

# Analisi del *benessere organizzativo* come prospettiva di cambiamento Il clima percepito dagli Infermieri dell'Azienda ospedaliera di Treviglio

di *Daniele Perillo*

## Introduzione

Il benessere organizzativo, la salute e la qualità della vita negli ambienti di lavoro sono tematiche oggi di grande interesse alla luce dei profondi cambiamenti che hanno interessato il mercato del lavoro, influenzando il quadro normativo internazionale, comunitario e nazionale.

Nelle strutture sanitarie, i rischi psico-sociali assumono una dimensione particolarmente complessa, perché il personale risulta esposto a pericoli per la salute che comprendono non solo agenti chimici, fisici e biologici, ma anche lo stress che sorge dalla tensione legata alla natura del lavoro e all'organizzazione dell'orario di lavoro. Il mondo sanitario si contraddistingue, inoltre, per un'importante presenza di forza-lavoro femminile, che rappresenta circa il 77% del totale.

Tra i rischi psico-sociali, quello che si sta ponendo all'attenzione dei media e degli operatori, a seguito della recente riforma della normativa antinfortunistica, è lo "stress lavoro-correlato". Lo stress lavoro-correlato non è una "malattia" come molti erroneamente credono, ma piuttosto è una "situazione prolungata di tensione". Lo stress lavoro-correlato

viene descritto all'art. 3 dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004 – così come recepito dall'accordo interconfederale del 9 giugno 2008 – come «una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro» (punto 1). La letteratura scientifica, infatti, mette in evidenza l'aumento delle patologie derivanti dai rischi psico-sociali connessi all'organizzazione del lavoro e le aziende devono per obbligo di legge predisporre un documento di valutazione dei rischi lavorativi, compresi quelli da stress lavoro-correlato. Lo stress lavoro-correlato colpisce il 28% dei lavoratori dei 27 Stati membri e, in Europa, è percepito dai lavoratori stessi come il secondo problema di salute legato all'attività lavorativa, dopo i disturbi muscolo-scheletrici (cfr. AGENZIA EUROPEA PER LA SICUREZZA E LA SALUTE SUL LAVORO, *Rischi nuovi ed emergenti per la sicurezza e la salute sul lavoro*, Outlook, 2009, n. 1 IT, in [www.adapt.it](http://www.adapt.it), Osservatorio *Nuovi lavori, nuovi rischi*; A. PARENT-THIRION, E. FERNANDEZ MACIAS, J. HURLEY, G. VERMEYLEN, *Fourth European Working Conditions Sur-*

vey, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007, in [www.eurofound.europa.eu](http://www.eurofound.europa.eu)). D'altro canto si stima che, nel 2005, più del 20% dei lavoratori dei 27 Stati membri dell'Unione europea ha creduto che la sua salute fosse a rischio a causa dello stress sul lavoro. Le previsioni per il futuro sono ancora più nere: l'Oms ritiene che, entro il 2020, la depressione diventerà la causa principale di inagibilità al lavoro (cfr. A. PARENT-THIRION, E. FERNANDEZ MACIAS, J. HURLEY, G. VERMEYLEN, *Fourth European Working Conditions Survey*, cit.). I dati europei rilevano un tasso di infortuni nel settore sanitario del 34% superiore alla media UE rispetto ad altri comparti. L'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro sostiene che i principali fattori di rischio sono strettamente connessi alle peculiari modalità di organizzazione del lavoro e si riconducono prevalentemente a: sollecitazione muscoloscheletriche, esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici, articolazione del lavoro su turni.

In Italia, invece, come rivela un'indagine condotta recentemente da Inail e Istat sulla percezione dei rischi sui luoghi di lavoro, è emerso che per il 16,2% degli intervistati lo stress, la depressione e l'ansietà rappresentano una fonte di disagio per chi pratica o ha svolto un'attività lavorativa (cfr. *Indagine ISTAT-INAIL, Salute e sicurezza sul lavoro*, in INAIL, *Rapporto Annuale. Analisi dell'andamento infortunistico 2008, 2009*, in [www.inail.it](http://www.inail.it); per maggiori approfondimenti si veda *Boll. Spec. Adapt*, 2009, n.16). Il d.lgs. n. 81/2008 recepisce in materia di stress lavoro-correlato l'accordo europeo del 2004. L'art. 2, lett. o, definisce il concetto di "salute" come uno «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità». Per consentire il raggiungimento del benessere da parte del lavoratore sarà necessario adottare strumenti di indagine nei suoi confronti più personalizzati (come test o colloqui, ecc.) unitamente ad un maggior coinvolgimento del medico competente. Il d.lgs. n. 81/2008 ha introdotto per la prima volta nel nostro ordinamento l'obbligo specifico di valutazione dei rischi da stress lavoro-correlato. Più precisamente, l'art. 28, comma 1, statuisce che la valutazione dei rischi «deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo

dell'8 ottobre 2004». La legge stabilisce l'obbligo preciso da parte del datore di lavoro di valutare il rischio da stress lavoro-correlato. Da questa disposizione sono sorti numerosi dubbi di interpretazione ed applicazione, in quanto i parametri individuati anche nell'accordo europeo del 2004 ed in quello interconfederale del 2008 contengono criteri troppo generici per poter su di essi fondare un obbligo penalmente sanzionatorio. È per tale ragione che il d.lgs. n. 106/2009 – c.d. correttivo – statuisce espressamente all'art. 6 del d.lgs. n. 81/2008 che sarà la Commissione consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro ad elaborare le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress-correlato. Al fine di rispettare, entro il termine del 31 dicembre 2010, la previsione di cui all'art. 28, commi 1 e 1-bis, del d.lgs. n. 81/2008, e successive modificazioni e integrazioni, la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro, istituita presso il Ministero del lavoro, con una circolare del 18 novembre 2010, ha fornito ai datori di lavoro pubblici e privati uno strumento di indirizzo ai fini della corretta attuazione delle previsioni di legge in materia di valutazione del rischio, con riferimento specifico alla valutazione del rischio da stress correlato al lavoro. La valutazione si articola in due fasi: una prima valutazione preliminare, necessaria, consiste nella rilevazione di indicatori oggettivi e verificabili, ove possibile numericamente apprezzabili, l'altra eventuale, da attivare nel caso in cui la valutazione preliminare riveli elementi di rischio da stress lavoro-correlato e le misure di correzione adottate dal datore di lavoro a seguito della stessa si rilevano inefficaci.

Alla luce del quadro normativo e dell'incidenza dello stress lavoro-correlato nel mercato del lavoro, una riflessione attenta deve essere rivolta al Servizio sanitario nazionale (Ssn) vista la complessità, la pluralità delle figure professionali coinvolte nei processi di erogazione di servizi che vanno dalla prevenzione alla diagnosi, alla cura, alla riabilitazione e in generale in tutte le attività e i processi connessi con la garanzia della salute dei cittadini; si tratta, dunque, di attività di rilievo notevole, che toccano i bisogni più profondi e imprescindibili della comunità.

## Infermiere e stress lavoro-correlato

Negli ultimi anni si è assistito ad una profonda rivoluzione del sistema sanitario, basti pensare al processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, alla regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, all'accreditamento istituzionale. Questi cambiamenti densi di novità hanno comportato un processo di crescita culturale e professionale di straordinario rilievo per la professione infermieristica, caratterizzato dall'abolizione del mansionario, dalla definizione del profilo, dal riordino dell'esercizio professionale con l'istituzione della dirigenza infermieristica, dal passaggio della formazione a livello universitario con l'introduzione della laurea di primo livello e della laurea specialistica, dalla riclassificazione dei professionisti sanitari definita con la l. n. 43/2006. Nonostante il legislatore abbia emanato, negli ultimi vent'anni, una serie di leggi rivolte alla valorizzazione del personale infermieristico all'interno del sistema sanitario, continua a persistere una carenza cronica del personale infermieristico.

Nel periodo 2002-2003 è stato curato un confronto internazionale dall'Ocse, dal quale risulta che la media in Italia è stata di 5,4 infermieri ogni mille abitanti, con un'incidenza molto più bassa rispetto alla media auspicata per i Paesi industrializzati (6,9‰) e a quella riscontrata negli altri Paesi dell'Unione europea (Francia 7,3‰, Regno Unito 9,1‰; Germania 9,7‰, Olanda 12,8‰, Irlanda 14,8‰) e nei Paesi dell'area Ocse (Stati Uniti 7,9‰, Canada 9,8 ‰, Svizzera 10,7‰). Secondo le stime dell'Ipasvi e dell'Ocse il fabbisogno di nuovi infermieri da inserire nelle strutture sanitarie (ad esclusione, quindi, degli operatori necessari per l'assistenza domiciliare) nel 2004 è oscillato tra 62 mila e 99 mila unità. Nell'ipotesi massima il fabbisogno è di 37 mila nel Nord (28 mila nel Nord-est, 9 mila nel Nord-ovest), quasi 15 mila al Centro, 31 mila nel Sud e 14 mila nelle Isole. A livello regionale le situazioni più critiche si registrano soprattutto in Lombardia, con un fabbisogno pari a 12 mila nuovi infermieri, e in Campania, dove ne mancano circa 10 mila. Altre Regioni estremamente bisognose di personale infermieristico specializzato sono la Sicilia e il Piemonte, con un ammanco rispettivamente di 7.700 e 7.500 nuovi infermieri. Situazioni difficili si registrano anche in Calabria con -5 mila, Lazio con -4,6 mila, Puglia con -4,1 mila, Trentino Alto Adige con -3,5 mila e Veneto

con -3,2 mila (CARITAS/MIGRANTES, *Dossier Statistico Immigrazione 2006*, Elaborazioni su dati Ministero della salute, Collegio Ipasvi, Ocse).

Secondo i dati degli Albi provinciali Ipasvi, al 31 dicembre 2009 si contavano in Italia 6,1 infermieri ogni mille abitanti. Un dato insufficiente, che conferma le stime fornite dall'Ocse, che collocano l'Italia al 23° posto (su 30) per dotazione infermieristica, ben al di sotto della media Ocse e dietro a Paesi come Spagna, Ungheria e Repubblica Ceca. La dotazione infermieristica in Italia risulta peraltro molto variabile a livello territoriale, evidenziando situazioni di particolare difficoltà in diverse regioni, prima fra tutte la Campania, che dispone di appena 4,9 infermieri ogni mille abitanti. Gli infermieri stranieri rappresentano una quota molto consistente, circa il 10% degli infermieri, non riuscendo tuttavia a svolgere, almeno per ora, una funzione "compensativa". Le prospettive future non sono rosee, basti pensare che, la struttura della popolazione infermieristica con meno di trenta anni di età non arrivano al 10% e quelli sotto i trentacinque non superano il 20%, quote insufficienti, in molte regioni, a compensare l'ondata di pensionamento previsti nei prossimi anni, nonostante i recenti provvedimenti governativi in tema di età pensionabile delle donne (FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI, *Rapporto iscritti 2009*).

I motivi di questa disaffezione rispetto alla professione infermieristica possono essere ricercati nella sostituzione delle scuole regionali, gratuite, con onerosi corsi di laurea in Scienze infermieristiche, nell'inadeguatezza dello stipendio e nel mancato riconoscimento del prestigio sociale. La carenza degli infermieri viene spesso affrontata attraverso operatori sanitari stranieri. Al riguardo, l'art. 27, lett. r-bis, del d.lgs. n. 286/1998 svincola questa professione sanitaria dalle quote annuali dei flussi. In un contesto così deficitario è evidente un aumento dei rischi di infortunio e malattie professionali sul luogo di lavoro. I dati europei rilevano che il tasso di infortuni sul lavoro in questo settore è del 34% superiore rispetto alla media UE in altri comparti. Dal rapporto annuale Inail 2008 sull'andamento infortunistico gli infermieri figurano al secondo posto della graduatoria degli infortuni sul lavoro per professione (6,8%), assistenti (5,8%) e ausiliari sanitari (2,9%).

In ambito sanitario il problema dello stress occupazionale è particolarmente evidente, da un lato determinato dalle caratteristiche insite nelle profes-

sioni di aiuto, a contatto con la sofferenza e la malattia, e dall'altro lato da aspetti tipicamente organizzativi e lavorativi. L'art. 28, comma 1, del d.lgs. n. 81/2008 prevede che la valutazione dei rischi coinvolga tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, compresi quelli da stress lavoro-correlato. Risulta, quindi, necessario analizzare il clima interno in relazione alla qualità, alla sicurezza, alla gestione e allo sviluppo delle risorse umane per la prevenzione di disfunzioni organizzative.

Il lavoro a turni e notturno costituisce uno dei principali fattori di rischio per gli infermieri, essendo causa di numerosi effetti negativi sulla salute e sul benessere psico-sociale della persona sia sul piano biologico (ridotta efficienza con conseguenti errori e infortuni), sanitario (patologie digestive, neuropsichiatriche, cardiovascolari) e sociale (conflitti casa/lavoro). Il lavoro a turni de-sincronizza i lavoratori rispetto ai ritmi generali della loro vita. Vengono coinvolti i ritmi biologici del corpo che sono diversi di giorno e di notte, alla mattina e alla sera, e i ritmi sociali della famiglia e della società. In merito a questo ultimo punto, sembra potersi affermare che una vita domestica e sociale felice è una buona base per una buona salute mentale. Ecco che il lavoratore turnista cerca di mantenere rapporti sociali e familiari soddisfacenti organizzando la propria vita quotidiana con modalità stressanti e non sane, quali il non dormire abbastanza a lungo o interrompere il sonno per mangiare con la famiglia. Il tutto diventa emotivamente e psicologicamente stressante; possono, inoltre, sorgere problemi in famiglia, con i figli e il partner. A questo si aggiunge la fatica cronica e l'organismo può reagire negativamente producendo malattie psicosomatiche.

