Rivista trimestrale di Organizzazione
Aziendale
ISSN: 2465-1753

# SHOCK DA COVID-19 E STILI DI GESTIONE DEL CONFLITTO: UN'ANALISI EMPIRICA SUI DIRIGENTI MEDICI

*Pubblicato il31 Ottobre 2022 di Ventura Marzia, Vesperi Walter e Reina Rocco*

**Categoria:** Conflitto e Negoziazione

1. Introduzione

I grandi shock esterni del XXI secolo hanno imposto alle organizzazioni un ripensamento delle proprie configurazioni ed una maggiore focalizzazione sulle proprie fragilità. Il più recente shock è stato determinato dalla pandemia da coronavirus SARS-CoV-2 (più comunemente denominato "Covid-19"); nel marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato lo stato di pandemia globale causato dal coronavirus SARS-CoV-2 (OMS, 2020), finendo per modificare profondamente routine, abitudini e comportamenti delle persone, sia nell'ambito sociale e familiare sia nell'ambito lavorativo e professionale. \L'impatto maggiore del Covid-19, ha avuto le conseguenze più profonde sulle organizzazioni sanitarie che, in pochissimo tempo e con grande incertezza rispetto al futuro, hanno dovuto adottare azioni urgenti e non programmabili. Questo improvviso "shock" nelle organizzazioni sanitarie e i continui cambiamenti, possono essere all'origine dei conflitti nei team di lavoro (Vesperi, et al.,2020; Dopson et al., 2002; Rees e Kinnersley, 1996; Forbes e Prime, 1999; Lopopopolo et al., 2004; Raykova et al., 2015; Lerro 2012).

Nelle organizzazioni sanitarie comprendere e gestire il conflitto è fondamentale, in quanto, i conflitti vanno ad influenzare la qualità dell'assistenza sia direttamente (ritardi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, mancata fornitura di cure essenziali ai pazienti) sia indirettamente (gli operatori sanitari si sentono demotivati e mostrano atteggiamenti negativi nei confronti dei pazienti). Inoltre, è stato dimostrato come i conflitti all'interno dell'assistenza sanitaria hanno un impatto negativo sull'amministrazione ospedaliera e sul sistema economico locale e portano a maggiori responsabilità per l'organizzazione (Forté, 1997; Rosenstein, 2011; Aberese-Ako et al.; 2015). Gran parte della letteratura nel campo degli studi organizzativi ha sottolineato il ruolo cruciale dei conflitti visto sotto una duplice veste, funzionale da un lato, e disfunzionale dall'altro (Brown e Brown, 1983). Capozilli (1999) e Darling e Fogliasso (1999) hanno riscontrato che la presenza di conflitto non sempre produce performance negative, anzi, in alcuni casi, può migliorare le stesse. Quando il conflitto viene riconosciuto ed adeguatamente gestito, sorgono vantaggi personali e organizzativi (Silverthorne, 2005; Özkalp et al, 2009); per questo motivo, la gestione dei conflitti diventa una capacità organizzativa fondamentale, per promuovere rapporti di lavoro positivi e collaborativi, soprattutto in un contesto complesso e dinamico (Hillhouse e Adler 1997).

Su tali premesse, l'obiettivo del presente lavoro è quello di comprendere – attraverso un'analisi empirica condotta sui dirigenti medici delle aziende ospedaliere pubbliche e private del Sistema Sanitario Calabrese - quale stile di gestione del conflitto venga preferito, con un confronto temporale in due diversi momenti prima e durante lo shock da Covid-19.

