marcantonio, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore.

Ilaria Valentini, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore.

*ethical foundation, is still limited. This study aims to examine the adoption of ethical leadership among 48 healthcare professionals in managerial roles within the Italian Health Service. Survey results revealed a favorable inclination toward ethical leadership, yet gender disparities in managerial roles highlighted possible ethical imbalances. This underscores the need to champion gender equality and instill uniform ethical values within healthcare organizations, impacting not only management but also leadership development in the healthcare sector.*

*Keywords:* ethical leadership, healthcare management, doctor-managers, Delphi survey, healthcare, middle managers.

Articolo sottomesso: 05/07/2023, accettato: 03/12/2023

## 1. Introduzione

Il tema della leadership rappresenta un argomento di grande interesse nella letteratura accademica. La leadership viene definita come il processo di influenza all'interno di un'organizzazione, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi concordati. Si tratta di un prerequisito essenziale per il funzionamento delle organizzazioni e rappresenta una delle forme più efficaci di controllo sociale (Dowton,

## S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Leadership etica e sanità
3. Metodologia di indagine
4. Risultati
5. Discussione
6. Implicazioni manageriali e futuri step
7. Limiti della ricerca
8. Conclusioni

2004; Avolio *et al.*, 2009; Mihelic, 2010; Bodega, 2012, p. 18; Huikko-Tarvainen *et al.*, 2021). Con l'aumentare della complessità delle organizzazioni, diventa sempre più importante garantire ordine e controllo, non solo attraverso l'applicazione di regole, ma anche a livello di struttura (Bodega, 2012, p. 11).

Nonostante sia stata ampiamente studiata nel contesto aziendale, la leadership nel campo sanitario è stata fino a oggi oggetto di scarsa indagine, soprattutto per quanto riguarda le sue applicazioni e gli effetti conseguenti. In particolare, si osserva una misinterpretazione e sovrapposizione del ruolo del leader e quello del manager tanto che termini come *medical manager* e *medical leadership* vengono usati intercambiabilmente nella letteratura anglosassone (Huikko-Tarvainen, 2021). Nel campo sanitario, infatti, i ruoli manageriali sono stati per lo più ricoperti da professionisti sanitari. Alcuni studiosi hanno messo in dubbio il valore dei leader di origine clinica (Mintzberg, 1997; Hoque *et al.*, 2004), mentre altri hanno sostenuto che questi siano i più indicati per migliorare le prestazioni delle organizzazioni sanitarie (King's Fund, 2011; Ham *et al.*, 2011). Con l'avvento del New Public Management e dell'aziendalizzazione della sanità, la managerializzazione dei professionisti sanitari è diventata una prassi legalmente riconosciuta (Anessi-Pessina e Cantù, 2006; Mascia, Morandi e Cicchetti, 2011). Per raggiungere gli standard di qualità richiesti e garantire livelli di performance adeguati, i professionisti sanitari sono stati chiamati a organizzare l'attività clinica e promuovere la collaborazione interdipartimentale, assumendo anche responsabilità manageriali (Glouberman e Mintzberg,

2001; Witman *et al.*, 2011; Snell, 2011; Andersson, 2015). Tuttavia, ciò ha sollevato interrogativi sulla natura ibrida dei ruoli manageriali ricoperti dai professionisti sanitari, in particolare per quanto riguarda l'identità del ruolo stesso. Nonostante l'esistenza di diverse ricerche condotte su questo fenomeno, coinvolgendo varie figure professionali del settore sanitario come descritto negli studi di Sartirana, Currie e Noordgraaf (2019), Giacomelli (2020) e Prenestini, Sartirana e Lega (2021), il presente studio si focalizza specificamente sui medici-manager. Questa figura professionale è unica in quanto si trova al crocevia tra la pratica clinica e la gestione delle risorse e delle operazioni sanitarie. La loro presenza ha suscitato l'interesse dei ricercatori che si sono dedicati all'analisi delle dinamiche, delle competenze e dell'impatto dei medici-manager.

Considerando la natura sociale del settore sanitario, i clinici dimostrano una particolare sensibilità all'influenza dei loro colleghi, in particolare di altri clinici. Si è osservato che i medici che ricoprono ruoli dirigenziali si considerano prima di tutto medici e solo successivamente manager (Huikko-Tarvainen *et al.*, 2021). Tuttavia, nella pratica quotidiana, i confini tra professionalità e managerialità risultano spesso sfumati poiché i professionisti operano in organizzazioni in cui queste dinamiche sono in continua evoluzione. Lo studio condotto da Sirris (2019) ha evidenziato che i dirigenti ospedalieri ritengono che la pura professionalità o il puro managerialismo non siano sufficienti come unica prospettiva per la loro posizione. Nonostante il cambiamento nell'assetto organizzativo, con la presenza di confini sfumati tra professionalità e managerialità, l'obiettivo rimane

costante e invariato. In ogni settore, la responsabilità e le prestazioni migliorano quando c'è un obiettivo comune che unisce gli interessi e le attività di tutti gli stakeholder. Nel settore sanitario, l'obiettivo predominante è il valore, inteso come l'output ottenuto in relazione ai costi sostenuti. Definire e misurare il valore è fondamentale per valutare le prestazioni di qualsiasi organizzazione e per guidare il miglioramento continuo (Porter, 2010). Tuttavia, secondo Porter (2010), attribuire un valore monetario agli effetti nel contesto sanitario rappresenta un'operazione complessa e non priva di questioni etiche. Questa è la sfera in cui gli obblighi etici e la leadership assumono una nuova dimensione. Dalla distribuzione dei finanziamenti pubblici alle diverse condizioni di salute, all'eliminazione dei rifiuti e delle inefficienze nel sistema sanitario, la gestione della salute della popolazione diventa una questione etica importante per i dirigenti di alto livello (Ho e Pinney, 2016).

Sebbene la letteratura esistente non abbia ancora definito in modo definitivo un modello di leadership che sia efficace nel fronteggiare le sfide delle aziende sanitarie, tuttavia, alcuni studi, tra cui Chervenak, McCullough e Brent (2013), Brown e Brittlebank (2013) e Huikko-Tarvainen (2021), identificano la leadership etica come lo stile di leadership più coerente per i professionisti sanitari che ricoprono ruoli manageriali. Questa identificazione si basa principalmente sull'importanza attribuita ai valori all'interno della visione organizzativa e dell'attenzione dedicata al paziente. L'etica rappresenta un elemento fondamentale per la leadership nel settore sanitario, poiché coinvolge la considerazione degli interessi dei pazienti, la responsabilità sociale e la

promozione di comportamenti etici da parte dei leader stessi. Inoltre, la leadership etica incorpora caratteristiche di stili di leadership precedenti, come la leadership transazionale e la leadership trasformazionale, superando i limiti di entrambi e offrendo un approccio più completo e congruente con le esigenze del settore sanitario.

Al fine di comprendere completamente la situazione attuale della leadership nel contesto sanitario italiano, questa ricerca utilizza la Ethical Leadership Scale (ELS) di Brown, Treviño e Harrison (2005) per valutare la presenza e la coerenza dello stile di leadership etico tra i professionisti sanitari con ruoli manageriali all'interno del SSN. L'obiettivo principale consiste nell'analizzare se i leader del settore sanitario aderiscono ai principi e ai valori che guidano la pratica professionale e manageriale, al fine di comprendere le dinamiche della leadership etica in questo contesto. Attraverso l'analisi dei professionisti sanitari con ruoli manageriali, lo studio mira a delineare il panorama attuale della leadership etica nel contesto sanitario italiano per comprendere le dinamiche e individuare possibili criticità e aree di miglioramento.

## 2. Leadership etica e sanità

Le forme di leadership etica e morale stanno guadagnando sempre più importanza (Brown e Treviño, 2006), e ciò è in parte dovuto ai recenti scandali aziendali e politici (Freeman, 2019), ma anche alla consapevolezza crescente che il mercato dovrebbe mettere al primo posto la promozione di risultati positivi per tutte le parti coinvolte (Adler, 2002, Yukl, 2010, p. 340). Nonostante sia un argomento controverso in una disciplina accademica che valorizza l'obiettività, la leadership etica rappresenta una

delle forme di leadership morale più importanti (Deal, 2018), supportata da prove empiriche (Brown, Treviño e Harrison, 2005; Banks *et al.*, 2018; Hoch *et al.*, 2018).

