



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA
"TOR VERGATA"**

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE

XXII CICLO

LA SALUTE ORGANIZZATIVA DEGLI INFERMIERI

Dott. Alessandro SILI

Tutors

Prof. Francesco Avallone

Prof. Rosaria Alvaro

Coordinatore

Prof. Augusto Panà

A.A. 2009/2010

INDICE

Summary	pag	3
Riassunto	>>	5
Premessa	>>	7
CAPITOLO 1	>>	9
La Salute Organizzativa		
1.1. Il moderno concetto della Dirigenza Infermieristica	>>	10
1.2. Organizzazione e persone: il coordinamento dei professionisti sanitari	>>	14
1.3. Il Benessere Organizzativo nelle organizzazioni sanitarie	>>	17
1.4. Dal “benessere” alla “salute” organizzativa	>>	29
CAPITOLO 2		
Lo sviluppo del programma di ricerca	>>	33
2.1. Revisione della letteratura	>>	34
2.2. Il progetto di ricerca	>>	41
CAPITOLO 3		
Validità e affidabilità del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa	>>	42
[<i>Professioni Infermieristiche 2010; 63(1), 27-37</i>]		
3.1. Introduzione	>>	43
3.2. Materiali e metodi	>>	44
3.3. Risultati	>>	46
3.4. Discussione	>>	51
3.5. Conclusioni	>>	52
3.6. Bibliografia	>>	53
CAPITOLO 4		
Organizational health and quality of life: survey among nurses on territorial emergency [<i>Journal of Advanced Nursing (in press)</i>]	>>	54
4.1. Introduction	>>	56
4.2. Background	>>	56
4.3. The Study	>>	57
4.4. Results	>>	59

4.5. Discussion	>>	67
4.6. Conclusion	>>	70
4.7. References	>>	71

CAPITOLO 5

Infermieri di Camera Operatoria e Infermieri di Medicina Generale: la diversa percezione della propria Salute Organizzativa [<i>La Medicina del Lavoro (in press)</i>]	>>	73
---	----	-----------

5.1. Introduzione	>>	75
5.2. Metodo	>>	77
5.3. Risultati	>>	80
5.4. Discussione	>>	84
5.5. Bibliografia	>>	86

CAPITOLO 6

La Salute Organizzativa degli Infermieri: guida pratica all'utilizzo del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa	>>	89
---	----	-----------

[*EdiSES, Roma 2010*]

6.1. Articolazione del Manuale	>>	90
6.2. Il Manuale	>>	96
6.3. Sommario	>>	101
6.4. Premessa	>>	103
6.5. Presentazione	>>	104

Conclusioni	>>	106
--------------------	----	------------

ALLEGATI

CD-ROM

Bibliografia generale	>>	113
------------------------------	----	------------

Summary

Background

Organizational health, well-being and quality of life in health care settings are issues of increasing interest for nurse managers. It is important in health care setting to evaluate organizational health of nurses with a method of active listening that will bring out the perception they have about their own organization. Researching in their field of organizational health, managers can analyze their context and define actions that take into account the suggestions of their staff.

Objectives

During the three-year of the doctoral program it has been designed and implemented a research study with the aim of assessing the organizational health of nurses. The following research objectives have been identified:

- A. to identify in the literature and eventually to develop or modify a specific instrument for assessing the organizational health of nurses;
- B. to correlate the organizational health with the quality of life in nurses;
- C. to identify correlations between organizational health and clinical care contexts;
- D. to carry out an investigation on a large number of nurses in order to develop a manual for nurse managers. This manual will allow nurse managers to easily assess the organizational health on their working environment.

Methods

The Nursing Organizational Health Questionnaire (NOHQ), that has been derived from the Multidimensional Organizational Health Questionnaire (MOHQ) has been developed in the present study. The NOHQ underwent to content validity and was administered to a sample of 1279 nurses. Eighteen dimensions (scales) have been identified by factor analysis each of one showed good psychometric properties of validity and reliability.

To reach the second objective of the research, a survey was conducted on a sample of 411 nurses working in the territorial emergency. In this study the NOHQ and the SF-12 (to measure quality of life) were administered. Overall, male nurses had better mental health, better perception of their coordinators and higher appreciation (in terms of effectiveness and organizational efficiency) for their organization. Female nurses complained more

psychophysical symptoms and showed more negative indicators of organizational health. For the third objective, 542 nurses were recruited in several university hospital in Italy: 337 nurses were enrolled from Medical Units and 205 from the Operating theaters. In this study it was demonstrated that operating room nurses had lower levels of organizational health and satisfaction than their colleagues working in the Medical Units. Statistical analysis also revealed that the organizational health did not differ among age and gender. With regard to the manual (objective D) a study with 4334 nurses was carried out in several health settings. This manual meticulously explains the different steps to investigate the organizational health in one's own health context. It also gives procedures to administer the NOHQ, elaborate the data and understand the results.

Conclusions

The various studies conducted over three years allowed the validation of a new tool to measure the organizational health of nurses. It was possible to demonstrate how the quality of life of nurses is closely related to their organization and how some specific organizational circumstances can affect the mental and physical health in male and female nurses as well as in younger and older nurses. It was also demonstrated how the working context can affect the organizational health in nurses. In the medical units nurses have better organizational health than in the operating theaters; this means that in the first context nurses have a more positive perception of their organization, probably due to the relational and communicational aspects with patients.

Finally, the manual will give the opportunity to nurse managers to better manage the personnel, carrying out surveys in their contexts, to properly use the NOHQ, to elaborate the data and to interpret the results.

Riassunto

Background

La salute organizzativa, il benessere e la qualità della vita nei luoghi di cura, sono temi di sempre maggiore interesse e centralità per i manager sanitari. E' importante in ambito sanitario valutare il livello di "salute organizzativa" degli infermieri con una metodologia di ascolto attivo che faccia emergere la "percezione" che gli stessi hanno del proprio vissuto organizzativo. Attraverso l'indagine sulla salute organizzativa, i manager possono dar vita ad un percorso di analisi organizzativa che consente di definire strategie di azione che tengano conto delle indicazioni e dei suggerimenti giunti dai propri collaboratori.

Obiettivi

Nel corso del triennio dottorale è stato progettato e realizzato uno studio ricerca, con lo scopo di valutare la Salute Organizzativa degli Infermieri. Sono stati prefissati i seguenti obiettivi di ricerca:

- A. individuare in letteratura ed eventualmente sviluppare o modificare, uno strumento specifico per valutare la Salute Organizzativa degli infermieri;
- B. valutare quanto la salute organizzativa sia correlata con "qualità di vita" degli infermieri;
- C. individuare eventuali correlazioni tra Salute Organizzativa e ambito clinico-assistenziale di appartenenza;
- D. condurre un'indagine su un cospicuo numero di infermieri, diversificando il campione per tipologia organizzativa (Aziende, Policlinici, Strutture Private, etc) al fine di elaborare un manuale rivolto agli Infermieri Dirigenti per svolgere, in modo autonomo, un'indagine sullo stato di Salute Organizzativa nel proprio contesto lavorativo.

Metodo

Per quanto concerne lo strumento per misurare la Salute Organizzativa, è stato elaborato e validato il Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO), uno strumento derivato dal Multidimensional Health Questionnaire (MOHQ). Il QISO, sottoposto a validità di contenuto da parte di un gruppo di esperti, è stato somministrato ad un campione di 1279 infermieri. Con l'analisi fattoriale sono state individuate 18 dimensioni (scale), tutte con buone caratteristiche psicometriche di validità e affidabilità. Per quanto riguarda il secondo obiettivo della ricerca, è stata condotta un'indagine su un campione di 411 infermieri dell'Emergenza Territoriale ai quali è stato somministrato il QISO e l'SF-12 (per misurare la

qualità di vita). Complessivamente tra gli uomini sono stati rilevati: migliore salute mentale, migliore percezione dei propri coordinatori e una più alto apprezzamento (in termini di efficacia ed efficienza organizzativa) verso la propria organizzazione. Tra le donne, invece, si è riscontrata una maggior presenza di disturbi psicofisici e di indicatori negativi di salute organizzativa. In merito al terzo studio sono stati invece reclutati 542 infermieri che prestavano servizio presso diversi Policlinici Universitari Italiani: 337 provenienti dalle Unità Operative di Medicina e 205 dalle Camere Operatorie. Con lo studio è stato dimostrato che gli infermieri di Camera Operatoria hanno livelli significativamente più bassi di salute e soddisfazione organizzativa rispetto ai colleghi che lavorano nelle Unità Operative di Medicina. L'analisi statistica ha inoltre permesso di constatare che la salute organizzativa non differisce in rapporto all'età e al genere. Per ciò che concerne il manuale (obiettivo D) che affronta le tematiche inerenti la salute organizzativa, lo stesso, che risulta essere uno strumento di semplice applicazione nei diversi contesti sanitari, è stato realizzato con il reclutamento di 4334 infermieri. Grazie alla meticolosa spiegazione delle diverse fasi che compongono l'intero processo di indagine, permette inoltre, di valutare lo stato di salute del proprio contesto organizzativo, circostanziando il corretto utilizzo del QISO per l'elaborazione e l'interpretazione dei dati.

Conclusioni

Le diverse ricerche condotte nel corso del triennio, hanno principalmente permesso di validare un nuovo strumento per rilevare la Salute organizzativa degli Infermieri. E' stato quindi possibile dimostrare come la Qualità di Vita degli Infermieri sia strettamente correlata al proprio vissuto organizzativo e quanto alcune specifiche circostanze organizzative possano influenzare la salute mentale e la salute fisica diversificatamente per gli uomini e per le donne nonché per i giovani infermieri e per i più anziani. Inoltre, di fondamentale importanza, è risultato essere lo specifico contesto lavorativo. Ambienti di lavoro come le Unità Operative di Medicina, a differenza di particolari contesti come le Camere Operatorie, inducono gli infermieri ad avere una più positiva percezione della propria organizzazione, probabilmente dovuta all'aspetto relazionale e comunicativo che viene ad istaurarsi in questi contesti. Il manuale, infine, darà la possibilità di approfondire le tematiche inerenti la "buona" gestione del personale, di condurre le varie fasi dell'indagine volta alla valutazione dello stato di salute del proprio contesto organizzativo, di usare correttamente il QISO, di elaborare i dati nonché di interpretarne i risultati ottenuti.

Premessa

In questi anni l'impegno delle Aziende Sanitarie si è sostanzialmente concentrato su poche politiche di direzione del personale: le politiche retributive, le carriere, le relazioni sindacali. In sostanza l'attenzione si è rivolta al passaggio dall'amministrazione del personale alla gestione del personale, come se si trattasse di introdurre strumenti coerenti con il passaggio da "Stato liberale", che opera per regole, a "Stato sociale", produttore invece di beni e servizi. Ma oggi questo passaggio è già in ritardo: nel frattempo sono sorte nuove esigenze; lo stato sociale è entrato in crisi e la stessa strategia di solo recupero di efficienza è stata messa a dura prova.

Occorre quindi andare oltre: migliorare la qualità del lavoro infermieristico, fornire nuove opportunità di sviluppo professionale, investire su relazioni interne più salde e capaci di produrre significati e valori condivisi. Più in generale, come accade nell'ambito della pubblica amministrazione (Celli 1997), per l'Infermiere Dirigente non è solamente un problema di tecniche e strumenti di gestione del personale e dei Servizi Sanitari; è un problema di clima, di assunzioni di rischio e di investimenti emotivi, di valori da trasmettere ai propri infermieri e di codici morali da rispettare, di scelte molteplici da valutare per renderle sostenibili e perseguibili. Anche tenendo conto dell'attuale scenario in cui vive la professione, limitare l'attenzione del dibattito alle sole logiche di carriera e ai meccanismi di ricompensa, sembra denotare una miopia culturale della professione stessa e la conseguente assenza di valori più impegnativi.

Al di là di ogni questione è opportuno conciliare almeno tre esigenze fondamentali nella dirigenza infermieristica:

- non attribuire alle tecniche manageriali l'unica chiave culturale del dibattito sulla riforma dirigenziale;
- emancipare il lavoro infermieristico da una prospettiva meramente esecutiva, riportandolo in una dimensione più strategica e con maggiori potenzialità di motivazione e investimento personale;
- valorizzare il patrimonio di competenze professionali e di conoscenze presenti.

Ma ancor di più si pone il problema di quali siano i valori professionali di riferimento a cui l'assistenza deve orientarsi. La formulazione delle strategie e la ricerca di nuove opportunità devono essere ancorate ad un *frame* di valori che diano finalmente senso al lavoro, al di là delle giuste e ovvie impostazioni politiche delle diverse rappresentanze elette (Weick 1997). In particolare in Italia, dove la costruzione di una Dirigenza Infermieristica è stata un percorso storicamente tortuoso e professionalmente irrisolto, l'attribuzione di nuovi

ruoli e scenari di azione deve collocarsi in un quadro di riferimento accettato e condiviso dall'intera professione.

Senza questa cornice di senso, il rischio di uno sbandamento e del ricorso ai miti manageriali, non solo è cosa molto probabile, ma per chi, come accade per molti Infermieri Dirigenti, ha un'identità professionalmente debole e niente affatto orientata strategicamente, è l'unica opportunità per conferire un valore diverso al proprio lavoro. Proprio nell'assenza di un contratto psicologico diverso e orientato alla promozione della salute del cittadino, sembra fondarsi un rapporto di impiego ormai privato, ma ancora prigioniero delle logiche che hanno caratterizzato l'intero percorso storico dell'amministrazione italiana e conseguentemente della professione infermieristica.

A fronte di una fase di cambiamento fortissimo, si sta chiedendo a tutti i Dirigenti, di risolvere gli antichi accordi, basati sulla certezza del posto e della retribuzione, sulla articolazione favorevole dell'orario e dei carichi di lavoro, attribuendo un nuovo linguaggio al processo manageriale (Battistelli 2002). In questo quadro la ricerca di una nuova forma di motivazione, basata su un *commitment* interno e sulla valorizzazione del lavoro, può rappresentare un'alternativa rispetto all'introduzione di mere logiche di appartenenza, legate solamente ai principi del mercato e dello scambio retribuzione/prestazione, tanto più in una situazione di carenza di risorse umane e finanziarie e di difficile misurazione delle prestazioni (Argyris 1998). Riacquistare senso e dignità nel lavoro diviene, in questa chiave, non solamente un modo per restituire ai servizi sanitari un lavoro più consapevole su cui contare, ma rappresenta anche un fattore su cui concentrare i propri sforzi di competizione, dal lato della domanda, nel mercato del lavoro.

Capitolo 1

La Salute Organizzativa

1.1. Il moderno concetto della Dirigenza Infermieristica

Il processo di aziendalizzazione della sanità, cominciato in Italia a partire dagli anni '90 (con i decreti legislativi 502/92 e 517/93), ha inevitabilmente rivoluzionato il sistema gestionale e organizzativo delle strutture sanitarie pubbliche. Nelle Aziende l'organizzazione e la gestione risultano sempre più determinanti nella creazione del vantaggio competitivo in quanto la loro dotazione tecnica può essere simile, le risorse economiche e strutturali uguali ma l'organizzazione e la gestione, invece, essendo più difficilmente imitabili, determinano la caratteristica di base, ovvero la loro unicità. In questo contesto, il ruolo del management, inteso come una corretta e razionale gestione delle risorse, in funzione di obiettivi prestabiliti, diventa fondamentale ai fini della competitività e dell'esistenza stessa dell'azienda.

Negli ultimi anni si è assistito in Italia ad un graduale processo di cambiamento nella gestione ed organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Dopo il fallimento della legge 833/78 che non è riuscita a raggiungere gli obiettivi prestabiliti, i decreti legislativi 502/512 e successive modificazioni, hanno stabilito i fondamenti per il passaggio da un sistema burocratico formale, tipico della Pubblica Amministrazione, a un sistema che pone in primo piano i principi della razionalizzazione e responsabilizzazione economica rispetto alle attività svolte. Le innovazioni introdotte dai due decreti, hanno avviato un processo di ripensamento della filosofia di gestione, che ha portato all'introduzione di logiche e strumenti a supporto delle nuove esigenze informative e decisionali.

Questo importante cambiamento, mette in evidenza dei principi di riferimento completamente opposti all'organizzazione precedente:

- **Principio di autonomia gestionale:** autonomia in termini di conduzione e gestione nel rispetto della *vision* e *mission* Aziendale, restituendo al contesto sanitario la sua fondamentale funzione in termini di programmazione, di indirizzo e di controllo dei servizi;
- **Principio di economicità:** non più una gestione burocratica, attenta solo alla formalità degli atti, ma una gestione organizzata ed indirizzata agli obiettivi e ai risultati (allocazione e utilizzazione delle risorse per stimolare la competitività e quindi l'efficienza delle strutture aziendalizzate);
- **Principio della responsabilità:** intesa come controllo dei risultati (verifica dei risultati e misurazione della soddisfazione degli utenti, cui viene riconosciuto un ruolo di partecipazione e di responsabilità nei confronti del sistema stesso).

L'obiettivo è più in generale quello di introdurre nel sistema sanitario, meccanismi concorrenziali dove la competitività sia finalizzata al miglioramento della performance del servizio erogato in termini di:

- **Efficacia:** capacità dell'Azienda o di una sua Unità Operativa di raggiungere gli obiettivi prefissati;
- **Efficienza:** intesa come il rapporto fra risorse impiegate e prestazioni erogate ed implica un più razionale impiego delle risorse assegnate per raggiungere al meglio l'obiettivo prefissato;
- **Qualità delle prestazioni:** che deve assicurare una metodologia di controllo delle attività assistenziali tale da garantire l'intesa contro meccanismi insiti nell'adozione di un finanziamento basato sul numero delle prestazioni;
- **Appropriatezza:** intesa come grado di realizzazione del servizio, coerente con le necessità del cliente/paziente e in accordo con la miglior pratica clinica;

In questi ultimissimi anni, come già avvenuto in altri paesi europei, si è cominciato ad orientarsi non più alla valorizzazione delle prestazioni e al loro controllo basato unicamente sui dati economici, ma si è rivolta l'attenzione al paziente/cliente/utente, al ruolo benefico delle prestazioni nei suoi confronti, al risparmio inteso non più come minori spese, ma come minori sprechi.

La risposta al cambiamento non può derivare solo da una nuova legislazione: occorrono anche e soprattutto, prassi manageriali e politiche diverse, più concentrate sugli obiettivi di efficienza, di riqualificazione della spesa e di ricerca di servizi qualitativi.

A questa necessaria diffusione di cultura manageriale, in ambito sanitario, la professione infermieristica contribuisce creando e sviluppando contenuti specifici che la rendono una disciplina ben identificata in grado di adottare strategie e strumenti per il governo del cambiamento, rispondendo in modo puntuale, o addirittura anticipando, i bisogni dei cittadini e utilizzando al meglio le risorse disponibili. E' necessario quindi sviluppare dei percorsi di cambiamento su cui riflettere, individuando le priorità rispetto alle quali intervenire tenendo conto della mission Aziendale e delle proprie esigenze, con l'obiettivo di raggiungere risultati che siano visibili e duraturi. Ogni Azienda Sanitaria deve quindi porre l'obiettivo nello sviluppo delle conoscenze necessarie dei propri collaboratori, per migliorare la comprensione dei fenomeni di cambiamento e sperimentare nuovi strumenti di azione al fine di ottimizzare le performance e la qualità dei servizi. Proprio per rispondere a quest'esigenza di continuo aggiornamento, è rilevante concentrarsi, in particolar modo, sull'analisi, attuazione e valutazione delle politiche interne, sulle prospettive e gli strumenti

del management, sul clima e la cultura organizzativa, sullo sviluppo dei sistemi di comunicazione e di relazione con i partner e i portatori di interessi.

Chi svolge attività manageriali si è mai chiesto come viene percepito il proprio lavoro da chi riveste ruoli di mera produzione di beni e/o servizi? L'Infermiere Dirigente che svolge attività manageriali si è mai chiesto in che modo gli infermieri percepiscono quanto da lui pianificato, organizzato, diretto, controllato e valutato? Ed ancora, come è possibile ignorare le condizioni lavorative degli infermieri attraverso la sola convinzione propria del "far bene" sottovalutando suggerimenti, consigli e percezioni provenienti da coloro che sono in prima linea ogni giorno?

Sarebbe quindi opportuno condividere l'idea di creare un progetto che nasca dalla constatazione di una diffusa debolezza nel rapporto tra i soggetti che realizzano attività di management e i soggetti che nella propria realtà operativa dovrebbero utilizzarne i risultati con l'obiettivo di intraprendere un percorso di analisi organizzativa e di sperimentare una metodologia di indagine che consenta di valutare alcune dimensioni critiche.

Chiaramente ci sono delle differenze dovute alla diversità di prodotto erogato da una azienda sanitaria rispetto ad una qualsiasi altra azienda. A differenza di quanto avviene nella fabbricazione di un "prodotto-oggetto", che resta comunque un elemento impersonale nei confronti del cliente, nell'erogazione del "prodotto-servizio", quale è l'assistenza infermieristica, l'elemento della partecipazione personale diventa preponderante, per cui la collaborazione Dirigenti - Infermieri e il grado di positività operativa di tale collaborazione, diventa l'elemento chiave del successo dell'intero sistema che eroga cure infermieristiche.

In questo la Dirigenza Infermieristica, figura che si pone ai vertici di una Azienda sanitaria non più in line ma in staff con essa, partecipando direttamente al "government management" ai vari livelli dell'organizzazione, gioca un ruolo essenziale in grado di dare un'impronta determinante alla creazione di tali condizioni. Si tratta infatti di favorire lo sviluppo di una cultura manageriale tra gli infermieri, che non risponda solo alle normali regole organizzative, ma che contenga la specificità della funzione infermieristica come valore sociale in sé perché tendente alla soddisfazione di un bisogno irrinunciabile: la salute. La cultura infermieristica manageriale deve porsi l'obiettivo di gestire i servizi con modelli organizzativi che considerano utenti e infermieri entrambi soggetti di cui prendersi cura, in quanto fruitori e protagonisti di un servizio che si concretizza nella contemporaneità della domanda di assistenza e della capacità di risposta al bisogno.

L'elemento fondamentale è che la professione infermieristica, ad ogni livello di responsabilità, sia in grado di cavalcare questa onda innovatrice ormai riconosciuta anche a

livello legislativo, senza timori, e con la giusta consapevolezza di ciò che si è stati, di ciò che si è, e di ciò che vuole essere. Proprio per questo l'Infermiere Dirigente assume responsabilità diretta per le attività professionali cui è preposto e formula mozioni operative per l'organizzazione del lavoro nell'ambito delle proprie attività, essendo "titolare" di una struttura di indirizzo, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico e ausiliario. Deve inoltre assicurare l'impiego ottimale del personale stesso, per fornire un'assistenza individualizzata e di qualità a tutti gli utenti/clienti, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.

In questo quadro il ruolo della Dirigenza Infermieristica risulta fondamentale per la costruzione del senso di appartenenza degli infermieri, per fornire identità sia personale sia professionale. La costruzione di valori condivisi richiede però ascolto e coinvolgimento emotivo delle persone; richiede, più delle strumentazioni hard (con tutto il loro rigore e l'ossessione della precisione), uno sforzo per cooperare oltre quello che dicono le procedure, la disponibilità a farsi carico dei problemi oltre ciò che è iscritto nelle linee gerarchiche e negli specialismi funzionali.

La cosiddetta cultura dell'adempimento non risiede solamente in un'applicazione delle procedure svincolata dai risultati, ma anche nell'incapacità di farsi carico della propria missione, di definire autonomamente i propri obiettivi operativi, di aspettare, in modo passivo, indicazioni e prescrizioni, di percepire il proprio ruolo come un mero insieme di compiti e attività anziché come un contributo alla promozione di salute pubblica.

1.2. Organizzazione e persone: il coordinamento dei professionisti sanitari

Il processo di aziendalizzazione, come già detto, significa passaggio da una gestione di stampo formale e burocratico a una gestione di tipo manageriale fondata sull'attribuzione di incarichi di tipo fiduciario e su verifiche periodiche dei risultati. Inoltre, la sanità è settore in cui l'innovazione tecnologica e organizzativa è all'avanguardia e i sistemi gestionali richiedono interventi importanti e innovazione manageriale profonda.