- Background Teorico

È possibile definire come "shock" un evento che determina un rapido e profondo cambiamento delle condizioni ambientali o di contesto iniziale (Cupsa, 2018). In questa prospettiva, assume particolare importanza la capacità delle organizzazioni di adattarsi alle nuove condizioni (Pedersen, 1995). Gli shock, come il Covid-19, possono essere attivati da un evento esterno a un sistema sociale (Hahn et.al, 2008) e possono non essere governabili o prevedibili. Se un sistema sociale è sotto shock, e le condizioni ambientali sono incerte, è probabile che si determinino situazioni di conflitto (Anderies e Janssen, 2013; Berkes et.al, 2002). Gli shock non causano sempre conflitti, poiché i sistemi sociali potrebbero semplicemente sgretolarsi in sistemi più piccoli, o creare una maggiore coesione nella risposta. Il conflitto è un fenomeno manageriale e sociale, che si riferisce a condizioni di incompatibilità tra vari tipi di attori. Da decenni, gli studiosi delle discipline manageriali e di teoria dell'organizzazione focalizzano la propria attenzione sul *conflict management*, adottando diverse prospettive e strumenti di analisi (Wall e Callister, 1995). Kreitner e Kinicki (2010) e Patton (2014) definiscono il conflitto come un comportamento complesso in cui una parte percepisce che i suoi interessi sono contrastati o influenzati negativamente da un'altra parte. Thompson (1960) osserva che il conflitto è qualcosa sempre presente nelle organizzazioni e deve essere evitato e controllato. Lawrence e Lorsche (1969) osservano la capacità del conflitto di accrescere la coesione del gruppo o dell'azienda nel confronto con una forza esterna. La visione positiva del conflitto aiuta le persone a conoscere sé stessi, aumenta la propria consapevolezza verso degli altri, incoraggia il cambiamento, aumenta l'energia e le persone sono motivate a risolvere al meglio i problemi (Stevahn, 2004). Per risolvere il conflitto, sono necessarie conoscenza, pianificazione, tempistica e ricerca della giusta opportunità. Kreitner e Kinicki (2006) elencano le circostanze che tendano a creare conflitti: differenze di personalità e/o di valore, confini di lavoro confusi, battaglia per risorse limitate, processo decisionale democratico, processo decisionale collettivo, scarsa comunicazione, concorrenza tra i dipartimenti, irragionevoli aspettative di lavoro (politiche, regole, scadenze, limiti di tempo), aspettative non soddisfatte e/o non realistiche (in merito a salario, avanzamento o carico di lavoro), organizzazioni più complesse e conflitti instabili o repressi. La maggior parte delle ricerche in tale ambito, rivela che i conflitti nelle organizzazioni sanitarie derivano da difficoltà di comunicazione interpersonale o professionale (Shin, 2009). Alcuni studi hanno rilevato che uomini e donne impiegano stili diversi nella gestione dei conflitti con differenze misurabili nella gestione dello stesso (Brewer, et.al. 2002; Gayle, 1991; Orbe e Warren, 2000; Putnam e Poole, 1987; Sorenson, Hawkins e Sorenson, 1995). Essere consapevoli degli stili preferenziali di gestione dei conflitti può portare a risultati migliori, maggiore comprensione e un ambiente di lavoro più sano (Boonsathorn, 2007). Il modo utilizzato dalle persone per gestirlo, invece, è indicativo del probabile esito; per le persone con una formazione o esperienza adeguata, i conflitti possono spesso essere gestiti per evitare conseguenze negative e il conflitto, se adeguatamente canalizzato, può essere utilizzato come agente di cambiamento (Farh et al., 2010). Gli studi di Friedman, Tidd, Currall e Tsai (2000) suggeriscono che vi sia una costante riflessione sull'esistenza di uno stile di gestione del conflitto. Hocker e Wilmot (2010) definiscono gli stili di gestione dei conflitti come una risposta