La leadership etica è un concetto ampiamente discusso nella ricerca precedente e si concentra principalmente sull'analisi della condotta di un leader in termini di conformità alle norme etiche e morali (Brown, Treviño e Harrison, 2005; Brown e Treviño, 2006) e sulla promozione del benessere delle parti interessate (Yukl *et al.*, 2013; Banks *et al.*, 2021). Queste prospettive sottolineano che la leadership etica non si limita all'adesione ai valori prosociali esercitati ed espressi dal leader, ma include anche l'incarnazione di caratteristiche morali che possono innescare azioni volte a raggiungere risultati positivi. Nel contesto della leadership, considerando i due criteri fondamentali dell'influenza e della mutualità, coloro che sono coinvolti nel processo di leadership adottano strategie non coercitive e multidirezionali per influenzare gli altri. Se i cambiamenti concordati tra i leader e i collaboratori riflettono i loro scopi reciproci, il processo di leadership viene considerato etico, poiché si conforma ai principi fondamentali e intrinseci che definiscono la natura stessa della leadership (Rost, 1995). All'interno del complesso mondo della sanità, la leadership etica assume un ruolo cruciale nella pratica e nei comportamenti professionali, particolarmente nel microlivello della relazione tra fornitori e pazienti. Tuttavia, in considerazione dei cambiamenti politico-legislativi che influenzano l'ambiente esterno delle organizzazioni sanitarie, bisogna considerare anche fattori

macro come le relazioni con il sistema e la popolazione che impattano sulla fornitura di cure (Ho e Pinney, 2016). Nel caso dell'Italia, la designazione dei dirigenti del settore sanitario è regolata dalle leggi che governano la gestione pubblica, in quanto la direzione sanitaria (generale, scientifica e amministrativa) è riconosciuta come esecutrice dei diritti sociali garantiti dalla Costituzione. Inoltre, gli obiettivi dei dirigenti del settore sanitario sono in coerenza con i Piani Sanitari Nazionali, Regionali e Aziendali. Pertanto, la gestione sanitaria richiede il rispetto delle norme giuridiche e del lavoro, ma è anche vulnerabile alle instabilità politiche (Fragale, 2013).

Per garantire un'assistenza sanitaria etica ed efficiente, è indispensabile un elevato grado di coordinamento e supervisione da parte dei manager, dei dirigenti e degli amministratori, nonché dei responsabili politici. Questi soggetti devono assumersi la responsabilità non solo degli incontri di assistenza individuali, ma anche dell'organizzazione del sistema per garantirne la qualità internamente (Ho e Pinney, 2016). Ciò si traduce, da un lato, nella legittimità intesa come l'aderenza dei valori e delle azioni alle aspettative degli attori sociali (Deephouse, 1996) e, dall'altro, nel sostegno all'adempimento degli obblighi etici riguardanti la distribuzione dei fondi e l'eliminazione di sprechi e inefficienze nel sistema sanitario (Ho e Pinney, 2016). Infatti, molte delle difficoltà riscontrate all'interno delle organizzazioni complesse sono di natura etica e derivano da frameworks etici inadeguati a supportare organizzazioni ad alta complessità che vengono influenzate da politiche insufficienti per rispondere alle esigenze dei leader e dei collaboratori del XXI seco-

lo (Rost, 1995). In questo contesto, la leadership etica nel settore sanitario mira a adottare un approccio organizzativo e sistemico per monitorare le performance, valutare gli esiti e fornire feedback tempestivi, nonché a stabilire processi per l'implementazione di strategie di miglioramento.

Considerando che le identità professionali e manageriali, insieme alla negoziazione degli obiettivi e delle finalità collettive, emergono come i fattori più influenti nel settore sanitario che richiedono una riflessione sulla pratica della leadership e una transizione dal comando all'influenza (Brown e Brittlebank, 2013), si sottolinea la complessità delle identità nei ruoli ibridi. L'integrazione delle diverse dimensioni professionali e manageriali diventa cruciale per affrontare le sfide complesse del settore sanitario e promuovere un ambiente collaborativo e centrato sul paziente. Questo processo di transizione richiede un'analisi approfondita delle dinamiche organizzative e una consapevolezza delle competenze necessarie per sostenere ruoli ibridi e multifunzionali. La leadership etica nel contesto sanitario si configura come un modello che promuove l'integrità, l'etica professionale e la responsabilità nell'adempimento degli obblighi etici e legali. Essa sostiene i ruoli ibridi e favorisce un'assistenza sanitaria di qualità e orientata al benessere delle parti interessate, facilitando la collaborazione e la gestione integrata delle cure. La leadership etica contribuisce quindi alla costruzione di un sistema sanitario responsabile ed eticamente orientato, fornendo un sostegno fondamentale alle professioni ibride nell'affrontare le sfide e nel garantire una pratica professionale allineata a principi etici e di qualità.

### 3. Metodologia di indagine

Brown, Treviño e Harrison (2005) hanno validato una scala, denominata Ethical Leadership Scale (ELS), utile a misurare la leadership etica. La scala è uno strumento di misurazione composto da dieci affermazioni (items) che valutano tre dimensioni della leadership etica: i processi di gestione etica, il comportamento etico e la responsabilità sociale. La presente scala ha mostrato valide proprietà psicometriche in vari contesti organizzativi, essendo stata somministrata ai dipendenti al fine di valutare la leadership etica dei loro superiori (vd Brown, Treviño e Harrison, 2005).

La somministrazione della scala verifica la configurazione, o meno, della leadership etica come un comportamento empiricamente verificabile e non soltanto come un prodotto di teorie implicite o di tendenze di risposta individuali. Nella Tab. 1 sono riportati i 10 items che compongono la ELS.

Al fine di verificare tale costrutto, la ELS è stata somministrata a una coorte di medici impegnati in posizioni manageriali e identificati come leader formali, che hanno partecipato a corsi di perfezionamento, finalizzati all'adempimento delle ore di formazione per la nomina a direttore di unità operativa complessa o direttore generale di aziende sanitarie come indicato dall'accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 2003. Nel contesto accademico, il termine "leader formale" fa riferimento alla posizione organizzativa, la quale è consolidata dallo status, dal prestigio e dalla reputazione, e può rivestire un ruolo di notevole rilevanza come elemento distintivo (Heifetz e Laurie, 1997; Lega, Prenestini e Rosso,

**Tab. 1** – Presentazione degli items che compongono la ELS (Brown, Treviño e Harrison, 2005)

N.	Statement	Descrizione
1	Ascolta ciò che i collaboratori hanno da dire	Presta attenzione a ciò che i dipendenti hanno da dire e considera le loro opinioni e preoccupazioni
2	Disciplinare i collaboratori che violano gli standard etici	Riprende i dipendenti che violano gli standard etici stabiliti dall'azienda
3	Conduce la propria vita personale in modo etico	Vive la propria vita personale seguendo principi etici e morali
4	Avere in mente i migliori interessi dei collaboratori	Prende decisioni che tengono conto degli interessi dei dipendenti e si preoccupa del loro benessere
5	Prendere decisioni giuste ed equilibrate	Esamina le opzioni disponibili in modo equilibrato e prende decisioni in modo imparziale
6	Trasmettere fiducia	È una persona di fiducia e mantiene la parola data
7	Discutere l'etica o i valori aziendali con i collaboratori	Ha avuto conversazioni con i dipendenti riguardo ai valori e all'etica dell'azienda
8	Essere un esempio di come fare le cose nel modo giusto in termini etici	Mostra ai dipendenti come fare le cose nel modo giusto in termini etici con il proprio comportamento
9	Definire il successo non solo dai risultati, ma anche dal modo in cui vengono ottenuti	Considera non solo i risultati ma anche il modo in cui sono stati ottenuti per valutare il successo
10	Quando si prendono decisioni, chiedersi "qual è la cosa giusta da fare?"	Prende decisioni considerando che cosa sia giusto e moralmente accettabile

2017). Infatti, sebbene la leadership sia un fenomeno slegato dal ruolo manageriale e più vicino a modelli multilivello (Fischer, Dietz e Antonakis, 2017), all'interno di aziende complesse come quelle sanitarie l'organizzazione presenta una forte verticalità, la quale influisce sulla percezione della leadership da parte del personale attraverso il "cascading". Tale fenomeno descrive la diffusione dell'influenza e dell'autorità dei dirigenti lungo la gerarchia organizzativa. L'influenza può comportare cambiamenti negli atteggiamenti, nelle credenze, nei valori o nei comportamenti dei dipendenti (Yukl, 2010, p. 323).