Contemporaneamente a questo cambiamento radicale di gestione delle Aziende Sanitarie, la professione infermieristica ha avviato un processo che la sta finalmente portando a quel ruolo di autonomia che le spetta di diritto.

Il Profilo Professionale del 1994, il nuovo Codice Deontologico, la legge 42/99, la legge 251/00, il Decreto del Ministero dell'Università 2 aprile 2001 e recentemente l'approvazione bicamerale del disegno di legge del 24 gennaio 2006, hanno rappresentato l'avvio di una nuova cultura infermieristica sia in ambito clinico, sia in ambito organizzativo/gestionale.

Da un lato si assiste ad un cambiamento di indirizzo dell'assistenza infermieristica non più fondata su rigide mansioni bensì su obiettivi personalizzati e orientati all'individuo, dall'altro c'è un riconoscimento dell'importanza di una autonomia gestionale in ambito sanitario, che solo personale competente e appartenente alla categoria stessa, può dirigere e gestire.

La nuova posizione gestionale e organizzativa rappresenta per l'Infermiere Dirigente il riconoscimento del ruolo fondamentale che ricopre all'interno dell'intero sistema aziendale e presuppone una visione del tutto nuova da parte dello stesso che è chiamato ad intervenire sulle decisioni aziendali in maniera autonoma e responsabile. L'Infermiere "Manager" diventa perciò soggetto decisore che stabilisce le regole da seguire per effettuare le azioni giornaliere e per conseguire gli obiettivi prefissati.

Per molto tempo si è creduto che l'efficienza nella produzione, stava nelle qualità e nelle capacità personali del singolo "capo", mentre il resto del gruppo era considerato semplicemente mero esecutore di progetti altrui. Finalmente tutto ciò è ormai superato da una nuova filosofia gestionale che vede nell'organizzazione il punto di forza di un'Azienda e la buona gestione di essa è diventata una necessità imprescindibile.

Il management applicato alle scienze infermieristiche rappresenta quindi lo strumento essenziale per interpretare al meglio questo nuovo ruolo con il fine ultimo di realizzare il connubio tra miglioramento dell'assistenza infermieristica e l'ottimizzazione delle risorse umane e materiali attraverso:

- un “procedere” per soluzione di problemi (problem solving);
- una finalità, ovvero il far raggiungere obiettivi ad un’organizzazione;
- dei principi guida che scaturiscono dalle scienze su cui si basa per essere operativo;
- delle attività coerenti al procedere per soluzioni di problemi e alle finalità che caratterizzano i principi guida.

Riassumendo con una definizione, *“l’azione di management rappresenta il campo di studio delle modalità e delle scelte che consentono il conseguimento degli obiettivi definiti nell’ambito di una mission deliberata e quindi consiste in una disciplina che permette di esaminare i modi di combinarsi delle risorse materiali e immateriali (ovvero umane, finanziarie e fisiche) per il conseguimento di risultati desiderati”* (Tomey, 1995).

Questi elementi vanno coordinati in modo tale che concorrano al conseguimento degli obiettivi. In questa fase è opportuno rispondere a domande del tipo: le risorse a disposizione si trovano davvero dove servono? Chi fa che cosa? Quando e con quali strumenti si lavora?

Quindi le dovute attività in questa prima fase sono stabilire la struttura organizzativa, rendendo visibili aspetti quali la divisione del lavoro, le linee gerarchiche, le posizioni apicali, i vari livelli di responsabilità e definire le posizioni e le relative competenze, delimitando la qualità e la quantità dei ruoli previsti, le posizioni, le loro finalità, le responsabilità e le relazioni tra di esse.

Questo cambiamento organizzativo, attraverso l’assunzione di modelli di orientamento nuovi basati sulla centralità della persona, fa assumere alla gestione del personale, un’importanza sempre maggiore. Gestire il personale investendo cultura, formazione e sensibilità, significa ridurre i costi aziendali, perché le persone, sentendosi valorizzate attraverso un approccio lavorativo più umano, si “ammalano” di meno, subiscono meno stress, sono più motivate a lavorare.

La gestione delle risorse umane rappresenta quindi uno degli aspetti più importanti della nuova cultura organizzativa infermieristica e assume un ruolo ancora più centrale in un momento di cambiamento che vede il passaggio ad un’organizzazione sanitaria basata sul consenso sia degli utenti esterni che degli utenti interni. Consenso che si può ottenere solo se il cittadino-utente e l’infermiere si sentono riconosciuti e valorizzati sia come soggetti di diritto che come soggetti responsabili e artefici del proprio processo produttivo.

Laddove si vuole che le risorse umane siano valorizzate fin dall’inizio e che il nuovo personale rappresenti un’occasione di crescita globale per l’Azienda, è necessario presidiare attentamente il processo dell’inserimento del neo assunto, nelle sue varie tappe.

Il secondo ambito della gestione del personale è la determinazione quantitativa dell'organico a disposizione, con lo scopo di razionalizzarne l'uso, partendo dal presupposto che il fattore umano, se correttamente gestito, rappresenta il meccanismo di sviluppo principale delle Aziende e soprattutto di quelle sanitarie. E' necessario in questo caso compiere sia un'analisi approfondita del personale a disposizione, sia una definizione e classificazione delle attività da compiere in base alla domanda. Conoscendo questi due fattori si può distribuire al meglio il personale a seconda delle necessità di ogni singola Unità Operativa dell'Azienda Sanitaria.

Ultimo ambito di gestione delle risorse umane, (ma non per importanza) è l'addestramento e la formazione permanente dei propri dipendenti con finalità di sviluppare al massimo le loro potenzialità, e metterli in grado di svolgere il proprio ruolo professionale nel contesto aziendale adempiendo nel modo ottimale alle funzioni che competono loro e che sono coerenti con gli obiettivi aziendali.

1.3. Il “benessere” organizzativo nelle organizzazioni sanitarie

L'organizzazione dell'azienda privata, da cui spesso l'organizzazione sanitaria pubblica ha tentato di copiare i meccanismi operativi, sta negli ultimi anni scoprendo la dimensione soggettiva, il coinvolgimento e l'intelligenza emotiva. Paradossalmente nella sanità pubblica, che non si ispira al privato tenendo conto delle diverse finalità del Servizio Sanitario Nazionale nonché del suo contesto, si rischia di ripetere gli stessi errori fatti nelle amministrazioni private: concentrarsi solamente sugli aspetti meccanici e ingegneristici delle attività.

A volte arrivare per “secondi” però, permette di fare tesoro dei risultati di chi ha già attraversato le stesse fasi. Questo è uno degli elementi su cui dovremmo riflettere e su cui basare anche una proficua riflessione comune ai manager “privati” e “pubblici”.

L'introduzione degli elementi di produttività e meritocrazia, laddove sono stati realizzati, hanno spesso impattato su una realtà che era “culturalmente” ed “emotivamente” impreparata. In molte situazioni l'introduzione di sistemi valutativi, tecnicamente molto raffinati e presentati con grande enfasi, non hanno portato i risultati sperati. Anzi, in qualche caso sono stati “bruciati” ed hanno lasciato sul campo un “deserto” che ha richiesto grande cura ed “affetto” per tornare a dare frutti significativi.

In altri casi nella ricerca del metodo migliore e più oggettivo possibile per gestire l'incentivazione economica, sono stati creati strumenti di misurazione delle prestazioni sanitarie, mezzi per documentare le performance assistenziali nonché contratti integrativi di una tale complessità che, calati nei singoli contesti sanitari, invece di aiutare ad affrontare i fisiologici conflitti hanno cristallizzato e inacidito i rapporti esistenti tra personale infermieristico e Infermieri Dirigenti, mistificandoli di concetti freddi e moderni come “produttività” e “oggettività”.

A tal proposito è sufficiente intercalare i suddetti concetti nell'ambito formativo aziendale. Tuttora la stragrande maggioranza delle iniziative formative rivolte al personale, che gli Infermieri Dirigenti si impegnano a condurre, si situano nell'area del “sapere” (quasi sempre in termini di aggiornamento normativo) o del “saper fare” (in qualche corso dopo la relazione accademica segue l'esercitazione). Rarissimamente sono le iniziative orientate al “saper essere”. Chi di noi ha provato ad avviare esperienze di tipo “formativo” che hanno concentrato l'attenzione sulle relazioni esistenti, sulle performance assistenziali, sulle immagini e sulle aspettative di miglioramento emotivo dell'ambiente di lavoro o sugli out-

comes infermieristici, sa che all'inizio si sono registrati sguardi ironici e forte scetticismo. Eppure ci sono strumenti utilizzabili e praticabili che, superato il primo l'impatto, hanno dato risultati significativi:

- laboratori autogestiti o cogestiti dagli infermieri centrati sulla qualità delle relazioni o sulla partecipazione alle decisioni;
- la possibilità di poter proporre soluzioni organizzative o di poter comunicare il proprio disagio nei confronti del collega o del proprio coordinatore senza utilizzare la “schermaglia burocratica”, il “provvedimento disciplinare” o il “conflitto sindacale”;
- la condivisione dei risultati positivi ottenuti dalle performance assistenziali (discussione di casi clinici) favorendo il protagonismo e la visibilità degli infermieri coinvolti;
- la possibilità di incontro, a prescindere dai ruoli aziendali, per condividere procedure e protocolli assistenziali;
- l'utilizzo dell'incentivazione per premiare il lavoro di gruppo e non solo la produttività individuale al fine di promuovere l'integrazione multidisciplinare;
- la possibilità di conoscere e confrontare le situazioni di altre unità Operative o di altre strutture sanitarie, scoprendone gli elementi vincenti che li caratterizzano;
- le indagini sul benessere dell'ente con la possibilità di poter discutere e confrontarsi sui risultati.

Queste possibilità, ed altre ancora, sono però certamente molto più praticabili quando esiste una scelta consapevole da parte di chi ha responsabilità gestionali ma, a ben guardare, possono essere sperimentate anche in piccole parti delle organizzazioni sanitarie. L'attesa del “Direttore Generale competente”, del “Direttore Sanitario illuminato”, del “Dirigente innovatore” o nello specifico del “mega Infermiere Dirigente”, può paralizzare i contesti sanitari che rischiano di generare o aumentare la percezione di frustrazione e di impotenza tra il personale sanitario che non riconosce l'importanza degli aspetti emotivi nelle organizzazioni sanitarie.

La resistenza al cambiamento dunque, è spesso accentuata dal fatto che l'infermiere non coglie, o non ha la possibilità di proporre, significative connessioni tra il cambiamento richiesto e l'attesa di miglioramento del “clima” del proprio contesto. Spesso guarda l'opportunità del cambiamento solo come un elemento esterno, di per sé disturbante e minaccioso. Una seria analisi del clima interno, se condiviso e professionalmente ben condotto, permette di tornare sulle ipotesi di miglioramento operativo aumentando significativamente le probabilità di successo. E' evidente che questi passaggi sono possibili laddove l'autonomia gestionale riferita ai Dirigenti Infermieri e ai collaboratori è effettiva e

distinta dai ruoli di indirizzo e controllo. La natura del cambiamento richiede insomma di investire sulla motivazione intrinseca degli infermieri, sul legame tra infermieri e coordinatori e sull'immagine di sé che si trasferisce nell'autostima e nell'efficacia personale.

Gli infermieri lavorano di fatto, in realtà ancora connotate da meccanismi gerarchici tipicamente medicalizzati dove è lasciato poco spazio all'espressione del singolo, nuocendo il proprio benessere psicologico, sociale e fisico. I professionisti infermieri, erogando prestazioni professionali correlate ad elevati carichi lavorativi, hanno quindi il diritto di essere collocati in contesti organizzativi che pongano l'enfasi sulla necessità di condividere gli obiettivi senza che poi, questa affermazione di principio, sia seguita da atti concreti e di circostanza, che prevarichino l'attenzione nei loro confronti e esaltino ancora una volta, altre figure professionali.

Tale situazione di scollamento organizzativo e motivazionale, se presente, genera il fenomeno denominato "disagio organizzativo" intendendo con questo termine qualsiasi dinamica, di natura personale, sociale o istituzionale, che impedisca in modo rilevante il raggiungimento degli obiettivi organizzativi e del benessere dell'operatore.

Sul piano opposto del disagio organizzativo si colloca invece il benessere organizzativo, inteso come la capacità dell'organizzazione di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori; si tratta di un costrutto multidimensionale, basato su diversi fattori in grado di determinarlo e/o influenzarlo, sia a livello individuale che di gruppo.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, ha ormai da tempo iniziato a stimolare le strutture che erogano servizi essenziali, ad essere luoghi in cui l'individuo lavori con slancio, entusiasmo e con la singolarità del proprio contributo.

La stessa attenzione ed esigenza è sentita con forza tra gli infermieri che chiedono di poter contare e di poter decidere nell'ambito delle proprie responsabilità.

La nuova sfida, nell'organizzazione dei servizi sanitari, è quindi rappresentata dalla qualità di vita degli operatori all'interno degli ambienti di lavoro e non solo.

La salute organizzativa, il benessere e la qualità della vita negli ambienti di lavoro, sono temi di sempre maggiore interesse e centralità.

La storia degli interventi finalizzati alla promozione della salute e del benessere psicofisico in ambito organizzativo, inizia intorno agli anni '40 con i programmi di counselling per i dipendenti, attivati da Elton Mayo negli stabilimenti della Western Electric di Hawthorne a Chicago, e costruiti sull'idea che per migliorarne le condizioni di vita intraorganizzativa si

dovesse prestare maggiore attenzione alle componenti emotive dell'attività lavorativa. Nei decenni successivi, anni '60 e '70, l'attenzione per le variabili di contesto, aumenta in progressione con lo sviluppo delle teorie organizzative e si comincia a ragionare in un'ottica sistemica.

E' in questo periodo che gli interventi finalizzati a migliorare la relazione individuo/contesto si inseriscono principalmente nell'area della ricerca sullo stress lavorativo. I disturbi di tipo psicologico e fisiologico che sono correlati a livelli elevati di stress, sono oggi uno dei principali problemi sociali e sanitari; gli esperti in materia ritengono che il 50-80% di tutte le malattie manifestate dai lavoratori, sia strettamente collegato allo stress (Barbini et al., 2006).

Secondo i dati dell'Agenzia europea per la sicurezza e salute sul lavoro, nell'Unione europea i problemi di stress legati al lavoro sono il 28% delle patologie, con il 50-60% di perdita di giornate lavorative e un costo finanziario annuo di 20 miliardi di euro (Alfano 2006).

Stress occupazionale è il termine generale, per indicare nel suo complesso, l'esperienza emozionale negativa (accompagnata da modificazioni biochimiche, comportamentali e cognitive) percepita dalla persona sul luogo di lavoro come conseguenza della difficoltà a far fronte a richieste interne o esterne valutate come gravose (Baum 1990).

Ogni stimolo ambientale richiede una risposta adattiva da parte dell'individuo e quindi può essere una fonte di stress (*stressor*); il potere stressante di ogni stimolo è determinato dalla valutazione cognitiva che ogni singolo individuo dà della situazione stessa e delle competenze che egli sente di possedere per affrontarla. La valutazione cognitiva determina lo *strain*, ossia l'impatto negativo (che si esprime con disagio psicologico e/o malattia) che la situazione potenzialmente stressante ha sull'individuo (Ragazzoni et al., 2004).

I lavori di Magnavita (1990) e Taylor (1999) hanno classificato le principali fonti di stress occupazionale:

- Fattori intrinseci al lavoro: pericoli fisici, chimici e biologici, sovraccarico o sottocarico di lavoro, ritmo eccessivo, monotonia;
- Fattori legati al ruolo nell'organizzazione: responsabilità per le persone, conflitto di ruolo ed ambiguità di ruolo, partecipazione alle decisioni e mancanza di controllo sul proprio lavoro;
- Fattori inerenti i rapporti con gli altri ed il clima organizzativo: relazioni personali insoddisfacenti, problemi di rapporti con colleghi, superiori e subordinati;

- Fattore carriera: percezione di uno sviluppo di carriera inadeguato, mancanza di sicurezza del posto di lavoro;
- Fattori di interfaccia tra vita privata/vita lavorativa.

A queste tipologie di rischio possono legarsi risposte disfunzionali più tipicamente individuali come sentimenti negativi, depressione, ipertensione, malattie cardiovascolari, oppure problemi che si ripercuotono sull'organizzazione identificabili con l'insoddisfazione lavorativa, l'elevato turnover e il marcato assenteismo (Karasek et al 1990; Chen et al. 1992; Taylor 1990; Theorel 1993). Il fatto stesso di operare in ambienti di per sé fonti di stress, come sono quelli sanitari, favorisce infatti l'intenzione di voler abbandonare il lavoro (Houkes et al. 2003; Capozza et al. 2004). Non solo, la perdita di risorse umane è imputabile anche all'assenza di leadership che si configura nella presenza di eccessivi carichi di lavoro mal gestiti, ambiguità di ruolo, conflitti, scarsa e cattiva comunicazione (Yukl 2006; George et al. 1996).

In ambito sanitario il problema dello stress occupazionale è particolarmente evidente, in parte per le caratteristiche insite nelle professioni di aiuto, a contatto con la sofferenza e la malattia, in parte a causa di ritmi e organizzazione del lavoro. Inoltre sono descritti specifici fattori fonte di stress per il personale infermieristico quali la mancanza di chiarezza rispetto al ruolo, la difficoltà nella programmazione dei turni e del gruppo di lavoro, lo scarso coinvolgimento nei processi decisionali, basso status sociale e scarso supporto (Williams et al. 1998)

Nei contesti lavorativi, oltre allo stress, ci sono altre condizioni che determinano una riduzione delle condizioni di benessere, sia a livello individuale che a livello organizzativo. Una prima condizione è riferibile alla presenza di elevati livelli di burnout.

In relazione alle professioni di aiuto, il burnout è inteso come una forma di stress occupazionale che si esprime principalmente con:

- **Esaurimento emotivo:** si riferisce alla perdita d'energia e alla sensazione di aver esaurito le proprie risorse emozionali, cosicché la persona si sente svuotata e annullata dal proprio lavoro e cerca di evitare il coinvolgimento con altre persone per distaccarsi psicologicamente dalla situazione.
- **Depersonalizzazione:** indica un atteggiamento di ostilità che coinvolge primariamente la relazione professionale d'aiuto, vissuta con fastidio, freddezza, cinismo. Di conseguenza, l'operatore tenta di sottrarsi al coinvolgimento, limitando la quantità e qualità dei propri interventi professionali, al punto da rispondere evasivamente alle richieste d'aiuto e sottovalutare, o negare, i problemi del paziente.

- **Ridotta realizzazione personale:** si riferisce ad un sentimento di fallimento professionale per la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, sottesa dalla consapevolezza del disinteresse e dell'intolleranza verso la sofferenza degli altri, con il conseguente senso di colpa per le modalità impersonali e disumanizzate che hanno ormai sostituito l'efficacia e la competenza nel trattare i pazienti (Maslach et al. 1996).

Altri indici di malessere sono rappresentati da bassi livelli di motivazione e soddisfazione del personale, da scarso impegno organizzativo e da scarsa efficacia organizzativa che sembrano legate al grado di partecipazione e di coinvolgimento dei lavoratori, non solo relativamente alle proprie attività e alle proprie funzioni, ma anche alle politiche decisionali e di progettazione futura. Lawler (1986) ha constatato che dai diversi livelli di coinvolgimento dei lavoratori può derivare sia la loro soddisfazione sia l'efficacia dell'organizzazione; in accordo con il modello di Karasek (1990) e Theorell (1993) quest'ultima risulterebbe profondamente legata al grado di responsabilità assunta dalla persona per il lavoro svolto e di partecipazione nei processi decisionali organizzativi.

Lo stile di leadership dei supervisori, le relazioni con i colleghi, il salario, le opportunità di crescita professionale, alcune caratteristiche del compito da svolgere (significato, importanza, coinvolgimento) e l'autonomia che è concessa al singolo, sono fattori che possono influenzare positivamente, o negativamente se molto carenti, la soddisfazione lavorativa.

Maccoby (1988), esplorando modelli di gestione efficace in piccole e grandi compagnie, propone dei fattori probabilmente funzionali a creare alti livelli di motivazione al lavoro. La sua ricerca metterebbe in evidenza che sempre più persone si sentono lavoratori con determinate capacità cognitive, requisiti ritenuti ora più importanti di quelli fisici, e con una motivazione legata, tra le altre cose, alla significatività del lavoro all'impegno e alla partecipazione, al desiderio di lasciare un'impronta, un segno sul futuro dell'organizzazione.

E' pertanto una forza lavoro che sente il bisogno di maggiore responsabilità e di partecipare attivamente alle più ampie questioni organizzative.

L'impegno organizzativo, che si riferisce all'attaccamento, all'identificazione e al coinvolgimento del personale con l'organizzazione, è positivamente correlato con la performance e la soddisfazione lavorativa, e negativamente correlato con il turnover (Allen et al. 1996).

Le condizioni di scarsa salute organizzativa conducono, inoltre, a fenomeni quali diminuzione della produttività, assenteismo, carenza di fiducia, aumento di reclami e lamentele dei clienti (Roelen et al. 2008).

Variabili quali tipologia di lavoro, relazioni interprofessionali, grado di responsabilità, autonomia decisionale e crescita professionale predispongono invece alla salute e alla soddisfazione lavorativa. Ed ancora uno stile manageriale autoritario dei dirigenti, la mancata programmazione e organizzazione delle attività, nonché rapporti fortemente gerarchici con altri professionisti, possono creare malessere ed insoddisfazione lavorativa (Cortese 2007).

I fattori e le variabili, dunque, in presenza o in assenza delle quali un'organizzazione è capace di esprimere più o meno salute e di mantenere condizioni di benessere/malessere, sono diverse, ed è per questa ragione che non è semplice dare una definizione esauriente di benessere organizzativo.

Avallone e Bonaretti (2003) affermano che il benessere organizzativo è “*L'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative*”.

Secondo questi due autori un'organizzazione può considerarsi in buona salute se:

1. Allestisce un ambiente di lavoro salubre, confortevole e accogliente.

Per ambiente salubre si intende un ambiente che garantisca le fondamentali regole di igiene; confortevole e accogliente fa' riferimento ad aspetti di funzionalità – in rapporto sia alle esigenze lavorative che a quelle dei lavoratori e/o clienti – di gradevolezza estetica e di cura dell'aspetto dell'ambiente.

2. Pone obiettivi espliciti e chiari ed è coerente tra enunciati e prassi operative.

Il riferimento è alla direzione strategica che deve formulare in maniera chiara gli obiettivi da perseguire e allo stile direzionale che deve comunicare tali obiettivi ai dipendenti, con modalità di comunicazione non ambigue. Inoltre, la direzione non contraddice nei fatti e nella operatività quotidiana quanto deciso, regolamentato e condiviso.

3. Riconosce e valorizza le competenze e gli apporti dei dipendenti e stimola nuove potenzialità.

Si fa riferimento al fatto che vengano riconosciute le caratteristiche individuali e le diversità degli apporti: ponendo al singolo richieste congrue rispetto a quello che lui è (ruolo, competenze, qualifiche) e fa; facilitando l'espressione del saper fare in tutte le sue potenzialità (tecnico-professionale, trasversali e sociali); riconoscendo reciprocità negli scambi: attribuendo un corrispettivo per quanto si riceve (economico, visibilità sociale, ecc.); promuovendo lo sviluppo del saper fare (aggiornamento, condivisione e circolazione delle conoscenze, ecc.).

4. Ascolta le istanze dei dipendenti.

L'organizzazione considera le richieste e le proposte dei dipendenti come elementi che contribuiscono al miglioramento dei processi organizzativi e che vengono, pertanto, tenute in considerazione nei principali processi decisionali (definizione obiettivi, organizzazione lavoro, definizione regole, ecc.).

5. Presenza nell'organizzazione di processi di negoziazione, in cui viene riconosciuta "l'esistenza" delle due parti (dirigenza-dipendenti), che interagiscono in base a regole di reciprocità.

Questo aspetto rinvia a processi di coinvolgimento e partecipazione. Mette a disposizione le informazioni pertinenti al lavoro. Tutto ciò che si fa e che succede costituisce informazione da rendere disponibile e nota agli altri, quando, ovviamente, rientra nella sfera lavorativa di competenza.

6. A tutti è consentito l'accesso all'informazione e vi sono strumenti e regole chiare per la diffusione delle informazioni.