Nel settore sanitario occorre, inoltre, prestare particolare attenzione all'organizzazione dell'orario di lavoro. L'art. 3, comma 85, della l. n. 244/2007 (Legge Finanziaria 2008) sopprime il diritto a 11 ore di riposo giornaliero consecutive ogni 24 ore per il personale sanitario del Servizio nazionale. Tale disposizione nasce, senza dubbio, dalle gravi carenze degli organici del Servizio sanitario Nazionale, come sopra esposte. Altro rischio molto comune tra gli infermieri sono le patologie muscolo-scheletriche occupazionali legate alla movimentazione manuale dei carichi. Diverse ricerche hanno messo in evidenza il mal di schiena come principale disturbo tra gli operatori sanitari. A tale proposito, è stato osservato che nel personale sanitario il mal di schiena compare spesso in età giovanile

(prima dei 30 anni nel 46% dei casi) e a breve distanza dall'inizio del lavoro (entro 3 anni nel 50% dei soggetti studiati). La comparsa della sintomatologia è improvvisa e viene fatta risalire ad un episodio traumatico nel 45% dei casi, mentre nei restanti l'insorgenza è subdola. Dai risultati di studi condotti su larghe casistiche di infermieri è poi possibile rilevare che la localizzazione più frequente dei disturbi al rachide è, di solito, quella a carico del tratto lombare (46,8%), seguita da quella al segmento cervicale e al dorsale con frequenze più o meno simili. Secondo altri studi, la patologia muscolo-scheletrica sarebbe la causa del 30% circa di tutti i giorni lavorativi persi per malattia dagli infermieri. Sulla base dei dati epidemiologici, i reparti ospedalieri nei quali la prevalenza di patologie muscolo-scheletriche è più elevata (mal di schiena, dolore al rachide) risultano essere Rianimazione e Terapia d'urgenza, Riabilitazione e Recupero funzionale, Terapia intensiva, Ortopedia e Geriatria, ma anche Chirurgia (F.M. GOBBI, D. SALLI, *Rischi professionali in ambito ospedaliero*, McGraw-Hill, Milano, 1995).

L'evoluzione tecnologica ha portato ad una modifica della attività assistenziale quotidiana: sono aumentati l'utilizzo dei dispositivi invasivi diretti alla cura del paziente, il ricorso alla dialisi e ai respiratori artificiali, si sono moltiplicati i servizi specializzati per il trapianto e le unità di terapia intensiva destinate a singole specialità mediche: tutto questo ha sicuramente aumentato il rischio di acquisire infezioni da agenti biologici patogeni per gli operatori sanitari. I rischi biologici più frequenti sono spesso dovuti alle punture accidentali, causa di possibili contagi per via ematica. A destare particolare preoccupazione come fonte di contagio sono gli incidenti dovuti alle modalità di utilizzo e smaltimento di aghi e taglienti (siringhe, bisturi, aghi intravenosi, materiale di sutura, ecc). Aghi contaminati possono trasmettere oltre 20 agenti patogeni pericolosi trasmissibili per via ematica. Le organizzazioni sanitarie presentano un tasso di incidenti connessi al lavoro del 30% più elevato rispetto alla media UE ed ai primi posti nell'elenco dei rischi figura proprio l'esposizione ad agenti biologici, soprattutto l'HIV e i virus dell'epatite B e C.

Nell'ambito dei rischi da lavoro per il personale sanitario, molto importante è il rischio fisico e il rischio chimico. Per rischio fisico si intende l'esposizione degli operatori sanitari a radiazioni ionizzanti (assistenza a pazienti in terapia con radioiso-

topi, durante l'esecuzione di radiografie, per uso di radionuclide diagnostico, assistenza a pazienti sottoposti a radioterapia) e non ionizzanti (luce laser, microonde, radiazioni infrarosse e ultraviolette, radio-frequenze, radiazioni ottiche del visibile, ultrasuoni). Il rischio chimico è definito come la probabilità che una sostanza o un preparato allo stato solido, liquido o gassoso, presente durante l'attività lavorativa, possa interagire con l'organismo generando effetti o danni per la salute. In ambito sanitario tale rischio può essere ricondotto ai rischi irritativi e allergici da sostanze chimiche, nonché ai rischi da esposizione a cancerogeni, chemioterapici, gas anestetici. Gli agenti chimici si trovano, inoltre, nei disinfettanti utilizzati per l'antisepsi della cute, di strumenti, di attrezzature e ambienti; tali sostanze possono contaminare l'ambiente di lavoro sotto forma di gas e vapori.

Diverse ricerche mettono in evidenza lo stress da lavoro come uno dei principali fattori di rischio per il personale sanitario. L'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro (Ispesl) sottolinea che il rischio da stress colpisce soprattutto gli infermieri e gli insegnanti, ma anche le forze di polizia, che possono incorrere in situazioni di vero e proprio *burnout*, determinando a volte, soprattutto nel settore sanitario, un abbandono precoce del lavoro o un cambio della professione. Il termine *burnout*, introdotto da Freudenberg nel 1974, configura una condizione di stress lavorativo riscontrabile con maggiore frequenza tra i soggetti impegnati in attività assistenziali: si tratta quindi di una patologia professionale particolarmente rilevante per l'area socio-sanitaria. Le cause più frequenti del fenomeno sono il lavoro in strutture mal gestite, la scarsa o inadeguata retribuzione, l'organizzazione del lavoro disfunzionale, lo svolgimento di mansioni frustranti o inadeguate alle proprie aspettative, l'insufficiente autonomia decisionale e i sovraccarichi di lavoro. La sindrome si caratterizza per una condizione di nervosismo, irrequietezza, apatia, indifferenza, cinismo, ostilità degli operatori socio-sanitari, sia fra loro, sia verso terzi. Il soggetto colpito da *burnout* manifesta una serie di sintomi che si possono distinguere in sintomi specifici (irrequietezza, senso di stanchezza, esaurimento, apatia, nervosismo e insonnia), sintomi somatici (ulcere, cefalee, aumento o calo ponderale, nausea, disturbi cardiovascolari, difficoltà sessuali) e sintomi psicologici (depressione, bassa stima di sé, senso di colpa, sensazione di fallimento, rabbia, risen-

timento, irritabilità, aggressività, alta resistenza ad andare al lavoro, indifferenza, negativismo, isolamento, sospetto e paranoia, rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento, difficoltà nelle relazioni con l'utenza, cinismo, atteggiamento colpevolizzante nei confronti dell'utenza e dei colleghi di lavoro). Il rapporto con i pazienti, il carico di lavoro, i turni, le mansioni da svolgere, rischi chimici, fisici, le continue richieste dell'organizzazione, dei pazienti e anche delle loro famiglie sono tutti fattori che portano l'operatore sanitario a sperimentare gravi situazioni di stress, rischiando di «consumare le proprie energie soprattutto a livello emotivo». Punto strategico è giocato dal datore di lavoro che deve valutare tutti i rischi, compresi quelli legati allo stress lavoro-correlato. Ecco che la valutazione dei rischi va aggiornata ogni volta che si introducono o modificano cambiamenti nell'organizzazione. Una volta individuati i rischi, occorre adottare misure di prevenzione e protezione adeguate, per ridurre i rischi nel contesto lavorativo e favorire il benessere organizzativo.

## Obiettivi

I diversi interventi legislativi e normativi indirizzati al problema dello stress lavorativo e della sua valutazione – d.lgs. n. 81/2008 e d.lgs. n. 106-/2009, accordo europeo dell'8 ottobre 2004, accordo interconfederale del 9 giugno 2008, circolare del 18 novembre 2010 – sottolineano l'importanza, l'obbligo di effettuare la valutazione del rischio da stress cui sono esposti i lavoratori operanti all'interno di tutte le organizzazioni lavorative.

Proporre alle Aziende sanitarie uno strumento di indagine sul benessere organizzativo significa, in primo luogo, fornire all'organizzazione un modo per rilevare le criticità interne e condurre processi di cambiamento. La motivazione, il clima, la soddisfazione sono sicuramente indicatori, segnali della capacità di elaborare in positivo o, piuttosto, di resistere al cambiamento. Occorre intraprendere un percorso che consenta di guardare l'organizzazione, volerne capire la natura, coglierne le peculiarità, centrando l'attenzione meno al suo aspetto strutturale e più alle sue risorse invisibili. In altre parole, l'idea che ciascuno ha dell'organizzazione è il punto di partenza di cui non si può fare a meno per conoscere l'organizzazione stessa e per gestire comportamenti e scelte, da cui inevitabilmente cia-

scuno prende le mosse per interagire costruttivamente con altri punti di vista. Stress, problemi di convivenza con i colleghi e conflitti patologici sono alcune delle piaghe che trasformano la giornata lavorativa di molte persone in un vero e proprio incubo. Proprio per approfondire queste tematiche e per diffondere la cultura del benessere organizzativo è stata sviluppata un'indagine nelle UO dell'Azienda ospedaliera di Treviglio. Il progetto si propone di realizzare una ricerca sulla percezione del *benessere organizzativo* nell'azienda ospedaliera, raccogliere informazioni su aspetti legati alla convivenza organizzativa, sulla sicurezza sul luogo di lavoro, stress, relazioni, coesione, riconoscimento, innovazione, equità, ecc. attraverso una metodologia prevalentemente quantitativa che si avvale di un questionario. L'indagine esplora, inoltre, i vissuti, gli atteggiamenti e le norme informali di condotta che riflettono la salute organizzativa che si è venuta a produrre in seguito alle profonde trasformazioni del mondo sanitario, dove i livelli di complessità sono notevolmente aumentati a causa di disegni organizzativi molto articolati. L'obiettivo dell'analisi è quello di ottenere la visione che gli infermieri hanno dello stato dell'organizzazione e delle principali criticità che rappresentano una fonte di stress. Elementi che costituiscono un ostacolo alla valorizzazione del singolo operatore, al senso di appartenenza e di partecipazione alla vita organizzativa.

### Metodologie e strumenti di misura

L'indagine è stata realizzata nei mesi di luglio-agosto 2010 tra il personale infermieristico dell'Azienda ospedaliera di Treviglio che presta servizio nelle UO e nei servizi di Pronto soccorso dove l'assistenza è articolata nelle 24 ore e il livello di stress, conflittualità è molto più alto rispetto ad altri servizi dove l'attività assistenziale si svolge nell'arco della giornata. Allo scopo di selezionare un campione il più possibile omogeneo sono stati esclusi dall'indagine le attività diagnostiche/ambulatoriali, i blocchi operatori e i servizi territoriali. Il campione previsto era di 407 infermieri che lavora nelle UO nell'Azienda ospedaliera di Treviglio. Nello specifico sono stati valutati gli aspetti che riguardano:

- la percezione del carico di lavoro e dello stress occupazionale;

- la percezione dell'organizzazione;
- la soddisfazione lavorativa;
- l'aspettativa e il coinvolgimento nella propria attività;
- la qualità delle relazioni interpersonali;
- la qualità del lavoro in relazione a compiti ed organizzazione del lavoro.

Tutti gli elementi sopra descritti sono, infatti, necessari per ottenere una diagnosi dello stato di salute dell'azienda allo scopo di definire i meccanismi funzionali e adattivi e quelli disfunzionali e deterrenti al buon funzionamento organizzativo.

La ricerca è stata preceduta da un esame della letteratura nazionale e internazionale attraverso le principali banche dati (*Pubmed, Cinahl*), il tutto integrato con articoli, riviste e libri in commercio. Per limitare la ricerca e per avere la letteratura più aggiornata possibile, sono stati utilizzati dei limiti temporali per la ricerca bibliografica, ovvero dal 2005 al 2010, da ricercare su tutta la letteratura medico-infermieristica che riguardasse l'argomento trattato. Successivamente si è passati alla definizione dello strumento tenendo in considerazione le caratteristiche dei soggetti a cui era rivolta l'indagine. Il progetto condotto è il *Laboratorio sul benessere organizzativo*. I questionari erano anonimi e la loro elaborazione non era riferita al singolo soggetto ma al gruppo professionale. Su eventuali informazioni di carattere sanitario è stato mantenuto il segreto professionale. In fase di analisi dei dati è stata prevista la standardizzazione delle UO visto che i quattro presidi facenti capo all'azienda avevano una percentuale di dipendenti molto differente tra loro. Al termine della raccolta sono state elaborate delle schede che sintetizzeranno il benessere organizzativo percepito dagli infermieri per ogni UO e presidio ospedaliero e una griglia di lettura, come guida per l'analisi dei dati.

### Strumento

Il questionario è finalizzato a conoscere le percezioni collettive che i dipendenti hanno della loro organizzazione considerando ambiti come l'autonomia, la fiducia, la coesione, il sostegno, il riconoscimento, l'innovazione, l'equità. Lo specifico ruolo della professione infermieristica ha però rilevato la necessità di apportare un parziale riadattamento di alcuni item, nell'intento di focalizzare maggiormente il vissuto organizzativo degli infer-

mieri all'interno delle diverse realtà sanitarie. Si è provveduto quindi a modificare, soprattutto nel linguaggio e nel contenuto, alcune domande e ne sono state aggiunte altre riguardanti la specifica organizzazione della prassi assistenziale, senza alterarne il significato concettuale del questionario.