modellata o un insieme di comportamenti che gli individui usano in situazioni di conflitto. Thomas e Kilmann (1974) e Rahim (1983), adottando un approccio teorico, definiscono le due dimensioni dell'"interesse per sé" e "interesse per gli altri", dalla cui combinazioni si ottengono cinque diversi stili di gestione del conflitto. Lo stile *Dominante* implica un'elevata preoccupazione per sé stessi e una bassa preoccupazione per gli altri. Lo stile di *Integrazione* implica un'elevata preoccupazione per sé stessi e un'elevata preoccupazione per gli altri. Questo stile di gestione del conflitto, si basa sulla collaborazione tra le parti in conflitto in cui gli individui cercano di scambiare informazioni, esaminare differenze, comprendere il problema e mostrare apertura reciproca. Una soluzione *Integrativa* è accettabile per entrambe le parti (Van de Vliert and Euwema; 1994; Trompenaars; 2004). Lo stile *Evitante* è correlato alla scarsa preoccupazione per sé stessi e alla bassa preoccupazione per gli altri. Questo stile è caratterizzato da un comportamento di ritiro ed elusione degli scontri con l'altra parte coinvolta nel conflitto. Lo stile *Sottomesso* riflette una bassa preoccupazione per sé stessi e un'alta preoccupazione per l'altra parte in conflitto. Questo stile è legato al comportamento che cerca di soddisfare i bisogni degli altri e di fare concessioni durante il corso del conflitto. Infine, lo stile *Compromesso* descrive una moderata preoccupazione per sé e per gli altri. Ci vuole una via di mezzo per risolvere il conflitto in cui entrambe le parti dovrebbero "dare qualcosa" per "prendere qualcosa" (Rahim e Magner, 1995, p.123). Vivar (2006) suggerisce che ciascuno dei cinque stili di gestione dei conflitti presenta vantaggi e svantaggi, e può essere giusto o sbagliato in relazione alla situazione contingente da fronteggiare (Rahim, 1985). Questo approccio bidimensionale dei cinque stili è stato ampiamente supportato (Chanin e Schneer, 1984; Goodwin, 2002; King e Miles, 1990; Lee, 1990; Rahim, Antonioni, e Psenicka, 2001; Van de Vliert e Kabanoff, 1990).

In linea con queste premesse, la pandemia da Covid-19 ha rappresentato quella forza esterna (shock) in grado di generare conflitto all'interno delle organizzazioni del settore sanitario, complesse e costantemente sotto pressione. In tali situazioni di contesto, nelle aziende sanitarie, obbligate a confrontarsi quotidianamente sui temi del conflitto intra-organizzativo, a causa della necessaria integrazione dei saperi per la risoluzione dei problemi ed erogazione servizi sanitari (Roussou e Pavlakis, 2011; Ilies et al. 2011; De Wit at al., 2012; Nelson, 2012), i dirigenti medici possono trarre profitto dalla collaborazione per creare un ambiente di lavoro affidabile e anticipare ed evitare i conflitti.

- Metodologia e caratteristiche dei partecipanti

Il presente studio analizza la gestione del conflitto partendo dall'approccio dei cinque stili di gestione proposto da Rahim e Bonoma del 1979 e successive modifiche a cura di Rahim e Magner del 1995. Lo studio ha utilizzato un questionario anonimo come metodo di raccolta di dati. Il questionario è composto da tre parti. La prima riguardava le informazioni di carattere anagrafico dei partecipanti; la seconda parte del questionario somministrato è il Rahim Organizational Conflict Inventory II (ROCI II) modulo C (Rahim, 1985). Il questionario ROCI II è composto da 28 item, ognuno dei quali utilizza una scala Likert a 5 punti, riguardanti il conflitto tra pari. Il metodo ROCI-II misura lo stile di gestione del conflitto - integrativo, dominante, sottomesso, evitante e fondato sul compromesso - preferito da ciascun partecipante (Brewer et al., 2002; Rahim, 1985; Song et al., 2006; Greer, et al., 2008; Kuypers, et al., 2018) ed un'ultima parte lasciata ai partecipanti per inserire commenti e note. La ricerca è stata realizzata in un arco temporale di ventiquattro mesi. Nello specifico il lavoro ha avuto

inizio nei mesi di gennaio-marzo 2019 (pre-shock da Covid-19) durante i quali è stato somministrato il questionario ad un primo gruppo di dirigenti medici e successivamente nei mesi di maggio-luglio 2021 è stato somministrato il questionario ad un secondo gruppo di dirigenti medici, selezionati casualmente sulla base di specifiche scelte di carattere formativo adottate. In tal modo, la ricerca ha coinvolto i dirigenti medici afferenti al Sistema Sanitario Regionale della Calabria, coinvolgendo e somministrando n°60 questionari.