7. Adotta tutte le azioni per prevenire gli infortuni e i rischi professionali.

Si fa riferimento al fatto che le organizzazioni rispettino e assolvano gli obblighi di legge in materia di sicurezza, ma anche a quanto la sicurezza e la tutela della salute siano diventate elementi fondamentali della stessa identità e cultura aziendale.

8. Stimola un ambiente relazionale franco, comunicativo, collaborativo

Si fa riferimento alla qualità della comunicazione e allo stile di lavoro sia a livello orizzontale che verticale.

9. Assicura scorrevolezza operativa, rapidità di decisione, supporta l'azione verso gli obiettivi.

Si fa riferimento al fatto che viene assicurata la fluidità operativa della vita lavorativa: i problemi vengono affrontati con l'intenzione di superarli, non si creano falsi problemi che rallentano il lavoro, prevale la sensazione che si procede verso gli obiettivi comuni, anche a partire dalle situazioni problematiche

10. Assicura equità di trattamento a livello retributivo, di assegnazione di responsabilità, di promozione del personale.

Sono definiti criteri e percorsi chiari per responsabilità, carriere, premi, ecc., che vengano esplicitati e resi pubblici. A tutti sia data in egual misura la possibilità di accedervi.

11. *Stimola, nei dipendenti, il senso di utilità sociale contribuendo a dare senso alla giornata lavorativa dei singoli e al loro sentimento di contribuire ai risultati comuni.*

E' reso noto che l'attività dei singoli dipendenti fa parte ed è necessaria a un processo più complesso che tende al raggiungimento di risultati comuni. Viene inoltre salvaguardato nel tempo il rapporto funzionale tra attività dei singoli e obiettivi aziendali.

12. *E' aperta all'ambiente esterno e all'innovazione tecnologica e culturale.*

L'organizzazione si dimostra flessibile, aperta al cambiamento, in grado di adattarsi ad esso e considera l'esterno come una risorsa per il proprio miglioramento.

Inoltre l'organizzazione deve essere in grado di monitorare i fattori di stress (si fa riferimento al livello percepito di fatica fisica e mentale e di stress), le caratteristiche del compito (il riferimento è al contenuto del lavoro e al carico di lavoro) e la conflittualità (si fa riferimento all'eventuale presenza di situazioni conflittuali sia manifeste che implicite).

Queste dimensioni di buona condizione organizzativa hanno condotto gli autori, all'identificazione di indicatori di "benessere" (tabella 1) e di "malessere" (tabella 2) rilevabili a livello individuale (Avallone, 2003).

Tabella 1. Indicatori di "benessere"

Indicatori	Effetti
Soddisfazione per l'organizzazione	Gradimento per l'appartenenza a un'organizzazione ritenuta di valore
Voglia di impegnarsi per l'organizzazione	Desiderio di lavorare per l'organizzazione, anche oltre il richiesto
Sensazione di far parte di un team	Percezione di puntare uniti verso un obiettivo. Percezione di una coesione emotiva del gruppo
Voglia di andare al lavoro	Quotidiano piacere nel recarsi a lavoro
Elevato coinvolgimento	Sensazione che, lavorando per l'organizzazione, siano soddisfatti anche bisogni personali
Speranza di poter cambiare le condizioni negative attuali	Fiducia nella possibilità che l'organizzazione abbia la capacità di superare gli aspetti negativi
Percezione di successo dell'organizzazione	Rappresentazione della propria organizzazione come vincente
Rapporto tra vita lavorativa e vita privata	Percezione di un giusto equilibrio tra lavoro e tempo libero
Relazioni interpersonali	Soddisfazione per le relazioni interpersonali costruite sul posto di lavoro
Valori organizzativi	Condivisione dell'operato e dei valori espressi dall'organizzazione
Immagine del management	Fiducia nelle capacità gestionali e professionali della dirigenza (credibilità) e apprezzamento delle qualità umane e morali della dirigenza (stima)

Tabella 2. Indicatori di “malessere”

Indicatori	Effetti
Insofferenza nell'andare a lavoro	Esistenza di una difficoltà quotidiana a recarsi al lavoro
Assenteismo	Assenze dal luogo di lavoro per periodi più o meno prolungati e sistematici
Disinteresse per il lavoro	Scarsa motivazione, scarso rispetto di regole e procedure, scarsa attenzione alla qualità del lavoro
Desiderio di cambiare lavoro	Insoddisfazione per il contesto lavorativo e/o professionale in cui si è inseriti
Alto livello di pettegolezzo	Il pettegolezzo raggiunge livelli eccessivi, quasi sostituisce l'attività lavorativa
Risentimento verso l'organizzazione	Rancore, rabbia o addirittura nei confronti della propria organizzazione
Aggressività inabituale e nervosismo	Accentuata manifestazione di aggressività rispetto all'abituale, a volte anche al di fuori dell'ambito lavorativo. Irritabilità
Disturbi psicosomatici	Disturbi del sonno, dell'apparato digerente, eccetera
Sentimento di inutilità	La persona percepisce la propria attività come vana, inutile, non valorizzabile
Sentimento di irrilevanza	La persona percepisce se stessa come poco rilevante, sostituibile, non determinante per lo svolgimento della vita lavorativa dell'organizzazione
Sentimento di disconoscimento	La persona non sente adeguatamente riconosciuti né le proprie capacità né il proprio lavoro
Lentezza nella performance	I tempi per portare a termine i compiti lavorativi si dilatano con o senza autopercezione del fenomeno
Confusione organizzativa	Mancanza di chiarezza sui ruoli, i compiti; non si capisce bene “chi fa cosa”
Venir meno della propositività a livello cognitivo	Sono assenti sia la disponibilità ad assumere iniziative sia il desiderio di sviluppare le proprie conoscenze professionali
Aderenza formale alle regole e anaffettività lavorativa	Pur svolgendo i propri compiti e attenendosi alle regole e procedure dell'organizzazione, il dipendente non partecipa emotivamente ad esse

Intercalando i succitati indicatori nel contesto sanitario e specificatamente nell'ambito infermieristico, si può quindi affermare che per la buona salute di un'organizzazione sanitaria, è fondamentale poter contare sulle capacità dei leader di influenzare l'orientamento e lo sviluppo dei collaboratori coinvolgendoli rispetto alle scelte e alle sfide dell'amministrazione, piuttosto che di tradizionali manager che interpretano il proprio ruolo attraverso complicate procedure di comando e controllo. Diviene quindi peculiare, soprattutto in contesti ad alta intensità di lavoro professionale, ripensare il ruolo dei coordinatori in una nuova prospettiva capace di far convergere in modo più trasparente le esigenze degli infermieri con le esigenze organizzative in modo da poter valorizzare il contributo del singolo nel perseguimento delle missioni istituzionali. Questo anche alla luce del fatto che la tendenza osservata nelle amministrazioni che si stanno muovendo sulla strada del miglioramento della qualità della vita nei luoghi di lavoro, è quella di ridurre i livelli gerarchici, di distinguere le responsabilità di direzione e le competenze di tipo specialistico e di aumentare la flessibilità operativa e la responsabilizzazione individuale, attraverso una definizione dei ruoli che preveda funzioni più ricche di contenuto e ad elevato valore professionale.

Ci si deve muovere nella direzione di una riprogettazione organizzativa che definisce ruoli più ricchi di spazi decisionali e più ampi sotto il profilo delle attività realizzate. Questa logica, oltre a favorire l'arricchimento nelle competenze (e quindi la soddisfazione) degli individui, è finalizzata ad orientare i lavoratori ad una maggiore collaborazione orizzontale e a superare le barriere organizzative (Bonaretti et al. 2003).

La sensazione diffusa tra il personale infermieristico è quella di essere poco ascoltati, di possedere competenze importanti non sempre valorizzate, di non essere informati, né tanto meno coinvolti nelle decisioni che riguardano l'organizzazione. Si rivela di primaria importanza quindi l'utilizzo di strumenti di ascolto e coinvolgimento adeguati a mettere in luce le reali esigenze dei singoli lavoratori e a fornire momenti concreti di partecipazione.

Garantire la partecipazione degli infermieri ai processi organizzativi, significa non solamente assicurare maggiori spazi di decisione, ma anche offrire nuove opportunità per valorizzare i talenti ed accrescere il benessere degli stessi.

La leadership infermieristica assume così un ruolo fondamentale nell'influenzare la percezione che gli infermieri hanno della propria organizzazione (Kuoppola et al. 2008; Mac Davitt et al. 2007)

Gestire "bene" il personale investendo cultura, formazione e sensibilità, significa ridurre i costi aziendali, perché le persone, sentendosi valorizzate attraverso un approccio

lavorativo più umano, si “ammalano” di meno, subiscono meno stress e sono più motivate a lavorare (Bettenardi et al. 2008).

La cultura infermieristica manageriale deve porsi l’obiettivo di gestire i servizi con modelli organizzativi che considerano sia gli utenti che gli infermieri, soggetti di cui prendersi cura, in quanto fruitori e protagonisti di un servizio che si concretizza nella contemporaneità della domanda di assistenza e della capacità di risposta al bisogno.

Upenieks (2002), nelle vesti del Nurse Leader, afferma: *“Il mio obiettivo personale è fornire agli infermieri gli strumenti necessari per fare bene il loro lavoro. Io non curo i pazienti – loro li curano. Il mio lavoro è di prendermi cura di loro in modo che loro possano prendersi cura dei pazienti”*.

1.4. Dal “benessere” alla “salute” organizzativa

Benessere o Wellbeing in inglese, è una parola che in se racchiude molti significati. Di solito è associabile all'assenza di malattia o alla salute in quanto tale, oppure per benessere recepiamo un adattamento alla realtà, la ricerca degli aspetti migliori dell'esistenza, intendiamo insomma tutte quelle variabili che concorrono ad uno stato di serenità interiore e di buon rapporto con noi stessi e con gli altri. Il benessere non si raggiunge quindi avendo un corpo scolpito, o perfettamente sano. I mass media ci rimandano continuamente dei modelli di comportamenti, modelli da seguire ed imitare, per avere successo, per essere amati, ricercati, sicuri di se. Questo crea delle false speranze, spesso delle aspettative eccessive verso il nostro vissuto quotidiano, tanto da spaccare in due la percezione di ciò che è fonte di benessere e ciò che non lo è. In Psicologia il concetto di benessere è, invece, la ricerca di una consapevolezza dei nostri bisogni, ritrovare un giusto equilibrio tra le istanze interiori e le aspettative sociali, mediando in maniera concreta fra gli ideali di perfezione che ognuno di noi si è creato, e la vera natura del rapporto con noi stessi.

Il primo passo per raggiungere il benessere è l'accettazione dei propri limiti. Nessun essere umano è perfetto, nessun essere umano è esente da problemi, debolezze o fallimenti. Dunque la ricerca del benessere non è il raggiungimento di uno status quo, ma un cammino di conoscenza, che parte dal bisogno o a volte dal sintomo, per comprendere ciò che è nascosto in noi; le esigenze spesso mascherate che vengono fuori nelle manie o nei disagi che si sviluppano nel corso della vita. Nonostante il “caos regni sovrano”, in un mondo sempre più povero di contenuti e ricco di distacco, è importante ritrovare l'essenza di noi stessi attraverso la scoperta di ciò che in definitiva può riportarci ad uno stato di calma e di quiete, un silenzio dell'anima ricettivo. Siamo come una radio, ognuno di noi ha le sue frequenze, ma dobbiamo trovare la giusta fonte di energia per poter trasmettere in modo adeguato e farci davvero ascoltare.

Dunque il concetto di benessere, essendo strettamente legato ad uno stato soggettivo dell'individuo, nell'ambito lavorativo assume connotati di variabile indipendente rispetto al clima organizzativo che circonda l'essere umano. Risulta quindi un concetto che è parte integrante nella determinazione del clima lavorativo in generale ma, nel contempo, ne è fortemente influenzato; il benessere lavorativo è quindi proporzionalmente correlato alla salute organizzativa. Un contesto lavorativo “in salute” è un contesto lavorativo che promuove il benessere dei propri dipendenti; di contro le organizzazioni più efficienti sono

proprio quelle con dipendenti soddisfatti e un “clima interno” sereno e partecipativo. La letteratura ha infatti ampiamente dimostrato che un buon ambiente lavorativo (in termini di motivazione, collaborazione, leadership, coinvolgimento, flessibilità e fiducia delle persone) aumentando la customer satisfaction del cliente interno, incrementa la produttività. Ma come e perché il miglioramento della qualità di vita dei dipendenti può contribuire al successo economico dell'impresa? E, soprattutto: perché è importante che un'azienda si impegni a costruire un ambiente di lavoro sereno e collaborativo? Per rispondere a questa domanda basta immaginare come ci sentiamo, o potremmo sentirci, a lavorare in un ambiente in cui il nostro operato sia valorizzato, in cui i rapporti con i nostri colleghi siano sereni e in cui si percepisca un significativo spirito di appartenenza all'organizzazione. Sicuramente i nostri stati d'animo trarrebbero estremo beneficio da ambienti in cui almeno parte di questi aspetti fossero presenti!

E' ormai sempre più frequente sentir parlare di Salute Organizzativa, studiosi come lo psicologo *Roberto Grandis*, esperto di problematiche comportamentali e *Giuseppe Negro*, esperto di organizzazione, parlano di sviluppo della cultura della salute organizzativa all'interno di contesti lavorativi. Entrambi vedono il benessere come positiva interfaccia tra la persona e l'organizzazione e come investimento sulle sole risorse "certe", ovvero donne e uomini che compongono l'organizzazione. In altre parole, vedono il benessere come ‘people satisfaction’.

Ma cosa si intende esattamente per Salute organizzativa? In una prima approssimazione potremmo intendere la salute organizzativa come la capacità dell'organizzazione di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori per tutti i livelli e i ruoli. Ma in che modo può essere tradotto in azioni concrete questo concetto? Prestando, ad esempio, attenzione alle necessità e alle aspettative dei dipendenti, ascoltando le esigenze, gestendo il disagio. Il concetto di salute organizzativa si riferisce, quindi, al modo in cui una persona vive la relazione con l'organizzazione in cui lavora. Tanto più una persona sente di appartenere all'organizzazione, perché ne condivide i valori, le pratiche, i linguaggi, tanto più trova motivazione e significato nel suo lavoro. Non basta, perciò, che le Aziende investano in innovazione tecnologica, in differenziazione dei prodotti/servizi e in immagine, ma diventa necessario tenere conto delle differenti esigenze del dipendente e dell'evoluzione dei propri bisogni. E' per tali motivi che al fianco delle competenze tecniche, diventa necessario sviluppare competenze legate alla dimensione emozionale, ovvero al modo in cui le persone vivono e rappresentano l'organizzazione e, soprattutto, tenere conto dell'ambiente, del clima in cui i dipendenti si trovano a dover

lavorare ogni giorno. Sviluppare il tema della Salute Organizzativa, implica un sistema gestionale sicuramente più faticoso e complesso rispetto a quello tradizionale, ma molte ricerche hanno dimostrato quanto a medio e lungo termine il miglioramento, in termini di efficienza e professionalità, sia in grado di premiare gli sforzi impiegati.

Che un buon clima sia fonte di profitti è anche la filosofia di *Robert Levering*, presidente e fondatore di "*Great Place to Work Institute*", che da dieci anni si occupa di ricerche e studi sulle imprese in materia di ambiente lavorativo. *Levering* iniziò il suo lavoro, molti anni fa, con le aziende americane, dopo di che estese le sue ricerche anche ad altri Paesi, tra i quali l'Italia.

In un'intervista di *Roberto Bongiorno*, *Levering* ha dichiarato di essersi ricreduto sulle cause del grande successo delle aziende statunitensi: *“Prima di partire pensavo che i motivi fossero di natura economica: alti profitti e premi sulle azioni. Via via che visitavo le aziende dovevo ricredermi; ciò che queste compagnie avevano in comune era un certa atmosfera lavorativa. Gli stipendi, anche se alti, c'entravano poco”*. Nel proseguo dell'intervista, *Levering* ha poi elencato i tre i fattori che, a suo parere, concorrono a costruire un buon ambiente lavorativo: buone relazioni con i colleghi, l'orgoglio e la stima per ciò che si fa e la fiducia nelle persone per cui si lavora. Questo è indice di quanto sia importante che le persone lavorino in un ambiente coinvolgente, in cui si riescano a stabilire buoni rapporti sociali, fondati sulla fiducia e la stima reciproca. Questo è anche il motivo per cui l'Intelligenza Emotiva entra sempre più all'interno delle logiche organizzative, sia in termini di processo che di training. E' comunemente condivisa, ormai, la considerazione secondo cui una buona capacità di gestire e comprendere le proprie e altrui emozioni può supportare le attività quotidiane in maniera costruttiva e, ad esempio, ci fa essere più inclini nella gestione dei rapporti con clienti, affrontare cambiamenti e sfide in modo propositivo, essere abili nella pianificazione strategica, gestire le proprie leve motivazionali, utilizzare la passione e l'impegno nel perseguimento dei propri obiettivi, gestire efficacemente i rapporti con i collaboratori attraverso: equilibrio, consapevolezza e ispirazione.

L'idea di salute nel contesto lavorativo assume, sia presso i lavoratori sia per le organizzazioni, diversi significati che ne fanno un concetto multidimensionale: salute fisica, benessere emotivo e psicologico, sicurezza, basso numero di infortuni, clima franco e produttivo, serenità nelle relazioni, impegno e tensione verso gli obiettivi, ecc. Tuttavia cercando di incorporare la tematica della sicurezza in quella più generale della salute nell'organizzazione e contemporaneamente anche dell'organizzazione, è possibile definire la Salute Organizzativa come *“la capacità di un'organizzazione non solo di essere efficace e*

produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico dei propri lavoratori, alimentando costruttivamente la loro convivenza sociale” (Gigantesco et al., 2004).

Un’ipotesi ampiamente condivisa lega lo stato di salute degli operatori sanitari e dell’organizzazione, a quello dei malati e la qualità erogata alla qualità della vita lavorativa degli erogatori. Le organizzazioni, attraverso la definizione dei contesti di lavoro e l’adozione di alcune pratiche possono contribuire o meno al benessere e influire direttamente sullo stato di salute dell’intero sistema. Il benessere organizzativo risiede nella qualità della relazione esistente tra le persone e il contesto di lavoro (Kelleher et al. 1998).

Quando si verificano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano, sul piano concreto, fenomeni quali diminuzione della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, stress e burn out, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno, aumento di reclami da parte del cliente (Roelen et al., 2008). Questi e altri indicatori di malessere rappresentano il riflesso dello stato di disagio e malessere psicologico di chi vi lavora (McNeely 2005). La riduzione della qualità della vita lavorativa in generale e la diminuzione del senso individuale di benessere rendono, pertanto, onerosa la convivenza e lo sviluppo dell’organizzazione.

Proprio da questi concetti fondamentali nasce l’esigenza di circoscrivere, anche per il mondo sanitario e soprattutto per il contesto infermieristico, il concetto di Salute Organizzativa. Sulla base e sui fondamentali concettuali delineati da Avallone et al. (2003, 2005) la stessa può essere definita come *“l’insieme dei processi e delle pratiche manageriali e di coordinamento volte alla presa in carico delle persone assistite attraverso il coinvolgimento delle risorse infermieristiche. Un luogo di cura in salute, è un luogo di lavoro in cui viene promossa e assicurata l’integrazione e la collaborazione professionale, lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze, il consolidamento delle abilità e la promozione della crescita culturale al fine di costruire un senso di appartenenza alla professione e all’organizzazione stessa, che quindi assicura un ambiente di lavoro in cui gli infermieri si sentono promotori della salute e motivati a perseguire la loro mission professionale.*

Capitolo 2

Lo sviluppo del programma di Ricerca

2.1. La salute organizzativa degli Infermieri: revisione della letteratura

La ricerca ha dimostrato che alcune variabili quali tipologia di lavoro, relazioni interprofessionali, grado di responsabilità, autonomia decisionale e crescita professionale predispongono al benessere ed alla soddisfazione lavorativa. Di contro altre variabili quali stile manageriale autoritario dei dirigenti, mancata programmazione e organizzazione delle attività assistenziali e rapporti gerarchici con altri professionisti, possono creare malessere ed insoddisfazione lavorativa. Inoltre la soddisfazione lavorativa del personale infermieristico è un fattore determinante per governare il turnover e il fenomeno dell'assenteismo (Cortese 2007). E' inoltre necessaria la consapevolezza che nell'ospedale, accanto alle variabili dette "hard" (parametri murari, risorse economiche, tecnologie, norme giuridiche), agiscono necessariamente e contestualmente anche le variabili "soft" (culture, atteggiamenti, attese e timori, stili di comunicazione, conflitti, condizioni fisiche e psichiche) che i diversi attori sociali implicati immettono nel campo del curare, e che sono responsabili di una quota non trascurabile della plasticità del sistema stesso, della sua razionalità ed efficacia (Boccalon 2001).

Da molti studi emerge una forte correlazione tra il lavoro dell'infermiere e la sua qualità di vita extralavorativa. Il lavoro può diventare per gli infermieri causa di stress e di angoscia che si riflettono nella vita privata e portano a disturbi psico-fisici con un basso livello di soddisfazione lavorativa e personale (Ikeda et al. 2004; Kelleher et al. 1998; Pendry 2007; Tabolli et al. 2006).

Da un'indagine svolta nel 2000 dalla Fondazione Europea di Dublino sul miglioramento delle Condizioni di vita e di Lavoro è emerso che lo stress è il problema tra quelli più frequentemente segnalati dai lavoratori europei, affliggendo dal 24 al 40% dei lavoratori europei. Gli infermieri e in generale gli operatori addetti alla assistenza sanitaria e sociale sono statisticamente le categorie più colpite. Accanto agli episodi di stress acuto, l'esposizione protratta a situazioni sollecitanti (affaticamento, orari di lavoro, contatto continuo con individui sofferenti) influisce in modo negativo sulla salute dei lavoratori, favorendo la comparsa di una serie di disturbi (metabolici, cardiovascolari, immunitari); la possibilità della insorgenza di quadri patologici attribuibili direttamente o indirettamente allo stress dipende grandemente dalla risposta soggettiva individuale e dalle risorse ed energie allocabili dall'individuo. La qualità della vita connessa all'ambito lavorativo costituisce un aspetto rilevante per la salute ed il benessere individuale, il cui mantenimento e

miglioramento è legato anche al contesto organizzativo del lavoro; la possibilità di programmare e attuare interventi preventivi e correttivi mirati, è subordinata alla considerazione della percezione soggettiva da parte degli operatori sui vari aspetti della qualità di vita lavorativa (Brenda et al. 2006; Neely 2005)

La professione infermieristica comporta impegni di vario tipo che possono costituire fonte di stress e di squilibri per la vita dell'individuo, sia privata che lavorativa. Gli interventi organizzativi dovrebbero considerare anche le situazioni di difficoltà legate alla gestione concomitante del carico di lavoro e degli impegni familiari, per prevenire i disturbi da stress ed impedirne la cronicizzazione (Lu et al. 2007; King et al. 2006). Una maggiore conoscenza e considerazione della valutazione soggettiva degli operatori verso diversi aspetti della vita lavorativa, può contribuire alla evidenziazione dei fattori critici e alla programmazione di interventi mirati per la riduzione del rischio (Capodoglio et al. 2007).

Nell'ambiente di lavoro si trascorre molto tempo con una notevole dispersione di energia fisica e psichica; proprio per questo il lavoro dovrebbe garantire una certa soddisfazione e dare possibilità di crescita, apprendimento e utilizzo delle proprie capacità per evitare di creare frustrazioni in grado di influenzare anche la vita privata. Oltre a ciò sul luogo di lavoro ogni persona si trova ad intrattenere relazioni interpersonali non elettive sia con gli utenti sia con i colleghi di lavoro, i quali possono rivelarsi alleati nell'affrontare le problematiche quotidiane o nel peggiore dei casi fonte di stress (Worplace 2008). In uno studio condotto in otto diverse strutture sanitarie è stato dimostrato che la qualità della vita degli infermieri è notevolmente influenzata dalla loro soddisfazione lavorativa che a sua volta risulta inversamente proporzionale all'incremento degli anni lavorativi (Chiu et al. 2007).