Il questionario è suddiviso in 8 ampie sezioni rispettivamente utili per raccogliere dati anagrafici, caratteristiche e sicurezza dell'ambiente di lavoro, aspetti del proprio lavoro, indicatori di "benessere" e "malessere", apertura all'innovazione della propria azienda. Infine, è presente un elenco di possibili suggerimenti che, a parere del compilatore, necessitano di un piano di miglioramento nella propria amministrazione.

Il questionario è così strutturato:

- la prima parte è dedicata alla raccolta dei dati anagrafici, ambientali e relativi alla storia lavorativa dei singoli (sesso, età, anzianità di servizio, presidio ospedaliero presso il quale presta servizio, UO assistenziale, tipo di turnazione);
- la seconda parte è costituita da un totale di 40 item volti a indicare 10 differenti dimensioni del

benessere organizzativo, ognuna valutata da 4 item;

- la terza parte valuta la *sicurezza* del lavoro ed è costituita da una scala di 5 item;
- la quarta parte indaga le *caratteristiche del proprio lavoro* e la *tollerabilità dei compiti assegnati* ed è costituita da una scala di 12 item;
- la quinta parte valuta le sensazioni vissute nell'ambiente di lavoro ed è composta da 10 item relativi agli *indicatori positivi* e da una seconda scala di 14 item relativi agli *indicatori negativi*;
- la sesta parte è costituita da una scala relativa ai *disturbi psicosomatici* composta da 9 item;
- la settima parte analizza l'*apertura all'innovazione* ed è costituita da una scala composta da 11 item;
- nell'ultima parte è presentato un elenco di possibili *suggerimenti*, aspetti che, a parere della persona che compila il questionario, necessitano maggiormente di un piano di miglioramento nella propria organizzazione.

Nella tabella 1 è indicata una sintesi della struttura del questionario, il numero complessivo degli item

Tabella 1

Parte questionario	Dimensione indagata	n. item	Stimolo presentato
Prima	Dati socio-anagrafici	6	Esempio: sesso, età, UO, ecc.
Seconda	Chiarezza degli obiettivi organizzativi	4	Esempio di item: gli obiettivi dell'organizzazione sono chiari e ben definiti
	Valorizzazione delle competenze	4	Esempio di item: il lavoro consente di far emergere le qualità personali e professionali di ognuno
	Ascolto attivo	4	Esempio di item: chi avanza richieste o formula proposte e suggerimenti viene ascoltato dai dirigenti
	Disponibilità delle informazioni	4	Esempio di item: è facile avere le informazioni di cui si ha bisogno
	Gestione della conflittualità	4	Esempio di item: ci sono persone che vengono emarginate
	Relazioni interpersonali collaborative	4	Esempio di item: esiste collaborazione con i colleghi
	Operatività	4	Esempio di item: l'organizzazione trova soluzioni adeguate ai problemi che deve affrontare
	Equità organizzativa	4	Esempio di item: l'organizzazione offre effettive possibilità di carriera per tutti
	Fattori di stress	4	Esempio di item: i compiti da svolgere richiedono conoscenze e capacità di cui non si dispone
	Senso di utilità sociale	4	Esempio di item: al termine della giornata di lavoro ci si sente soddisfatti
Terza	La sicurezza	5	Esempio di item: l'organizzazione si preoccupa della salute nell'ambiente di lavoro
Quarta	Caratteristiche del proprio lavoro	12	Valutazione di 11 caratteristiche dei compiti assegnati: fatica fisica, fatica mentale, sovraccarico, isolamento, ecc.
Quinta	Indicatori positivi	10	Rilevazione di 10 indicatori: sensazione di far parte di una squadra, voglia di andare al lavoro, ecc.
	Indicatori negativi	13	Rilevazione di 13 indicatori: insofferenza nell'andare al lavoro, pettegolezzo, disinteresse per il lavoro, ecc.
Sesta	Indicatori di benessere psicofisico	9	Rilevazione di 8 categorie di disturbi: senso di depressione, dolori muscolari, ecc.
Settima	Apertura all'innovazione	11	Valutazione di 11 comportamenti tendenti all'innovazione: acquisire nuove tecnologie, sperimentare nuove forme di organizzazione del lavoro, ecc.
Ottava	Suggerimenti migliorativi	15	Lista di 15 suggerimenti con possibilità di esprimere 3 preferenze
	<b>Totale</b>	<b>122</b>	

e alcuni esempi di item riferiti alle diverse dimensioni considerate. Nella maggior parte dei casi, gli item sono stati formulati sotto forma di affermazioni sulle quali esprimere il proprio parere circa la frequenza con cui la situazione descritta nella frase si verifica nella propria organizzazione.

Nella quasi totalità dei casi, le informazioni sono raccolte tramite affermazioni sulle quali esprimere il proprio parere circa la frequenza con cui la situazione descritta nella domanda si verifica nel proprio contesto lavorativo; in altri casi si chiede al compilatore di esprimere un giudizio in merito ad eventi e/o situazioni lavorative. Le risposte sono riportate su una scala Likert a 4 punti: da un minimo di “mai” (punteggio 1) a un massimo di “spesso” (punteggio 4). Di seguito si trova un esempio:

	Mai	Raramente	A volte	Spesso
Gli obiettivi dell'organizzazione sono chiari e ben definiti	1	2	3	4

Nei rimanenti casi si utilizzava sempre una scala Likert a 4 punti per rilevare il livello di presenza nell'organizzazione di una data caratteristica: da un minimo di “per nulla” (punteggio 1) a un massimo di “molto” (punteggio 4). Ecco riportato un esempio:

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
Le attuali procedure per la continuità della cura garantiscono la vostra sicurezza?	1	2	3	4

## Campionamento

L'Azienda ospedaliera di Treviglio è costituita da 4 presidi come illustrato nella tabella 2. Il campione è stato stratificato per presidio ospedaliero e UO, nella tabella 2 viene descritto la composizione del campione: il presidio ospedaliero, l'UO e il numero di infermieri che ha partecipato all'indagine. I dati raccolti sono stati analizzati sia in forma aggregata che per presidio di appartenenza:

- Area Presidio, che comprende tutte le UO che compongono il singolo presidio dell'azienda;
- Area Azienda ospedaliera, che comprende tutte le UO dell'azienda ospedaliera.

## Discussione risultati

Il questionario è stato somministrato ad un campione di 407 infermieri. I questionari restituiti sono

stati 283 pari ad un tasso di risposta del 70%. Dall'indagine sono stati esclusi la rianimazione, la patologia neonatale e il nido del presidio ospedaliero di Treviglio Caravaggio, che, con un tasso di adesione all'indagine che oscillava tra 0,5% e 20% del personale dell'unità assistenziale, per cui poco rappresentativo, la loro esclusione non ha compromesso l'indagine visto il tasso di risposta complessivo al questionario.

La partecipazione ha visto una prevalenza del sesso femminile: 87% donne contro 13% uomini. L'età più rappresentativa è stata quella che varia tra 31 e i 40 anni (53%). Rilevante è la fascia d'età tra i 41

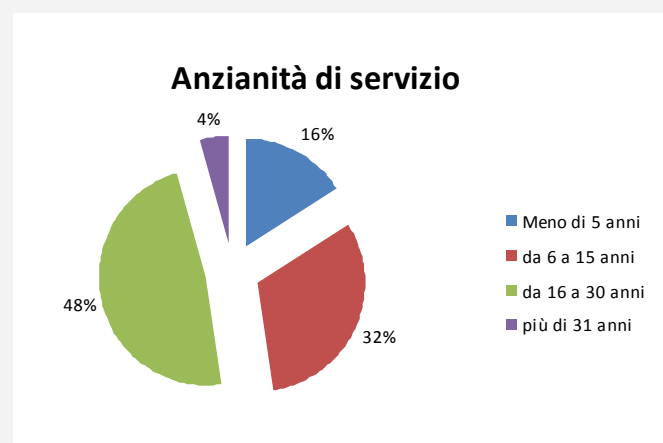
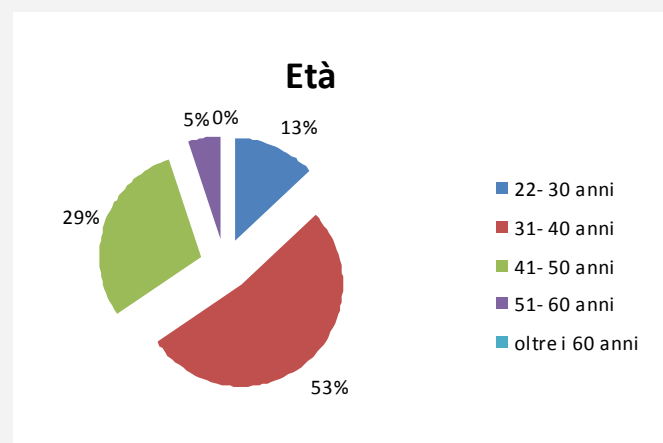
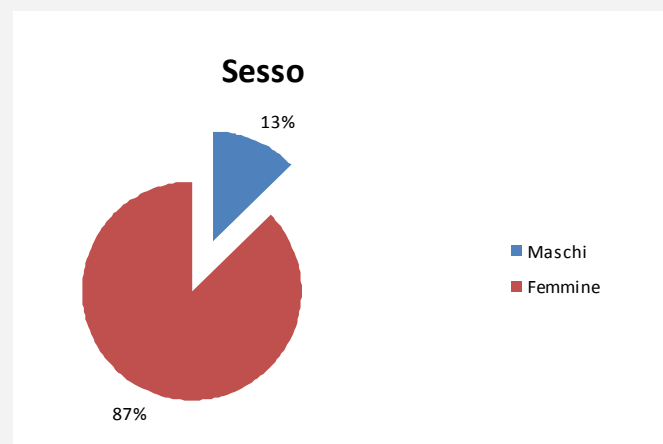
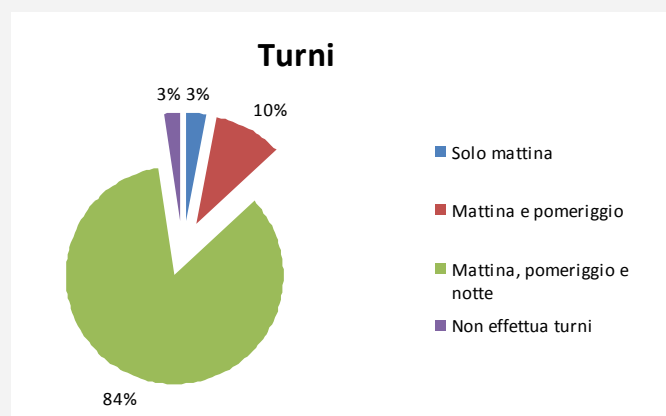




Tabella 2 – Azienda ospedaliera di Treviglio: n. Infermieri per Presidio ospedaliero nelle varie Unità operative

UU.OO.	Presidio ospedaliero			
	Treviglio-Caravaggio	Romano di Lombardia	San Giovanni Bianco	Calcinato
Pronto soccorso	25	16	12	9
Rianimazione	18			
Medicina generale 1	10			
Medicina generale 2	15			
Medicina generale		22	16	10
Chirurgia generale 1	12			
Chirurgia generale 2	17			
Chirurgia generale		17	9	9
Cardiologia	8			
UTIC	13			
Otorino/Urologia	16			
Ginecologia/Ostetricia	20			10
Ginecologia/Ostetricia/Pediatria			14	
Patologia neonatale/Nido	17			
Nefrologia	11			
Psichiatria	15			
Riabilitazione		16		
Pediatria	11			
Ortopedia/Traumatologia	14	15	10	
<b>TOTALE</b>	<b>222</b>	<b>86</b>	<b>61</b>	<b>38</b>



e i 50 anni (29%), mentre i giovani con un'età inferiore ai 30 anni rappresentano il 13%. Tra i partecipanti non sono presenti persone che dichiarano un'età oltre i 60 anni.

La distribuzione dell'anzianità di servizio, mette in

evidenza che il 48% dei rispondenti, ha una anzianità di servizio che oscilla tra i 16 e i 30 anni, mentre il 32% dichiara una anzianità di servizio tra i 6 e i 15 e solo 16% ha una di anzianità di servizio meno di 5 anni.

Osservando la tabella relativa alla tipologia di turnazione, si desumono, invece, le caratteristiche lavorative. Più dell'84% del campione ha dichiarato di svolgere una attività lavorativa articolato sui tre turni (mattina-pomeriggio-notte), mentre il 10% ha dichiarato di svolgere solo mattina e pomeriggio e solo il 3% ha dichiarato di lavorare solo di mattina. Sulla base delle caratteristiche del campione possiamo notare due elementi di criticità che possono andare ad incidere in maniera significativa sulla qualità del lavoro. Da un lato il personale femminile, che spesso si trova a dover coniugare la famiglia

e il lavoro, e dall'altro lato la turnazione che va a interferire sul benessere psicofisico del dipendente, sfociando in una condizione di stress.