La scala è stata somministrata a 217 medici dirigenti operanti sul territorio nazionale italiano attraverso la piattaforma Google Form e trasmessa per e-mail. Al primo invio sono seguite due e-mail di sollecito, per raggiunge-

re il maggior numero di rispondenti. In considerazione del rispetto per la privacy e dell'obiettivo di assicurare la massima trasparenza da parte dei partecipanti, si è provveduto a garantire l'anonimato delle risposte.

La survey è stata articolata in due sezioni: sezione 1: Items sulla leadership etica (ELS). Ciascun item è stato valutato su una scala Likert da 1 ("altamente improbabile") a 5 ("altamente probabile") in termini di rappresentazione della leadership etica; Sezione 2: Informazioni anagrafiche e ruolo professionale dei rispondenti.

#### 4. Risultati

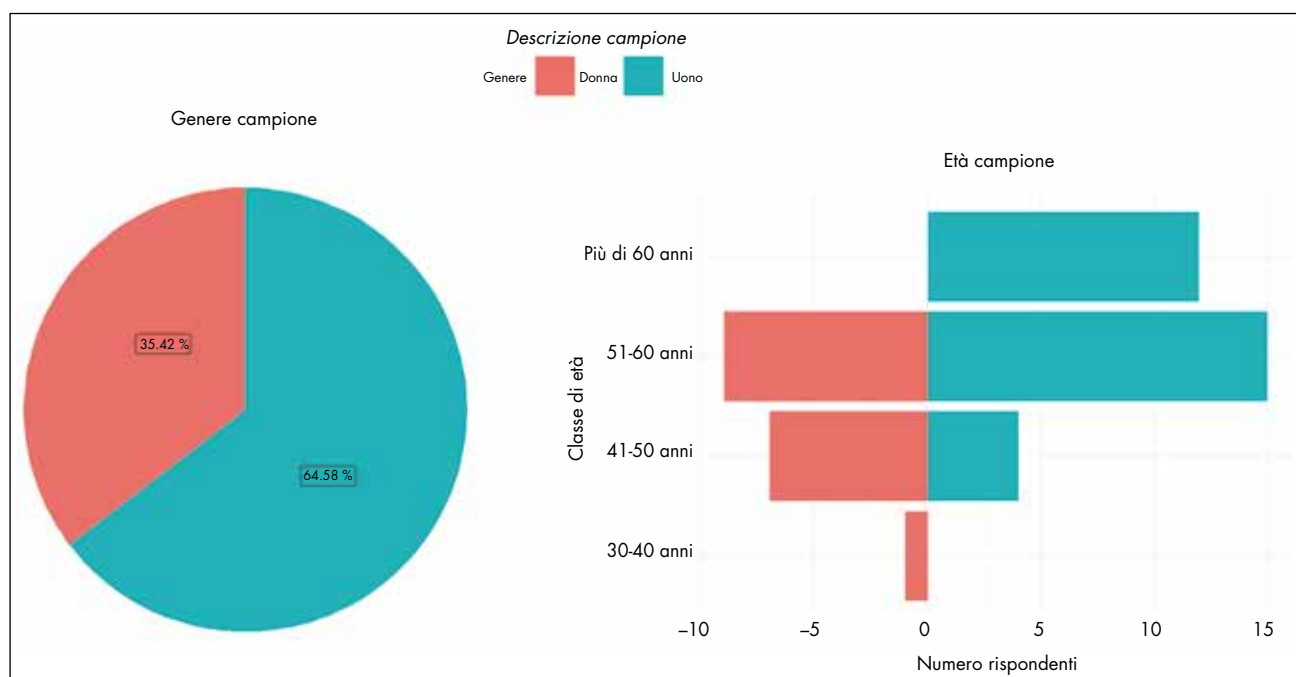
Complessivamente, il numero dei partecipanti è stato pari a 50. Tuttavia, escludendo le risposte incomplete o fuori tema, il totale delle osservazioni valide è risultato essere pari a 48. La percentuale di risposta è stata pari al 22,12%.

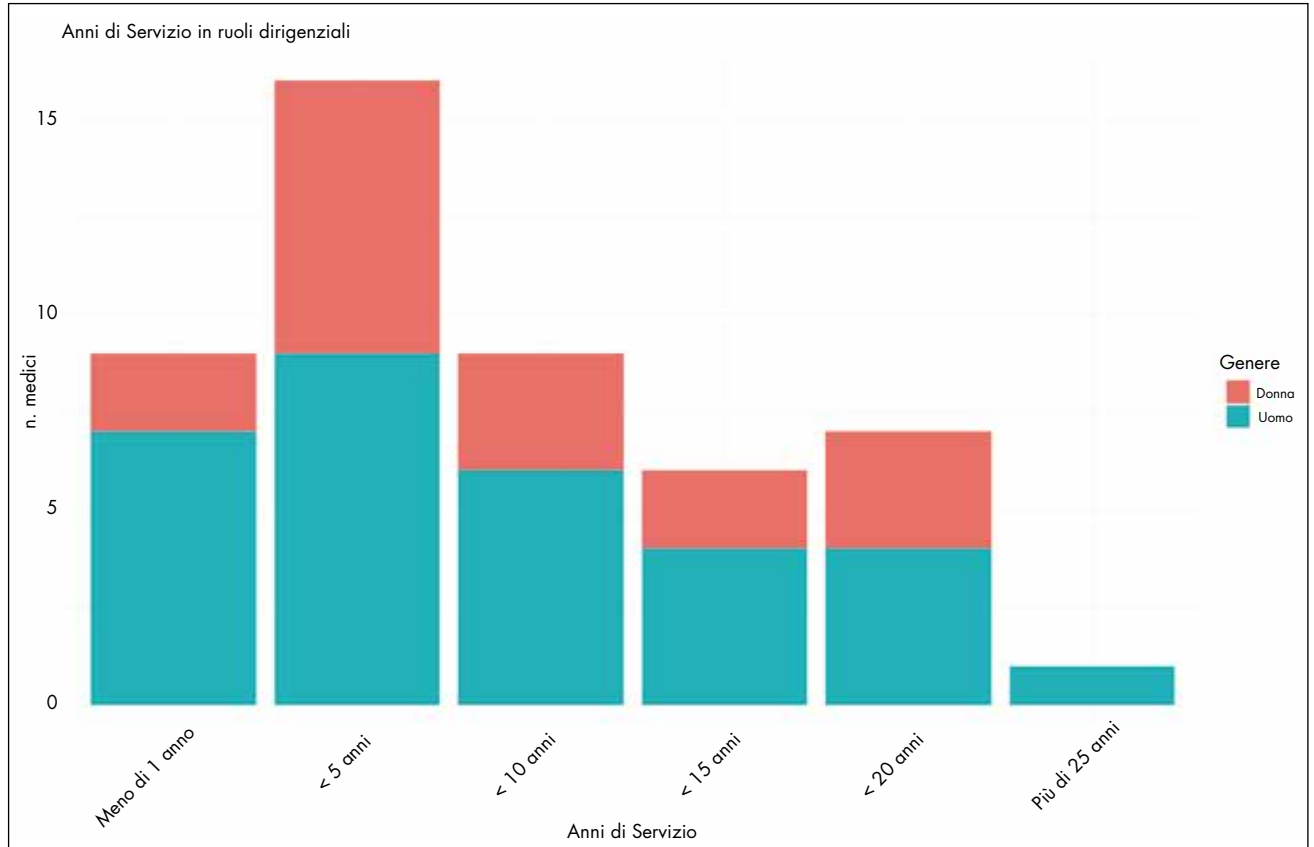
Il 64,58% dei partecipanti erano di sesso maschile, mentre solo il 35,42% erano di sesso femminile (Fig. 1). Inoltre, si osserva che l'età media dei partecipanti di sesso maschile è notevolmente più avanzata, situandosi sopra i 51 anni, mentre l'età media delle partecipanti di sesso femminile è compresa tra i 30 e i 50 anni (Fig. 1). La Fig. 2 costituisce un'analisi dettagliata del campione di partecipanti, classificandoli in base all'anzianità di servizio e prestando particolare attenzione alla distribuzione di genere. Questo studio ha suddiviso il campione in sei categorie di anni di servizio: "meno di 1 anno", "da 1 a 5 anni", "da 5 a 10 anni", "da 10 a 15 anni", "da 15 a 20 anni" e "più di 25 anni". I risultati rivelano una panoramica completa della partecipazione di genere in ciascuna categoria facendo emergere un quadro eterogeneo. Per esempio, per quanto riguarda l'anno di servizio "meno