Maggiore è l'anzianità di servizio, maggiore dovrebbe quindi essere l'attenzione che l'organizzazione pone nei confronti dei propri lavoratori, al fine di mantenere un buon livello di qualità di vita degli stessi. Questo anche alla luce un recente studio in cui è stato dimostrato la correlazione tra qualità dell'assistenza percepita dai pazienti ed età media degli infermieri (Tortorelli 2009). E' stata inoltre avvalorata l'ipotesi che l'implementazione di una moderna cultura organizzativa tra gli infermieri, influenzando positivamente la loro qualità di vita, concorre a fronteggiare anche il fenomeno del turnover (Gifford et al. 2002). La qualità di vita del lavoratore dipende quindi da fattori psicosociali, ovvero, dalla duplice interazione della percezione della realtà da parte della persona e dalla sua relativa capacità di interagire con il contesto lavorativo messi in relazione con l'attitudine interattiva del contesto lavorativo stesso, cioè, il livello di benessere organizzativo che si trova al suo interno (Van Laar 2007).

Da non sottovalutare è inoltre la già dimostrata correlazione esistente tra lo stress emotivo al quale gli infermieri vengono sottoposti in determinati contesti operativi, e la loro salute (Ergun 2005). In un altro studio è stata inoltre dimostrata la correlazione esistente tra condizioni lavorative e fattori determinanti la qualità di vita dei lavoratori (Rusli et al. 2008; Way 2006).

Il cambiamento importante sta nel fatto che l'individuo viene legittimato a giudicare e misurare la soddisfazione dei propri bisogni e delle proprie condizioni di vita in quanto è stato ampiamente riconosciuto che l'ambiente di lavoro risulta fondamentale nella genesi di stress e nell'insorgere di sindromi e disturbi di vario genere che possono limitare la qualità della vita dell'individuo (Davis et al. 1999, Worplace 2008). L'ambiente di lavoro e la salute organizzativa influenzano quindi notevolmente la qualità della vita dei lavoratori per via di diversi fattori basilari. Il lavoro infatti è in primo luogo la fonte di sostentamento economico della persona, una attività di cui non si può fare a meno e che permette di azionare tutta una serie di attività elettive che arricchiscono l'esistenza, le esperienze e la cultura delle persone come ad esempio coltivare i propri interessi, viaggiare, fare sport.

Ed ancora, è stato interessante uno studio condotto su due gruppi di infermieri, il primo con un percorso di carriera ben delineato, il secondo privo di ogni prospettiva di avanzamento professionale. Questo studio ha dimostrato che la soddisfazione per la propria organizzazione non è strettamente legata al progresso professionale, ma all'interazione tra dipendente e Azienda, alla soddisfazione relativa al salario e al grado di autonomia professionale (Bjørk et al., 2007).

In uno studio condotto in otto diverse strutture sanitarie è stato dimostrato che la qualità della vita degli infermieri è notevolmente influenzata dalla loro soddisfazione lavorativa che a sua volta risulta inversamente proporzionale all'incremento degli anni lavorativi (Chiu MC et al. 2007). Maggiore è l'anzianità di servizio, maggiore dovrebbe quindi essere l'attenzione che l'organizzazione pone nei confronti dei propri lavoratori, al fine di mantenere un buon livello di qualità di vita degli stessi. E' stata inoltre avvalorata l'ipotesi che l'implementazione di una moderna cultura organizzativa tra gli infermieri, concorre a fronteggiare anche il fenomeno del turnover (Gifford BD, et al. 2002).

Altri autori hanno invece studiato il turnover del personale infermieristico che lavora nelle Terapie Intensive. Da questi studi è emerso che, in mancanza di una particolare attenzione all'organizzazione, aumenta in modo significativo il turnover degli infermieri e questo ha delle inevitabili ripercussioni negative sulla qualità dell'assistenza. Gli infermieri arruolati in questi studi esprimevano la volontà di non voler più lavorare all'interno delle

Terapie Intensive non per il grado di intensità delle cure erogate, peraltro particolarmente stressanti, ma per il loro scarso coinvolgimento nei processi di cambiamento organizzativo (Stone et al. 2006; Stone et al. 2007; Mrayyan, 2008). In quest'ottica e per la promozione della salute organizzativa in ambito infermieristico, assume un ruolo fondamentale la leadership di chi coordina le attività cliniche che, come evidenziato da alcuni studi (Kuoppala et al. 2008; Mac Davitt et al. 2007; Coomber et al. 2007), è in grado di influenzare la percezione che gli infermieri hanno circa la propria organizzazione.

Un'indagine condotta su un campione stratificato di 3156 infermieri di 21 ospedali dell'Ontario, ha evidenziato che le caratteristiche di leadership a livello di singola unità operativa hanno effetti positivi diretti sull'impegno organizzativo. Nelle conclusioni dello studio si sottolinea l'importanza della leadership nel creare un ambiente di lavoro basato sull'empowerment che è in grado di migliorare il benessere del personale e fronteggiare le problematiche connesse alla carenza di forza di lavoro infermieristica (Laschinger et al. 2009). Per quanto riguarda la leadership, in uno studio condotto in due ospedali del Canada, è emerso che il rapporto tra la percezione dell'intelligenza emotiva della leadership dei coordinatori e la sensazione di empowerment degli infermieri sul posto di lavoro, deve costantemente bilanciarsi. I risultati suggeriscono infatti che anche i coordinatori con una forte intelligenza emotiva possono non essere in grado di responsabilizzare (empowerment) il loro personale (Lucas et al. 2008).

L'empowering leadership stimola, provoca, infonde energia, motiva e si adopera per "liberare" le potenzialità del singolo; il ruolo del "capo" è per lo più inteso come un consulente e/o allenatore (coach), che aiuta la crescita dei propri collaboratori, crea occasioni di sviluppo personale e professionale, facilita i processi di apprendimento e la conquista di nuove responsabilità e compiti. La messa in atto di un tale stile di leadership da parte del coordinatore infermieristico favorisce la crescita dell'impegno con l'organizzazione e di conseguenza migliora il vissuto lavorativo e la soddisfazione generale dei collaboratori (Bobbio et al. 2007). Un risultato importante dell'empowerment si ha quando le persone, nell'ambito di gruppi o organizzazioni, aumentano la padronanza e il controllo sulla propria vita. Oltre che per la soddisfazione del personale, l'empowerment negli ambienti di lavoro è fondamentale anche per il miglioramento continuo del processo assistenziale (Baker et al. 2007).

Una indagine condotta per ricercare il rapporto tra empowerment sul posto di lavoro e caratteristiche di alcuni Ospedali Magnete del Canada, ha evidenziato relazioni positive tra

l'empowerment e le caratteristiche di autonomia, controllo sulla pratica professionale e relazioni positive infermieri/medici tipiche di questi ospedali (Laschinger et al. 2003).

Emerge con forza dalla letteratura, l'importanza della leadership nel creare ambienti di lavoro empowering, con tutti i vantaggi che ne derivano: salute psico-fisica degli infermieri, buona pratica professionale, buona qualità di cura dei pazienti e positivi risultati organizzativi (Laschinger et al. 2009; Faulkner et al. 2008; Greco et al. 2006; Laschinger 2005).

L'empowerment strutturale è il risultato della leadership che favorisce la sensazione di rispetto e fiducia del personale. La sensazione di rispetto è significativamente correlata alla leadership empowering che mette il personale in condizione di lavorare autonomamente nell'ambito del team interdisciplinare (Laschinger et al. 2005). Faulkner et al. (2008), sostengono che l'empowerment e il successo organizzativo sono il risultato naturale dell'empowering leadership.

Molto interessante è l'ipotesi avvalorata in un altro studio. Lo stress correlato al lavoro è strettamente influenzato dallo status professionale che viene delineato dal sistema incentivante, dal clima dell'ambiente lavorativo, dall'organizzazione del lavoro, dalle modalità di gestione del personale nonché dalla soddisfazione lavorativa generale. Nel medesimo studio si è inoltre dimostrato che un altro fattore determinante lo stress lavorativo, è la sicurezza negli ambienti di lavoro. Gli infermieri sottolineano l'importanza che la prassi organizzativa e gestionale deve essere espletata attraverso l'osservanza di procedure standard e che tale sistema funge da garante per l'incolumità del paziente; al contrario un ambiente insicuro determina livelli di stress elevati tra il personale (Chen et al. 2009).

Andando poi a misurare la soddisfazione lavorativa degli infermieri di sala operatoria di un policlinico universitario, è stato dimostrato quanto il benessere dei lavoratori sia fortemente influenzato dalla qualità dei rapporti interpersonali che si instaurano con i colleghi di lavoro piuttosto che dall'apertura all'innovazione manifestata dalla struttura in termini di investimenti tecnologici. L'insoddisfazione lavorativa deriva dunque dalla mancanza di atteggiamenti e relazioni cooperative e interprofessionali instaurate (Cho 1993).

Un altro studio condotto tra gli infermieri di sala operatoria ha dimostrato quanto le condizioni lavorative del personale possano influenzare la sicurezza degli ambienti di lavoro. I principali problemi dichiarati dal personale infermieristico sono la mancata organizzazione del lavoro, la presenza di attrezzature obsolete, la carenza di idonei spazi ed infine gli ostili rapporti interpersonali instaurati con i colleghi infermieri. Tutto ciò influenza negativamente la qualità del lavoro svolto e la salute mentale del personale (Kułagowska, 2007).

Molto significativo è lo studio condotto da El-Salam et al. (El-Salam et al. 2008) che ha comprovato come la percezione che gli infermieri hanno circa il clima organizzativo del proprio ambiente di lavoro, non sia correlata alla propria responsabilizzazione. L'impegno lavorativo, il livello di scrupolosità, il grado di coscienziosità dunque non alterano il giudizio espresso dagli infermieri circa la propria organizzazione; la salute lavorativa viene percepita in egual modo dagli attori della scena lavorativa.

Una ricerca condotta da Jennifer et al. (Jennifer et al. 2002) del *College of Nursing* dell'Università dell'Arizona, ha dimostrato che l'assetto organizzativo consta di due fattori: fattori organizzativi propriamente detti e fattori personali dei lavoratori. I fattori organizzativi sono: la sensazione del sovraccarico lavorativo, le difficili relazioni instaurate con i pazienti e la mancanza del lavoro di squadra. I fattori personali sono invece riconducibili a: problemi di natura personale, stanchezza e alterato benessere mentale. Nel medesimo studio viene inoltre dimostrata la differente percezione che hanno i giovani infermieri piuttosto che i grandi, circa la soddisfazione lavorativa. Mentre i primi sostengono che è il livello di stress a determinare la qualità di vita lavorativa, gli infermieri più grandi imputano la soddisfazione del lavoro al grado di coesione instaurato con l'intero gruppo di lavoro. Da non sottovalutare è inoltre lo stato di salute mentale degli infermieri che è fortemente influenzato dal mancato accesso alle strutture organizzative, dall'inadeguata crescita professionale, dalle scarsa informazione nonché dalla carenza di risorse. Per ciò che concerne lo stress degli infermieri lo stesso risulta essere inversamente correlato al grado di valorizzazione del personale.

Gioca inoltre un ruolo fondamentale nella promozione della soddisfazione lavorativa la collaborazione con i colleghi di lavoro. AL-Hussami 2008 ha infatti dimostrato come il benessere del personale sanitario sia fortemente correlato alla percezione che lo stesso ha della propria struttura organizzativa in termini di cooperazione e aiuto lavorativo.

Anche in un altro studio condotto da Utriainen et al. (Utriainen et al. 2009) è stata avvalorata l'ipotesi che il benessere lavorativo degli infermieri era da un lato strettamente correlato al livello di collaborazione all'interno dell'equipe lavorativa, e dall'altro al grado di empatia che gli infermieri instauravano con gli assistiti.

Un'altra ricerca ha invece dimostrato che la soddisfazione lavorativa del personale era direttamente proporzionale alla valorizzazione delle competenze degli infermieri e alle opportunità di carriera che l'organizzazione offriva agli stessi (Rickard et al. 2007).

Come dimostrato anche in un altro studio (Arakelian et al 2008), lo stress lavorativo è fortemente influenzato dall'efficienza organizzativa percepita dagli infermieri. Esaurimento emotivo e stress devono perciò essere strettamente monitorati anche al fine di limitare il

turnover degli infermieri che, peraltro, risulta essere elemento condizionante l'efficienza e l'efficacia organizzativa (Hong et al. 2005).

La letteratura, infine, dimostra come nei contesti di lavoro dove gli infermieri hanno sviluppato un senso di utilità sociale, godono di piena autonomia professionale e beneficiano di buoni rapporti interpersonali si riscontra una maggiore soddisfazione lavorativa nonché un'avversione a cambiare lavoro (Fai et al. 2009). Al contrario è proprio la mancata valorizzazione e sviluppo delle competenze nonché l'assenza di integrazione e lavoro in equipe che contribuiscono a rendere insoddisfatti e demotivati gli infermieri che lavorano nelle Camere Operatorie (Gillespie et al. 2009).

Gestire bene il personale investendo cultura, formazione e sensibilità, significa ridurre i costi aziendali, perché le persone, sentendosi valorizzate attraverso un approccio lavorativo più umano, si *ammalano* di meno, subiscono meno stress e sono più motivate a lavorare (Oiling 2002; Roelen et al. 2008).

2.2. Il Progetto di Ricerca

In ambito sanitario la conduzione di una indagine per valutare il livello di “salute organizzativa” dei lavoratori, deve essere una metodologia di ascolto che permette di far emergere la “percezione” che gli infermieri hanno del proprio vissuto organizzativo. Quando si parla di percezione ci si riferisce all’immagine soggettiva che gli infermieri hanno della propria organizzazione, pertanto la fotografia del contesto che emergerà dall’indagine, sarà quella filtrata attraverso gli occhi dei dipendenti che vi lavorano e non quella vista dagli occhi dei manager. Attraverso l’indagine sulla salute organizzativa, i manager potranno quindi dar vita ad un percorso di analisi organizzativa che consentirà di definire strategie di azione che tengano conto delle indicazioni e dei suggerimenti giunti dai propri collaboratori.

Da questi concetti fondamentali e in linea con l’evoluzione della professione e l’affermazione nel campo manageriale degli Infermieri, nel corso del triennio dottorale, è stato progettato e realizzato un protocollo di ricerca, con lo scopo di valutare la Salute Organizzativa degli Infermieri.

Alla luce dello scopo progettuale sopra esposto, sono stati prefissati alcuni fondamentali obiettivi di ricerca:

- A. individuare in letteratura uno strumento specifico per valutare la Salute Organizzativa degli infermieri;
- B. valutare quanto la “qualità di vita” degli infermieri è correlata alla loro Salute Organizzativa;
- C. individuare eventuali correlazioni tra Salute Organizzativa e ambito clinico-assistenziale;
- D. condurre un’indagine su un cospicuo numero di infermieri, diversificando il campione per tipologia organizzativa (Aziende, Policlinici, Strutture Private, etc) al fine di elaborare un manuale rivolto agli Infermieri Dirigenti per svolgere, in modo autonomo, un’indagine sullo stato di Salute Organizzativa nel proprio contesto lavorativo.

Capitolo 3

Validità e Affidabilità del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa

Professioni Infermieristiche 2010; 63(1), 27-37

Validità e affidabilità del questionario infermieristico sulla salute organizzativa

Validity and reliability of the nursing organizational health questionnaire

Alessandro Sili¹ Ercole Vellone² Maria Grazia De Marinis³ Roberta Fida⁴
Giulia Venturini⁵ Rosaria Alvaro⁶

RIASSUNTO

Introduzione. Gli strumenti di misurazione del benessere lavorativo degli infermieri, hanno prevalentemente lo scopo di valutare le conseguenze, in termini di salute individuale, derivanti dall'insoddisfazione lavorativa, ma non di esaminare la percezione dell'infermiere circa la salute organizzativa. Lo scopo del presente studio è stato quello di analizzare le proprietà psicometriche del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO), uno strumento derivato dal Multidimensional Organizational Health Questionnaire (MOHQ), per misurare la salute organizzativa in ambito infermieristico.

Materiali e Metodi. Il QISO è stato sottoposto a validità di contenuto da parte di un gruppo di esperti che, rispetto al MOHQ, ha modificato degli item e ne ha aggiunto altri. Successivamente il QISO è stato somministrato ad un campione di 1279 infermieri che lavoravano in diverse aziende pubbliche e private del Lazio ed Umbria. La dimensionalità di ciascuna scala del QISO e la validità concorrente dei nuovi item, sono state indagate attraverso l'analisi fattoriale esplorativa. Successivamente con l'alfa di Cronbach è stata testata l'affidabilità della consistenza interna di ciascuna dimensione individuata.

Risultati. L'analisi statistica ha confermato la struttura dimensionale delle scale e l'attendibilità delle dimensioni individuate. Inoltre l'analisi ha mostrato l'utilità dei nuovi item dello strumento, per indagare dimensioni specifiche del contesto infermieristico.

Discussione. Lo studio condotto ha messo in evidenza che il QISO ha delle buone caratteristiche psicometriche di validità e affidabilità e può pertanto essere utilizzato per lo studio della salute organizzativa nella popolazione infermieristica.

Parole chiave: Infermieri, Salute organizzativa, Strumenti di ricerca

ABSTRACT

Introduction. Instruments that measure job well-being have the aim to evaluate consequences as individual health due to job dissatisfaction but not nurse perception about organizational health. The aim of this study was to assess the psychometric characteristics of the Nursing Organizational Health Questionnaire (MOHQ), an instrument derived from the Multidimensional Organizational Health Questionnaire (MOHQ) that measures nursing organizational health.

Methods. The MOHQ underwent to content validity by a group of experts that modified and added new items of the MHQ. Afterward the MOHQ was administered to a sample of 1279 nurses working in several contexts in Lazio and Umbria regions. Dimensionality of each scale of MOHQ, and concurrent validity of the new items were investigated using Exploratory Factor Analysis approach. Therefore Cronbach's alpha was computed for each dimensions of each scale to examine internal consistency.

Results. Statistical analysis confirmed the factor structure of each scale and the reliability of the emerged dimensions. Moreover analyses have shown the importance of the new items to investigate specific dimension related to the nurse organizational context.

Discussion. The present study showed that the MOHQ has good psychometric properties of validity and reliability and can be used to study organizational health in nursing population.

Keywords: Nurses, Organizational Health, Research Instruments

INTRODUZIONE

Con il processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e con il relativo passaggio da

una gestione formale e burocratica a una gestione di tipo manageriale fondata sull'attribuzione di incarichi di tipo fiduciario e su verifiche periodiche dei risultati, si è assistito ad un cambiamento di indirizzo nell'assistenza. Oggigiorno il management applicato alle scienze infermieristiche rappresenta per gli infermieri lo strumento essenziale per interpretare al meglio questo cambiamento con il fine ultimo di realizzare il connubio tra il miglioramento dell'assistenza e l'ottimizzazione nonché la valorizzazione delle risorse umane.

Proprio per questo la convivenza organizzativa deve essere pensata, curata e gestita con il contributo di quanti vi lavorano, al fine di costruire con e per le stesse risorse

1 Dottorando di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

2 Ricercatore di Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

3 Professore Associato di Scienze Infermieristiche Università Campus Bio-Medico, Roma

4 Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

5 Dottorando di ricerca in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

6 Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

umane, condizioni lavorative in grado di attrarle e motivarle. Diviene quindi fondamentale coinvolgere gli attori principali della scena organizzativa valorizzando quanto da loro percepito e proposto per dar vita ad eventuali nuove configurazioni dei processi organizzativi. Sono state rimodellate strutture, funzioni e competenze che possono mettere in discussione o rendere ulteriormente precario il senso di appartenenza, l'identità sociale e professionale del personale, rompendo l'equilibrio tra la dimensione simbolica, affettiva e relazionale e la dimensione lavorativa. Lo stato di disagio e di diffidenza nei confronti di cambiamenti di tipo top-down rischiano di fallire o di generare conflittualità, se non vengono adeguatamente valutati gli aspetti informali dell'organizzazione, la rete di relazioni, i bisogni e le aspettative dei dipendenti (Converso, 2005).

A seguito dei radicali cambiamenti che si sono avuti nel SSN, il benessere organizzativo, la salute e la qualità della vita negli ambienti di lavoro, sono diventati temi di sempre maggiore interesse nel management sanitario. Le organizzazioni sanitarie, quindi, iniziano a riflettere su come l'allestimento dei contesti di lavoro, l'adozione di pratiche normative, procedurali e comportamentali nonché la preferenza o il sostegno a particolari stili di convivenza, possano contribuire a creare benessere o malessere e influire direttamente sullo stato di "salute lavorativa" dell'infermiere. Con il termine di "salute organizzativa" ci si riferisce quindi alla capacità di un'Azienda Sanitaria, non solo di essere efficace e produttiva in termini di "salute erogata all'utente", ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico dei sanitari alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora (Gigantesco et al., 2004).

Il moderno concetto di salute lavorativa, dunque, cerca di superare la dicotomia tra individuo e organizzazione, evidenziando come entrambi siano attori e responsabili della propria salute. Quando si rilevano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano, sul piano concreto, fenomeni quali la diminuzione della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno, aumento di reclami e lamentele dei pazienti/utenti (Roelen et al., 2008). Questi e altri indicatori di malessere non sono altro che il riflesso dello stato di disagio e malessere psicologico di chi lavora in una società in cui è ormai chiaro che un'organizzazione "in salute" è anche più efficace e produttiva (Camerino et al., 2005).

La ricerca ha dimostrato che alcune variabili quali tipologia di lavoro, relazioni interprofessionali, grado di responsabilità, autonomia decisionale e crescita professionale predispongono al benessere ed alla soddi-

sfazione lavorativa. Di contro altre variabili quali stile manageriale autoritario dei dirigenti, mancata programmazione e organizzazione delle attività assistenziali e rapporti gerarchici con altri professionisti, possono creare malessere ed insoddisfazione lavorativa. La ricerca ha anche dimostrato che la soddisfazione lavorativa del personale infermieristico è un fattore determinante per governare il turnover e il fenomeno dell'assenteismo (Cortese, 2007).

Alcuni autori hanno studiato il turnover del personale infermieristico che lavora nelle Terapie Intensive. Da questi studi è emerso che, in mancanza di una particolare attenzione all'organizzazione, aumenta in modo significativo il turnover degli infermieri e questo ha delle inevitabili ripercussioni negative sulla qualità dell'assistenza. Gli infermieri arruolati in questi studi esprimevano la volontà di non voler più lavorare all'interno delle Terapie Intensive non per il grado di intensità delle cure erogate, peraltro particolarmente stressanti, ma per il loro scarso coinvolgimento nei processi di cambiamento organizzativo (Stone et al., 2006; Stone et al., 2007; Mrayyan, 2008).

In quest'ottica assume un ruolo fondamentale la leadership di chi coordina le attività cliniche che, come evidenziato da alcuni studi (Kuoppala et al., 2008; Mac Davitt et al., 2007; Coomber et al., 2007), è in grado di influenzare la percezione che gli infermieri hanno circa la propria organizzazione. Uno studio condotto su due gruppi di infermieri, il primo con un percorso di carriera ben delineato, il secondo privo di ogni prospettiva di avanzamento professionale, ha dimostrato che la soddisfazione per la propria organizzazione non è strettamente legata al progresso professionale, ma all'interazione tra dipendente e Azienda, alla soddisfazione relativa al salario e al grado di autonomia professionale (Björk et al., 2007).

Alla luce di quanto esposto diventa prioritario un percorso di analisi organizzativa nei contesti sanitari al fine di "misurare", per poi migliorare la salute organizzativa. L'intento generale è quello di valorizzare le risorse umane e farle diventare sempre più la fonte centrale del vantaggio competitivo di un'azienda.

Obiettivo del presente studio è stato quello di testare la validità e l'affidabilità del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO), che è una versione modificata ed adattata al contesto infermieristico, del Multidimensional Organizational Health Questionnaire (Avallone et al., 2005).

MATERIALI E METODI

Al fine di adattare il Multidimensional Organizational Health Questionnaire (MOHQ) al contesto infermieristico, gli autori del presente studio ne hanno modi-

ficato la versione originale. Mantenendo inalterata la struttura del questionario si è provveduto a modificare, soprattutto nel linguaggio e nel contenuto, alcuni item e ad aggiungerne altri specifici per il contesto infermieristico. La tabella 1 riporta il numero degli item per le varie dimensioni teoriche del MOHQ e del QISO.