Prima di iniziare la presentazione dei risultati è utile evidenziare alcune indicazioni di carattere generale. Per la lettura dei grafici si ricorda che il punteggio alle singole dimensioni del benessere valutate varia in un *range* compreso tra 1 e 4. Più alto è il punteggio più la dimensione è percepita come presente nell'organizzazione.

Per semplificare la lettura dei grafici si è inserita una linea orizzontale in corrispondenza del valore medio del profilo che di volta in volta si sta valutando. Ciò consente di individuare subito le aree al di sopra della media e cioè quelle percepite come presenti nell'amministrazione, da quelle percepite come meno presenti, che si collocano al di sotto della media.

Per tutti gli altri grafici le dimensioni che superano la linea della media sono quelle maggiormente presenti nell'amministrazione. In questi casi il significato di tale presenza, a volte positivo a volte negativo, è determinato dal valore semantico della dimensione in esame. I fattori che hanno un valore semantico negativo: a *valori bassi* corrisponde un livello di benessere e *valori alti* indicano uno stato di malessere, sono stati contrassegnati con un asterisco: *gestione della conflittualità, fattori di stress, caratteristiche del proprio lavoro, indicatori negativi e indicatori di benessere psicofisico*.

Per stabilire la presenza/assenza di una dimensione, al fine di non avvalersi di criteri arbitrari, si è utilizzato come punto di riferimento il valore medio dell'azienda (2,75) e non un valore assoluto stabilito arbitrariamente. Il punteggio medio totale dell'azienda ci sembra quindi il miglior punto di partenza per valutare ciò che emerge sul piano del benessere organizzativo nell'amministrazione. La media totale dell'azienda è pari a 2,75, risulta essere un valore buono nella scala utilizzata che va da 1 a 4.

Il Laboratorio Cantini ha convenzionalmente stabilito che la soglia di soddisfazione, desunta dal punteggio medio ottenuto per ogni risposta (1-4) deve essere di 2,6. Ciò significa che al di sopra di tale numero la variabile esaminata è percepita in modo positivo dal compilatore, al contrario un valore inferiore coincide con una percezione negativa, tranne per alcune dimensioni per le quali un punteggio alto, data la loro polarità semantica invertita rispetto al resto delle dimensioni, è maggiormente colle-

gato ad una valutazione negativa sulla dimensione. Sono ora presentati i risultati complessivi riferiti all'intero campione sopra descritto, corrispondente alla popolazione di tutte le unità organizzative che hanno partecipato all'indagine. Tali risultati producono, in primo luogo, quello che chiameremo "il profilo generale". Il grafico rappresentato nella sottostante si riferisce al punteggio medio ottenuto dall'azienda ospedaliera nella sua totalità in ciascuna dimensione/indicatore considerati dal questionario.

La collocazione in un unico grafico permette il confronto immediato delle aree. In questo modo tutte le dimensioni che superano il valore medio totale ottenuto dall'azienda, indicato nel grafico con una linea orizzontale, sono le aree percepite dal campione come maggiormente positive dal punto di vista della salute organizzativa. Tutte le dimensioni, invece, il cui punteggio si colloca al di sotto della media generale sono le aree della salute organizzativa che il campione percepisce come maggiormente critiche, fatta eccezione per le dimensioni con valore semantico negativo (indicate con asterisco), dove a valori elevati corrisponde un livello di disagio e a valori bassi corrisponde una condizione di benessere.

In estrema sintesi i dati, rispetto a una media generale aziendale di 2,75 (vedi linea continua), pongono in evidenza le dimensioni considerate positive che possiamo raggruppare in alcune aree specifiche: l'area della *chiarezza degli obiettivi organizzativi* con un valore pari a 2,9; l'area della *valorizzazione delle competenze* con una media di 2,8; l'area *ascolto attivo* in cui il campione individua elementi di soddisfazione con un valore pari a 3,2; l'area *disponibilità delle informazioni* stimata ancora positiva con un valore pari a 3,1; l'area della *gestione della conflittualità\** (valore semantico negativo) percepita con un livello di criticità che oscilla intorno a 2,3; l'area *relazioni interpersonali collaborative* valutata positivamente con un valore pari a 2,9, dunque superiore alla media generale aziendale; l'area *operatività* con un valore positivo pari a 2,9; l'area *fattori di stress\** (valore semantico negativo) percepita con un livello di criticità pari a 2,6, l'area degli *indicatori positivi* stimata ancora positivamente con un valore pari a 2,7; l'area *senso di utilità sociale* percepita con un valore che oscilla intorno a 2,8; e infine l'area degli *indicatori di benessere psicofisico\** (valore semantico negativo) dove il livello di disagio inferiore alla

media generale con un valore pari a 2,2.

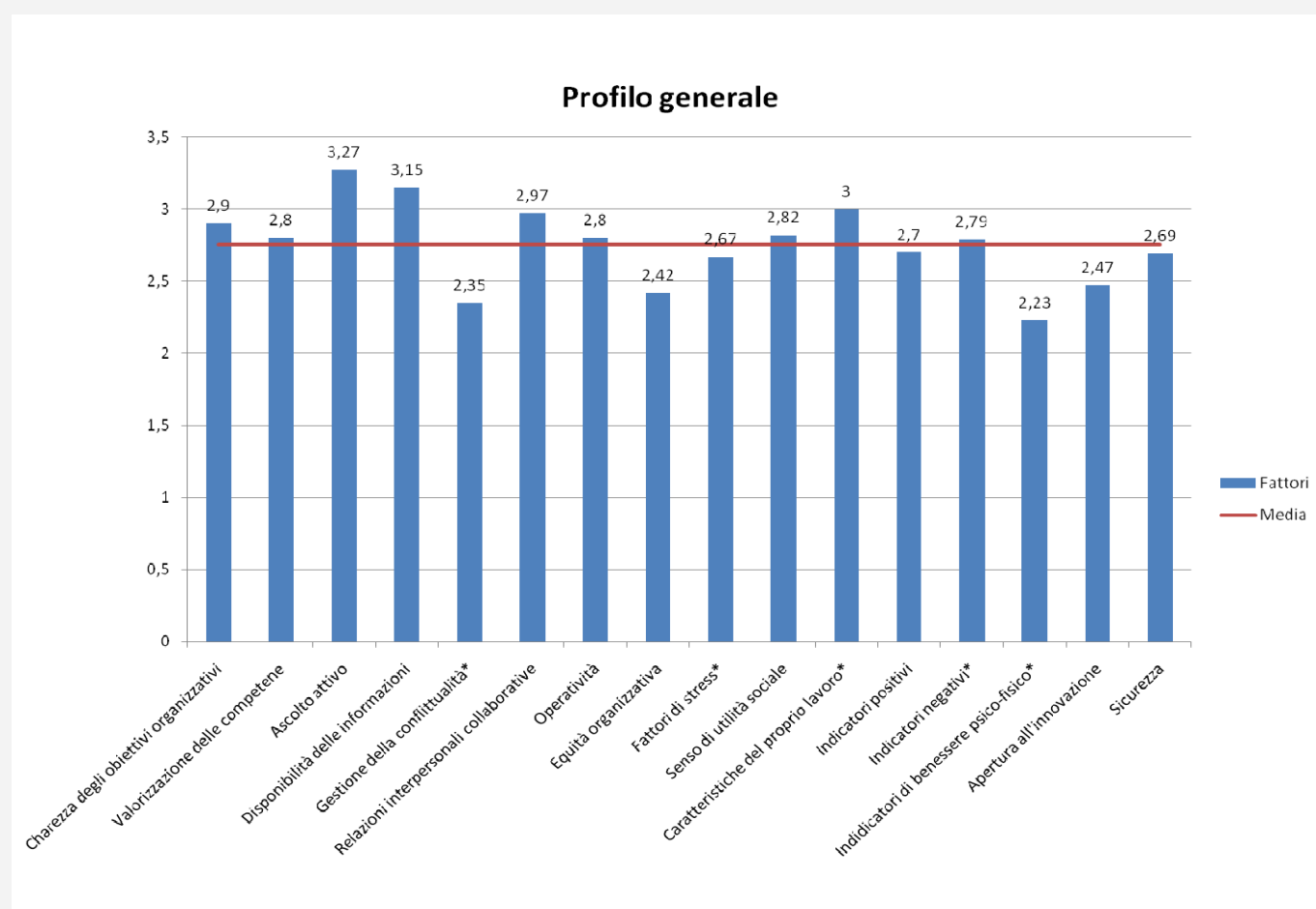
È possibile individuare anche le dimensioni presentate come problematiche o sulle quali, comunque, è più critica la valutazione degli intervistati. Anche qui si delineano alcune aree specifiche: l'area *equità organizzativa* la più criticata, valutata negativamente dal campione con un valore pari a 2,4, tema che rimanda a processi non adeguati per trasparenza dei criteri per accesso ai percorsi di carriera; l'area delle *caratteristiche del proprio lavoro\** (valore semantico negativo) stimata negativamente con un valore pari a 3, aspetto che si collega alle criticità rilevate a livello di carico di lavoro e stress emotivo; l'area degli *indicatori negativi\** (valore semantico negativo) dove il campione identificano elementi di malessere con un valore pari a 2,7; l'area *apertura all'innovazione* percepito dai partecipanti poco attenta con un valore pari a 2,4, infine l'area della *sicurezza* descritto negativamente con un valore pari a 2,6.

Il profilo generale fornisce, quindi, un quadro sintetico ma già abbastanza indicativo della salute organizzativa nell'azienda che compongono il nostro campione. Esso suggerisce l'idea che l'ascolto atti-

vo, la chiarezza degli obiettivi, la disponibilità delle informazioni e le relazioni interpersonali collaborative sono gli aspetti percepiti dai dipendenti in modo più positivo. Una valutazione intermedia viene data agli aspetti della valorizzazione delle competenze, chiarezza degli obiettivi organizzativi, operatività. Gli aspetti negativi sono, invece, apertura all'innovazione e sicurezza, ma gli aspetti più critici sono le caratteristiche del proprio lavoro e l'equità organizzativa. Da questa prima analisi si osserva che tra i fattori che riguardano le comunicazioni e le relazioni tra le persone, i rispondenti esprimono una percezione positiva: buona è la percezione verso l'ascolto, le relazioni e le disponibilità delle informazioni. Le caratteristiche del lavoro sono certamente connesse all'aspetto della dell'equità, fattore che registra una valutazione inferiore al valore della media di riferimento.

Buona è l'operatività, gli indicatori positivi, il senso di utilità sociale e la valorizzazione delle competenze.

Si approfondisce ora l'analisi, evidenziando le valutazioni espresse per alcuni fattori.



## Ascolto attivo

La dimensione *ascolto attivo* esplora quelli che possono essere definiti come i comportamenti che rappresentano la disponibilità ad adeguarsi rispetto alle esigenze sia dell'organizzazione che dei componenti. Vengono in tal modo analizzati quattro indicatori: la disponibilità verso l'organizzazione, al vissuto inerente i coordinatori ed alla loro capacità di ascoltare i problemi e le loro soluzioni ed alla capacità di ascoltare le esigenze dei colleghi. L'analisi dei dati relativi a tale fattore rileva un punteggio medio pari a 3,2, quindi, superiore alla media del questionario.

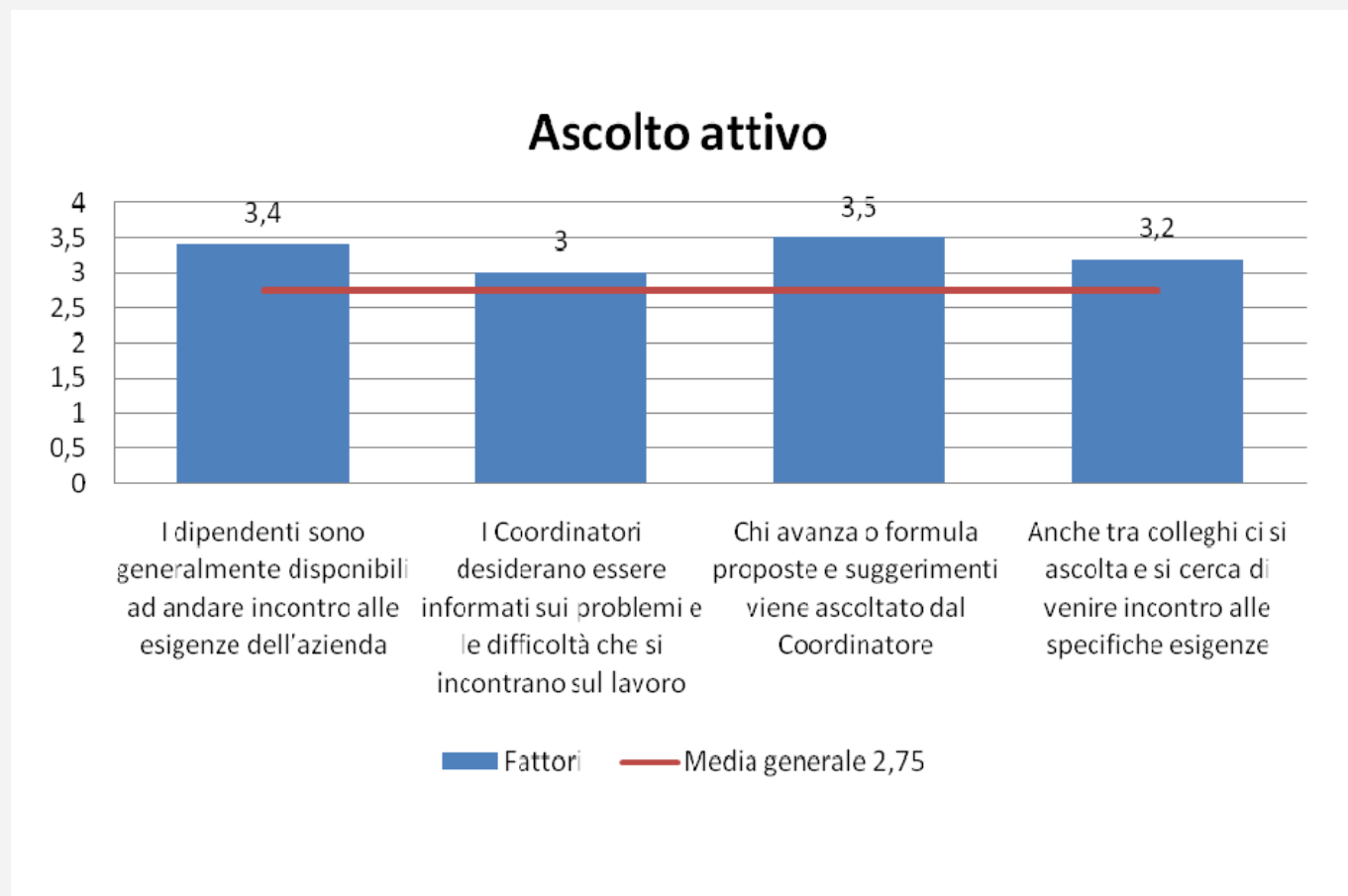
Questo significa che tra azienda e personale esiste un buon livello di ascolto. L'ascolto favorisce la condivisione delle informazioni ed è un indispensabile catalizzatore per lo sviluppo del patrimonio umano.