di 1 anno", abbiamo registrato 2 partecipanti di genere femminile e 7 di genere maschile. Allo stesso modo, nell'anno di servizio "da 1 a 5 anni", il campione comprendeva 7 partecipanti di genere femminile e 9 di genere maschile.

Nel caso dell'anno di servizio "da 5 a 10 anni", sono stati inclusi 3 partecipanti di genere femminile e 6 di genere maschile, rivelando una predominanza maschile in questa categoria. Per l'anno di servizio "da 10 a 15 anni", invece, abbiamo riscontrato una partecipazione leggermente inferiore con 2 partecipanti di genere femminile e 4 di genere maschile. La categoria relativa all'anno di servizio "da 15 a 20 anni" ha visto la partecipazione di 3 individui di genere femminile e 4 di genere maschile. In ultimo, per quanto riguarda l'anno di servizio "più di 25 anni", non sono stati rilevati partecipanti di genere femminile, mentre è stato documentato un singolo partecipante di genere maschile.

**Fig. 1**  
Genere ed età dei rispondenti



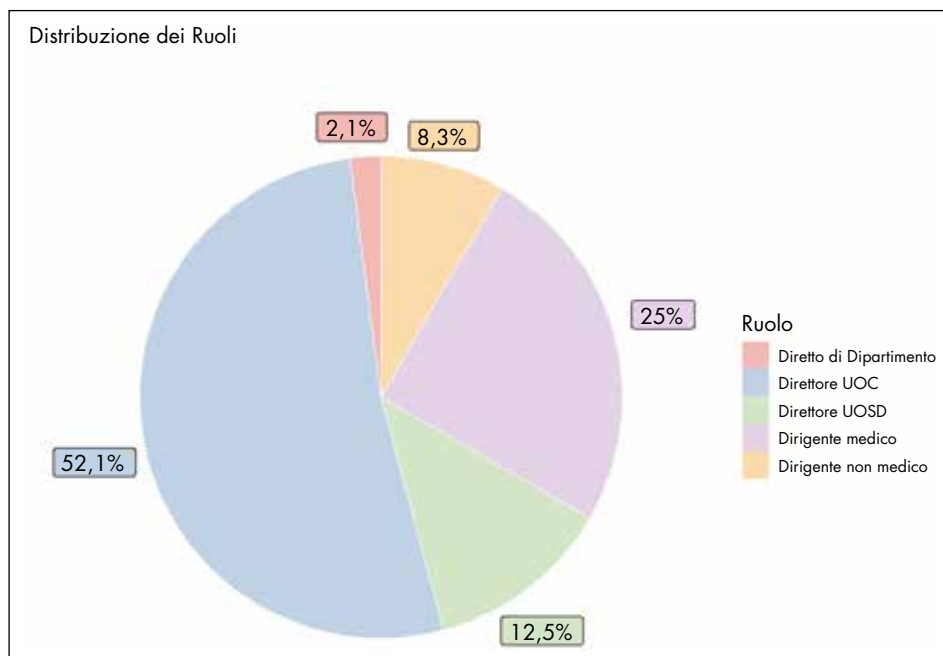


**Fig. 2**  
Anni di servizio per genere

La Fig. 3 illustra frequenze relative dei vari ruoli che i partecipanti nel campione attualmente ricoprono all'interno della struttura ospedaliera. Il ruolo più comune tra i partecipanti è quello di "Direttore di Unità Operativa Complessa (UOC)" rappresentando il 52,1% del totale con un totale di 25 partecipanti. Il secondo ruolo più frequente è "Direttore Unità Operativa Semplice di Dipartimento (UOSD)," con 6 partecipanti (12,5%). Inoltre, un partecipante ha ricoperto il ruolo di "Direttore di Dipartimento" (2,1%). "Dirigente medico" è stato il ruolo di 12 partecipanti (25%). Infine, "Dirigente non medico" è stato ricoperto da 4 partecipanti (8,3%). Questi dati forniscono una visione

approfondita dei diversi ruoli occupati dai partecipanti dello studio, con una chiara prevalenza di "Direttore UOC" e "Dirigente medico". Il campione di rispondenti alla survey presenta una distribuzione geografica variegata, sebbene non rappresentativa. La maggioranza dei partecipanti, pari a 24, lavora nella regione Lazio, seguita da 19 individui che provengono dalla regione Basilicata. La Puglia conta 2 partecipanti, mentre la Campania e l'Abruzzo sono rappresentate da un singolo medico-manager ciascuna. Si è riscontrata anche la mancanza di risposta da parte di un medico. Va notato che, data la disparità nelle cifre dei partecipanti provenienti da diverse regioni, la distribu-



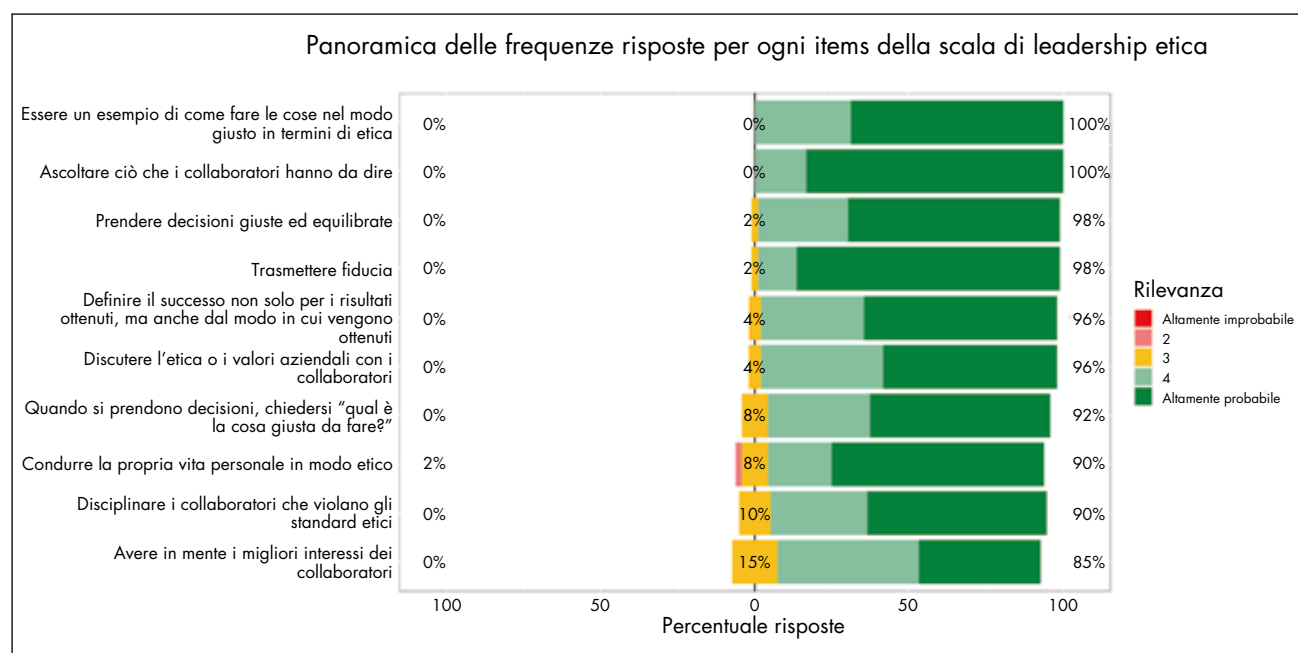


**Fig. 3**  
Tipologia di ruoli dirigenziali ricoperti

zione non rispecchia in modo accurato o rappresentativo la realtà demografica dell'area considerata. Eccetto gli items n. 2, 3 e 4 (Tab. 1),

tutti gli altri hanno ottenuto almeno il 90% del tasso di consenso pari o maggiore a 4 sulla scala di Likert proposta (Fig. 4).