	Dimensione esplorata	N° Item MHQ	N° item QISO
Scala 1	Comfort dell'Ambiente di Lavoro	8	11
Scala 2	Chiarezza degli Obiettivi Organizzativi	4	4
	Valorizzazione delle Competenze	4	4
	Ascolto Attivo	4	4
	Disponibilità e Circolazione delle Informazioni	4	4
	Gestione della Conflittualità	4	4
	Relazioni Interpersonali Collaborative	4	6
	Scorrevolezza Operativa	4	4
	Equità Organizzativa	4	4
	Senso di Utilità Sociale	4	4
Scala 3	Fattori di Stress	4	4
Scala 4	Sicurezza e Prevenzione degli Infortuni	8	8
Scala 5	Tollerabilità dei Compiti lavorativi	10	9
Scala 6	Propensione e Apertura all'Innovazione	9	9
Scala 7	Indicatori Negativi	14	13
	Indicatori Positivi	12	18
Scala 8	Indicatori di Malessere Psicofisico	8	8
	<i>Totale items</i>	109	118

Tabella n 1: Dimensioni teoriche e numero item del MOHQ e del QISO

Il QISO, composto da 118 item, mira quindi a reperire informazioni sulle differenti dimensioni della salute organizzativa e i tre gruppi di indicatori (positivi, negativi e di malessere psicofisico), della popolazione infermieristica. Le risposte ai vari items (tranne per le sezioni dedicate ai dati socio anagrafici e ai suggerimenti) utilizzano una scala Likert a 4 punti (da 1 = *Mai* a 4 = *Spesso*). Sia il punteggio dei singoli item sia quello delle varie dimensioni, può andare da 1 a 4: più alto è il punteggio, maggiore è la presenza del fenomeno esplorato nell'ambiente lavorativo. Gli autori del presente studio, come già precedentemente stabilito da Avallone et al., (2005) hanno fissato il cut-off a 2,6 sia per stabilire la salute organizzativa generale, sia per stabilire la presenza o l'assenza nell'ambiente lavora-

tivo dei singoli fenomeni esplorati con le varie sottoscale.

La dimensione del *Comfort dell'Ambiente di Lavoro* esplora le variabili relative alla percezione che gli infermieri hanno del proprio ambiente di lavoro e delle condizioni che lo caratterizzano. Tale dimensione è esplorata da un insieme di indicatori non del tutto omogenei tra loro quali la pulizia, l'illuminazione, la funzionalità degli spogliatoi e le condizioni dei servizi igienici. La dimensione della *Chiarezza degli Obiettivi Organizzativi* esplora invece le variabili relative alla consapevolezza degli scopi e delle finalità programmate per le quali si chiede una determinata prestazione assistenziale, in un determinato contesto clinico e a determinati utenti. Si tratta ovviamente di una opinione che rappresenta il vissuto professionale dell'infermiere intervistato. La dimensione della *Valorizzazione delle Competenze* indaga le variabili relative all'apprezzamento percepito da coloro che erogano assistenza nell'ambito dell'organizzazione sanitaria. La dimensione dell'*Ascolto Attivo* esplora invece quelli che possono essere definiti come i comportamenti che rappresentano la disponibilità ad adeguarsi rispetto alle esigenze sia dell'organizzazione sia dei suoi componenti. Gli item relativi alla *Disponibilità e Circolazione delle Informazioni* esplorano quanto l'infermiere ha la possibilità di reperire informazioni indispensabili per il corretto svolgimento delle proprie attività lavorative. La dimensione relativa alla *Gestione della Conflittualità* indaga circa la presenza di fattori che influenzano i rapporti con i colleghi infermieri, con i medici e con la dirigenza infermieristica e aziendale, legati a situazioni di contrapposizione. Le *Relazioni Interpersonali Collaborative* sono invece indagate con lo scopo di esplorare la cooperazione con il resto dei colleghi di lavoro. In tal modo vengono analizzati la cooperazione a livello interpersonale, la capacità di coinvolgimento della dirigenza nonché le relazioni tra i membri dell'equipe assistenziale. La capacità dell'organizzazione di trovare adeguate soluzioni ai diversi problemi lavorativi che si presentato viene misurata attraverso la dimensione della *Scorrevolezza Operativa*, il trattamento che viene riservato ai lavoratori circa i diversi comportamenti, contributi personali e possibilità di carriera, è indagato dalla dimensione dell'*Equità Organizzativa*, mentre la capacità di innovazione dell'organizzazione e la sua apertura al cambiamento vengono esplorate nell'area *Propensione e Apertura all'Innovazione*. I vissuti legati alla fatica, al senso di non possedere la preparazione o le opportune capacità e il grado di coinvolgimento psicologico che il lavoro causa al dipendente, sono saturati nella dimensione dei *Fattori di Stress*. Gli item relativi al *Senso di Utilità Sociale*, misurano invece il vissuto di soddisfazione per l'apporto positivo che l'infermiere dà al bene della collettività, mentre quelli della *Sicurezza e Prevenzione degli Infortuni*, esplorano l'area relativa alle misure di sicurezza nell'ambiente lavorativo

relativamente alla sua salubrità. La dimensione *Tollerabilità dei Compiti Lavorativi*, indaga infine le diverse componenti che caratterizzano l'agire infermieristico e che generalmente si ha motivo di ritenere meno desiderabili come la fatica mentale e quella fisica, l'isolamento psicologico, la monotonia nonché l'eccessivo coinvolgimento emotivo. Al termine della raccolta di informazioni, nel QISO, l'infermiere ha inoltre la possibilità di suggerire alcune aree migliorative che a suo avviso meritano un'opportuna misura di intervento.

Campionamento

Il QISO è stato somministrato ad un campione di infermieri che lavoravano in aziende sanitarie laziali e umbre. Per essere inclusi nello studio non sono stati stabiliti criteri di esclusione, ma poteva compilare il QISO qualsiasi infermiere in servizio durante il periodo della raccolta dati.

Analisi dei dati

Tutti i dati sono stati inseriti in un data-base (*EXCEL 7.0 per Windows*) per poi essere processati con package statistico *SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago)* per Windows. In una prima parte saranno descritte le analisi fattoriali esplorative che sono state effettuate per analizzare la concordanza tra le scale teoriche definite in premessa e i dati empirici. Nella seconda parte saranno invece riportati i risultati dell'analisi dell'affidabilità e infine le medie e le deviazioni standard delle dimensioni individuate.

Per quanto riguarda le analisi fattoriali è stato utilizzato come metodo di estrazione dei fattori quello della fattorializzazione asse principale (PAF, *Principal Axis Factoring*). Le decisioni in merito al numero di fattori da ritenere, sono state dettate principalmente dalle ipotesi teoriche in merito alla dimensionalità dei diversi insiemi di indicatori considerati e dall'analisi degli autovalori. I fattori estratti sono stati successivamente ruotati tramite il metodo di rotazione obliqua Promax. Per valutare l'attendibilità delle dimensioni dei QISO è stata analizzata la consistenza interna attraverso l'alfa di Cronbach e gli indici di correlazione item scala-totali corretti.

RISULTATI

Il QISO è stato somministrato ad un campione di 1400 infermieri. I questionari restituiti sono stati 1279 pari ad tasso di risposta del 91,3%. Come è possibile notare dalla tabella 2, gli infermieri intervistati erano in maggioranza di sesso femminile, avevano un'età media di circa 35 anni ed un'esper-

ienza lavorativa di circa 11 anni di servizio. Quasi il 50% del campione era coniugato o convivente e poco più del 40% era celibe/nubile.

	N	%	Media	SD	Range
Sesso					
Maschi	437	34.2			
Femmine	842	65.8			
Età			34.47	7.15	22 - 62
Anni di servizio totali			11.18	8.12	0 - 39
Stato Civile					
Celibe/Nubile	521	40.7			
Separato/Divorziato	117	9.1			
Coniugato/Convivente	637	49.8			
Vedovo/a	4	0.3			
Numero di ore lavorative giornaliere			7.07	0.777	3-10

Tabella 2. Dati socio-demografici riguardanti il campione studiato (n = 1279)

In merito alla provenienza geografica delle unità campionarie, come riportato nella tabella n. 3, poco più del 65% degli infermieri, prestava servizio in quattro Aziende Sanitarie romane (due Policlinici Universitari, un'Azienda Ospedaliera e un'Azienda Sanitaria Pubblica convenzionata) e circa il 35%, in quattro Aziende Sanitarie della Regione Umbria.

Provenienza/Azienda Sanitaria	N	%
Regione Umbria		
Azienda A	179	14
Azienda B	51	4
Azienda C	67	5.2
Azienda D	129	10.1
Sub totale	426	33.31
Regione Lazio		
Azienda E Policlinico Universitario	266	20.8
Azienda F	194	15.2
Azienda G Policlinico Universitario	262	20.5
Azienda H	131	10.2
Sub totale	853	66.69
Totale	1279	100

Tabella n. 3: Provenienza geografica delle unità campionarie (n = 1279)

Dalla Tabella n. 4, si desume invece, il grado di istruzione e le caratteristiche lavorative degli infermieri. Più dell'80% del campione dichiarava di aver conseguito il Diploma di scuola media superiore, più della metà era in possesso del Diploma (regionale) di Infermiere Professionale e i restanti avevano conseguito il titolo abilitante la professione in ambito universitario. Una buona parte di loro, circa il 23%, aveva proseguito gli studi al fine di conseguire Certificati di Specializzazione, Master Universitari e Diplomi di Laurea Magistrale. Per quanto

riguarda invece le caratteristiche lavorative, poco meno del 92% dichiarava di avere un contratto a tempo indeterminato, e più del 97% del totale, svolgeva la propria attività a tempo pieno. Il campione risultava inoltre maggiormente rappresentato da infermieri che lavorano nei Pronto Soccorso, nelle Camere Operatorie e nelle Terapie Intensive, mentre le aree meno rappresentate erano quella oncologica, quella pediatrica e quella ambulatoriale.

	N	%
Titolo di studio		
Biennio	248	19.4
Maturità	1031	80.6
Titolo di studio professionale		
Diploma Infermiere Professionale	829	64.8
Diploma Universitario	265	20.7
Diploma di Laurea	247	19.3
Formazione post base		
Specializzazione	96	7.5
A.F.D.	52	4.1
Master	114	8.9
D.A.I.	14	1.1
Laurea Specialistica	15	1.2
Contratto di lavoro		
Tempo indeterminato	1171	91.6
Tempo determinato	106	8.3
Altro	2	0.2
Regime orario		
Tempo pieno	1242	97.1
Part-time	9	0.7
Altro	28	2.2
Ambito clinico lavorativo		
Area medica	129	10.1
Area chirurgica	135	10.6
Pronto Soccorso	265	20.7
Camera Operatoria	268	21
Area oncologica	88	6.9
Area ambulatoriale	113	8.8
Area critica (T.I., UTIC, etc.)	251	19.6
Area pediatrica	30	2.3

Tabella n. 4 : Caratteristiche professionali e lavorative degli infermieri studiati (n = 1279)

Il QISO è stato sottoposto inizialmente alla validità di contenuto da parte di un gruppo di esperti di Metodologia della Ricerca e di Management Infermieristico. Questi esperti hanno valutato ogni singolo item con l'obiettivo di individuare la validità degli stessi nel misurare i vari aspetti della salute organizzativa in ambito infermieristico. Questo processo di validazione ha portato alla modifica di alcuni items e all'aggiunta di altri come precedentemente esplicitato. Gli item aggiunti sono stati correlati con i restanti item all'interno delle rispettive dimensioni dello strumento e sono state poi

effettuate le analisi fattoriali su ciascuna scala considerando sia gli item nuovi che quelli del MOHQ.

Dimensionalità e Affidabilità del QISO

Coerentemente con il modello proposto da Avallone e Paplomatas (2005) sono state effettuate le seguenti analisi fattoriali:

- Analisi sul comfort dell'ambiente di lavoro nella quale sono stati inseriti gli item della scala 1;
- Analisi sulle 10 dimensioni della scala 2 che si riferiscono al contesto organizzativo e ai processi relazionali;
- Analisi sulla tollerabilità dei compiti nella quale sono stati considerati congiuntamente, visto il contenuto simile degli item, quelli della scala 3 e quelli della scala 5;
- Analisi sulla percezione della sicurezza e prevenzione degli infortuni nella propria organizzazione nella quale sono stati inseriti gli item della scala 4;
- Analisi sull'apertura all'innovazione nella quale sono stati considerati gli item della scala 6;
- Analisi sulla soddisfazione lavorativa nella quale sono stati inseriti gli item della scala 7;
- Analisi sui disturbi psicosomatici nella quale sono stati inseriti gli indicatori di malessere psicofisico della scala 8.

La tabella n. 5 mostra il pattern fattoriale della soluzione raggiunta per la scala del Comfort. Come è possibile osservare, questo risultato, come ipotizzato, mostra la presenza di un fattore. La percentuale di varianza spiegata dal fattore è pari al 42%. Il coefficiente α di Cronbach per la scala fattoriale è pari a .87, inoltre nessuno dei coefficienti di correlazione item scala-totale corretto risulta inferiore a .45. Complessivamente quindi si può concludere che l'attendibilità di questa scala fattoriale è sicuramente adeguata.

	Fattore Comfort ambiente
com_1	0.607
com_2	0.638
com_3	0.55
com_4	0.549
com_5	0.71
com_6	0.799
com_7	0.77
com_8	0.673
com_9	0.624
com_10	0.497

Tabella n. 5: Pattern fattoriale scala Comfort

La tabella n. 6 presenta il pattern fattoriale della soluzione finale della scala 2, ovvero quella relativa al contesto organizzativo e ai processi relazionali, e la tabella n. 7 la matrice di correlazione tra i fattori estratti. In linea con i risultati dello studio condotto da Avallone e Paplomatas anche nel nostro contesto le

9 dimensioni teoriche non vengono individuate. Infatti quello che emerge è una soluzione a 6 fattori. Il primo fattore (11,2% di varianza spiegata) è saturato dagli item relativi alla *Percezione dei propri coordinatori*, il secondo fattore (8,7% di varianza spiegata) è saturato dagli item relativi alla *Percezione dell'efficienza organizzativa*, il terzo fattore (7,2% di varianza spiegata) è saturato dagli item relativi alla *Percezione della valorizzazione del personale*, il quarto fattore (6,4% di varianza spiegata) è saturato dagli item relativi alla *Percezione delle relazioni con i colleghi*, il quinto fattore (4,2% di varianza spiegata) è saturato dagli item della *Percezione del conflitto* e l'ultimo fattore (4,3% di varianza spiegata) è saturato dagli item relativi alla *Percezione dell'efficacia organizzativa*. I fattori risultano apprezzabilmente correlati ad eccezione di quella tra *Percezione della valorizzazione del personale* e *Percezione del conflitto*.

Successivamente è stata effettuata, separatamente per ogni dimensione emersa dall'analisi fattoriale, l'analisi dell'attendibilità. In particolare per quanto riguarda la

scala fattoriale *Percezione dei propri coordinatori* il coefficiente α di Cronbach è risultato pari a .88 con coefficienti item scala-totali corretti superiori a .60; per la scala della *Percezione dell'efficienza organizzativa* l' α di Cronbach è risultata pari a .83 con coefficienti item scala totali corretti superiori a .50; per la scala della *Percezione della valorizzazione del personale* l' α di Cronbach è risultata pari a .74 con coefficienti item scala totali corretti superiori a .30; per la scala della *Percezione delle relazioni con i colleghi* l' α di Cronbach è risultata pari a .73 con coefficienti item scala totali corretti superiori a .50; per la scala della *Percezione del conflitto* l' α di Cronbach è risultata pari a .64 con coefficienti item scala totali corretti superiori a .30 ed infine per la scala della *Percezione dell'efficacia organizzativa* l' α di Cronbach è risultata pari a .72 con coefficienti item scala totali corretti superiori a .40. Complessivamente quindi si può concludere che l'attendibilità di questa scala fattoriale è sicuramente adeguata.

Il pattern fattoriale della soluzione finale delle scale

	Percezione coordinatori	Percezione efficienza	Percezione valorizzazione del personale	Percezione colleghi	Percezione conflitto	Percezione efficacia organizzativa
it36	0.86	-0.125	0.066	-0.01	0.046	0.04
it35	0.853	-0.147	0.055	0.042	0.12	0.011
it32	0.823	0.046	-0.158	0.067	0.078	-0.065
it30	0.71	0.17	-0.05	-0.073	-0.014	0.036
it53	0.53	-0.01	0.077	0.306	-0.007	-0.046
it27	0.514	0.144	-0.138	-0.004	-0.179	0.089
it21	-0.03	0.65	-0.09	0.057	0.032	0.032
it23	-0.144	0.606	0.114	0.052	-0.046	0.071
it20	0.027	0.595	0.061	-0.103	-0.027	0.078
it26	-0.102	0.568	0.072	0.08	-0.053	0.056
it29	0.116	0.479	0.011	0.129	0.032	-0.114
it33	0.29	0.411	-0.021	-0.061	0.011	0.051
it31	0.226	0.389	0.236	0.05	0.084	-0.084
it49	0.03	0.353	0.256	-0.002	0.108	0.127
it41	-0.105	0.088	0.722	-0.159	-0.008	-0.115
it57	-0.065	-0.067	0.7	-0.147	0.026	-0.025
it42	0.226	0.005	0.494	-0.028	-0.101	-0.014
it37	0.15	0.176	0.457	-0.099	-0.018	-0.042
it40	0.039	0.286	0.394	0.098	-0.002	-0.06
it51	0.058	-0.033	0.38	0.335	0.12	-0.043
it55	-0.113	0.013	0.327	0.113	0.084	0.184
it43	0.159	-0.128	0.215	0.186	-0.213	0.177
it39	0.075	0.039	-0.153	0.712	0.109	-0.057
it52	0.04	-0.057	0.107	0.63	-0.114	0.024
it22	-0.124	0.247	-0.183	0.53	0.016	0.137
it25	0.079	-0.019	-0.119	0.508	-0.192	0.055
it34	0.175	0.129	-0.137	-0.016	0.743	-0.078
it24	-0.015	-0.029	0.056	-0.151	0.565	0.114
it44	0.022	-0.15	0.064	-0.151	0.536	0.199
it54	-0.298	-0.139	0.121	0.322	0.377	0.06
it38	0.086	0.07	0.085	0.122	0.296	-0.131
it46	0.032	0.104	-0.048	-0.055	0.067	0.727
it45	0.036	0.024	-0.163	0.229	0.039	0.574
it59	-0.035	0.04	0.271	0.071	-0.032	0.346
it47	0.325	0.035	0.159	-0.074	-0.061	0.332

Tabella n. 6: Pattern fattoriale scala Contesto organizzativo

	Percezione coordinatori	Percezione efficienza	Percezione valorizzazione	Percezione colleghi	Percezione conflitto
Percezione efficienza	0.7	-			
Percezione valorizzazione	0.53	0.6	-		
Percezione colleghi	0.51	0.47	0.31	-	
Percezione conflitto	-0.34	-0.32	-0.08	-0.22	-
Percezione efficacia	0.5	0.54	0.48	0.48	-0.26

Tabella n. 7: Matrice di correlazione tra i fattori estratti dalla scala Contesto organizzativo

3 e 5 ovvero quelle relative alla *Tollerabilità dei compiti*, viene riportato nella tabella n. 8. In linea con gli studi precedenti sul MOHQ anche in questo caso la soluzione fattoriale raggiunta evidenzia la presenza di 4 fattori. Il primo fattore (19% di varianza spiegata) è saturato dagli item relativi alla *Fatica lavorativa*, il secondo fattore (9,8% di varianza spiegata) è saturato dagli item relativi all'*Isolamento e routine lavorativa*, il terzo fattore (7,6% di varianza spiegata) è saturato dagli item relativi all'*Integrazione e lavoro in equipe* infine, il quarto fattore (5,1% di varianza spiegata), è saturato dagli item relativi allo *Stress*. La percentuale di varianza complessiva spiegata dai fattori è 41,7%. I fattori risultano correlati ad eccezione di quella tra *Isolamento e routine lavorativa* e *Integrazione e lavoro in equipe*, variando da un minimo di .11 (correlazione tra *Isolamento e routine lavorativa* e *Stress*) e .52 (correlazione tra *Fatica lavorativa* e *Stress*) (Tabella 9). Successivamente è stato calcolato il coefficiente α di Cronbach separatamente per ogni dimensione emersa. In particolare esso è pari a .77 per il fattore della *Fatica lavorativa* con correlazioni item scala totale corretti superiore a .50. Per il fattore relativo all'*Isolamento e routine lavorativa* esso è pari a .56 con coefficienti di correlazione item scala-

	Fatica lavorativa	Integrazione e lavoro in equipe	Isolamento e routine lavorativa	Stress
car3	0.803	-0.01	0.02	-0.089
car1	0.71	-0.055	-0.03	-0.034
car2	0.694	0.164	-0.05	-0.072
it28	0.539	-0.111	-0.032	0.245
car5	0.428	0.171	0.25	-0.037
car8	0.003	0.773	-0.052	0.164
car9	-0.087	0.505	0.216	0.058
car7	0.071	0.436	-0.173	-0.058
car6	-0.069	-0.042	0.756	-0.032
car4	0.102	0.006	0.435	-0.072
it48	0.274	-0.059	0.029	0.593
it58	-0.123	0.19	-0.111	0.331

Tabella n. 8: Pattern fattoriale scala tollerabilità dei compiti

totali corretti superiori a .30 e, per quanto riguarda gli altri due fattori, ovvero quello relativo all'*Integrazione e lavoro in equipe* e allo *Stress*, poiché composti da 2 item ciascuno, è stata calcolata tra i due item di ciascuna dimensione. In particolare i due item dell'*Isolamento e routine lavorativa* ed *Integrazione e lavoro in equipe* correlano .36 mentre quelli dello *Stress* .20. Complessivamente quindi si può concludere che l'attendibilità di questa scala fattoriale è adeguata.

	Fatica lavorativa	Isolamento e routine lavorativa	Integrazione e lavoro in equipe
Isolamento e routine lavorativa	0.44	-	
Integrazione e lavoro in equipe	0.34	0.01	-
Stress	0.52	0.11	0.17

Tabella n. 9: Matrice di correlazione tra i fattori estratti dalla scala tollerabilità dei compiti

La tabella n. 10 presenta il pattern fattoriale della soluzione finale della scala 4 ovvero quella relativa alla percezione della *Sicurezza e prevenzione degli infortuni*. La soluzione fattoriale raggiunta (47% di varianza spiegata) evidenzia, come ipotizzato, la presenza di un fattore. Anche in questo caso è stato calcolato il coefficiente α di Cronbach che risulta pari a .85 con correlazioni item scala-totali corretti superiori a .40. Complessivamente quindi si può concludere che l'attendibilità di questa scala fattoriale è sicuramente adeguata.

	Fattore Sicurezza
sic2	0.816
sic5	0.728
sic4	0.714
sic1	0.714
sic3	0.684
sic6	0.647
sic7	0.468

Tabella n. 10: Pattern fattoriale scala sicurezza e prevenzione degli infortuni

La tabella n. 11 presenta il pattern fattoriale della soluzione finale della scala 6 ovvero quella relativa all'*Apertura all'innovazione*. La soluzione fattoriale raggiunta (58% di varianza spiegata) evidenzia, come ipotizzato, la presenza di un fattore. Anche in questo caso è stato calcolato il coefficiente α di Cronbach che risulta pari a .92 con correlazioni item scala-totali corretti superiori a .65. Complessivamente quindi si può concludere che l'attendibilità di questa scala fattoriale è sicuramente adeguata.