In particolare si osserva una certa disponibilità da parte dei Coordinatori di ascoltare proposte, suggerimenti, con un valore pari a 3,5, ben oltre la media generale. Dall'analisi dei dati si nota inoltre, un certo interesse da parte dei Coordinatori ad essere informati sui problemi e le difficoltà, con un valore

pari 3. Molto positivo è l'ascolto e il venirsi incontro tra i colleghi (3,2). Questo aspetto, infatti, trova conferma negli *item* della sezione *relazioni interpersonali tra i colleghi* dove gli infermieri valutano positivamente la relazione con il proprio collega (3,6). Infine, possiamo osservare che complessivamente esiste una relazione molto significativa e coerente incrociando *ascolto attivo* con altri fattori, quali: *relazione interpersonale collaborativa*.

L'organizzazione deve favorire l'integrazione tra i colleghi, condividere e definire i processi decisionali, creazione di misure di garanzia della qualità, mantenendo la comunicazione aperta e reciproca fiducia tra il personale, e consentendo un'autonomia circa la cura dei pazienti e dell'ambiente di lavoro.

È fondamentale che il datore di lavoro sia consapevole dei propri ruoli e responsabile nel sostenere ambienti di lavoro positivi in grado di aumentare la soddisfazione dei dipendenti. L'insoddisfazione è la causa principale del turnover e può avere degli effetti negativi sull'azienda ospedaliera. I manager devono consentire ai dipendenti di sviluppare le proprie potenzialità, aumentando così la loro efficacia e efficienza sia individuale che organizzativa.



## Equità organizzativa

La dimensione *equità organizzativa* esplora l'area della percezione della giustizia e della correttezza del trattamento che l'organizzazione riserva alle persone in relazione ai rispettivi comportamenti ed apporti lavorativi.

Vengono in tal modo analizzati quattro indicatori: trattamento dei dipendenti, possibilità di carriera, criteri di valutazione ed incentivi.

L'analisi di tali fattori rileva un punteggio medio pari a 2,4, inferiore alla la media generale, per cui negativa. Questo significa che gli infermieri percepiscono il senso di equità, di giustizia poco presente in azienda. Nello specifico osserviamo le principali criticità: la seconda dimensione *l'organizzazione offre effettive possibilità di sviluppo di carriera* e la quarta dimensione *gli incentivi economici sono distribuiti sulla base dell'efficienza e appropriatezza delle prestazioni*, vengono percepite come un forte disagio, poco presente in azienda con valore medio pari a 1,9. Questo valore trova conferma nella *indicatori negativi* dove gli infermieri percepiscono la sensazione di non essere valutati adeguatamente con un valore pari a 2,8.

Questo dato è consolidato anche nell'area *Suggerimenti miglioramenti* dove gli infermieri affermano che la *valorizzazione del personale*, rappresenta uno degli interventi più urgenti da migliorare. Le altre dimensioni sono in linea con la media aziendale.

Una organizzazione si comporta in modo equo con i suoi collaboratori se trasmette fiducia, lealtà e rispetto verso questi che, a loro volta, percepiranno il posto di lavoro come soddisfacente. Qualora questi elementi venissero a mancare, il disagio prende il sopravvento e l'impegno individuale va diminuendo. Affinché ciò non avvenga è corretto da parte dell'organizzazione, trattare i propri dipendenti in modo imparziale, valorizzando ciascun lavoratore per il contributo che apporta all'impresa. Questo obiettivo, seppur fondamentale per il benessere organizzativo, viene raggiunto con non poche difficoltà, infatti le organizzazioni agiscono prevalentemente sulla base dei propri interessi economici e per sopravvivere tra la concorrenza, spesso sottovalutando il "benessere dei propri dipendenti" e favorendo un clima di reciproca sfiducia tra le parti.



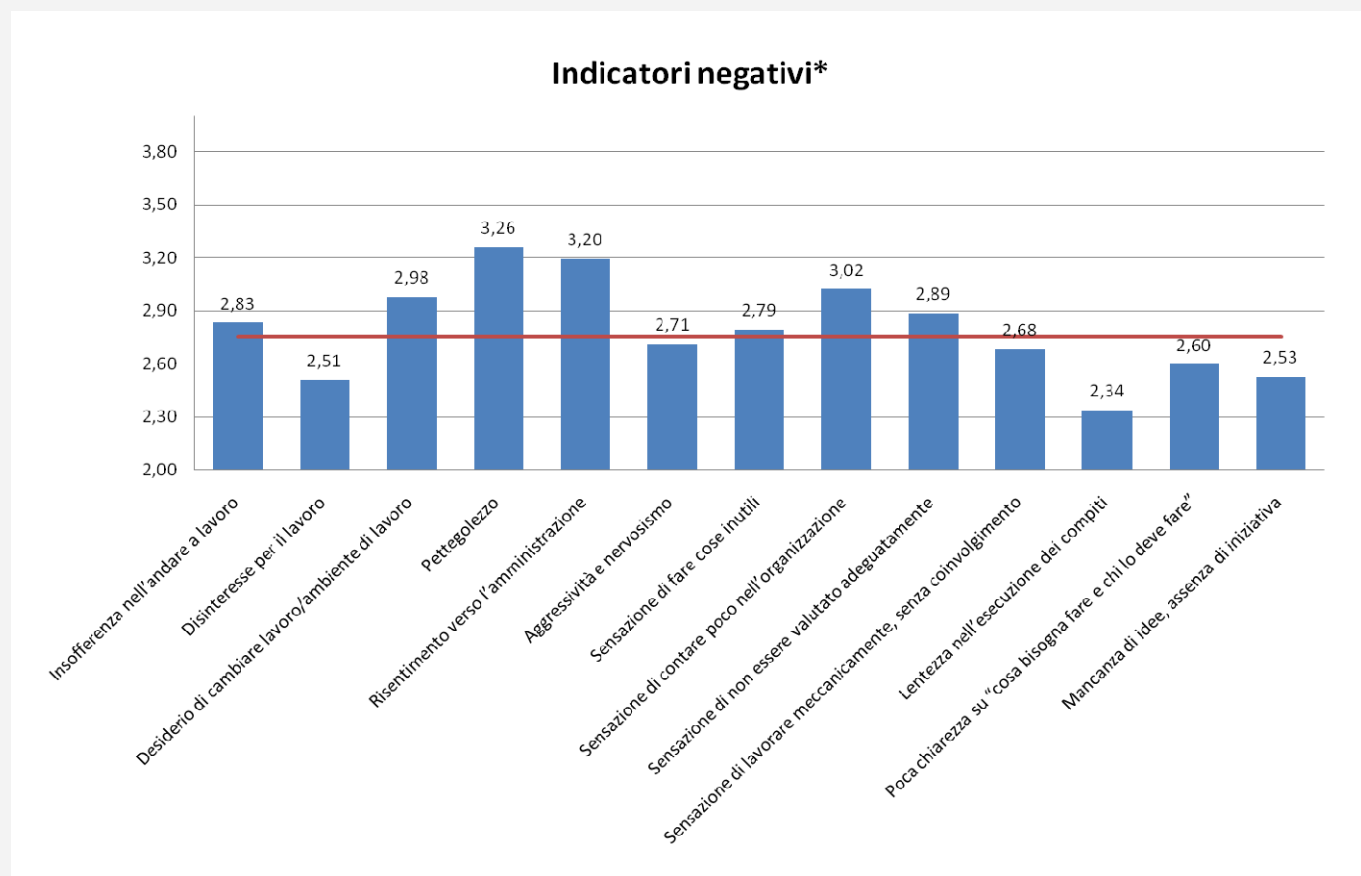
### Indicatori negativi\*

Gli *Indicatori negativi* sono intesi come *relazione*, le evidenze fisiche e psichiche (tipicamente le sensazioni di malessere), attivate dall'ambiente di lavoro che il soggetto percepisce. Vengono in tal modo presi in considerazione tredici diversi indicatori: insofferenza, disinteresse, desiderio di cambiare lavoro, pettegolezzo, risentimento, aggressività, senso di inutilità, senso di irrilevanza, senso di mancato riconoscimento, assenza di coinvolgimento, lentezza, confusione di compiti e di ruoli.

L'analisi di tali fattori rileva un punteggio medio pari a 2,7, in linea con la media generale, ma trattandosi di un indicatore negativo, significa che gli infermieri percepiscono in maniera significativamente negativa fenomeni, quali: il senso pettegolezzo (3,2), la sensazione di contare poco nell'organizzazione (3), il risentimento verso l'amministrazione (3,1). L'analisi di queste dimensioni ribadisce che le persone pensano di non essere valutate adeguatamente e sentono di contare poco nell'organizzazione. Questo crea risentimento verso l'organizzazione che non sempre valuta e apprezza adeguatamente il contributo del dipendente ed è quindi percepita come un ostacolo per il raggiungimento

della realizzazione professionale. Gli infermieri rilevano una forma di disagio in relazione alla dimensione: *insofferenza nell'andare a lavoro* (2,8) e *desiderio di cambiare lavoro/ambiente di lavoro* (2,9), aspetti sul quale agiscono fattori come un senso di eccessivo affaticamento fisico e mentale, richieste pressanti dei pazienti, scarsa autonomia, equità e giustizia fino a innescare condizioni di stress e turnover. Le organizzazioni dovrebbero tenere conto delle caratteristiche del lavoratore e aiutare la persona a gestire in modo positivo il rapporto lavoro/famiglia per esempio attraverso l'introduzione di orari flessibili, lavoro part-time, proposte tese a ridurre lo stato di stress ed a migliorare l'umore e la produttività.

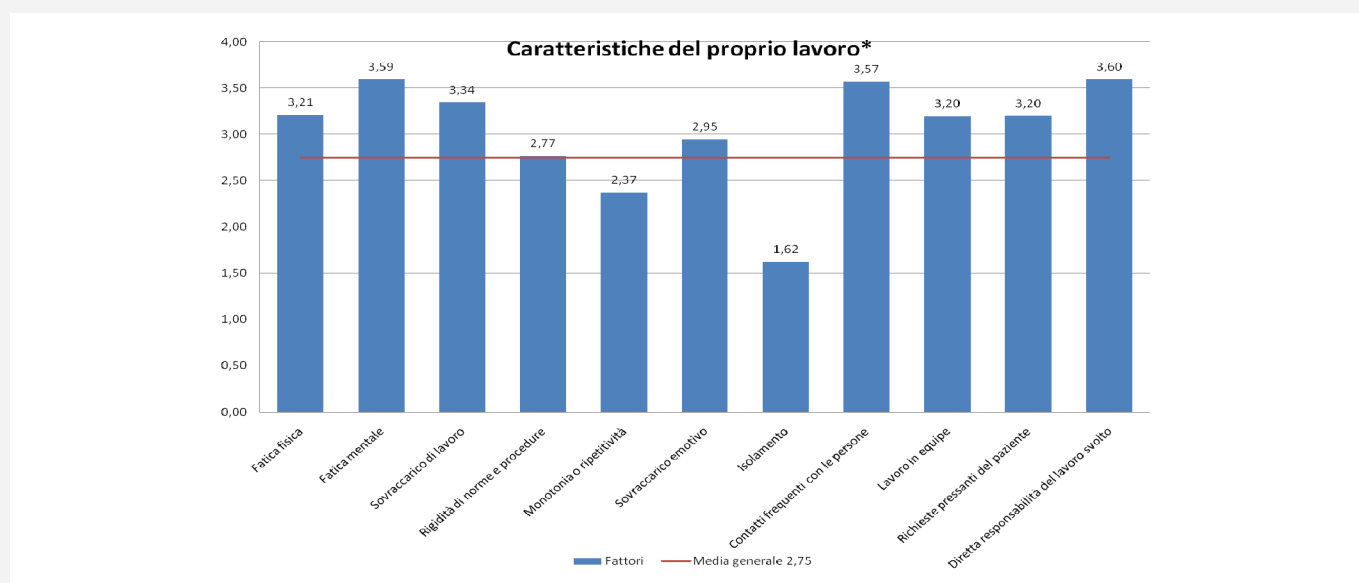
Le persone sono tanto più produttive quanto più hanno autonomia, controllo, responsabilità verso il lavoro e quanto più hanno riconoscimenti dall'organizzazione per quello che fanno. Se non si sentono coinvolte in un progetto, se non hanno il controllo su aspetti che ritengono rilevanti per la propria realizzazione, possono perdere l'interesse verso quello che fanno, possono essere facilmente «soggette all'esaurimento, al cinismo, e all'inefficienza tipici del burnout».