**Fig. 4**  
Panoramica delle frequenze risposte per ogni item della ELS



**Tab. 2** – Sintesi confronto consenso uomini vs consenso donne e Test *t* a campioni indipendenti

Items	Gruppo	N.	Media	Mediana	SD	SE	<i>p</i> -value
Ascoltare ciò che i collaboratori hanno da dire	Donna	17	4.88	5.00	0.332	0.0805	0.510
	Uomo	31	4.81	5.00	0.402	0.0721	
Disciplinare i collaboratori che violano gli standard etici	Donna	17	4.65	5.00	0.702	0.1702	0.211
	Uomo	31	4.39	4.00	0.667	0.1198	
Condurre la propria vita personale in modo etico	Donna	17	4.59	5.00	0.795	0.1929	0.861
	Uomo	31	4.55	5.00	0.723	0.1298	
Avere in mente i migliori interessi dei collaboratori	Donna	17	4.24	4.00	0.752	0.1825	0.915
	Uomo	31	4.26	4.00	0.682	0.1224	
Prendere decisioni giuste ed equilibrate	Donna	17	4.65	5.00	0.606	0.1471	0.849
	Uomo	31	4.68	5.00	0.475	0.0853	
Trasmettere fiducia	Donna	17	4.82	5.00	0.529	0.1282	0.908
	Uomo	31	4.84	5.00	0.374	0.0672	
Discutere l'etica o i valori aziendali con i collaboratori	Donna	17	4.65	5.00	0.493	0.1195	0.271
	Uomo	31	4.45	5.00	0.624	0.1121	
Essere un esempio di come fare le cose nel modo giusto in termini di etica	Donna	17	4.88	5.00	0.332	0.0805	0.031*
	Uomo	31	4.58	5.00	0.502	0.0901	
Definire il successo non solo per i risultati ottenuti, ma anche dal modo in cui vengono ottenuti	Donna	17	4.88	5.00	0.332	0.0805	0.006*
	Uomo	31	4.42	4.00	0.620	0.1114	
Quando si prendono decisioni, chiedersi "qual è la cosa giusta da fare?"	Donna	17	4.53	5.00	0.717	0.1740	0.820
	Uomo	31	4.48	5.00	0.626	0.1124	

\* Il test di Levene è significativo ( $p < .05$ ), suggerendo una violazione dell'assunzione di varianze uguali.

Analizzando il valore medio in relazione al sesso dei rispondenti, è stato eseguito un *t*-test a campioni indipendenti (Tab. 2).

### 5. Discussione

I risultati ottenuti dalla presente ricerca mettono in luce un elevato livello di consenso tra i professionisti sanitari che occupano posizioni manageriali riguardo all'adozione della leadership etica. Questi risultati evidenziano che, da un lato, i partecipanti riconoscono l'importanza e il valore di un modello di leadership etica e, dall'altro lato,

manifestano una notevole inclinazione verso l'adozione di tale stile di leadership, verosimilmente in virtù dell'incisiva influenza professionale. Tale inclinazione può essere considerata un elemento di forza nella promozione di pratiche etiche e responsabili all'interno delle organizzazioni sanitarie. Tuttavia, nonostante questi risultati incoraggianti, è opportuno sottolineare che emergono aspetti di interesse che richiedono ulteriori approfondimenti e discussioni. Questi aspetti sono stati analizzati in dettaglio e di seguito verranno fornite considerazio-

ni e interpretazioni più approfondite dei risultati ottenuti al fine di ampliare la comprensione del fenomeno della leadership etica nel contesto sanitario.

### 5.1. Differenza di genere

Si evidenzia una significativa disparità di genere che richiede attenzione. In particolare, si osserva un'età media più avanzata tra i partecipanti di genere maschile rispetto alle partecipanti di genere femminile. Questi dati suggeriscono che la forza lavoro nel settore sanitario è stata a lungo e prevalentemente composta da uomini, mentre le donne sono state spesso confinate in ruoli di cura (infermiere, ostetriche ecc.), tecnici (personale di laboratorio) o amministrativi. Infatti, sebbene il 70% dei lavoratori nel settore sanitario è di genere femminile (Bismark *et al.*, 2015; Boniol *et al.*, 2019), solo il 25% di essi è costituito da medici (Lander, 2016). Questa disparità è stata ulteriormente amplificata dalla recente pandemia (Dal Mas e Paoloni, 2020). Secondo i dati dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), nel 2022 su un totale di 250.813 medici in Italia, solamente 114.331 erano di genere femminile, rappresentando così la percentuale del 45,58%. Nonostante il numero di donne medico in Italia sia in costante aumento e destinato a superare rapidamente quello dei colleghi uomini, tale tendenza non sembra rispecchiarsi nei ruoli manageriali occupati. Nel 2022, il Ministero della Salute ha pubblicato un documento sull'analisi delle donne nel Servizio Sanitario Nazionale, il quale ha rivelato che la percentuale di medici donne con incarichi dirigenziali in strutture complesse è del 17,98%, mentre nelle strutture semplici è del 35,49%.

Nonostante la maggioranza delle partecipanti femminili del campione si collochi nella fascia d'età compresa tra i 50 e i 60 anni, una parte significativa rientra nella fascia tra i 30 e i 50 anni, suggerendo un crescente interesse e la prossima possibilità che un numero maggiore di posizioni dirigenziali nel settore sanitario venga occupato da donne. Inoltre, si osserva una maggiore deviazione standard nel gruppo degli uomini rispetto a quello delle donne, indicando una maggiore variabilità nelle risposte degli uomini. Ciò suggerisce che le donne tendono a dare un consenso più elevato e meno variabile rispetto agli uomini. Infatti, in base ai risultati del test t, emerge che il consenso delle donne risulta significativamente superiore a quello degli uomini per l'item n. 8 e 9.

### 5.2. Modeling

Il modeling rappresenta una caratteristica fondamentale degli stili di leadership, concentrandosi sulla dimostrazione da parte del leader di comportamenti e azioni virtuose. In particolare, il leader è in grado di aumentare l'engagement e la positività dei suoi collaboratori attraverso la definizione di una visione attraente, l'adozione di comportamenti appropriati e l'espressione di ottimismo e incoraggiamento durante le sfide (Yukl, 2010, p. 341). Questa caratteristica è particolarmente evidente nella leadership etica, in cui il leader assume il compito di essere un esempio visibile per gli altri (Brown, Treviño e Harrison, 2005). Alla luce del consenso espresso nell'item 8, emerge che, sebbene tale item abbia ricevuto un'approvazione significativa, l'analisi statistica ha rivelato una differenza significativa nell'approvazione tra i generi maschile e femmi-

nile. In particolare, le donne si sono mostrate più favorevoli rispetto agli uomini riguardo al ruolo di modello etico. Questa disparità potrebbe essere spiegata dalle aspettative di genere connesse alle posizioni di leadership, in cui si associa tradizionalmente alle donne comportamenti di natura comunitaria che mirano al benessere degli altri, mentre agli uomini sono attribuiti comportamenti più agentici caratterizzati da assertività, controllo e fiducia (Banks *et al.*, 2021). Di conseguenza, le donne sono valutate in modo più etico rispetto agli uomini. Tale aspetto trova supporto anche nelle risposte all'item n. 3 del questionario (Tab. 1).