	Fattore innovazione
inn7	0.811
inn6	0.805
inn9	0.8
inn8	0.798
inn3	0.792
inn4	0.766
inn2	0.747
inn5	0.693
inn1	0.62

Tabella n. 11: Pattern fattoriale scala Apertura all'innovazione

Il pattern fattoriale relativo agli item della soddisfazione, ovvero gli item degli *Indicatori positivi* e *Indicatori negativi* del MOHQ e gli item creati ad hoc per il QISO, viene riportato nella tabella n. 12. Come è possi-

	insoddisfazione	soddisfazione generale	soddisfazione verso il top-management	soddisfazione per la propria Unità Operativa
neg9	0.716	0.08	-0.1	0.082
neg8	0.701	0.056	-0.104	0.046
neg10	0.681	0.011	0.036	-0.139
neg5	0.677	-0.057	-0.118	0.196
neg6	0.66	0.019	-0.027	-0.03
neg7	0.657	0.003	0.024	-0.071
neg2	0.634	-0.121	0.013	0.059
neg11	0.626	0.183	0.173	-0.327
neg3	0.614	-0.222	0.073	0.163
neg13	0.602	0.096	0.022	-0.255
neg1	0.595	-0.257	-0.002	0.244
neg12	0.586	0.072	-0.012	-0.165
neg4	0.586	0.074	0.031	0.107
pos5	0.022	0.787	-0.069	0.036
pos4	-0.009	0.767	-0.126	0.017
pos2	-0.005	0.582	-0.007	0.101
pos7	0.036	0.562	0.02	-0.031
pos6	0.037	0.559	0.131	-0.021
pos3	-0.067	0.511	-0.051	0.229
pos1	-0.118	0.492	0.045	0.133
pos8	0.024	0.451	-0.017	0.276
pos9	-0.021	0.393	0.321	-0.058
pos12	0.008	-0.037	0.894	-0.035
pos15	-0.037	-0.036	0.833	-0.038
pos11	0.014	0.032	0.797	0.056
pos14	-0.025	-0.025	0.772	0.113
pos17	0.065	0.07	-0.079	0.78
pos18	0.033	0.129	-0.039	0.653
pos16	-0.072	0.043	0.133	0.511
pos13	0.072	0.152	0.182	0.464
pos10	0.054	0.195	0.25	0.402

Tabella n. 12: pattern fattoriale scala Indicatori Positivi e Indicatori negativi

bile osservare emergono quattro fattori. Il primo fa riferimento agli *Indicatori negativi* (15,5% di varianza spiegata), il secondo è saturato dagli item relativi alla *Soddisfazione complessiva* (11,7% di varianza spiegata), il terzo è saturato dagli item nuovi relativi alla *Soddisfazione verso il top-management* (10,2% di varianza spiegata) ed infine il quarto fattore è saturato dagli item nuovi relativi alla *Soddisfazione della propria Unità Operativa* (8,1% di varianza spiegata). I fattori individuati sono risultati tutti correlati (Tabella 13), variando da un minimo di -.26 (correlazione tra insoddisfazione e soddisfazione per la propria Unità Operativa) a un massimo di .56 (correlazione tra soddisfazione generale e soddisfazione per l'Unità Operativa).

Per quanto riguarda l'attendibilità delle singole dimensioni, il coefficiente α di Cronbach del primo fattore è pari a .90 con coefficienti di correlazione item scala-totali corretti superiori a .55; l' α del secondo fattore è pari a .86 con coefficienti di correlazione item scala-totali corretti superiori a .50; il coefficiente α di Cronbach del terzo fattore è pari a .90 con coefficienti di correlazione item scala-totali corretti superiori a .75 ed infine il coefficiente α di Cronbach del quarto fattore è pari a .81 con coefficienti di correlazione item scala-totali corretti superiori a .55. Complessivamente quindi si può concludere che l'attendibilità di questa scala fattoriale è sicuramente adeguata.

	Insoddisfazione	Soddisfazione generale	Soddisfazione verso il top-management
Soddisfazione generale	-0.42	1	
Soddisfazione verso il top-management	-0.32	0.56	1
Soddisfazione della propria Unità Operativa	-0.26	0.56	0.39

Tabella n. 13: matrice di correlazione tra i fattori estratti dalla scala indicatori

	Fattore Disturbi psicosomatici
dist3	0.786
dist4	0.716
dist1	0.665
dist8	0.648
dist2	0.638
dist6	0.624
dist7	0.622
dist5	0.385

Tabella n. 14: pattern fattoriale scala Disturbi psicosomatici

Infine la tabella n. 14, presenta il pattern fattoriale della soluzione finale relativa alla scala 8 ovvero quella dei *Disturbi psicosomatici*. In linea con la letteratura (17) e quindi come ipotizzato, è emerso un solo fattore (41,6% di varianza spiegata).

Il coefficiente α di Cronbach è risultato pari a .84 con coefficienti di correlazione item scala-totali corretti superiori a .35. Complessivamente quindi si può concludere che l'attendibilità di questa scala fattoriale è sicuramente adeguata.

Statistiche descrittive

La tabella n. 15 riporta i punteggi dei diversi fattori esplorati con il QISO. Come è possibile osservare il punteggio medio totale del QISO è stato di 2,75, quindi superiore al cut-off di 2,6 che indica un livello "sufficiente" di salute organizzativa. Per quanto riguarda i punteggi specifici dei vari fattori dello strumento, questi sono stati inferiori al cut-off di 2,6 nelle sottoscale: *Percezione della Valorizzazione delle Competenze*, *Integrazione e lavoro in equipe*, *Indicatori di soddisfazione verso il top-management* e *Presenza di Disturbi psicosomatici*. Le restanti sottoscale hanno dato un punteggio superiore a 2,6.

DISCUSSIONE

Sulla base dei risultati di questo studio, il QISO risulta avere buone caratteristiche psicometriche di validità e affidabilità nel misurare la salute organizzativa in ambito infermieristico. L'analisi statistica effettuata ha dimostrato che la rivisitazione del MOHQ, orientata a contestualizzare lo strumento di indagine per la popolazione infermieristica, ha contribuito a fornire un valido punto di partenza per l'analisi organizzativa e la customer-satisfaction tra il personale infermieristico.

Non è inoltre da sottovalutare la rappresentatività campionaria sulla quale è stato testato il QISO in quanto in quanto lo rende ancor più uno strumento utilizzabile in tutti i contesti sanitari. Infatti se da un lato il campione studiato proviene, dal punto di vista geografico, solo da due Regioni del centro Italia e

Fattori QISO	Media	SD
Comfort dell'ambiente di lavoro	2.79	0.64
Percezione dei propri coordinatori	3.02	0.67
Percezione_dell'efficienza organizzativa	2.78	0.53
Percezione della valorizzazione delle competenze	2.34	0.57
Percezione delle relazioni con i colleghi	3.34	0.57
Percezione del conflitto	2.37	0.65
Percezione dell'efficacia organizzativa	2.9	0.61
Sicurezza e prevenzione degli infortuni	2.8	0.67
Propensione e apertura all'innovazione	2.65	0.7
Fatica lavorativa	3.09	0.59
Isolamento e routine lavorativa	3.06	0.59
Integrazione e lavoro in equipe	2.25	0.72
Stress	2.94	0.61
Indicatori negativi	2.67	0.6
Indicatori di soddisfazione generale	2.8	0.56
Indicatori di soddisfazione verso il top-management	2.44	0.76
Indicatori di soddisfazione per la propria Unità Operativa	3.06	0.61
Presenza di disturbi psicofisici	2.27	0.68
Media Totale	2.75	0.63

Tabella n. 15: Punteggio medio fattori QISO

quindi non è rappresentativo dell'intera popolazione infermieristica italiana, dall'altro risulta estremamente diversificato circa il contesto organizzativo. Sono stati infatti reclutati infermieri provenienti da contesti lavorativi diversi, rappresentativi di differenti tipologie organizzative delle Aziende Sanitarie di appartenenza. Si sono quindi studiate organizzazioni molto articolate come possono essere quelle dei due Policlinici Universitari, organizzazioni moderatamente complesse come le Aziende Sanitarie, organizzazioni alquanto lineari come i Presidi ospedalieri ed infine organizzazioni Pubbliche convenzionate, ovvero a conduzione e gestione privata. Circa l'area clinica di appartenenza, il campione è inoltre risultato essere molto rappresentativo anche in rapporto al singolo contesto organizzativo esaminato. L'allocazione e la distribuzione delle risorse umane, nel rispetto delle cure erogate, risultava essere pressoché simile in tutte le realtà sanitarie esaminate dove, all'aumentare della complessità assistenziale, era correlato l'aumento delle risorse infermieristiche assegnate. Proprio per questo la maggior parte degli infermieri proveniva dall'Area Critica (circa il 60%), mentre le restanti unità campionarie erano equamente distribuite rispettivamente nelle unità operative di diagnosi e cura e nei servizi ambulatoriali.

Oltre ad avere uno strumento di rilevazione della soddisfazione lavorativa degli infermieri, riconducibile ai processi organizzativi aziendali, il QISO permette di reperire importanti informazioni riguardanti la crescita e lo sviluppo professionale. Valutare modelli organizzativi che prevedono la personalizzazione dell'assistenza erogata e l'adozione di strumenti operativi, è sicuramente propedeutico ad una valutazione continua dell'assistenza, che pone al centro dell'intero processo il benessere lavorativo degli infermieri e la cura del cliente/utente. In taluni casi la soddisfazione e il benessere lavorativo del personale infermieristico, assume significati ben diversi. Lavorare in circostanze che contribuiscono a migliorare la qualità di vita dei clienti/utenti, a favorire lo sviluppo professionale, a tutelare l'interesse collettivo dei professionisti e della comunità, può certamente essere un elemento di motivazione e appartenenza che inevitabilmente si ripercuote sulla qualità lavorativa.

In questa direzione assume un valore fondamentale anche la valutazione, circa i rapporti di lavoro e la stima esistente tra infermiere e top-management, che il QISO è in grado di rilevare. Uno degli elementi di successo è infatti senza dubbio costituito dal ruolo centrale rivestito dal management come responsabile del processo di cambiamento e come fulcro dell'interazione tra i vari soggetti coinvolti. In questa ottica gli infermieri hanno l'opportunità di esprimere le loro potenzialità all'interno di un sistema condiviso di

regole. La motivazione e l'assunzione della responsabilità da parte degli infermieri richiede infatti che la configurazione organizzativa assicuri adeguati margini per l'effettivo esercizio.

Promuovere tra gli infermieri la loro partecipazione attiva ai processi di cambiamento, non significa solamente sapere che vengono loro assicurati maggiori spazi e ambiti di decisione, ma il vero significato di ciò, si configura nell'offrire al personale possibilità concrete di valorizzazione del loro talento. Questo perché la strategia dell'ascolto e della valorizzazione delle competenze si compie spesso favorendo forme di partecipazione organizzativa e di confronto con l'esterno. La motivazione al lavoro, dunque, non si crea agendo solo sul piano dell'empowerment individuale, ma costruendo le condizioni perché l'empowerment possa svilupparsi. Si tratta cioè di avviare percorsi graduali e credibili: non ha alcun senso investire in forme avanzate di motivazione individuale se ancora le Aziende Sanitarie non sono in grado neppure di assicurare le condizioni di base, che permettono agli infermieri di cogliere le attese organizzative e di sentirsi ad ogni effetto di appartenere all'organizzazione.

CONCLUSIONI

La possibilità di avere a disposizione uno strumento di ricerca come il QISO che misuri la salute organizzativa, apre la strada ad ulteriori studi, con i quali sarà possibile valutare quali variabili incidano su questa. Le analisi fattoriali e delle attendibilità hanno infatti evidenziato come la rivisitazione del MOHQ, con la sostituzione di diversi termini nonché l'inserimento di alcuni item riguardanti aspetti specifici della professione, ha contribuito a migliorare la lettura del contesto organizzativo in ambito infermieristico. In particolare emergono dei nuovi fattori ovvero quelli relativi alla *Percezione dell'efficacia organizzativa*, all'*Isolamento e routine lavorativa*, all'*Integrazione e lavoro in equipe* e quelli relativi agli *Indicatori di soddisfazione verso il top-management* e agli *Indicatori di soddisfazione per la propria Unità Operativa* che, insieme a quelli originari, possono contribuire ad identificare i punti sui quali intervenire per favorire un ambiente di lavoro "in salute" e prevenire quindi situazioni di assenteismo e turnover dei dipendenti, così come fenomeni di scarsa soddisfazione dell'utenza verso il servizio prestato. Gestire "bene" il personale investendo cultura, formazione e sensibilità, significa ridurre i costi aziendali, perché le persone, sentendosi valorizzate attraverso un approccio lavorativo più umano, si "ammalano" di meno, subiscono meno stress e sono più motivate a lavorare (Bettenardi et al.,

2008). Fondamentale in questo contesto è quindi la cultura manageriale infermieristica che non deve rispondere solo alle normali regole organizzative ma che alla specificità del ruolo professionale come valore sociale in sé perché tendente alla soddisfazione di un bisogno irrinunciabile: la salute. L'esigenza è quella, in sostanza, di umanizzare il lavoro degli infermieri, passando dalla metafora della "macchina amministrativa" a quella del "pensiero e delle emozioni delle persone" per creare valore pubblico, per migliorare i servizi e per qualificare l'assistenza erogata ai cittadini. E' opportuno porre l'attenzione sulle politiche organizzative che promuovono la salute, la cultura del posto di lavoro, da cui deriva la possibilità o meno di controllo e partecipazione da parte del lavoratore, di supporto sociale, di soddisfazione dei bisogni, di salute dell'individuo e dell'organizzazione. Altresì non bisognerebbe sottovalutare le caratteristiche delle nuove modalità di lavoro, basate prevalentemente su abilità cognitive (knowledgework) piuttosto che su capacità fisiche; pianificare la carriera, per esempio, renderebbe l'organizzazione più stimolante e desiderabile.

BIBLIOGRAFIA

- Avallone, F., Paplomatas, A. (2005). *Salute organizzativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bettenardi, O., Montagner, V., Maini, M., Vidotto, G. (2008). Organizational climate, trust and burnout in a rehabilitation center. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30 (1 Suppl A), A59-63.
- Björk, I.T., Samdal, G.B., Hansen, B.S., Tørstad, S., Hamilton, G.A. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 747-57.
- Camerino, D., Conway, P.M., Lusignani, M. (2005). Condizioni di lavoro infermieristico e intensione di cambiare: risultati dello studio europeo Next in Italia. *Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche*, 1, 6-11.
- Converso, D. (2005). *Benessere Organizzativo e qualità sociale*. Relazione presentata alla Giornata di Studio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino su Disagio psico-sociale, benessere organizzativo e qualità dei servizi in Sanità, Torino, 25 febbraio 2005.
- Coomber, B., Barriball, K.L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 297-314.
- Cortese, C.G. (2007). La soddisfazione lavorativa del personale infermieristico. Adattamento italiano della scala Index of Work Satisfaction di Stamps. *La Medicina del Lavoro*, 98, 175-91.
- Cortese, C.G. (2007). Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 15, 303-12.
- De Carlo, N., Dal Corso, L., Rolli, C. (2006). Linee guida e realizzazione di un questionario per il rilievo empirico del disagio organizzativo. Il mobbing: dal disagio al benessere organizzativo. Roma: Carocci, (pp. 116-22).
- Gigantesco, A., Mirabella, F., Bonaviri, G., Morosini, P. (2004). La valutazione della condizione lavorativa in popolazioni del settore sanitario. *La Medicina del Lavoro*, 95, 431-40.
- Khowaja, K., Merchand, R.J., Hirani, D. (2005). Registered nurses perception of work satisfaction at a Tertiary Care University Hospital. *Journal of Nursing Management*, 13, 32-9.
- Mac Davitt, K., Chou, S.S., Stone, P.W. (2007). Organizational climate and health care outcomes. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33, 45-56.
- Mrayyan MT. Hospital organizational climates and nurses' intent to stay: differences between units and wards. *Contemp Nurse* 2008; 27:223-36.
- Roelen, C.A., Koopman, P.C., Notenbomer, A., Groothoff, J.W. (2008). Job satisfaction and sickness absence: a questionnaire survey. *Occupational Medicine* 58, 567-71.
- Stone, P.W., Larson, E.L., Mooney-Kane, C., Smolowitz, J., Lin, S.X., Dick, A.W. (2006). Organizational climate and intensive care unite nurses' intention to leave. *Critical Care Medicine*, 34, 1907-12.
- Stone, P.W., Mooney-Kane, C., Larson, E.L., Pastor, D.K., Zwanziger, J., Dick, A.W. (2007). Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: an instrumental variable approach. *Health Services Research*, 42, 1085-104.
- Zangaro, G.A., Soeken, K.L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing and Health*, 30, 445-58.

Capitolo 4

Organizational health and quality of life:
survey among nurses on territorial emergency

Journal of Advanced Nursing (in press)

ORIGINAL RESEARCH

Organizational health and quality of life: survey among nurses on territorial emergency

Alessandro Sili, Ercole Vellone, Roberta Fida, Alessandra Gianlorenzi, Rosaria Alvaro, Francesco Avallone

Alessandro Sili, RN, MSN
PhD student, School of Nursing,
University "Tor Vergata" Rome,
Italy

Ercole Vellone, RN, MSN
Assistant Professor School of
Nursing, University "Tor
Vergata" Rome, Italy

Roberta Fida
Assistant Professor School of
Psychology University "La
Sapienza" Rome, Italy

Alessandra Gianlorenzi, RN,
MSN
Nurse Coordinator Policlinico
"Tor Vergata" Rome, Italy

Rosaria Alvaro, RN, MSN
Professor School of Nursing,
University "Tor Vergata" Rome,
Italy

Francesco Avallone
Professor School of Psychology
University "La Sapienza" Rome,
Italy

ABSTRACT

Aim. Investigate the role of organizational health dimensions in explaining the quality of life and psychosomatic complaints of nurses working within the territorial emergency.

Background. Workplace plays a central role in the onset of stress, in the beginning of syndromes and diseases of different kinds. More generally organizational processes and practices could have an impact on the quality of life of a nurses. Although several researches have investigated this relation, none of these studies have considered nurses working within the territorial emergency.

Method. 411 nurses working within the territorial emergency participated in the survey. Workers were administered two questionnaires measuring organizational health and quality of life. Descriptive and correlational analysis were used in order to investigate our aim.

Results. Mental health is mainly explained by work fatigue for women and older nurses, by organizational efficiency for males and finally by organizational efficacy for younger nurses. Moreover while organizational efficiency have a significant effect on physical health for both males and females nurses and for younger, work-related stress has a significant effect for both older nurses and males. Finally psychosomatic complaints are mainly explained by work fatigue for women and younger nurses, by negative indicators for males and older nurses.

Conclusion. Several organizational health dimensions explains quality of life and psychosomatic complaints of nurses working within the territorial emergency. Results in this way permits to identify possible intervention paths focusing on specific job and organizational dimensions that can lead to an increase of nurses' health.

Keywords: organizational health, quality of life, emergency nurses, multiple regression, ANOVA.

Introduction

Over the last few years several researches have investigated organizational health in nurses workplace. Their satisfaction and well-being are being considered more and more a priority (Alvaro *et al.* 2007, Bolognini 2007). Within the professional environment healthcare workers consume a considerable amount of physical and psychological energy. Therefore work should give satisfaction and the possibility of progressing, learning and using one's abilities in order to prevent frustrations which could also affect one's private life.

In this research we refers to "Organizational health" as "the whole of cultural nucleus, of processes and of organizational practices that animate the dynamic convivence in the working context, promoting, maintaining and improving physical, psychological and social well-being in the working community" (Avallone *et al.* 2005). It has been widely acknowledged that work environment and organization health plays a central role in the onset of stress and the beginning of different syndromes and diseases which could affect the quality of life (QoL) of an individual (Davis *et al.* 1999, Worplace 2008). Organizational health could considerably affect the QoL for different reasons. In particular work is primarily the source of economic support for an individual, an inalienable activity allowing the start of a series of elective activities, which enriches people's life, experiences and culture such as cultivating one's interests, travelling, playing sport. Therefore, it is clear that work environment,

the organizational practices and processes and the interpersonal relationships in the workplace could have a considerable effect on the QoL. Moreover a job which is appreciated and seen as positive affect also the QoL (Way 2006). The analysis of the literature have highlighted that none of these studies have investigated the relation among organizational health, QoL and well-being with nurses working within the territorial emergency.

Background

It has been suggested that high levels of ill health can be due to the nature of the work, organizational change and pressure at work (Cox & Griffiths 1995). In the healthcare work environment poorer quality of patient care is influenced by poor psychological health and high levels of sickness absence (Michie & Williams 2003; Van Laar 2007). Moreover the factors involved in QoL can affect the work performance of healthcare workers (Knox & Irving 1997).

Ellis and Pompili (2002) used both qualitative and quantitative methods to examine QoL in nurses. Results showed that nurses considered home-work interface, training opportunities, work stress, working conditions and career developments as important factors related to QoL. Another study highlighted the role of job demand, job control and social support in affecting healthcare workers' QoL, well-being and stress (Rusli *et al.* 2008). Ergun (2005) has showed that emotional burden, the high empathetic level as well as the peculiar relationship between female nurses and patients suffering from

cancer are factors, which inevitably affect the QoL of the staff. It has been corroborated the hypothesis that the implementation of a modern organizational culture among nurses, which affects their QoL positively, contributes to tackle the phenomenon of turnover, absenteeism, withdrawal, burnout (Gifford *et al.* 2002, Van Laar *et al.* 2007).

As noted by Hsu and Kernohan (2006) it is important to carry out research in specific groups of healthcare workers in order to provide appropriate strategies to improve nurses' QoL. In our research we examine how different organizational factors could influence QoL and health of nurses working within in the emergency. Moreover we examine differences in these relations between males and females and older and younger nurses.

THE STUDY

Aims

The aims of this study are:

1. To measure organizational health and quality of life among nurses working within territorial emergency;
2. To investigate the impact of organizational health dimensions on both quality of life and psychosomatic complaints both for males and female and both for older and younger nurses;
3. To investigate gender and age differences in both organizational health dimensions and quality of life components.

Design

In order to carry out the study, a descriptive and correlational analyses has been used.

Sample

The whole population of 726 nurses, who work within the territorial emergency of a central Italian region (Lazio), were invited to participate to this survey. From January to March 2009 questionnaire has been administered to nurses, who work in the different regional posts of territorial emergency of the five provinces. The aim of the study and the methods of compilation were explained to the nurses. At the end 411 (response rate 57%) questionnaires returned.

Data collection

Data were collected using a questionnaire assessing demographic variables, organizational health dimensions, quality of life and psychosomatic complaints.

Measures

Organizational health questionnaire (QISO) is a modified version adapted to the nursing context of the Multidimensional Organizational Health Questionnaire (Avallone *et al.* 2005). In its final version (for the results of QISO validation process see Sili *et al.*, 2010) it is composed of 8 4-point Likert scales (from 1 = *Never* to 4 = *Always*) with 112 items. In particular 6 scales measures the organizational health dimensions and 2 scales measures well-being indicators.

The scales of the QISO measuring the organizational health are the following: the first scale measures *Workplace Comfort*; the second scale refers to the organizational context and the relational processes and it measures six dimensions: *Perception of the coordinators*, the *Perception of the organizational efficiency*, the *Perception of workers' valorization*, the *Perception of the relationships with colleagues*, the *Perception of the conflict* and the *Perception of the organizational efficacy*. The third scale concerns the *Openness to Innovation*. The fourth scale, which is composed by a single factor, refers to the perception of the *accident Safety and Prevention*. The fifth scale refers to the *Tolerability of the tasks* and measures two dimensions: *Working fatigue*, *Isolation and working routine*. The sixth scale measures *Stress*.

The scale measuring well being indicators are the following: the job satisfaction scale measures four dimensions: *negative indicators* (absenteeism, desire to change work, resentment towards the organization, insignificance attached to the latter, indifference to work, etc.), *positive indicators* (will to engage oneself in work, feeling to be part of a team, high level of participation, will to go to work, etc.), *satisfaction with top-management* and, finally, *satisfaction of one's department*. The last scale measures the *psychosomatic complaints*. Table 2 shows the Cronbach's alpha coefficients and the item-total scale corrected correlation range and the number of items of each QISO dimension.

Quality of life is measured by means of SF-12 (Ware *et al.* 1996). This scale is derived from of the

SF-36 and it is composed of 12 items. This scale measures two indexes: the *Physical Component Summary* (PCS) and the *Mental Component Summary* (MCS), which respectively measures the level of physical and psychological QoL. This scale is widely used on international level and its reliability and validity have been tested within Italian studies (Apolone *et al.* 2001).

Ethical considerations

This research has been carried out following the approval from an ethical committee.