### Caratteristiche del proprio lavoro\*

Undici dimensioni, descrivono sinteticamente le caratteristiche del lavoro del dipendente, corrispondenti a possibili fonti di insofferenza per il lavoro concretamente svolto: la fatica fisica, la fatica mentale, sovraccarico di lavoro, la monotonia, l'eccessivo coinvolgimento emotivo, l'isolamento, ecc. Dall'analisi complessiva dei dati, si evidenzia un punteggio medio pari a 3, superiore alla media generale. In generale possiamo affermare che il personale infermieristico, nel svolgere il proprio lavoro, accusa un senso di eccessivo affaticamento mentale le cui cause possono essere ritrovate in un sovraccarico di lavoro, fatica fisica, frequenti contatti con le persone e un forte senso di responsabilità nelle attività che devono svolgere. Tali elementi possono generare un sovraccarico emotivo, se i compiti da svolgere non sono sufficientemente supportati da valorizzazione dell'impegno e delle iniziative (valorizzazione delle competenze), se il senso di equità e di giustizia sono poco presenti in azienda comportando, di conseguenza, l'emergere una condizione di stress. Tra queste, due dimensioni possono essere trattate come un unico fattore, in quanto strettamente riconducibili ad un unico aspetto concettuale, quale, il carico di lavoro tale da sviluppare le stesse sensazioni nel personale: *Fatica fisica* e *Sovraccarico di lavoro*, percepite in modo negativo con valori rispettivamente di 3,2 e 3,3. Questo dato è confermato anche nell'area *Suggerimenti miglioramenti* dove il personale suggerisce *l'assegnazione di risorse* come principale priorità. Le dimensioni *Fatica mentale* e *Sovraccarico emo-*

*tivo* sono percepite in modo negativo da tutto il personale e i valori assegnati sono rispettivamente 3,5 e 2,9. La dimensione *Richieste pressanti del paziente*, viene valutato come fenomeno molto presente nella struttura organizzativa con un valore pari 3,2. I dati confermano una condizione molto comune delle professioni d'aiuto: esaurimento emotivo e mentale dovuto ad un forte coinvolgimento dell'operatore. Tale problema se non gestito adeguatamente può innescare comportamenti di *rabbia* e *frustrazione* e il soggetto tenderà a comportarsi in modo aggressivo nei confronti della propria attività e ancor peggio con le persone a cui dovrebbe prestare servizio. Per completare il quadro del disagio percepito, è stato chiesto agli infermieri: *In che misura le caratteristiche da lei indicate alla domanda precedente le pesano e le creano difficoltà?* In un intervallo che andava da un minimo di 1 a un massimo di 4, gli infermieri hanno espresso un giudizio con un valore superiore alla media pari a 2,6. Questo significa che: fatica fisica, sovraccarico di lavoro, monotonia, ecc., incidono in maniera significativa sul disagio lavorativo. Dalla analisi dei dati si osserva che nonostante non siano presenti condizioni patologiche di stress, ci sono alcune condizioni come carico di lavoro e tipologia delle attività che se non gestite correttamente possono determinare condizioni di disagio. Gli infermieri percepiscono il proprio lavoro come particolarmente gravoso principalmente per fatica fisica e per la tipologia delle prestazioni associate a contatti frequenti con le persone e aumento della complessità assistenziali, maggiore assunzione di responsabilità, coinvolgimento cognitivo e emotivo.



## Apertura all'innovazione

L'apertura all'innovazione rappresenta un'altra dimensione che ci consente di trarre degli ulteriori spunti di riflessione per completare il quadro di riferimento da cui trarre le necessarie conclusioni.

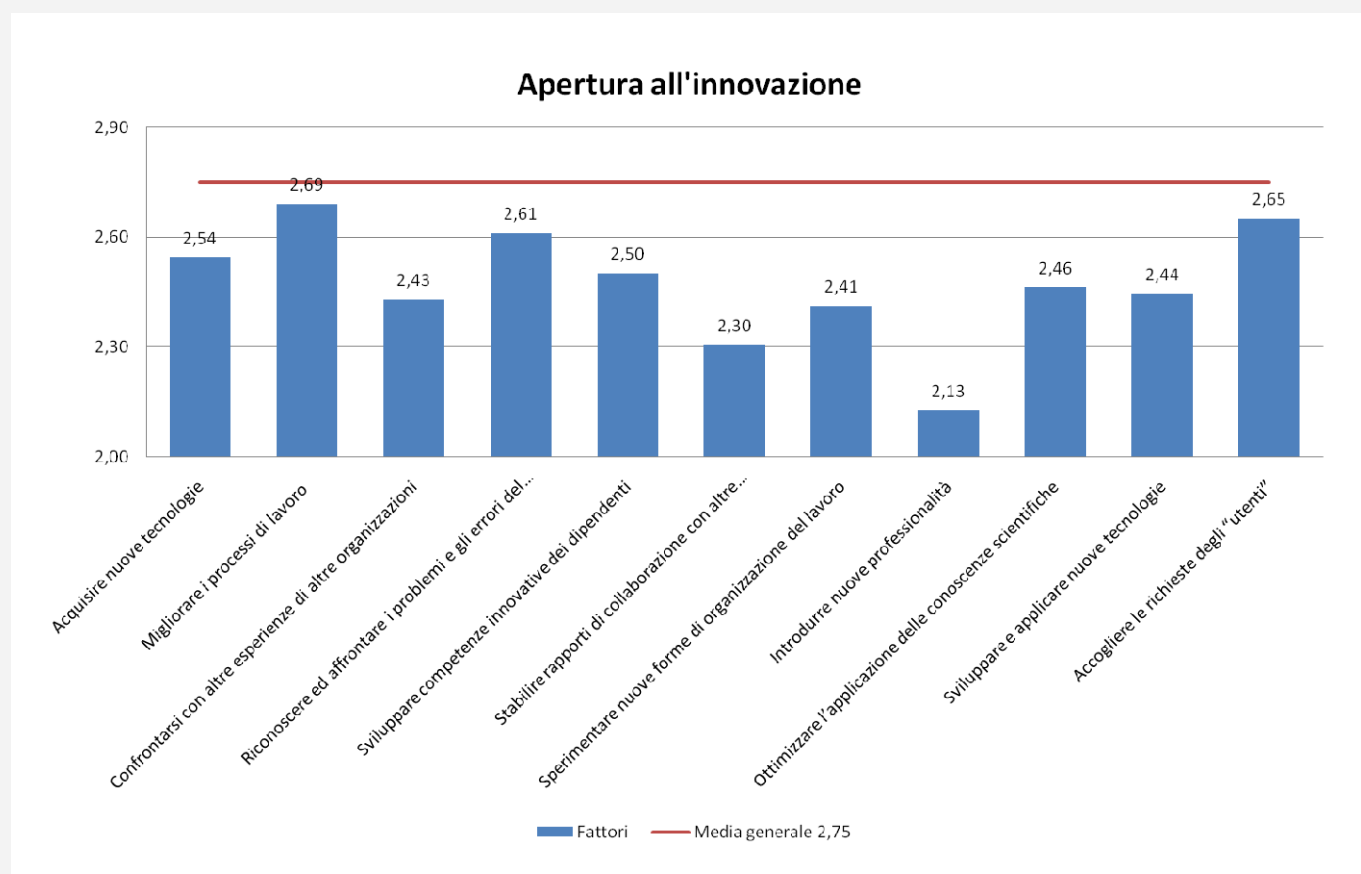
Gli item presi in considerazione in questa dimensione fanno riferimento ad un concetto allargato di innovazione che non è solo tecnologica ma anche organizzativa, considerando aspetti relativi alle modalità di gestione dei processi, al miglioramento, all'orientamento all'utenza, all'innovazione delle professionalità e al *benchmarking*.

I processi di cambiamento avvenuti negli ultimi anni hanno modificato lo scenario di riferimento in cui operano le aziende ospedaliere. Nell'attuale contesto, infatti, le aziende ospedaliere si trovano a perseguire obiettivi il cui raggiungimento è legato alla capacità di innovazione e di coordinamento dell'organizzazioni. La crescente velocità del mutamento tecnologico, sociale e culturale degli ambienti ha, da un lato, contribuito a rendere più evidente il rapporto di stretta interdipendenza tra processi organizzativi e processi comunicativi e, dall'altro, imposto un carattere permanente all'innovazione. Si instaurano così dinamiche che all'interno

dell'organizzazione tracciano una fitta rete di relazioni.

La media generale dei fattori è pari a 2,47, inferiore alla media aziendale, e quindi significa che il personale percepisce negativamente l'apertura dell'azienda verso l'innovazione. Nello specifico si osservano che tutte le dimensioni sono inferiori alla media generale. Grandi criticità si osservano in relazione al confronto, alla collaborazione con altre organizzazioni, l'introduzione di nuove professionalità, sviluppo e applicazione di nuove tecnologie. Alla luce dei dati si può affermare che l'apertura all'innovazione è l'unico fattore che viene percepito negativamente in tutte le sue dimensioni da parte degli infermieri. Una organizzazione poco aperta all'innovazione, al cambiamento, rischia di non riuscire a comprendere le evoluzioni in corso e rispondere ai bisogni dell'utente e alle esigenze del personale.

In un contesto sanitario in profonda evoluzione sociale, scientifica, tecnologica, diventa fondamentale identificare soluzioni organizzativo-gestionale che consentano di stimolare logiche rivolte al cambiamento, all'innovazione, al confronto, fornendo opportunità di crescita e valorizzazione del personale.





## Indicatori positivi

Gli *indicatori positivi* riguardano il grado di soddisfazione e coinvolgimento del soggetto verso l'organizzazione. Vengono in tal modo presi in considerazione dieci diversi indicatori: soddisfazione, appartenenza, voglia di andare al lavoro, realizzazione, sentimento del futuro, giusto equilibrio, socialità, condivisione della cultura organizzativa, fiducia nella capacità professionali e umane della dirigenza, legittimazione sociale dell'organizzazione.

La media generale degli indicatori positivi del benessere organizzativo pari a 2,77 cade in un'area di equilibrio, in linea con la media aziendale, nascondendo tuttavia alcune criticità che emergono dall'analisi dei singoli fattori.

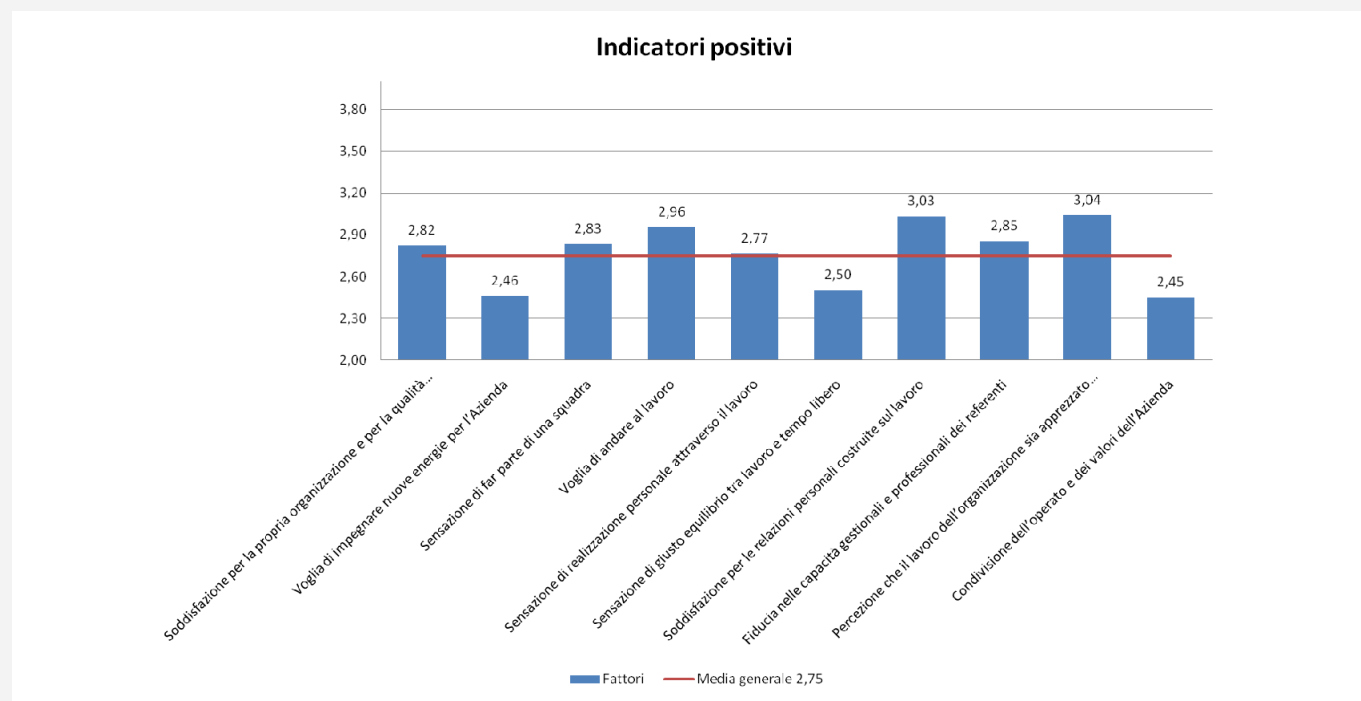
Osservando il grafico sugli indicatori positivi, notiamo che le aree di maggiore criticità sono legate alla scarsa voglia di impegnare nuove energie per l'azienda (2,4) e scarsa condivisione dell'operato e dei valori dell'azienda (2,4). Questo aspetto può essere confermato, incrociando gli item nella sezione *Indicatori negativi*, dove gli infermieri manifestano un certo risentimento nei confronti dell'amministrazione e la sensazione di contare poco nell'organizzazione.