Considerando che la leadership etica dovrebbe influenzare il comportamento dei collaboratori, in quanto i leader etici costituiscono modelli attraenti e legittimi che attirano e mantengono l'attenzione, ne emerge che le donne possiedono, da un lato, una maggiore predisposizione alla leadership etica e, dall'altro, maggiori probabilità di influenzare e attrarre i collaboratori. I leader etici trasmettono l'importanza del comportamento etico e lo incorporano come modello, applicando, tra le altre cose, un sistema di ricompense per responsabilizzare i collaboratori. I collaboratori di un leader etico sono più propensi ad adottare comportamenti proattivi di aiuto, come segnalare i problemi alla direzione o ridurre i comportamenti non etici: furto, sabotaggio ecc. (Brown, Treviño e Harrison, 2005). Brown e Treviño (2006) sostengono che la leadership etica si basi ampiamente sui processi di apprendimento sociale, pertanto, garantire la presenza di modelli di ruolo etici vicini al contesto lavorativo dovrebbe favorire lo

sviluppo di una leadership etica, e in situazioni in cui l'intensità morale delle decisioni etiche è elevata e i leader hanno maggiori opportunità di dimostrare una leadership etica.

### 5.3. Motivazione e performance

L'elemento numero 9 (Tab. 1) ha ottenuto un elevato grado di consenso. Tuttavia, si evidenzia una significativa differenza di gradimento tra la componente femminile e quella maschile. Infatti, la componente femminile dimostra una maggiore attenzione non solo al conseguimento dei risultati, ma anche alla modalità con cui tali risultati vengono ottenuti, mentre la componente maschile risulta maggiormente concentrata solo sul raggiungimento del risultato. Ne consegue che il genere maschile mostra una maggiore propensione verso la realizzazione di obiettivi, tanto da non prestare attenzione ai mezzi utilizzati per conseguirli (Spreier, Fontaine e Malloy, 2006). Allo stesso tempo, tuttavia, si pongono delle interessanti questioni sulla percezione dell'etica e del successo in relazione alle differenze di genere. Potrebbe essere utile un'ulteriore analisi per comprendere se queste differenze siano dovute a motivi culturali o ad altre variabili.

Sappiamo che gli individui tendono a valutare le proprie prestazioni in termini di competenza piuttosto che di moralità (Wojciszke, 1994), ma le prove suggeriscono che le valutazioni di un leader da parte dei seguaci sono fortemente influenzate da preoccupazioni relative all'integrità (Hogan, Curphy e Hogan, 1994). Pertanto, è probabile che i leader sottovalutino il grado in cui vengono esaminati dagli altri in termini di etica. Inoltre, la cultura organizzativa e i processi di socia-

lizzazione possono anche facilitare lo sviluppo e il mantenimento di leader etici (Brown e Treviño, 2006). Per esempio, organizzazioni con un codice etico definito incorporano strutture e processi decisionali che supportano la decisione etica in situazioni difficili. Se i sistemi di gestione integrassero la leadership etica e la considerassero nelle decisioni di promozione e retribuzione, si potrebbero ottenere risultati più positivi dai collaboratori nel contesto di una revisione dell'identificazione e valutazione dei metodi per esprimere una buona performance.

D'altra parte, è bene ricordare che la performance è anche il risultato della motivazione del singolo. La letteratura descrive la motivazione come un insieme complesso di processi psicologici che causano l'origine, la direzione e la persistenza di comportamenti volontari orientati verso un obiettivo, compresa la decisione della quantità di sforzo da mettere in atto in una situazione specifica (Vroom, 1964; Mitchell, 1982).

Nonostante vi sia un interesse per le modalità con cui gli esiti vengono prodotti (item n. 4 – Tab. 1), non vi è lo stesso grado di motivazione nell'interessarsi dei collaboratori. Ciò può avere un impatto significativo sulla motivazione e in particolare sulla motivazione intrinseca. La motivazione intrinseca è definita come il processo in cui un dipendente è attratto dalla natura del compito. Un dipendente intrinsecamente motivato si impegna in un determinato compito grazie al proprio livello di motivazione piuttosto che ricevendo direttive da qualcuno. Ricerche precedenti mostrano una relazione positiva tra leadership etica e motivazione intrinseca dei dipendenti (Yindong, Xin Xin e How, 2013;

Danish *et al.*, 2020). I lavoratori del settore sanitario manifestano una motivazione più elevata per il loro lavoro, in quanto sono intrinsecamente motivati a svolgere il proprio ruolo a causa di un obbligo morale. Con la presenza di un leader etico, la motivazione intrinseca dei dipendenti viene ulteriormente rafforzata, con effetti negativi, anche, sul turnover (Wang *et al.*, 2019). La mancata manifestazione di leadership etica potrebbe produrre conseguenze avverse sulla spinta motivazionale intrinseca, con conseguente impatto sfavorevole sulla qualità delle prestazioni.

#### 5.4. Responsabilità

I leader etici hanno il compito di stabilire criteri etici, offrire incentivi per la condotta etica e applicare sanzioni a coloro che non rispettano tali standard (Treviño, Brown e Hartman, 2003; Brown, Treviño e Harrison, 2005). Questo crea un ambiente di lavoro in cui i trasgressori sono disciplinati, aumentando la soddisfazione dei membri che percepiscono il leader come autorevole e giusto.

Nonostante l'alta percentuale di gradimento ottenuta dall'elemento n. 2 (Tab. 1) emerge un minor interesse nel riprendere coloro che non rispettano gli standard etici aziendali, soprattutto tra i membri di sesso maschile. Questo può essere correlato al concetto di modeling menzionato in precedenza, in cui non tutti i partecipanti si identificano, ma potrebbe anche indicare una mancanza di responsabilizzazione.

La responsabilità può essere di due tipi: la responsabilità nell'ambito di uno spazio decisionale e di azione e la responsabilità di accettare la competenza del processo decisionale. Un lea-

der è eticamente responsabile quando ha diverse opzioni tra cui scegliere e può decidere e agire liberamente. Tuttavia, se lo spazio per decidere e agire è così limitato da consentire solo una singola opzione, non esiste una responsabilità diretta (Enderle, 1987). Nel caso proposto, il leader potrebbe trovarsi di fronte a un dilemma etico: potrebbe desiderare di riprendere un collaboratore che ha violato uno standard etico, ma che ha al contempo rispettato le regole dell'organizzazione. In questa circostanza, diventa indispensabile dotare le aziende sanitarie di un codice etico in sintonia con il regolamento aziendale. Le norme organizzative stabiliscono i limiti delle scelte e delle azioni dei manager, ma per esercitare una leadership etica efficace, è necessario un adeguato margine decisionale e di azione. Se il leader si trova di fronte a un'unica opzione, perde la sua posizione e diventa un seguace con la possibilità di scegliere se accettare o mantenere la responsabilità del processo decisionale (Enderle, 1987).

Le riflessioni emerse dai partecipanti all'indagine offrono ulteriori valutazioni e considerazioni sul tema in esame. Tra le osservazioni rilevanti, si evidenzia la necessità di distinguere tra etica e regole, anche quando queste ultime sono determinate dalla missione aziendale. Ciò implica che le decisioni prese potrebbero essere influenzate da fattori che vanno oltre l'etica stessa. Inoltre, si sottolinea l'importanza di promuovere la discussione degli standard etici con i collaboratori, favorendo un approccio partecipativo e coinvolgente nella definizione e comprensione delle regole etiche aziendali. Queste osservazioni indicano una consapevolezza dell'importan-

za di una visione comune dell'etica ed evidenziano la necessità di creare una cultura organizzativa che incoraggi la discussione e la comprensione di tali principi.