Nella tabella n°1, vengono riportate le principali caratteristiche dei dirigenti sanitari intervistati.

***Tabella 1 Caratteristiche dei partecipanti; Fonte: ns elaborazione***

| | **Pre- shock pandemico** Dirigenti Medici Corso di alta formazione Anno Accademico 2019\2020 | **Durante- shock pandemico** Dirigenti Medici Corso di alta formazione Anno Accademico 2020\2021 |
|---|---|---|
| **Sesso** | 76% Maschile | 78% Maschile |
| | 24% Femminile | 22% Femminile |
| **Età (valore medio)** | 51 anni | 55 anni |
| **Anzianità di servizio (valore medio)** | 20 anni | 25 anni |
| **Laurea** | 90% Laurea in Medicina e Chirurgia 7% Odontoiatria 3 % Farmacia | 100% Laurea in Medicina e Chirurgia |
| **Azienda sanitaria di riferimento** | 80% pubblica 8% privata e\o accreditata 2% libero professionista | 100% pubblica |

- Risultati e Considerazioni preliminari

Nella letteratura accademica, il questionario proposto da Rahim (1983) è uno strumento utilizzato per comprendere gli stili di gestione del conflitto, infatti, gli item del questionario ROCI II (modulo C) misurano le percezioni degli intervistati in merito alla frequenza con cui si impegnano in determinati comportamenti legati al conflitto e il loro livello di consapevolezza in merito ai problemi legati allo stesso. Il ROCI II è anche progettato per promuovere la comprensione del conflitto ed è stato utilizzato per misurare la capacità di una persona di creare soluzioni reciprocamente vantaggiose per tutti i partecipanti. Partendo da una base teorica, abbiamo impostato la domanda di ricerca. Il questionario ROCI II modulo C attribuisce un punteggio alle risposte fornite dai dirigenti medici e il punteggio più alto indica lo stile di gestione dei conflitti più utilizzato (pre-durante pandemia). Su questa indicazione è stato possibile creare una classificazione degli stili più utilizzati dai dirigenti medici nella gestione del conflitto. I risultati dello studio mostrano che i dirigenti medici che afferiscono al primo gruppo (Pre-shock Covid-19) - in situazioni di conflitto con i propri pari - utilizzano principalmente lo stile integrativo (96%); e solo una piccola parte utilizza lo stile di gestione fondato sul compromesso (4%)



Figura 1 - Stili di gestione Dirigenti medici A.A. 2019\2020; Fonte: ns elaborazione

Mentre, come secondo stile di gestione del conflitto si evidenzia nel 71% lo stile Sottomesso e al 21% Evitante. La parte restante, utilizza una combinazione di diversi stili come Dominante - Fondato sul Compromesso, Sottomesso-Evitante-Fondato sul Compromesso. Il terzo stile utilizzano si suddivide in Evitante (41%), seguito da Integrativo (17%), Fondato sul Compromesso (17%), Sottomesso-Evitante (13%), Dominante-Evitante (12%). Il quarto stile non mostra una prevalenza di uno stile unico rispetto agli altri.

I dirigenti che afferiscono al secondo gruppo evidenziano uno stilo fondato sul compromesso (95%) e solo una piccola parte il 5% utilizza lo stile di gestione evitante.