L'altra area critica, anche se in misura leggermente inferiore alla precedente, è senz'altro legata al giusto equilibrio tra il lavoro e il tempo libero (2,5). Questo dato viene confermato incrociando gli item

nella sezione *Fattori di stress*, dove il personale manifesta una certa insoddisfazione nel coniugare il lavoro con il tempo libero.

Alle criticità evidenziate si contrappongono aspetti che denotano una certa soddisfazione per la propria organizzazione e per la qualità dei servizi erogati (2,8), per la percezione che il lavoro dell'organizzazione sia apprezzato dai pazienti (3), aspetti che vengono confermati nella sezione *senso di utilità sociale*.

Infine, rilevanti nella definizione del buon livello di soddisfazione degli infermieri, sono anche *senso di far parte di una squadra* (2,8) e la *fiducia nelle capacità gestionali e professionali dei referenti* (2,8), elementi che emergono nella sezione *Relazioni interpersonali con i colleghi* e nella sezione *suggerimenti migliorativi* dove il rapporto con i colleghi e con i superiori non viene visto come particolare criticità da migliorare. Dall'analisi del grafico colpisce la scarsa voglia di impegnare nuove energie, condividere i valori aziendali, elementi che vanno a incidere negativamente sul rapporto persona/organizzazione, rendendo molto difficile la gestione dei processi di cambiamento e di innovazione. Tutto ciò si contrappone ad un forte desiderio di esprimere la propria professionalità, sottolineata dalla voglia di andare a lavoro e sensazione di far parte di una di una squadra, dalla soddisfazione delle relazioni, da una richiesta di una maggiore autonomia e responsabilità professionale.



### *I suggerimenti migliorativi*

L'ultima sezione del questionario, dedicata ai suggerimenti, costituisce una sintesi dei principali punti critici emersi ed insieme conferma il desiderio del personale di impegnarsi sul lavoro e di crescere professionalmente. I singoli aspetti sono qui rappresentati in forma accorpata, al fine di fornire un'indicazione complessiva delle attese del personale infermieristico che partecipa all'indagine.

Dal grafico spicca il bisogno di assegnazione risorse (17,2% del campione), come necessità realmente sentita. Le carenze, sotto questo aspetto, emergono dai già visti collegamenti nella sezione *caratteristiche del proprio lavoro*, dove, i fattori *Fatica fisica* e *Sovraccarico di lavoro*, vengono percepiti in modo negativo. I valori assegnati sono rispettivamente: 3,2 e 3,3. Il carico di lavoro se non adeguatamente gestito, insieme ad altri fattori, quali, conflittualità, mancanza di equità, contatti frequenti con l'utenza, innesca una sorta di circolo vizioso determinando uno stato di stress fino a una condizione di *burnout*.

Diverse ricerche hanno messo in evidenza che le patologie muscolo-scheletriche hanno raggiunto il primo posto per diffusione tra le malattie da lavoro. Esse, sotto il profilo della molteplicità delle sofferenze e dei costi economici e sociali indotti (assenze per malattia, cure, cambiamenti di lavoro, invalidità), rappresentano uno dei principali problemi sanitari nel mondo del lavoro, tanto da essere state collocate dal National Institute of Occupational Safety and Health al secondo posto nella lista dei dieci problemi di salute più rilevanti nei luoghi di lavoro.

Inoltre, con una frequenza del 16,4% del campione, altro aspetto è legato al desiderio di essere valorizzati. Il percorso suggerito fa riferimento ad una politica del personale che possa utilizzare al meglio lavoro e competenze dei dipendenti, anche attraverso gli strumenti di innovazione oggi messi a disposizione dalle nuove tecnologie, ad iniziative di potenziamento della formazione ed alla valorizzazione della professionalità. Questo dato trova forti collegamenti con i fattori *Sensazione di contare poco nell'organizzazione* e *l'organizzazione offre effettive possibilità di sviluppo di carriera*, valutati negativamente dal personale.

L'insoddisfazione nel lavoro contribuisce a determinare un elevato tasso di turnover e assenteismo e incide negativamente sulla produttività.

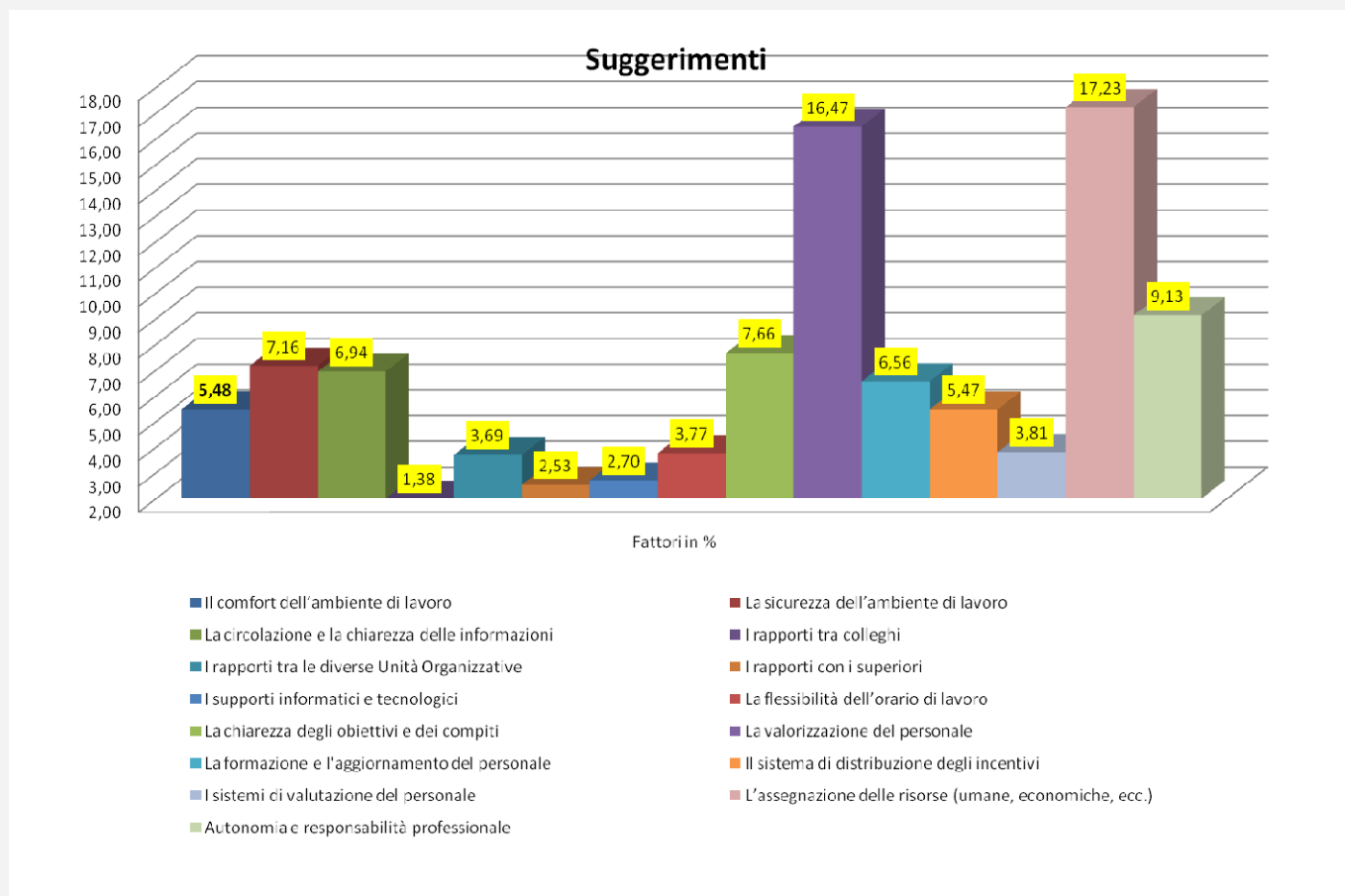
Attualmente l'organizzazione del lavoro infermieristico, oltre a essere vincolato all'organizzazione delle cure mediche, adotta un modello prevalentemente di tipo tecnico-funzionale o per compiti, basato cioè su una distribuzione delle attività ai singoli operatori (giro letti, giro terapia, ecc.).

Il modello per compiti, che si ispira all'organizzazione industriale di Taylor, ha come principio la parcellizzazione del lavoro in tante operazioni da attribuire ai vari lavoratori, portando ad una specializzazione delle mansioni, orientando così le attività alla massima produttività attraverso la ripetitività e l'esecuzione degli atti che sono attribuiti agli stessi operatori.

La parcellizzazione delle attività, oltre a non garantire la globalità e la continuità del rapporto tra infermiere e persona assistita, può abbassare il livello di motivazione degli operatori e influenzare negativamente la responsabilità del singolo operatore verso la persona assistita.

Altro aspetto che emerge, riguarda il bisogno di migliorare *autonomia e responsabilità professionale*, con una frequenza pari al 9%. La coerenza di questo elemento si collega con la dimensione *Rigidità di norme e procedure* e *l'impegno sul lavoro e le iniziative personali sono apprezzate e riconosciute*, valutati negativamente. Altri tre importanti suggerimenti (con frequenza variabile mediamente tra il 6-7%), riguardano il bisogno di migliorare: la *sicurezza dell'ambiente di lavoro*, la *circolazione* e la *chiarezza delle informazioni* e la *chiarezza degli obiettivi e dei compiti*. L'analisi appena completata fa emergere con chiarezza, che la valorizzazione del personale e l'assegnazione delle risorse rappresentano le principali priorità su cui intervenire. Solo in questo modo è possibile contribuire allo sviluppo, alla valorizzazione delle competenze della professione infermieristica e rispondere ai bisogni assistenziali dell'utenza.

Lo sviluppo e l'efficienza dell'organizzazione dipendono oltre che dalle dimensioni tecniche, dalle condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, dalla presenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, dall'ergonomia degli ambienti e dei processi di lavoro, dalla capacità di attivare il circolo virtuoso motivazione/produttività che si fonda sul coinvolgimento attivo dei lavoratori.



## Conclusioni

Il quadro che emerge dallo studio del benessere organizzativo, effettuato presso l'Azienda ospedaliera di Treviglio e realizzato nell'area del comparto attraverso la somministrazione di un questionario, è quello di una realtà caratterizzata da tensioni negative e tensioni positive che a volte si scontrano e a volte si bilanciano influenzando l'andamento delle attività e delle relazioni all'interno dell'azienda.

Molti sono i fattori che possono influire sul clima e sulla salute organizzativa, alcuni dei quali messi in evidenza da questa indagine e altri che richiederebbero una conoscenza più approfondita dell'organizzazione.

In particolare, la valorizzazione delle competenze, l'ascolto attivo, la chiarezza degli obiettivi, la disponibilità delle informazioni e le relazioni interpersonali collaborative sono gli aspetti percepiti dai dipendenti in modo positivo. Si osserva che, tra i fattori che riguardano le comunicazioni e le relazioni tra le persone, i rispondenti esprimono una percezione positiva: buona è la sensazione verso l'ascolto, le relazioni e le disponibilità delle infor-

mazioni.

Le caratteristiche del lavoro sono certamente connesse all'aspetto della equità, fattore che registra una valutazione inferiore al valore della media di riferimento.

Le dimensioni collegate agli aspetti relazionali evidenziano che il livello di circolazione delle informazioni è più che buona. Esiste inoltre, la possibilità di soddisfacente costruzione di rapporti personali. C'è tuttavia una diversa percezione delle relazioni tra il livello orizzontale, percepito in maniera più positiva rispetto a quello verticale. Colpisce il fatto che nell'azienda non si raggiungono elevati livelli di conflittualità nonostante la presenza di alcune dimensioni critiche legate alla giustizia organizzativa, segno probabilmente di una sfiducia generalizzata e di elevati carichi di lavoro e di stress emotivo associati alla sensazione di immutabilità del contesto lavorativo di riferimento.

La mancanza di un senso di equità e giustizia è un aspetto fortemente sintomatico. Non si riferisce tanto alle modalità con cui i dirigenti trattano gli infermieri, ma al basso ancoraggio degli incentivi, all'efficacia delle prestazioni, alle modeste possibilità di carriera per il personale che riscontra la sen-

sazione di non essere valutato correttamente, nonostante rilevati adeguato lo strumento di valutazione.