Data analysis

The data were analyzed using the Statistical Package for Social Science (SPSS) version 15.0. The internal consistency of each dimension was investigated by Cronbach's alpha and item-total scale corrected correlations. After having ascertained the reliability, dimensions were created by extracting factorial scores. Means and standard deviations were computed for all variables. In order to investigate gender and age differences two-ways ANOVAs were performed for each dimension. Moreover in order to analyse the relationships between the organizational health dimensions and the workers' well-being in terms of psychosomatic complaints and quality of life, multiple regression analysis were performed. In these analysis the level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results

Respondent demographics

As shown in table 1, women correspond to nearly 40 % of the sample whereas men correspond to more than 60%. The whole sample proves to have an average age slightly above 41 years old with a range between 24 and 59 and standard deviation of 8.85. With regards to the education, nearly 80% has a general nursing degree, while 20% took an university degree. The participants in this study were asked to indicate their complementary educational qualifications: slightly more than 10% have a specialization certificate obtained in the Regional schools, 6.6% have a qualifying certificate for managerial positions, 8.5% have a master's degree, 0.2% have a qualification as head nurse, 1% have a degree in obstetrical and nursing sciences and 0.7% have a different kind of degree.

Regarding marital status slightly more than 20% are single whereas the remaining are married or cohabitante.

Slightly more than one-third of the sample claimed to have two children, 27% one child, 26.3% no children, 10% three children and 1.2% more than four children. In relation to their professional position, more than 90% of the interviewees declared to have a permanent contract with their company. Slightly more than 1% of the sample have a part-time job and nearly all of them have a full-time job.

Table 2 showed Cronbach's alpha reliabilities and item-total scale corrected correlations range for each dimension. All dimensions have a good internal coherence and all items have item-total scale corrected correlations greater than 30.

Table 1. Respondent demographics

	Mean	SD	Range	N (%)
Gender				
Male				257 (62,5%)
Female				154(37,5%)
Age				
Male	44,45	14,84	24-59	
Female	41,06	3,53	25-57	
Education				
General nursing degree				335 (78,8%)
University degree				90 (21,2%)
Complementary education				
Specialization certificate				53 (12,9%)
Managerial position certificate				27 (6,6%)
Master degree				35 (8,5%)
Qualification as head nurse				1 (0,2%)
Specialist nursing degree				4 (1%)
Other degree				3 (0,7%)
Marital status				
Single				90 (21,9%)
Divorced				79 (17%)
Married				246 (59,9%)
Widower				5 (1,2%)
Job experience				
Total years of work	18,82	8,50	0-40	
Years of work in the actual hospital	9	16,11	0-30	
Average hours worked				
Daily	8,62	2,35	0-14	

Table n. 2: QISO and SF_12 dimensions' reliability

<i>Dimensions</i>	<i>N° item</i>	<i>Alfa di Cronbach</i>	<i>Item-total scale correlation range</i>
Workplace Comfort	10	.92	.62-.76
Perception of the coordinators	6	.86	.56-.72
Perception of the organizational efficiency	8	.83	.50-.64
Perception of the organizational efficacy	7	.76	.37-.59
Perception of the relationships with colleagues	5	.71	.41-.58
Perception of the improvement of the staff	4	.65	.30-.56
Perception of the conflict	4	.58	.30-.46
Openness to Innovation	9	.92	.64-.80
Accident Safety and Prevention	8	.85	.34-.77
Working fatigue	5	.72	.42-.52
Stress	3	.54	.34-.38
Isolation and working routine	3	.59	.30-.57
Negative indicators	13	.90	.54-.68
Positive indicators	7	.86	.46-.74
Satisfaction with top-management	8	.85	.51-.69
Satisfaction of one's department	3	.76	.49-.66
Psychosomatic diseases	8	.85	.31-.72
SF_12			
Physical Component Summary	6	.64	.32-.49
Mental Component Summary	6	.78	.48-.65

Table 3 and table 4 shows means and standard deviations of dimensions obtained in the factor analysis of QISO scale and SF12 scale separately for males and females and younger and older nurses. Workers have been divided in two groups: the younger aged from 24 to 42 years (below the median 42.4 years old) and the older aged from 43 to 59 years (above the median).

Results from the two-way ANOVA showed significant gender and age differences on a number of assessed factors whereas none of the interactions

between gender and age were found. The degrees of freedom for these F values were 1 and 411. Males have lower levels of MCS (F = 10.13, p<0.01), PCS (F = 16.55, p<0.01) and of the following QISO factors: the *Perception of the coordinators* (F = 8.52, p<0.01), the *Perception of the organizational efficiency* (F = 8.16, p<0.01) and the *Perception of the organizational efficacy* (F = 4.84, p<0.05). Female nurses perceived lower levels of *negative indicators* (F = 5.93, p<0.05) and *psychosomatic complaints* (F = 16.82, p<0.01). There were no

significant differences between female and male nurses in the QISO factors: *workplace comfort, perception of the relationships with colleagues, perception of workers' valorization, perception of the conflict, accident safety and prevention,*

isolation and working routine, working fatigue, stress, indicators of satisfaction with top-management, positive relationships indicators, indicators of satisfaction with one's own department, inclination and openness to innovation.

Table n. 3: QISO and SF_12 dimensions separately for male and female

	Female		Mail	
	Mean	SD	Mean	SD
Mental Component Summary *	-0,186	0,919	0,111	0,903
Physical Component Summary *	-0,193	0,931	0,116	0,823
Workplace Comfort	0,030	0,963	-0,018	0,965
Perception of the coordinators*	-0,182	0,879	0,109	0,974
Perception of the organizational efficiency*	-0,175	0,868	0,105	0,948
Perception of the organizational efficacy*	-0,125	0,818	0,075	0,948
Perception of the relationships with colleagues	-0,086	0,873	0,052	0,910
Perception of the improvement of the staff	-0,059	0,812	0,035	0,929
Perception of the conflict	0,062	0,790	-0,037	0,874
Accident Safety and Prevention	-0,029	0,907	0,018	0,969
Isolation and working routine	-0,001	0,972	0,000	1,006
Working fatigue	0,037	0,772	-0,022	0,912
Stress	0,000	0,775	0,000	0,846
Negative indicators *	0,126	1,000	-0,076	0,928
Satisfaction with top-management	-0,106	0,948	0,064	0,947
Positive indicators	-0,014	0,896	0,008	0,955
Satisfaction of one's department	0,003	0,826	-0,002	0,939
Psychosomatic diseases*	0,215	0,901	-0,129	0,929
Openness to Innovation	-0,096	0,826	0,058	1,035

*significantly different

Table 4: QISO and SF_12 dimensions separately for younger and older nurses

	Younger (24 – 42 anni)		Older (43 – 59 anni)	
	Media	SD	Media	SD
Mental Component Summary	-0,013	0,976	0,012	0,863
Physical Component Summary *	0,115	0,712	-0,110	0,999
Workplace Comfort	-0,025	0,930	0,024	0,996
Perception of the coordinators	-0,068	0,949	0,065	0,946
Perception of the organizational efficiency	-0,051	0,909	0,049	0,944
Perception of the organizational efficacy	-0,015	0,893	0,014	0,920
Perception of the relationships with colleagues	-0,072	0,852	0,069	0,936
Perception of the improvement of the staff	-0,014	0,769	0,013	0,989
Perception of the conflict*	-0,080	0,835	0,077	0,848
Accident Safety and Prevention	-0,048	0,925	0,046	0,964
Isolation and working routine	-0,046	1,026	0,044	0,959
Working fatigue	-0,067	0,888	0,064	0,833
Stress*	-0,083	0,801	0,080	0,830
Negative indicators *	-0,068	0,899	0,065	1,011
Satisfaction with top-management	-0,016	0,901	0,016	0,997
Positive indicators	-0,003	0,869	0,003	0,992
Satisfaction of one's department	0,045	0,894	-0,043	0,900
Psychosomatic diseases*	-0,098	0,912	0,094	0,944
Openness to Innovation	0,011	0,890	-0,011	1,032

*significantly different

With regard to age difference the youngest ones have a better PCS ($F = 10.91$, $p < 0.01$). In relation to the analysis carried out with the QISO, they have lower levels of *stress* ($F = 3.98$, $p < 0.05$), *negative indicators* ($F = 4.29$, $p < 0.05$), *psychosomatic complaints* ($F = 7.31$, $p < 0.01$) and, finally, *perception of the conflict* ($F = 5.80$, $p < 0.05$). There are no significant differences between the younger and the older nurses in relation to MCS and the QISO dimensions: *comfort of the workplace,*

perception of the coordinators, perception of the organizational efficacy, perception of the relationships with colleagues, development of working skills, accident safety and prevention, isolation and working routine, working fatigue, indicators of satisfaction with top-management, positive indicators, indicators of satisfaction with one's department, inclination and openness to innovation.

Multiple regression analysis

In order to investigate the effect of the dimensions of the organizational health on the psychosomatic complaints and the two dimensions of the quality of life, three different analysis of multiple regression have been carried out. Since the analysis of variance showed significant differences between males and females and between younger and older workers, each multiple regression has been carried out separately on males and females, as well as on the youngest and the oldest nurses. Thus, it is possible to investigate if some dimensions have an effect on the quality of life and on the diseases only for female or male nurses and, similarly, only for the young or the older workers. Results of the regressions showed that the dimensions of the organizational health explained a part of the variance of the PCS, the MCS and the *psychosomatic complaints*. Particularly, with regard to the regressions on the male sample, the results highlighted that the dimensions of the QISO explained a total of the 20.2% of the MCS, a total of the 17.1% of the PCS and the a total of the 38.7% of the *psychosomatic complaints*. With regard to the female sample, the dimensions of the QISO explained a total of the 29.9% of the MCS, a total of the 30.9% of the PCS and a total of the 45.0% of the *psychosomatic complaints*.

Finally, within the group of the oldest workers the results highlight that the dimensions of the QISO explained a total of the 36.4% of the MCS, a total of the 28.8% of the PCS and a total of the 43.9% of the *psychosomatic complaints*. Tables 5, 6 and 7

showed the regression coefficients separately for males, females, younger and older workers.

As shown in Table 5, the *perception of the organizational efficiency* has a positive significant effect on MCS only for males, that is, the higher the perception of *organizational efficiency* the higher mental health. The *perception of the organizational efficacy* has a positive and significant effect on MCS only for the youngest workers; that is the higher the perception of *organizational efficacy* the higher levels of mental health. The *perception of the relationships with colleagues* and the *indicators of the satisfaction with one's department* have a positive significant effect on MCS only on the oldest workers; mainly, a better perception of the working relationships with colleagues as well as a satisfaction with one's department facilitates a higher level of mental health. The perception of the *accident safety and prevention* affects significantly MCS for both the youngest and the male workers; particularly, the safer the professional environment is perceived, greater is the feeling that the organization makes every effort within the accident prevention and better is the mental health of the sample. On the other hand, among the oldest and the female nurses the *working fatigue* has a negative significant effect on MCS: the harder the work, the weaker their mental health. The *negative indicators* significantly affect MCS both for older and for male workers: the more negative the perception of one's work is, the weaker their mental health is. A positive perception of work has on the other hand a significant effect on MCS both for the younger and

for the female nurses: the more positive perception of one's work the more workers mental health.

Table 5 Regression analysis of QISO dimensions on MCS by gender and age.

Mental Component Summary	Younger		Older		Males		Females	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Workplace Comfort	-0,077	0,483	-0,099	0,197	-0,153	0,062	0,147	0,145
Perception of the coordinators	-0,109	0,352	-0,111	0,253	-0,123	0,392	0,051	0,695
Perception of the organizational efficiency	0,108	0,398	0,107	0,362	0,283*	0,013*	-0,125	0,393
Perception of the organizational efficacy	0,283*	0,006*	-0,124	0,181	0,083	0,369	0,035	0,726
Perception of the relationships with colleagues	0,004	0,966	0,241*	0,009*	0,059	0,504	0,186	0,104
Perception of the improvement of the staff	-0,125	0,203	0,012	0,894	-0,042	0,632	-0,059	0,607
Perception of the conflict	0,061	0,435	0,013	0,856	0,000	0,999	0,027	0,768
Accident Safety and Prevention	0,236*	0,038*	-0,020	0,805	0,198*	0,015*	-0,036	0,734
Isolation and working routine	0,156	0,121	0,000	0,998	0,060	0,474	0,093	0,395
Working fatigue	-0,040	0,710	-0,264*	0,004*	-0,044	0,649	-0,246*	0,018*
Stress	-0,107	0,363	-0,173	0,103	-0,132	0,203	-0,126	0,323
Negative indicators	-0,125	0,136	-0,176*	0,014*	-0,202*	0,006*	-0,065	0,496
Satisfaction with top-management	-0,095	0,353	0,016	0,873	-0,031	0,763	-0,025	0,818
Positive indicators	0,215*	0,031*	0,163	0,096	0,178	0,072	0,348*	0,001*
Satisfaction of one's department	-0,136	0,123	0,175*	0,037*	0,021	0,793	0,009	0,930
Openness to Innovation	-0,070	0,501	0,107	0,209	-0,056	0,529	-0,001	0,989

*significantly different

As shown in Table 6, with regard to the regressions on the physical health, the perception of the *Workplace Comfort* affects significantly PCS only for female nurses; particularly, higher levels of *workplace comfort* facilitate higher levels of physical health. On the other hand, the factors *perception of the relationships with colleagues*, *perception of the organizational efficacy*, *perception of workers valorization* have a significant effect only on the oldest workers. Particularly, a better perception of these

organizational factors facilitates a higher level of mental health. *Stress* affects significantly only older and male workers: the higher the level of *stress*, the lower the level of physical health. Finally, a positive perception of one's work has a considerable effect on all groups except on the youngest nurses; in particular, physical health improves with a greater presence of *positive indicators*.

Table 6 Regression analysis of QISO dimensions on PCS by gender and age.

Physical Component Summary	Younger		Older		Male		Female	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Workplace Comfort	0,035	0,749	0,046	0,568	-0,015	0,855	0,246*	0,015*
Perception of the coordinators	0,115	0,333	-0,059	0,564	-0,130	0,187	0,177	0,170
Perception of the organizational efficiency	0,289*	0,027*	-0,113	0,363	0,255*	0,029*	-0,329*	0,025*
Perception of the organizational efficacy	0,066	0,528	-0,196*	0,046*	-0,028	0,767	-0,104	0,302
Perception of the relationships with colleagues	-0,035	0,736	0,286*	0,003*	0,068	0,449	0,187	0,101
Perception of the improvement of the staff	-0,134	0,179	0,225*	0,023*	0,059	0,509	0,116	0,309
Perception of the conflict	0,025	0,754	-0,038	0,613	-0,039	0,577	0,001	0,988
Accident Safety and Prevention	0,109	0,342	-0,107	0,215	-0,099	0,228	-0,019	0,855
Isolation and working routine	-0,096	0,347	0,012	0,891	-0,024	0,779	-0,046	0,671
Working fatigue	-0,031	0,775	-0,056	0,560	-0,001	0,993	-0,051	0,617
Stress	-0,109	0,364	-0,334*	0,003*	-0,288*	0,007*	-0,197	0,121
Negative indicators	-0,076	0,376	-0,145*	0,055*	-0,129	0,084	-0,131	0,165
Satisfaction with top-management	-0,109	0,296	-0,038	0,718	-0,096	0,363	-0,009	0,935
Positive indicators	0,174	0,086	0,257*	0,014*	0,283*	0,005*	0,222*	0,034*
Satisfaction of one's department	0,049	0,584	0,092	0,297	0,085	0,293	0,096	0,336
Openness to Innovation	-0,269*	0,012*	-0,026	0,771	-0,152	0,092	-0,087	0,418

*significantly different

As shown in Table 7, regarding *psychosomatic complaints* the *perception of the collaboration with one's colleagues* affects significantly only the older workers. A better perception of the relationships with one's collaborators prevents the onset of diseases. The *perception of the conflict* has a significant effect on the diseases of the younger and male nurses; particularly the higher the level of conflict perceived, the higher the level of psychosomatic complaints. Working fatigue affects significantly the younger and female workers; particularly, the greater is *working fatigue*, the higher the levels of psychosomatic complaints. Moreover, *stress* has a significant effect only on the older and male workers; mainly, the higher the level of stress,

the higher the level of the diseases. A negative perception of one's work affects significantly all groups; particularly, within one's professional environment a greater presence of *negative indicators* increases psychophysical diseases. Finally, a positive perception of one's work has a considerable effect on all groups, except on the oldest nurses; the greater the presence of *positive indicators*, the lesser the number of diseases.

Table 7 Regression analysis of QISO dimensions on Psychosomatic complaints by gender and age

Psychosomatic complaints	Younger		Older		Male		Female	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Workplace Comfort	-0,049	0,608	0,109	0,128	0,101	0,161	-0,165	0,065
Perception of the coordinators	-0,027	0,794	-0,020	0,822	-0,001	0,990	-0,062	0,592
Perception of the organizational efficiency	-0,123	0,267	0,073	0,507	-0,166	0,096	0,137	0,070
Perception of the organizational efficacy	-0,077	0,390	0,135	0,083	0,105	0,194	-0,022	0,809
Perception of the relationships with colleagues	0,110	0,220	-0,287*	0,001*	-0,031	0,683	-0,108	0,288
Perception of the improvement of the staff	0,051	0,551	-0,019	0,828	0,004	0,961	-0,121	0,236
Perception of the conflict	0,176*	0,011*	0,088	0,185	0,121*	0,043*	0,108	0,181
Accident Safety and Prevention	-0,091	0,354	0,072	0,347	-0,031	0,665	0,133	0,159
Isolation and working routine	0,079	0,368	-0,097	0,218	-0,042	0,573	0,058	0,547
Working fatigue	0,260*	0,006*	0,142	0,099	0,161	0,056	0,284*	0,002*
Stress	0,132	0,199	0,341*	0,001*	0,227*	0,013*	0,160	0,158
Negative indicators	0,198*	0,007*	0,366*	0,000*	0,417*	0,000*	0,219*	0,010*
Satisfaction with top-management	0,107	0,091	-0,058	0,537	0,139	0,089	0,016	0,863
Positive indicators	-0,258*	0,003*	-0,084	0,358	-0,210*	0,016*	-0,202*	0,030*
Satisfaction of one's department	0,076	0,322	-0,020	0,799	-0,071	0,304	0,099	0,265
Openness to Innovation	0,053	0,560	-0,021	0,790	0,054	0,487	-0,057	0,551

*significantly different

Discussion

This study is the first which has examined the relation between organizational health and QoL in a sample of nurses working within the territorial emergency. As a whole, females prove to have better conditions of mental and physical health, perception of their coordinators and, in terms of organizational efficacy and efficiency. To a greater extent, males are more prone to psychosomatic complaints as well as to phenomena referable to the presence of negative indicators. Better physical health and less stress and psychosomatic complaints were found among the youngest nurses, who noticed a lesser presence of negative indicators and interpersonal conflict within their professional context. The

involvement of nurses within organizational processes proves to be a crucial issue.

Some authors have studied the turnover of the nursing staff working in the Intensive Care Units (Stone *et al.* 2006, Stone *et al.* 2007, Mrayyan 2008). They have demonstrated that nurses showed their willingness not to work within Intensive Care Units not because of the level of treatment, which are particularly stressful, but because of the scarce involvement in the organizational processes. Within the assessment of the QoL, the whole sample proved to have a low level of QoL compared to both national and international standards (Kodriliu *et al.* 2001). A study, which was carried out on 61,434 Italian healthy subjects, has demonstrated that the average scores of the PCS and the MCS correspond respectively to 50.03 and 50.07 with a

slight decrease of the scores among female nurses compared to male nurses. Moreover, both in male and female nurses the average discrepancy between the PCS and the MCS corresponds to 0.5% (Quattrocchi *et al.* 2005). In the sample concerned the research has highlighted that the scores of the PCS are higher than 3.2 compared to the MCS and the male workers' quality of life is significantly better than that of the female nurses.

Within the study the multiple regression, which was carried out separately depending on sex and age, has highlighted some interesting relations among same dimensions of the organizational health, the psychosomatic diseases and the two dimensions of the quality of life of nurses working within the territorial emergency. Regarding the female nurses, their physical health is affected by the comfort of the professional environment, whereas their mental health is closely correlated to the working fatigue as well as to the presence of positive indicators within their own organizational context. The greater the female nurses' workload, the lower the level of their mental health is. The latter improves with the presence of some phenomena within the professional context. Such phenomena are referable to the feeling of being part of a team, to the high involvement at work and to the desire to engage in work. Consequently, the study has shown that the presence of negative indicators affects their psychosomatic conditions. Phenomena such as the desire to change work, the resentment towards the organization, the insignificance attached to the latter and the indifference to one's work, favor the onset of

diseases. Instead the research has stressed that in men the presence of interpersonal conflicts and work-related stress are the causes of the onset of the psychosomatic diseases. Indeed, a survey carried out on 698 workers has shown that episodes of anxiety and depression, which are considered as the expression of mental health, are directly proportional to the increase in factors causing stress. On the contrary, the latter prove to be inversely proportional to the physical health (Bin *et al.* 2008, Clegg 2003). Moreover, the study has demonstrated how the mental health of male nurses is proportionally affected by organizational efficiency, as well as by the appropriate procedures regarding accident safety and prevention within their professional context. Their mental health is in inverse proportion to the presence of negative indicators within the same context. With regard to the younger nurses, this survey has shown that organizational efficiency and the openness to innovation affect their physical health. Moreover, their mental health proves to be affected by organizational efficacy, positive indicators and the perception of a safe workplace. As shown in the literature, the oldest nurses generally suffer less from dissatisfaction at work both because they have a well-established professional autonomy and they do not want to change their work (Duffield *et al.* 2009). Our study has shown that the physical health of the oldest nurses enhances with the improvement of the organizational efficacy, the perception of workers valorization as well as positive perception of their workplace. Their physical health and psychosomatic complaints are also affected by stress and negative indicators

and the improvement of the interpersonal relationships. Moreover their mental health is directly proportional to the quality of interpersonal relationships established with colleagues, the satisfaction of one's department, the work fatigue and the presence of negative indicators. Another study carried out among health staff, including nurses (PiKo 2005), has demonstrated that there is a correlation between the non-handling of interpersonal conflicts by the managers and the beginning of an emotional breakdown among the staff. This survey as well as other studies (Gershon *et al.* 2007, Bettenardi 2008) have shown that dissatisfaction at work is a negative index of the onset of the syndrome of burn-out. Finally, the whole sample highlighted the connection between the presence of negative indicators within the professional context and the onset of psychophysical diseases. A better organizational efficiency improves the physical health of all healthcare workers, except male workers. From this point of view, the kind of leadership adopted both by coordinators and nursing managers has a fundamental role. The literature has widely demonstrated that an adequate leadership can favor a better satisfaction at work among the nursing staff, which inevitably affects the quality of treatment (Raup 2009, Au-Yeung 2002, Shipton 2008). Moreover, among the different kinds of leadership, the transformational one proves to be more correlated to the working satisfaction of the staff (Failla *et al.* 2008).

Study limitations

The findings of this study should be interpreted in the context of a few limitations. A clear limitation of this research lies in its cross-sectional nature. Longitudinal or experimental design may further confirm what we found here. Another limit of this research is in the mono-method design used for data collection: objective indicators of organizational context may in fact be added to enhance the generalizability of self-report based results. A final possible limit that threatens to the validity of this research consists in a possible specification error due to not having included some important variables related to quality of life and psychosomatic complaints such as burnout, personality variables such as trait anxiety, variables related to control, coping

SUMMARY STATEMENT

What is already known about this topic

- The nature of the work, organizational processes and practice, and pressure at work all contribute to high levels of ill health.
- Organizational health affects job satisfaction, commitment, burnout of nurses and its dimensions plays a central role in controlling the nurses' turnover and intention to leave.
- The quality of life is influenced by working conditions and work-related stress.

What this paper adds

- An analysis of how different organizational factors could influence quality of life and health of nurses working in a specific context that is, the emergency.

- Females nurses working within the territorial emergency showed higher levels of physical and mental health and lower psychosomatic complaints. Younger nurses showed higher level of physical health and lower level of work-related stress and psychosomatic complaints.
- Some organizational health dimensions have a specific effect on the quality of life and on the diseases depending of nurses' gender and age.