Figura 2 - Stili di gestione Dirigenti medici A.A. 2020\2021; Fonte: ns elaborazione

Come secondo stile di gestione risulta nel 83% lo stile Sottomesso e al 17% integrativo. Il terzo stile si suddivide in Integrativo (39%), seguito da Evitante (17%), Fondato sul Compromesso (17%), Sottomesso-Evitante (13%), Dominante-Evitante (9%) e Fondante sul Compromesso (5%). Il quarto stile mostra una prevalenza dello stile Evitante rispetto agli altri stili di gestione.  Per ottenere una corretta interpretazione dei dati, le risposte ottenute da ogni singolo questionario sono state elaborate per ottenere maggiori informazioni sugli aspetti organizzativi del conflitto. Dalla prima parte del questionario – informazioni sul partecipante - si sono ottenute informazioni utili per determinare le relazioni con lo stile di gestione del conflitto. Attraverso delle correlazioni, che rappresentano lo strumento statistico più adoperato per queste tipologie di analisi, per determinare la relazione tra la preferenza per gli stili di gestione dei conflitti e i dati personali, i punteggi ROCI II per i cinque stili di conflitto sono stati considerati variabili dipendenti.

La figura I mostra i risultati del coefficiente di correlazione di Pearson (*r*) tra lo stile di gestione dei conflitti e i dati personali. Il valore di ciascun coefficiente di correlazione viene riportato di seguito.



Figura 3. Correlazione di Pearson Pre e Durante Shock pandemico; Fonte: ns elaborazione

La Figura 3 evidenzia le differenti correlazioni con lo stile di gestione nel conflitto, fra i due gruppi. Nella prima aula formativa (Pre-shock pandemico), i dati dimostrano una relazione significativa con la variabile “Età” (r = + 0,83). La variabile Età, indica l'età dei dirigenti medici osservati. In particolare, dalla variabile Età, emergono le

seguenti informazioni M = 51,37 (in anni), Mo=60,00 (in anni) e SD = 9,41 (in anni). L'altra variabile presa in considerazione è “Genere”. La variabile “Genere” evidenzia una relazione positiva ma bassa (r = + 0,29). Nella seconda aula formativa (Post-shock pandemico), l’analisi delle correlazioni di Pearson mostrano una ridotta relazione con la variabile “Età” (r = + 0,33). Il gruppo di intervistati, in considerazione all’età, presenta le seguenti caratteristiche M = 53,98 (in anni), Mo=62,00 (in anni) e SD = 8,19 (in anni). La variabile “Genere” presenta un coefficiente Pearson è positivo (r =+ 0,72).

- Riflessioni conclusive

Il fenomeno alla base di questo studio è lo shock da Covid-19 e come questo impatti sullo stile di gestione del conflitto tra pari. Di conseguenza, lo studio vuole far emergere le differenze, nell’uso di uno stile di gestione del conflitto, rispetto ai due momenti presi in considerazione “pre” e “durante” lo shock pandemico Covid-19. L'insorgenza dello shock da Covid-19 ha avuto un impatto sul contesto in cui opera il personale medico poiché ha richiesto rapidi cambiamenti per mantenere l'erogazione di cure in termini di sicurezza, efficienza e efficacia.