## 6. Implicazioni manageriali e futuri step

L'analisi dei risultati di questa ricerca evidenzia rilevanti implicazioni manageriali all'interno del contesto sanitario. I professionisti in posizioni di leadership nel settore sanitario manifestano un ampio consenso sull'importanza della leadership etica. Questa convergenza di opinioni suggerisce che, i dirigenti sanitari riconoscono il valore di un modello di leadership improntato ai principi etici e sono disposti ad adottarlo. Tuttavia, è evidente l'effetto significativo delle differenze di genere. Sulla base dei dati raccolti, la maggioranza dei dirigenti nel settore sanitario è composta da uomini, sebbene emerga una tendenza favorevole alle donne, soprattutto tra le fasce d'età più giovani. Questo mette in luce l'importanza di promuovere l'uguaglianza di genere nelle posizioni di vertice al fine di assicurare una rappresentanza più equa e diversificata.

Un ulteriore elemento di interesse riguarda il ruolo del modello etico. Le donne in posizioni manageriali sembrano essere più propense a considerare modelli di comportamento etico rispetto agli uomini. Questo può essere ricondotto a stereotipi di genere tradizionali che associano le donne a comportamenti etici. Tale percezione potrebbe costituire un vantaggio per le donne leader nell'incoraggiare comportamenti etici tra i loro collaboratori. La ricerca rivela altresì differenze di genere nelle risposte relative alla motivazione e alle performance. Le diri-

genti di genere femminile sembrano porre maggiore attenzione non solo ai risultati, ma anche ai mezzi utilizzati per raggiungerli. Ciò solleva importanti interrogativi riguardo alla percezione dell'etica e del successo in relazione alle variabili di genere, sottolineando l'importanza di promuovere una valutazione etica dei risultati all'interno delle organizzazioni.

È evidente che, una maggiore equità di genere nelle posizioni di vertice all'interno delle strutture sanitarie, potrebbe contribuire in modo significativo allo sviluppo della leadership, con implicazioni manageriali più evidenti e valutabili in future ricerche.

Notevole è l'importanza della responsabilità etica, che, nonostante il consenso, si riscontrano differenze nella propensione a prendere provvedimenti nei confronti di chi non rispetta gli standard etici. Ciò potrebbe richiedere una definizione più chiara delle norme etiche e delle procedure disciplinari all'interno delle organizzazioni. Considerando che, non tutte le aziende sanitarie dispongono di un codice etico, si potrebbe prendere in considerazione l'implementazione di tali normative al fine di uniformare gli standard etici. Tuttavia, è necessario ponderare attentamente il contesto specifico in cui opera ciascuna azienda sanitaria.

## 7. Limiti della ricerca

Nel presente studio, è importante riconoscere alcuni limiti e considerazioni aggiuntive che richiedono attenzione. In primo luogo, il campione utilizzato potrebbe essere considerato limitato, poiché potrebbe non rappresentare in modo completo la popolazione di interesse. Sebbene gli sforzi compiuti per selezionare un campione

rappresentativo, potrebbe essere necessario un campione più ampio e diversificato per ottenere risultati più generalizzabili e garantire una maggiore validità esterna dello studio. Inoltre, è essenziale considerare che le conclusioni e le scoperte di questo studio si basano su dati e informazioni raccolte esclusivamente nel contesto italiano. Di conseguenza, è fondamentale esercitare cautela nell'estendere e generalizzare tali risultati ad altre popolazioni o contesti culturali. Le dinamiche sociali, economiche e culturali possono variare significativamente tra le diverse regioni e Paesi, e ciò potrebbe influire sulla validità delle conclusioni quando applicate al di fuori del contesto italiano.

## 8. Conclusioni

La discussione sulla leadership etica nel settore sanitario rappresenta un tema di grande rilevanza che suscita un notevole interesse e coinvolgimento da parte dei dirigenti aziendali operanti nel settore sanitario e degli studiosi del management. La manifestazione concreta della leadership etica è strettamente correlata alla portata delle decisioni e delle azioni a essa connesse, le quali possono essere influenzate da fattori interni ed esterni all'organizzazione stessa.

Sulla base dell'aderenza dimostrata dal campione analizzato e per una più approfondita analisi dell'implementazione della leadership etica nell'ambito sanitario, risulta auspicabile l'adozione di un codice etico a livello nazionale, che possa essere personalizzato in base alle specificità di ciascuna organizzazione sanitaria e che abbia la capacità di integrare e arricchire i regolamenti aziendali già esistenti. Tale iniziativa consentirebbe un'inter-

pretazione più approfondita dell'applicazione della leadership all'interno delle strutture sanitarie.

La leadership etica avrebbe anche un impatto significativo di carattere pubblico. L'adozione di un quadro etico chiaro e condiviso fornirebbe una guida fondamentale per le loro decisioni e azioni, promuovendo una gestione sanitaria responsabile preoccupata del benessere sia dei pazienti che degli operatori sanitari. Inoltre, una leadership etica avrebbe un impatto positivo sull'immagine e sulla reputazione delle organizzazioni sanitarie, contribuendo a rafforzare la fiducia tra i vari stakeholder e a creare un ambiente di lavoro motivante per il personale

coinvolto. L'attenzione rivolta alla leadership etica nel settore sanitario potrebbe, quindi, favorire l'adozione di politiche e pratiche che pongono al centro l'etica e il valore della cura, consentendo un miglioramento complessivo del sistema sanitario e dei servizi offerti.

La promozione della leadership etica nel settore sanitario rappresenta, quindi, un elemento cruciale per guidare le decisioni e le azioni dei decisori politici, contribuendo a una gestione sanitaria responsabile, all'instaurazione di fiducia, a migliorare la qualità dei servizi sanitari e supporterebbe il mantenimento di un contesto lavorativo sano e profittevole.

## BIBLIOGRAFIA

Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee-guida in tema di raccolta, manipolazione e impiego clinico delle cellule staminali emopoietiche (CSE)" – disponibile al sito: [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2003-09-30&atto.codiceRedazionale=03A10620&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2003-09-30&atto.codiceRedazionale=03A10620&elenco30giorni=false).

Adler P.S. (2002). Corporate scandals: It's time for reflection in business schools. *Academy of Management Perspectives*, 16(3): 148-149. DOI: 10.5465/ame.2002.8540425.

Andersson T. (2015). The medical leadership challenge in healthcare is an identity challenge. *Leadership in Health Services*, 28(2): 83-99. DOI: 10.1108/lhs-04-2014-0032.

Anessi-Pessina E., Cantù E. (2006). Whither managerialism in the Italian national health service?. *The International journal of health planning and*

*management*, 21(4): 327-355. DOI: 10.1002/hpm.861.

Avolio B.J., Walumbwa F.O., Weber T.J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual review of psychology*, 60: 421-449. DOI: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163621.

Banks G.C., Fischer T., Gooty J., Stock G. (2021). Ethical leadership: Mapping the terrain for concept cleanup and a future research agenda. *The Leadership Quarterly*, 32(2): 101471. DOI: 10.1016/j.leaqua.2020.101471.

Banks G.C., Gooty J., Ross R.L., Williams C.E., Harrington N.T. (2018). Construct redundancy in leader behaviors: A review and agenda for the future. *The Leadership Quarterly*, 29(1): 236-251. DOI: 10.1016/j.leaqua.2017.12.005.