In sintesi, gli intervistati percepiscono come non equo il rapporto tra quanto danno e quanto ricevono, come non soddisfacente le procedure di valutazione utilizzata, di contare poco nell'organizzazione, con conseguenze sull'onestà percepita nella relazione che l'organizzazione intrattiene con loro.

Una seconda area critica espressa dal campione fa riferimento alla percezione di una certa intensità dei compiti che sfocia spesso in un risentimento verso l'organizzazione attraverso, ad esempio, la voglia di cambiare lavoro. Le persone descrivono il proprio lavoro come oneroso principalmente per fatica fisica e emotiva, richieste pressanti da parte dell'utenza, scarso riconoscimento. Si osserva un forte coinvolgimento fisico ed emotivo fino a creare risentimento verso l'organizzazione che non sempre valuta e apprezza adeguatamente il contributo del dipendente ed è, quindi, percepita come un ostacolo per il raggiungimento della realizzazione professionale. Si assiste, evidentemente, ad un progressivo aumento della complessità assistenziale: maggior contatto con l'utenza e capacità di corrispondere le richieste, maggior impegno mentale, maggior assunzione di responsabilità.

Una terza area di criticità è determinata dalla percezione di una scarsa apertura dell'azienda all'innovazione, infatti è l'unico fattore negativo in tutte le sue dimensioni. In un contesto sanitario in forte cambiamento, la crescente importanza della conoscenza, della competitività, rischia di non riuscire a comprendere le evoluzioni in corso e rispondere ai bisogni dell'utenza e alle esigenze del personale.

I risultati complessivi segnalano che nonostante non siano presenti condizioni patologiche di stress, ci sono alcune condizioni come carico di lavoro e tipologia delle attività che se non gestite correttamente possono determinare condizioni di disagio. Gli infermieri percepiscono il proprio lavoro particolarmente gravoso principalmente per fatica fisica e per la tipologia delle prestazioni associate a contatti frequenti con le persone e aumento della complessità assistenziale, maggiore assunzione di responsabilità, coinvolgimento cognitivo ed emotivo. Per quanto riguarda il rapporto tra individuo e organizzazione la ricerca ha messo in luce, quindi, diverse criticità. I lavoratori si sentono poco coinvolti nelle decisioni, poco informati dei mutamenti in corso, hanno la sensazione di contare poco e percepiscono uno scarso senso di equità. Questi fattori

determinano un certo risentimento verso l'amministrazione manifestandosi in scarsa voglia di impegnare nuove energie e condivisione dei valori aziendali.

Dopo questa valutazione preliminare, rivolta a identificare le principali fonti di stress all'interno dell'azienda ospedaliera, tenendo conto delle indicazioni metodologiche fornite la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro, istituita presso il Ministero del Lavoro, con una circolare del 18 novembre scorso, che ha fornito ai datori di lavoro pubblici e privati uno strumento di indirizzo ai fini della corretta attuazione delle previsioni di legge in materia di valutazione del rischio, con riferimento specifico alla valutazione del rischio da stress correlato al lavoro, è necessario mettere in atto una serie di azioni pianificate, di carattere organizzativo, tecnico, procedurale, comunicativo, formativo, rivolte a ridurre i fattori di stress che sono emersi durante l'indagine.

Alla luce dei risultati appare utile comunicare i dati dell'indagine alle figure della prevenzione ed ai lavoratori coinvolti. L'indagine è solo l'inizio del processo di valutazione del rischio nonché un indicatore generico della situazione organizzativa. Essa rappresenta un punto di partenza per la gestione delle potenziali cause di stress lavoro-correlato e devono rappresentare come un possibile futuro per l'azienda.

Sulla base delle criticità emerse, sarà opportuno istituire una commissione *ad hoc* costituito con il coinvolgimento diretto delle figure della prevenzione e da infermieri identificati nella fase di ricerca, che andrà analizzare il significato dei risultati, discutere le possibili soluzioni.

Il coinvolgimento diretto dei lavoratori che condividono gli stessi interessi, perché provenienti, ad esempio, dallo stesso reparto o che svolgono attività simili all'interno dell'organizzazione, consentirà di sondare con maggiore profondità quelle problematiche emerse dai risultati della valutazione del rischio e prendere in considerazione i punti di vista comuni sulle specifiche relative ai vari settori dell'azienda.

Sulla base dei risultati dell'indagine è auspicabile l'introduzione di un programma di promozione della salute del lavoratore come miglioramento/monitoraggio delle condizioni di salute dei lavoratori in relazione allo stress, rivolto al:

- controllo dello stress;
- programmi specifici per singole mansioni, con-

cernenti posture, lavori pericolosi e antinfortunistica sulla base dei rischi specifici rilevati in azienda;

- educazione sanitaria (educazione all'uso appropriato del sistema sanitario, alla sicurezza al di fuori del lavoro e in casa, ecc.);
- corsi informativi/formativi orientati a migliorare ulteriormente la capacità di adattamento al lavoro e gli aspetti motivazionali del gruppo e dei singoli;
- corsi informazione/formazione rivolti a migliorare l'interfaccia individuo-organizzazione (esempio: gestione dei conflitti, conoscenze necessarie per ben operare e comunicare, ecc.);
- attivazione di un programma periodico di monitoraggio del clima organizzativo interno.

Per evitare che lo stress, la fatica emotivo si trasformi in uno stato di esaurimento psicofisico, fino ad arrivare a una condizione di *burnout*, tipico delle professioni d'aiuto, possono essere utili degli interventi formativi, che aiutano gli operatori a riconoscere alcune variabili esterne e interne di rischio insite nelle professioni di aiuto: problemi emotivi personali irrisolti, correlati con le esperienze del paziente; l'eccessiva identificazione; la personale sensibilità alla sofferenza altrui; la continua esposizione all'esperienza dolorosa dell'altro. La formazione può anche rappresentare un importante sostegno al processo di separazione dall'angoscia del paziente e alla soddisfazione per il lavoro.

Gli infermieri rilevano particolarmente critico la fatica fisica. A tal proposito, il datore di lavoro dovrà valutare la movimentazione dei carichi di lavoro, in tipo di turnazione svolta dal personale sanitario tenendo conto dei fattori soggettivi che potrebbero influire sul benessere dell'operatore. Il datore di lavoro dovrà valutare la possibilità di eliminare ogni rischio utilizzando, per esempio, apparecchiature di movimentazione automatica o meccanica; qualora non sarà possibile, il datore di lavoro dovrà adottare misure di carattere organizzativo, tra le quali la rotazione degli incarichi, attività di informazione e formazione sui rischi e gli effetti negativi per la salute e sull'uso di tecniche di movimentazione corrette.

Per quanto riguarda la scelta del sistema di turnazione, è dimostrato che una schema di turnazione breve (il numero di notti consecutive è minimo) o uno schema di rotazione che segue la rotazione del sole (mattina, pomeriggio, notte) producono rischi minori per la salute e hanno effetti positivi sulla vita non lavorativa. Dove il lavoro richiede alti livelli di concentrazione è consigliabile, durante il

turno, ruotare su diverse attività all'interno di un gruppo di lavoratori. Essenziale è comunicare i turni con largo anticipo; in questo modo il lavoratore può pianificare la propria vita familiare. È importante evitare straordinari quando i turni sono prolungati, garantire pause nel corso del turno, assegnare il riposo, subito dopo il turno notturno, in modo da consentire un immediato recupero della fatica e del deficit di sonno. A livello individuale è importante che il lavoratore a turni e notturno, presti attenzione ad alcuni accorgimenti: esercizio fisico, riposo, pasti regolari e equilibrati, cercare l'aiuto e il sostegno della famiglia, ridurre lo stress.

Il successo di una organizzazione dipende dal comportamento delle persone, dal modo in cui essa riesce a motivare i suoi membri a partecipare, cioè ad accettare gli scopi i propri scopi e a contribuire al loro raggiungimento; in pratica, dal modo in cui essa ottiene e legittima la profonda adesione dei suoi membri.

**Daniele Perillo**

Infermiere presso l'Azienda ospedaliera di Treviglio

## Bibliografia

- P. ARGENTERO, *Psicologia del lavoro e interventi organizzativi*, F. Angeli, Milano, 2007.
- F. AVALLONE, M. BONARETTI, *Benessere Organizzativo per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2003.
- F. AVALLONE, A. PAPLOMATAS, *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- L. BENCI, *La riforma Brunetta: implicazioni giuridiche e operative nella sanità italiana*, McGraw-Hill, Milano, 2010.
- M. BERGAMASCHI, *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, McGraw-Hill, Milano, 2009.
- F. BOCHICCHIO, T. DI SABATO, *Lineamenti di organizzazione e gestione delle risorse umane*, Movimedia, Lecce, 2003.
- B. BOLOGNINI, *L'analisi del clima organizzativo*, Carocci, Roma, 2006.
- M. BONARETTI, P. TESTA, *Persone al lavoro: politiche e pratiche per il benessere organizzativo nelle amministrazioni pubbliche*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2003.
- C. CALAMANDREI, C. ORLANDI, *La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*, McGraw-Hill, Milano, 2009.
- D. CAMERINO, M. SANDRI, S. SARTORI, A. DESTREBECQ, M. LUSIGNANI, *Prevenzione e benessere degli infermieri nelle strutture sanitarie del Lazio: problemi di genere e di età*, in *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 2009, n. 3, suppl. 2, 342-343.
- G. COSTA, *Lavoro a turni e notturno. Organizzazione degli orari di lavoro e riflessi sulla salute*, SEE, Firenze, 2003.
- A. D'AMATO, V. MAJER, *Il vantaggio del clima. La ricerca di clima per lo sviluppo organizzativo*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- C. DE PIETRO, *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane*, McGraw-Hill, Milano, 2005.
- G. DEL MARE, *Prospettive per la comunicazione interna e il benessere organizzativo*, F. Angeli, Milano, 2008.
- T. DI SABATO, *Processi di direzione del personale nella Pubblica Amministrazione*, Movimedia, Lecce, 2006.
- S. FERRUA, M. GIOVANNONE (a cura di), *Salute e sicurezza dei lavoratori: il caso dei servizi sanitari di assistenza alla persona*, Dossier Adapt, 2009, n. 12, in [www.adapt.it](http://www.adapt.it).
- P. GABASSI, *Psicologia del lavoro nelle organizzazioni*, F. Angeli, Milano, 2006.
- T. GANDINI, *Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità*, F. Angeli, Milano, 2005.
- A. GIGANTESCO, F. MIRABELLA, G. BONAVIRI, P. MOROSINI, *La valutazione della condizione lavorativa in popolazioni del settore sanitario*, in *La Medicina del Lavoro*, 2004, vol. 95, n. 6, 431-440.
- M. GIOVANNONE, S. SPATTINI (a cura di), *Lavoro in ambiente domestico, telelavoro e lavoro a progetto: linee guida e buone prassi per la prevenzione dai rischi, anche in chiave comparata, alla luce della riforma del mercato del lavoro in Italia*, in [www.adapt.it](http://www.adapt.it), sezione Studi e ricerche.
- F.M. GOBBI, D. SALI, *Rischi professionali in ambito ospedaliero*, McGraw-Hill, Milano, 1995.
- A. GOI, *Clima aziendale e gestione delle risorse umane*, F. Angeli, Milano, 2008.
- INAIL, *Rischio biologico negli ambulatori "Prime Cure" Inail. Vademecum per l'infermiere*, 2010, in [www.inail.it](http://www.inail.it).
- T. LAVALLE, *Dirigere le risorse umane*, Carocci, Roma, 2008.
- A. NINCI, *Le differenze di genere e l'impatto su salute e sicurezza in ambito lavorativo: riflessioni all'indomani della presentazione del Rapporto annuale Inail 2008 sull'andamento infortunistico*, Working Paper Adapt, 2009, n. 92, in [www.adapt.it](http://www.adapt.it).
- A. PENNELLA, *Psicologia del lavoro*, Aracne, Ariccia, 2007.
- L. PROVENZANO, *Il rischio psico-sociale nelle professioni di aiuto*, Erickson, Milano, 2004.
- P. ROTONDI, A. SAGGIN, *Persona e organizzazione sviluppare competenze per valorizzarsi in sanità*, McGraw-Hill, Milano, 2002.
- A. SANTULLO, *L'infermiere e le innovazioni in sanità*, McGraw-Hill, Milano, 2004.
- SIFORP, EU-TRÒPIA (a cura di), *Rischi psicosociali e benessere organizzativo in Asl*, F. Angeli, Milano, 2007.
- A. SPAZIANI, G. LEPORE, *I sistemi di gestione per la sicurezza e salute dei lavoratori*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2009.
- M. TIRABOSCHI, L. FANTINI (a cura di), *Il Testo Unico della salute e sicurezza sul lavoro dopo il correttivo (d.lgs. n. 106/2009). Commentario al decreto legislativo n. 81/2008 come modificato e integrato dal decreto legislativo n. 106/2009*, Giuffrè, Milano, 2009.
- S. TORIELLO, *Lo stress lavoro-correlato: lineamenti e problematiche di valutazione*, 2009, in [www.adapt.it](http://www.adapt.it), Osservatorio Nuovi lavori, nuovi rischi.