La crescente attenzione alle organizzazioni sanitarie ha imposto riflessioni sugli aspetti organizzativi e di gestione delle risorse umane. In particolare, i conflitti rappresentano un momento cruciale e inevitabile nella vita delle organizzazioni. La natura delle organizzazioni sanitarie, si caratterizza per la presenza di diverse conoscenze e famiglie professionali (dirigenti sanitari, infermieri, farmacisti, amministratori e altre professioni), capace di generare un ambiente complesso e conflittuale. Per questo diventa interessante approfondire il fenomeno del conflitto nelle organizzazioni sanitarie. Comprendere questo fenomeno può aiutare le organizzazioni a crescere e migliorare nel tempo. Identificare lo stile e i fattori che influenzano lo stile di gestione del conflitto dei dirigenti medici in relazione ai propri pari è stato il punto di partenza di questo studio. I risultati principali di questo studio tendono a corroborare gran parte della ricerca precedente in quest'area. Infatti, i risultati dei questionari hanno mostrato che i dirigenti medici preferiscano utilizzare uno stile “integrativo” in una situazione di normalità – senza shock esterni - mentre, cambia in “evitante” in una situazione di shock (da Covid-19). L'originalità di questa ricerca consiste nell'avere esteso l'utilizzo del questionario ROCI II – Modulo C – ai dirigenti medici. In effetti, ci sono poche evidenze empiriche nella letteratura sul settore sanitario e sui top manager. I risultati hanno permesso di avere un quadro completo nella preferenza di uno stile rispetto ad un altro. Attraverso l'uso del coefficiente di correlazione di Pearson, è stato possibile comprendere la relazione tra i fattori organizzativi (considerati) e lo stile di gestione dei conflitti dei dirigenti medici. Analizzando le correlazioni di Pearson, si è dimostrato come la diversità di genere del dirigente medico è scarsamente correlata allo stile di gestione del conflitto (prima aula formativa), diversamente dalla seconda dove si è dimostrato che il genere del dirigente medico è altamente correlato allo stile di gestione del conflitto. Si precisa, altresì che in questa ricerca alcuni stereotipi di genere non sono convalidati. I risultati di questo studio confermano che il questionario ROCI II-modulo C è uno strumento prezioso per comprendere lo stile di gestione dei conflitti in contesti complessi come le organizzazioni sanitarie.

Appare inoltre possibile affermare che le caratteristiche endogene del gruppo (quali il genere e l'età) hanno influenzato la scelta e l'adozione dello stile di vita del conflitto, sia "pre" sia "durante". È bene notare, però, che in presenza di uno shock eterno, quale il Covid-19, le caratteristiche endogene hanno influenzato la scelta e la gestione del conflitto ma in maniera completamente diversa. Infatti, nella fase pre-shock pandemico, l'età era fortemente determinante nella scelta dello stile di gestione del conflitto; mentre il genere assumeva una rilevanza minore. La relazione, durante lo shock pandemico Covid-19, si è completamente invertita. Infatti, i dati del secondo gruppo mettono in evidenza che il genere diventa particolarmente determinante nella scelta di gestione dello stile. I risultati indicano che lo stile meno utilizzato è quello Integrativo ed Evitante, nei casi studio, dimostrando che i conflitti organizzativi sono diversi ed è difficile concludere quali variabili siano fattori determinanti per le strategie di gestione degli stessi.

Tuttavia, *durante il Covid-19 i dirigenti medici hanno segnalato un maggiore utilizzo (e utilità) di strumentazione e di nuove competenze e sono stati motivati a implementare i processi di cambiamento richiesti. Il Covid-19 ha aumentato la flessibilità, riducendo processi burocratici, consentendo rapidi cambiamenti, collaborazioni multidisciplinari, nazionali e internazionali, e percorsi di comunicazione potenziati tra diversi attori del sistema sanitario. Il Covid-19 è stata un'esperienza profondamente emotiva per il personale sanitario sia da una prospettiva personale che professionale. (note inserite nei commenti)*. Il documento ha avuto lo scopo di supportare con un approccio empirico gli aspetti emergenti del conflitto nel contesto sanitario.

- Implicazioni manageriali

Le riflessioni sui conflitti organizzativi contribuiscono a creare un sapere competente, mediante una seria e continua considerazione delle dinamiche soggettive e interpersonali che connotano i luoghi di lavoro da parte di studiosi e practitioner. Di fronte alla presenza del conflitto come componente ineliminabile della vita organizzativa, i dirigenti medici sono stati sollecitati ad individuare strategie di gestione idonee alla situazione e agli individui coinvolti (pari). Sebbene l'eliminazione del conflitto disfunzionale nel campo dell'assistenza sanitaria sia impossibile, è possibile una corretta gestione di tale conflitto. I manager dovrebbero essere consapevoli delle dinamiche lavorative e affrontare i conflitti negativi non appena vengono riconosciuti, dopo lo shock. La presenza del conflitto mina molte delle prescrizioni comuni per l'adattamento così come l'erosione degli stessi meccanismi di adattamento già esistenti, moltiplicando i possibili percorsi di risposta.