Bismark M., Morris J., Thomas L., Loh E., Phelps G., Dickinson H. (2015). Reasons and remedies for under-representation of women in medical



- leadership roles: a qualitative study from Australia. *BMJ open*, 5(11): e009384. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009384.
- Boniol M., McIsaac M., Xu L. Wuliji T., Diallo K. *et al.* (2019). Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. World Health Organization. – <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>.
- Brown M.E., Treviño L.K. (2006). Ethical leadership: A review and future directions. *The Leadership Quarterly*, 17(6): 595. DOI: 10.1016/j.leaqua.2006.10.004.
- Brown M.E., Treviño L.K., Harrison D.A. (2005). Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organisational behavior and human decision processes*, 97(2): 117-134. DOI: 10.1016/j.obhdp.2005.03.002.
- Brown N., Brittlebank A. (2013). How to develop and assess the leadership skills of psychiatrists. *Advances in psychiatric treatment*, 19(1): 30-37. DOI: 10.1192/apt.bp.111.009688.
- Chervenak F.A., McCullough L.B., Brent R.L. (2013). The professional responsibility model of physician leadership. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(2): 97-101. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.03.005.
- Dal Mas F., Paoloni P. (2020). A relational capital perspective on social sustainability; the case of female entrepreneurship in Italy. *Measuring Business Excellence*, 24(1): 114-130. DOI: 10.1108/MBE-08-2019-0086.
- Danish R.Q., Hafeez S., Ali H.F., Mehta A.M., Ahmad M.B., Ali M. (2020). Impact of Ethical Leadership on Organizational Commitment and Organizational Citizenship Behavior with Mediating role of Intrinsic Motivation. *International Review of Management and Marketing*, 10(4): 25-30. – Retrieved from <https://econjournals.com/index.php/irmm/article/view/9840>.
- Deal J. (2018). The ethical downside of having highly loyal leaders. *Wall Street J.* – <https://www.wsj.com/articles/the-ethical-downside-of-having-highly-loyal-leaders-1527088218> [ultimo accesso 7 aprile 2023].
- Deephouse D.L. (1996). Does isomorphism legitimate?. *Academy of management journal*, 39(4): 1024-1039. DOI: 10.5465/256722.
- Dowton S.B. (2004). Leadership in medicine: where are the leaders?. *Medical Journal of Australia*, 181(11-12): 652-654. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2004.tb06509.x.
- Fischer T., Dietz J., Antonakis J. (2017). Leadership process models: A review and synthesis. *Journal of Management*, 43(6): 1726-1753. DOI: 10.1177/0149206316682830.
- Fragale E. (2013). La dirigenza delle aziende sanitarie dopo la cd riforma Balduzzi. *Le Istituzioni del Federalismo*, (2): 551-581.
- Freeman J. (2019). Big business and its stakeholders. *The Wall Street J.* – <https://www.wsj.com/articles/big-business-and-its-stakeholders-11566251445> [ultimo accesso 7 aprile 2023].
- Giacomelli G. (2020). The role of hybrid professionals in the public sector: a review and research synthesis. *Public Management Review*, 22(11): 1624-1651. DOI: 10.1080/14719037.2019.1642952.
- Glouberman S., Mintzberg H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease – Part I: Differentiation. *Health care management review*, 56-69. – <https://www.jstor.org/stable/44951310>.
- Heifetz R.A., Laurie D.L. (1997). The work of leadership. *Harvard Bus Rev*, 75: 124-134. – <https://createvalue.org/wp-content/uploads/Heifetz-The-Work-of-Leadership-1.pdf>.
- Ho A., Pinney S. (2016, January). Redefining ethical leadership in a 21st-century healthcare system. *Healthcare management forum*, 29(1): 39-42. DOI: 10.1177/0840470415613910.
- Hoch J.E., Bommer W.H., Dulebohn J.H., Wu, D. (2018). Do ethical, authentic, and servant leadership explain variance above and beyond transformational leadership? A meta-analysis. *Journal of management*, 44(2): 501-529. DOI: 10.1177/0149206316665461.
- Hogan R., Curphy G.J., Hogan J. (1994). What we know about leadership: Effectiveness and personality. *American psychologist*, 49(6): 493. – <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.49.6.493>.
- Hoque K., Davis S., Humphreys M. (2004). Freedom to do what you are told: senior management team autonomy in an NHS acute trust. *Public Administration*, 82(2): 355-375. DOI: 10.1111/j.0033-3298.2004.00398.x.
- Huikko-Tarvainen S. (2021). Elements of perceived good physician leadership and their relation to leadership theory. *Leadership in Health Services*. DOI: 10.1108/LHS-01-2021-0002.
- Huikko-Tarvainen S., Sajasalo P., Auvinen T. (2021). Just a leader? Leadership work challenges and identity contradiction experienced by Finnish physician leaders. *Journal of Health Organization and Management*. DOI: 10.1108/JHOM-10-2020-0421.
- King's Fund. (2011). The Future of Leadership and Management in the NHS: No More Heroes: a Report for the King's Fund Commission on Leadership and Management in the NHS. Kings Fund. – [www.kingsfund.org.uk/publications](http://www.kingsfund.org.uk/publications).
- Lander B. (2016). Boundary-spanning in academic healthcare organisations. *Research Policy*, 45(8): 1524-1533. DOI: 10.1016/j.respol.2016.01.006.

- Le donne nel Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della Salute, 2022: – chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.salute.gov.it/imgs/C\_17\_publicazioni\_3273\_0\_alleg.pdf.
- Lega F., Prenestini A., Rosso M. (2017). Leadership research in healthcare: a realist review. *Health Services Management Research*, 30(2): 94-104. DOI: 10.1177/0951484817708915.
- Mascia D., Morandi F., Cicchetti A. (2011). Looking good or doing better? Patterns of decoupling in the implementation of clinical directorates. *Academy of Management Proceedings*, 1: 1-6. DOI: 10.1097/hmr.0b013e318286095c.
- Mihelic K.K., Lipicnik B., Tekavcic M. (2010). Ethical leadership. *International Journal of Management & Information Systems (IJMIS)*, 14(5). DOI: 10.19030/ijmis.v14i5.11.
- Mintzberg H. (1997). Toward healthier hospitals. *Health Care Management Review*, 9-18. – https://www.jstor.org/stable/44950838.
- Mitchell T.R. (1982). Motivation: New directions for theory, research, and practice. *Academy of management review*, 7(1): 80-88. https://doi.org/10.5465/amr.1982.4285467.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). – https://stats.oecd.org/.
- Porter M.E. (2010). What is value in health care. *N Engl J Med*, 363(26): 2477-2481. DOI: 10.1056/nejmp1011024.
- Prenestini A., Sartirana M., Lega F. (2021). Involving clinicians in management: assessing views of doctors and nurses on hybrid professionalism in clinical directorates. *BMC Health Services Research*, 21: 1-11. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780198289029.001.0001.
- Rost J.C. (1995). Leadership: A discussion about ethics. *Business ethics quarterly*, 129-142. DOI: 10.2307/3857276.
- Sartirana M., Currie G., Noordegraaf M. (2019). Interactive identity work of professionals in management: a hospital case study. *Public Management Review*, 21(8): 1191-1212. DOI: 10.1080/14719037.2018.1549269.
- Sirris S. (2019). Coherent identities and roles? Hybrid professional managers' prioritizing of coexisting institutional logics in differing contexts. *Scandinavian Journal of Management*, 35(4): 101063. DOI: 10.1016/j.scaman.2019.101063.
- Snell A.J., Briscoe D., Dickson G. (2011). From the inside out: the engagement of physicians as leaders in health care settings. *Qualitative Health Research*, 21(7): 952-967. DOI: 10.1177/1049732311399780.
- Spreier S.W., Fontaine M.H., Malloy R.L. (2006). Leadership run amok. *Harvard Business Review*, 84(6): 72-82. – https://hbr.org/2006/06/leadership-run-amok-the-destructive-potential-of-over-achievers.
- Vroom V.H. (1964). *Work and motivation*. New York: John Wiley & Sons.
- Wang E., Hu H., Mao S., Liu H. (2019). Intrinsic motivation and turnover intention among geriatric nurses employed in nursing homes: The roles of job burnout and pay satisfaction. *Contemporary nurse*, 55(2-3): 195-210. DOI: 10.1080/10376178.2019.1641120.
- Witman Y., Smid G.A., Meurs P.L., Willems D.L. (2011). Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization*, 18(4): 477-495. DOI: 10.1177/1350508410380762.
- Wojciszke B. (1994). Multiple meanings of behavior: Construing actions in terms of competence or morality. *Journal of personality and social psychology*, 67(2), 222. – https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.67.2.222.
- Yidong T., Xinxin L. (2013). How ethical leadership influence employees' innovative work behavior: A perspective of intrinsic motivation. *Journal of business ethics*, 116: 441-455. DOI: 10.1007/s10551-012-1455-7.
- Yukl G. (2010). *Leadership in organisations* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Yukl G., Mahsud R., Hassan S., Prussia G.E. (2013). An improved measure of ethical leadership. *Journal of leadership & organizational studies*, 20(1): 38-48. DOI: 10.1177/1548051811429352.