Ulteriori sviluppi dello studio sarà quello di analizzare l'impatto complessivo del conflitto sull'efficacia e l'efficienza delle organizzazioni sanitarie, provando a comprendere la natura del conflitto per imparare a gestirlo come un processo benefico e creativo per il miglioramento degli individui e delle organizzazioni stesse. Una implicazione pratica è la consapevolezza del ruolo che il conflitto può giocare nella gestione degli shock (Covid-19), e quindi nei piani, nelle politiche e nelle strategie pensate per affrontare lo stesso shock, permettendo che lo stesso conflitto possa diventare produttivo (Churchill "*never let a good crisis going to waste*", 1940).

**Bibliografia**

Aberese-Ako, M., Agyepong, I. A., Gerrits, T., e Van Dijk, H. (2015). 'I Used to Fight with Them but Now I Have Stopped!': Conflict and Doctor-Nurse-Anaesthetists' Motivation in Maternal and Neonatal Care Provision in a Specialist Referral Hospital. *PloS one*, *10*(8), e0135129.

Berkes, F.; Colding, J.; Folke, C. (Eds.) (2022) Navigating Social-Ecological Systems: Building Resilience for Complexity and Change; Cambridge University Press: Cambridge, UK.

Boonsathorn, W. (2007). Understanding Thai and American conflict management styles in multinational corporations in Thailand. International Journal of Conflict Management, 18(3), 196-221.

Brewer, N., Mitchell, P., & Weber, N. (2002). Gender role, organizational status, and conflict management styles. *International journal of conflict management*.

Brown, L. D., & Brown, L. D. (1983). *Managing conflict at organizational interfaces*. Addison Wesley Publishing Company.

Capozilli, T. (1999). Conflict resolution. Supervision, (60: 11), 14-16.

Darling, J. R., & Fogliasso, C. E. (1999). Conflict management across cultural boundaries: a case analysis by a multinational bank. European Business Review, 99(6), 383-392.

De Wit, F. R., Greer, L. L., e Jehn, K. A. (2012). The paradox of intragroup conflict: a meta-analysis. *Journal of applied psychology*, *97*(2), 360.

Dopson, S., Fitzgerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., e Locock, L. (2002). No magic targets! Change clinical practice to become more evidence-based. Health care management review, 27(3), 35-47.

Farh, J. L., Lee, C., e Farh, C. I. (2010). Task conflict and team creativity: a question of how much and when. *Journal of Applied Psychology*, *95*(6), 1173.

Forbes, T., e Prime, N. (1999). Changing domains in the management process. Journal of Management in Medicine.

Forté, P. S. (1997). The high cost of conflict. *Nursing Economics*, *15*(3), 119-124.

Friedman, R., Tidd, S. T., Currall, S. C., e Tsai, J. C. (2000). What goes around comes around: The impact of personal conflict style on work conflict and stress. The International Journal of Conflict Management, 11(1), 32-55.

Gayle, B. M. (1991). Sex equity in workplace conflict management.

Hahn, T.; Schultz, L.; Folke, C.; Olsson, P.(2008). Social Networks as Sources of Resilience in Social-Ecological Systems. In Complexity Theory for a Sustainable Future; Columbia University Press: New York, NY, USA; pp. 119–148.

Hillhouse, J. J., e Adler, C. M. (1997). Investigating patterns of stress effects in hospital nursing staff: results of a cluster analysis. Social sciences and medicine, 45(12), 1781-1788

Ilies, R., Johnson, M. D., Judge, T. A., e Keeney, J. (2011). An internal-individual study of interpersonal conflict as a stressor at work: Moderators of disposition and situation. Journal of Organizational Behavior, 32(1), 44-64.

Kinicki, A., e Kreitner, R. (2006). *Organizational behavior: Key concepts, skills & best practices*. Columbus, OH: McGraw-Hill/Irwin.

Kreitner, R., e Kinicki, A. A. (2010). Organisational behaviour, 9.

Kuypers, T., Guenter, H., e van Emmerik, H. (2018). Team turnover and task conflict: A longitudinal study on the moderating effects of collective experience. *Journal of Management*, *44*(4), 1287-1311.

Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1969). Developing organizations: Diagnosis and action.

Lerro, A. (2012). Prospects for innovation and improved health care performance based on knowledge. Measuring business excellence

Lopopopolo, R. B., Schafer, D. S., e Nosse, L. J. (2004). Leadership, administration, management and professionalism (LAMP) in physical therapy: a study by Delphi. Physical Therapy, 84(2), 137-150.

Nelson, H. W. (2012). Conflict between dysfunctional health services causes and accelerators. The Health Care Officer, 31(2), 178-191.

Orbe, M. P., e Warren, K. T. (2000). Different points of view, different realities: race, gender and perception of intercultural conflict. Quarterly communication, 48(1), Q51.

Özkalp, E., Sungur, Z., e Özdemir, A. A. (2009). Conflict management styles of Turkish managers. European Industrial Training Journal.

Patton, C. M. (2014). Conflict in health care: a literature review. The Internet Journal of healthcare administration, 9(1), 1-11

Putnam, L. L, e Poole, M. S. (1987). Conflict and negotiation.

Rahim, A., e Bonoma, T. V. (1979). Managing organizational conflict: A model for diagnosis and intervention. *Psychological reports*, *44*(3_suppl), 1323-1344.

Rahim, M. A. (1985). A strategy for conflict management in complex organizations. Human Relations, 38(1), 81-89.

Rahim, M.A. (2002). Towards a theory of management of organizational conflict. International Review of Conflict Management, 13(3), 206-235.

Raykova, E.L., Semerjieva, M.A., Yordanov, G.Y., e Cherkezov, T.D. (2015) Public Health Care. Folia medica, 57(2), 133-137.

Rees, M., e Kinnersley, P. (1996). Nursing management of a minor illness in a general practitioner's surgery. Nursing times, 92(6), 32-33.

Rosenstein, A. H. (2011). The quality and economic impact of disruptive behaviour on clinical outcomes of patient care. American Journal of Medical Quality, 26(5), 372-379.

Roussou, E., e Pavlakis, A. (2011). Conflict between doctor and nurse in the accident and in the emergency departments of the Cyprus Public Service: A research study. Cyprus Nursing Chronicles, 12(1), 36-50.

Shin, J. H. (2009). Developing constructive and proactive conflict management strategies in healthcare. *Journal of Communication in Healthcare*, *2*(1), 78-94.

Silverthorne, C.P. (2005). Organisational Psychology in an intercultural perspective. New York University Press,

New York, NY.

Song, M., Dyer, B., e Thieme, R. J. (2006). Conflict management and innovation performance: An integrated contingency perspective. *Journal of the Academy of Marketing science*, *34*(3), 341-356.

Sorenson, P. S., Hawkins, K., & Sorenson, R. L. (1995). Gender, psychological type and conflict style preference. *Management Communication Quarterly*, *9*(1), 115-126.

Thomas, K. W., e  Schmidt, W. H. (1974). A survey of managerial interests with respect to conflict. *Academy of Management journal*, *19*(2), 315-318.

Thompson, J. D. (1960). Organizational management of conflict. *Administrative Science Quarterly*, 389-409.

Vesperi, W., Ventura, M., & Cristofaro, C. L. (2020). Conflict management as an organizational capacity: survey of hospital managers in healthcare organizations. *Measuring Business Excellence*.

Vivar, C. G. (2006). Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of nursing management*, *14*(3), 201-206.

Wilmot, W. W., & Hocker, J. L. (2010). *Interpersonal conflict*. McGraw-Hill Higher Education.