Implications for practice and/or policy

- Nursing managers have to focus on organizational health within the territorial emergency to enhance organizational and nurses' well-being.
- The perceived efficiency and efficacy, the openness to innovation, the comfort and the safety of the workplace, as well as the relationships among colleagues and coordinators, the valorization of workers and the perceived work overload constitute the central and original nucleus on which intervene to promote and sustain well being and health in work environments.

Conclusion

The research has shown how the QoL of nurses working within the territorial emergency is correlated to the organizational health dimensions. Summarizing, the perceived efficiency and efficacy, the openness to innovation, the comfort and the safety of the workplace, as well as the relationships among colleagues and coordinators, the valorization of workers and the perceived work overload constitute the central and original nucleus on

which intervene to promote and sustain well being and health in work environments. Indeed, it is advisable to focus on the policies, which can promote the organizational health. This can give a worker the opportunity to participate actively in the working dynamics. Nowadays, nurses working within the territorial emergency have to carry on a job, which inevitably leads healthcare companies to re-examine their own organizational dynamics. Obviously, in order to have a response in terms of quality, the nurses' professional life has to meet their different expectations. The latter are fundamental for the reduction of work-related stress, which affects their QoL (Hsu *et al.* 2006). The "appropriate" handling of the staff, which is carried out investing on culture, training and feeling, consists in cutting business costs. Workers, who are appreciated by means of a humane approach, "become ill" less, are less subjected to stress and are more motivated to work (Oi-ling 2002, Roelen *et al.* 2008). Within such context, the managerial nursing culture is fundamental. It has to meet not only the normal organizational rules but also the specificity of a professional role as social value, because the latter aims at guaranteeing an inalienable right: health. It is necessary to humanize nurses' work and to transform the metaphor of the "administrative machine" into the metaphor of "human thought and emotions", in order to create public value, to improve services and to qualify the assistance to citizens (Lovgrenn 2002).

References

- Alvaro R. & Sili A. (2007) Il benessere organizzativo: la percezione degli infermieri. *Professioni Infermieristiche* **60** (3), 139-147.
- Apolone G., Mosconi P., Quattrociochi L., Granicolo E., Groth N., & Ware J.E. (2001) Questionario sullo Stato di Salute SF-12. Versione Italiana. *Guerini e Associati Editore, Milano*.
- Au-Yeung B. & Mok E. (2002) Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Honk Kong. *Journal of Nursing Management* **10**, 129-137.
- Avallone F. & Paplomatas A. (2005) Salute organizzativa. *Raffaello Cortina Editore, Milano*.
- Bettenardi O., Montagner V., Maini M., & Vidotto G. (2008) Organizational climate, trust and burnout in a rehabilitation center. *Giornale Italiano Medicina del Lavoro ed Ergonomia* **30**, 59-63.
- Bolognini B. (2007) L'analisi del benessere organizzativo. *Carrocci Editore, Roma*.
- Clegg A. (2003) Occupational stress in nursing: a review of literature. *Journal of Nursing Management* **9**, 101-106.
- Cox T. & Griffiths A. (1995) The nature and measurement of work stress: theory and practice. In *Evaluation of Human Work: A Practical Ergonomics Methodology* (Wilson J.R., ed.), 3rd edn. Taylor & Francis, London, pp. 553-555.
- Davis B. & Thorburn B. (1999) Quality of nurse's work life: strategies for enhancement. *Canadian Journal Nursing Leadership* **12** (4), 11-15.
- Duffield C., Roche M., O'Brien-Pallas L., Catling-Paull C., & King M. (2009) Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. *Collegian* **16** (1), 11-17.
- Ellis N. & Pompili A. (2002) Quality of Working Life for Nurses: Report on Qualitative Research. Health Risk Management Practice. Price Waterhouse Coopers, Publications Production Unit, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra.
- Ergün F.S., Oran N.T., & Bender C.M. (2005) Quality of life of oncology nurses. *Cancer Nursing* **28** (3), 193-202.
- Failla K.R. & Stichler J.F. (2008) Manager and staff perceptions of the manager's leadership style. *Journal of Nursing Administration* **38** (11), 480-487.
- Gershon R.M., W. Stone P., Zeltser M., Faucett J., Macdavit K., & Chou S. (2007) Organizational Climate and Nurse Health Outcomes in the United States: A Systematic Review. *Industrial Health* **45**, 622-636.
- Gifford B.D., Zammuto R.F., & Goodman E.A. (2002) The relationship between hospital unite culture and nurse's quality of work life. *Journal Health Management* **47** (1), 13-25.
- Hsu M.Y. & Kernohan G. (2006) Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *Journal of Advanced Nursing* **54** (1), 120-131.
- Knox S. & Irving J.A. (1997) An interactive quality of work life model applied to organizational transition. *Journal of Nursing Administration* **27**(1), 39-47.
- Kodraliu G., Mosconi P., Groth N., Carmosino G.C., Donzelli A., Gianicolo E., Rossi C., & Apolone G. (2001) Self-perceived health status assessment in epidemiological studies: evaluation of the SF-12 Health Survey. Results from the MiOS Project. *Journal Epidemiology Biostatistics* **6**, 305-316.
- Lovgren G. & Rasmussen B.H. (2002) Working conditions and the possibility of providing good care. *Journal of Nursing Management* **10**, 201-209.

- Michie S. & Williams S. (2003) Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine* **60**(1), 3–9.
- Mrayyan M.T. (2008) Hospital organizational climates and nurses' intent to stay: differences between units and wards. *Contemporary Nurse* **27**, 223-36.
- Oi-ling S. (2002) Predictor of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal Advanced Nursing* **40** (2), 218-229.
- Piko BF. (2006) Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal Nursing Study* **43** (3), 311-8.
- Quattrocioni L., Gianicolo E.A.L., Groth N., & Ware J.E. (2005) Questionario sullo stato di salute SF-12 Versione Italiana Aggiornamento. *Guerini e Associati Editore, Milano*.
- Raup G.H. (2008) The impact of ED nurse manager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals. *Journal of Emergency Nursing* **34** (5), 403-502.
- Roelen C.A., Koopman P.C., Notenbomer A., & Groothoff J.W. (2008) Job satisfaction and sickness absence: a questionnaire survey. *Occupational Medicine* **58**, 567-71.
- Rusli B.A., Edimansyah B. A., & Naing L. (2008) Working condition, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modeling approach. *BioMed Central Public Health* **8** (48), 1-12.
- Shipton H., Armstrong C., West M., & Dawson J. (2008) The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *International Journal Quality Health Care* **20** (6), 439-445.
- Sili A., Vellone E., De Marinis M.G., Fida R., Venturini G., Alvaro R., (in press) Misurare il Benessere Lavorativo: Validità e Affidabilità del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa. *Professioni Infermieristiche*
- Stone P.W., Larson E.L., Mooney-Kane C., Smolowitz J., Lin S.X., & Dick A.W. (2006) Organizational climate and intensive care unite nurses' intention to leave. *Critical Care Medicine* **34**, 1907-1912.
- Stone P.W., Mooney-Kane C., Larson E.L., Pastor D.K., Zwanziger J., & Dick A.W. (2007) Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: an instrumental variable approach. *Health Services Research* **42**, 1085-1104.
- Van Laar D., Edwards J.A., & Easton S. (2007) The work-related quality of life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing* **60** (3), 325-333
- Ware J.E., Kosinski M., & Keller S.D. (1996) A 12-Item Short Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care* **34**, 220-233.
- Way M. & MacNeil M. (2006) Organizational Characteristics and their effect on health. *Nursing Economics* **24** (2), 67-76
- Worplace S. (2008) Bullying Experienced by Massachusetts Registered Nurses and relationship to intention to leave the organization. *Advances in nursing Science* **31** (2), 48-59.

Capitolo 5

Infermieri di Camera Operatoria e Infermieri di Medicina Generale: la diversa percezione della propria Salute Organizzativa

La Medicina del Lavoro (in press)

Infermieri di Camera Operatoria e Infermieri di Medicina Generale: la diversa percezione della propria Salute Organizzativa

A. Sili*, E. Vellone**, R. Fida***, R. Alvaro****, F. Avallone*****

*Scuola di Dottorato in Scienze Infermieristiche Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

**Ricercatore in Scienze Infermieristiche Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

***Ricercatore in Psicologia del Lavoro Università degli Studi "La Sapienza" di Roma

****Professore Associato in Scienze Infermieristiche Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

*****Università degli Studi "La Sapienza" di Roma Professore Ordinario di Psicologia del Lavoro Università degli Studi "La Sapienza" di Roma

SUMMARY

Background. It is widely recognized that the job environment is crucial in the genesis of stress and other disorders that may affect the occupational health of nurses. Specific job context and the activities performed by nurses in different clinical settings can be positive or negative predictors of organizational health.

Objectives. The aim of this study was to describe and compare organizational health between nurses working in Operating Theater and Medical ward.

Methods. For the present study participation was asked to 670 nurses from six university hospitals in Italy and a total of 542 nurses constituted the final sample. The Nursing Organizational Health Questionnaire was used to collect the data that was administered from January to March 2010. A descriptive comparative design was used.

Conclusions. The results showed that nurses of Medicine Ward perceive their job environment as healthy and are significantly more satisfied and have less psychosomatic complaints than their colleagues working in Operating Theaters.

RIASSUNTO

E' stato ampiamente riconosciuto che l'ambiente di lavoro risulta fondamentale nella genesi di stress e nell'insorgere di sindromi e disturbi di vario genere, che possono influenzare la salute lavorativa degli infermieri. Partendo dal presupposto che lo specifico contesto lavorativo nonché le diverse funzioni svolte dal personale infermieristico nei diversi ambiti clinici di afferenza, possano essere considerati predittori positivi o negativi di salute organizzativa, gli autori della presente ricerca hanno voluto studiare il fenomeno in due gruppi di infermieri che prestano servizio in due contesti lavorativi diversi per tipologia del lavoro svolto e per ambiente: le Camere Operatorie e le Unità Operative di Medicina. Per il presente studio è stata chiesta la partecipazione a 670 infermieri di sei

Policlinici Universitari italiani ed hanno costituito il campione oggetto di indagine 542 lavoratori. Lo strumento di rilevazione è stato il Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO), somministrato dal mese di gennaio al mese di marzo 2010, e per la conduzione della ricerca è stato utilizzato un disegno descrittivo e comparativo. I risultati hanno dimostrato che gli infermieri delle Unità Operative di Medicina percepiscono il loro ambiente di lavoro più in salute e sono significativamente più soddisfatti e con meno disturbi psicosomatici rispetto ai loro colleghi che lavorano nelle Camere Operatorie.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si sta assistendo ad una maggiore sensibilità, da parte delle organizzazioni sanitarie, verso i bisogni umani degli infermieri la cui soddisfazione viene sempre più avvertita come prioritaria (2, 7). La “salute organizzativa”, intesa quindi come *“l’insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative”* (5), risulta peculiare nella gestione del personale. Il cambiamento importante sta nel fatto che l’individuo viene legittimato a giudicare e misurare la soddisfazione dei propri bisogni e delle proprie condizioni di vita in quanto è stato ampiamente riconosciuto che l’ambiente di lavoro risulta fondamentale nella genesi di stress e nell’insorgere di sindromi e disturbi di vario genere che possono limitare la qualità della vita dell’individuo (11, 33). L’ambiente di lavoro e la salute organizzativa influenzano quindi notevolmente la qualità di vita dei lavoratori per via di diversi fattori basilari.

Il lavoro infatti è in primo luogo la fonte di sostentamento economico della persona, una attività di cui non si può fare a meno e che permette di azionare tutta una serie di attività elettive che arricchiscono l’esistenza, le esperienze e la cultura delle persone come ad esempio coltivare i propri interessi, viaggiare, fare sport. È chiaro quindi che un posto di lavoro che venga apprezzato e percepito come positivo, influenza notevolmente la qualità di vita (32).

Nell’ambiente di lavoro si trascorre molto tempo con una notevole dispersione di energia fisica e psichica; proprio per questo il lavoro dovrebbe garantire una certa soddisfazione e dare possibilità di crescita, apprendimento e utilizzo delle proprie capacità per evitare di creare frustrazioni in grado di influenzare anche la vita privata. Oltre a ciò sul luogo di lavoro ogni persona si trova ad intrattenere relazioni interpersonali non elettive sia con gli utenti sia con i colleghi di lavoro, i quali possono rivelarsi alleati nell’affrontare le problematiche quotidiane e in molte situazioni arginare le fonti di stress (33).

In uno studio condotto in otto diverse strutture sanitarie è stato dimostrato che la qualità della

vita degli infermieri è notevolmente influenzata dalla loro soddisfazione lavorativa che a sua volta risulta inversamente proporzionale all'incremento degli anni lavorativi (9). Maggiore è l'anzianità di servizio, maggiore dovrebbe quindi essere l'attenzione che l'organizzazione pone nei confronti dei propri lavoratori, al fine di mantenere un buon livello di qualità di vita degli stessi. E' stata inoltre avvalorata l'ipotesi che l'implementazione di una moderna cultura organizzativa tra gli infermieri, concorre a fronteggiare anche il fenomeno del turnover (15).

La qualità di vita del lavoratore dipende quindi da fattori psicosociali, ovvero, dalla duplice interazione della percezione della realtà da parte della persona e dalla sua relativa capacità di interagire con il contesto lavorativo messi in relazione con l'attitudine interattiva del contesto lavorativo stesso, cioè, il livello di salute organizzativa che si trova al suo interno (31). In uno studio viene inoltre avvalorata l'ipotesi che lo stress correlato al lavoro è strettamente influenzato dallo status professionale che viene delineato dal sistema incentivante, dal clima dell'ambiente lavorativo, dalla organizzazione del lavoro, dalle modalità di gestione del personale nonché dalla soddisfazione lavorativa generale. Nel medesimo studio si è inoltre dimostrato che un altro fattore determinante lo stress lavorativo, è la sicurezza negli ambienti di lavoro. Gli infermieri sottolineano l'importanza che la prassi organizzativa e gestionale deve essere espletata attraverso l'osservanza di procedure standard e che tale sistema funge da garante per l'incolumità del paziente; al

contrario un ambiente insicuro determina livelli di stress elevati tra il personale (8).

Andando poi a misurare la soddisfazione lavorativa degli infermieri di sala operatoria di un policlinico universitario, è stato dimostrato quanto il benessere dei lavoratori sia fortemente influenzato dalla qualità dei rapporti interpersonali che si instaurano con i colleghi di lavoro piuttosto che dall'apertura all'innovazione manifestata dalla struttura in termini di investimenti tecnologici. L'insoddisfazione lavorativa deriva dunque dalla mancanza di atteggiamenti e relazioni cooperative e interprofessionali istaurate (10).

Un altro studio condotto tra gli infermieri di sala operatoria ha dimostrato quanto le condizioni lavorative del personale possano influenzare la sicurezza degli ambienti di lavoro. I principali problemi dichiarati dal personale infermieristico sono la mancata organizzazione del lavoro, la presenza di attrezzature obsolete, la carenza di idonei spazi ed infine gli ostili rapporti interpersonali istaurati con i colleghi infermieri. Tutto ciò influenza negativamente la qualità del lavoro svolto e la salute mentale del personale (19).

Molto significativo è lo studio condotto da El-Salam *et al.* (12) che ha comprovato come la percezione che gli infermieri hanno circa il clima organizzativo del proprio ambiente di lavoro, non sia correlata alla propria responsabilizzazione. L'impegno lavorativo, il livello di scrupolosità, il grado di coscienziosità dunque non alterano il giudizio espresso dagli infermieri circa la propria organizzazione; la

salute lavorativa viene percepita in egual modo dagli attori della scena lavorativa.

Una ricerca condotta da Jennifer et al. (18) del *College of Nursing* dell'Università dell'Arizona, ha dimostrato che l'assetto organizzativo consta di due fattori: fattori organizzativi propriamente detti e fattori personali dei lavoratori.

I fattori organizzativi sono: la sensazione del sovraccarico lavorativo, le difficili relazioni instaurate con i pazienti e la mancanza del lavoro di squadra. I fattori personali sono invece riconducibili a: problemi di natura personale, stanchezza e alterato benessere mentale. Nel medesimo studio viene inoltre dimostrata la differente percezione che hanno i giovani infermieri piuttosto che i grandi, circa la soddisfazione lavorativa. Mentre i primi sostengono che è il livello di stress a determinare la qualità di vita lavorativa, gli infermieri più grandi imputano la soddisfazione del lavoro al grado di coesione instaurato con l'intero gruppo di lavoro. Da non sottovalutare è inoltre lo stato di salute mentale degli infermieri che è fortemente influenzato dal mancato accesso alle strutture organizzative, dall'inadeguata crescita professionale, dalle scarsa informazione nonché dalla carenza di risorse. Per ciò che concerne lo stress degli infermieri lo stesso risulta essere inversamente correlato al grado di valorizzazione del personale.

Gli autori del presente studio, ritenendo che le relazioni interpersonali che si instaurano con gli assistiti nonché la tipicità del lavoro svolto possano influenzare la percezione che gli infermieri hanno della propria salute

organizzativa, hanno ritenuto opportuno studiare e confrontare il fenomeno in due diversi contesti lavorativi: le Sale Operatorie e le Unità Operative di Medicina. Questo perché mentre all'interno delle sale operatorie il lavoro degli infermieri risulta essere molto tecnico e privato delle funzioni educative, relazionali ed assistenziali tipiche della professione infermieristica, nei contesti operativi di Medicina, al contrario, tali attività vengono enfatizzate. Qui i degenti, che necessitano principalmente di soddisfare i bisogni primari, instaurano un rapporto empatico con il personale curante, determinando però in loro un sovraccarico emotivo e una consapevolezza del lavoro completamente opposta e diversificata da quella percepita dai colleghi delle Sale Operatorie.

Da questi concetti fondamentali nasce lo scopo del presente studio, ovvero misurare il livello di salute organizzativa degli infermieri che lavorano nelle Sale Operatorie e nelle Unità Operative di Medicina e, conseguentemente, valutarne le differenze.

METODO

Sono stati contattati per lo studio 670 infermieri operanti nelle Unità Operative di Medicina e nelle Sale Operatorie, di sei Policlinici Universitari italiani.

Lo strumento di rilevazione è stato somministrato dal mese di gennaio al mese di marzo 2010 a tutti gli infermieri in servizio presso le suddette Unità Operative. Agli stessi è stato illustrato lo scopo dello studio e le modalità di compilazione dello strumento. Dopo

la somministrazione del questionario sono stati considerati correttamente compilati, 542 questionari (80.9% di quelli somministrati): 337 (62.2%) provenienti dalle Unità Operative di Medicina e 205 (37.8%) dalle Camere Operatorie.

Per la conduzione dell'indagine è stato utilizzato il *Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa* (QISO) (27). Questo questionario è una versione modificata ed adattata al contesto infermieristico del *Multidimensional Organizational Health Questionnaire* (5).

Il QISO mira a reperire informazioni sulle differenti dimensioni della Salute Organizzativa e su tre gruppi di indicatori (positivi, negativi e di malessere psicofisico), della popolazione infermieristica e nella versione finale è composto da 8 scale con 112 item, che utilizzano tutte una scala Likert a 4 punti. Sia il punteggio dei singoli item sia quello delle varie dimensioni, può andare da 1 a 4: più alto è il punteggio, maggiore è la presenza del fenomeno indagato all'interno del contesto lavorativo.

Le scale del QISO sono le seguenti:

- a) *La prima scala misura il comfort dell'ambiente di lavoro ;*
- b) *La seconda scala si riferisce al contesto organizzativo e ai processi relazionali, nella quale sono misurati sei fattori: la Percezione dei propri coordinatori, la Percezione dell'efficienza organizzativa, la Percezione della valorizzazione del personale, la Percezione delle relazioni con i colleghi, la Percezione del conflitto e la Percezione dell'efficacia organizzativa;*
- c) *La terza e la quinta scala, considerate congiuntamente vista la similitudine degli item*

contenuti, indagano 4 dimensioni della Tollerabilità dei compiti: la Fatica lavorativa, l'Isolamento e routine lavorativa, l'Integrazione e lo Stress;

d) *La quarta scala misura la percezione della Sicurezza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro;*

e) *La sesta invece, misura la propensione e l'apertura all'innovazione;*

f) *La settima scala indaga la soddisfazione lavorativa attraverso quattro fattori: gli indicatori negativi (*assenteismo, desiderio di cambiare lavoro, risentimento e irrilevanza verso l'organizzazione, disinteresse per il lavoro, etc.*), la soddisfazione generale (*voglia di impegnarsi sul lavoro, sensazione di far parte di una squadra, elevato coinvolgimento, voglia di andare al lavoro, etc.*), la soddisfazione verso il top-management ed infine la soddisfazione della propria Unità Operativa;*

g) *L'ultima scala, l'ottava, indaga con un unico fattore, gli indicatori di malessere psicofisico.*

La tabella 1 presenta i coefficienti di attendibilità e i coefficienti di correlazione item-scala totali corretti per ciascuna dimensione indagata dal QISO. Come è possibile osservare tutte le dimensioni presentano una buona attendibilità (da un minimo di .57 per il fattore *isolamento e routine lavorativa*, ad un massimo di .92 per il fattore *apertura all'innovazione*) e con coefficienti di correlazione item-scala totale corretto sempre superiori a .30.

Tabella 1 - Coefficienti di attendibilità e coefficienti di correlazione item-scala totali corretti, per ciascuna dimensione indagata dal QISO

Table 1- Dimensions and reliabilities and item-total scale corrected correlations range for each dimension

<i>Dimensioni del QISO</i>	<i>N° item</i>	<i>Alfa di Cronbach</i>	<i>Item-total scale correlation range</i>
Comfort dell'ambiente di lavoro	10	.87	.38-.77
Percezione dei propri Coordinatori	6	.78	.30-.75
Percezione dell'Efficienza organizzativa	9	.86	.51-.64
Percezione dell'Efficacia organizzativa	7	.75	.30-.63
Relazioni con i colleghi	5	.72	.39-.57
Valorizzazione delle Competenze	5	.63	.30-.54
Percezione del Conflitto	4	.70	.40-.55
Propensione e apertura all'innovazione	9	.92	.65-.78
Sicurezza e prevenzione degli infortuni	8	.88	.62-.78
Fatica lavorativa	4	.86	.55-.79
Stress	3	.59	.35-.47
Isolamento e routine lavorativa	2	.57	.34-.48
Integrazione e lavoro in equipe	3	.74	.40-.74
Indicatori negativi	13	.91	.32-.72
Soddisfazione generale	10	.87	.50-.67
Soddisfazione verso il Top Management	4	.79	.49-.67
Soddisfazione per la propria Unità operativa	4	.74	.40-.64
Indicatori di malessere psicofisico	8	.83	.38-.62

Al fine di indagare le differenze nelle dimensioni della salute organizzativa tra gli infermieri che lavorano nei due differenti contesti organizzativi, ovvero le Sale Operatorie e le Unità Operative di Medicina, sono state effettuate una serie di analisi della varianza (ANOVA) ad una via.

Preliminarmente a queste analisi sono state effettuate le analisi fattoriali su ciascuna delle scale del QISO che hanno confermato la struttura fattoriale, successivamente sono quindi stati computati i punteggi fattoriali delle dimensioni (i punteggi sono quindi punteggi

standardizzati con media generale pari a 0) sulle quali sono state effettuate le ANOVA.

Nello specifico sono state eseguite 18 differenti ANOVA una per ciascuna dimensione della salute organizzativa considerando come variabile indipendente l'appartenenza ad uno dei due differenti contesti. I gradi di libertà per la F sono 1 (gradi di libertà del fattore tra i gruppi) e 541 (gradi di libertà totali). Per quanto riguarda il livello di significatività statistica questo è stato fissato a $\alpha=.05$. Tutte le analisi sono state condotte utilizzando il pacchetto statistico SPSS 15.0.

RISULTATI

La tabella 2 mostra le statistiche del campione complessivo e separatamente per i due gruppi di infermieri ovvero quelli che lavorano nelle Sale Operatorie e quelli che lavorano nelle Unità Operative di Medicina.

Complessivamente le donne costituiscono quasi il 65% del campione, mentre gli uomini più del 35%. L'intero campione ha un'età media poco superiore ai 35 anni con un range compreso tra 22 e 62 anni.

In merito al titolo di studio abilitante alla professione, poco più del 45% era in possesso del Diploma di Infermiere Professionale, mentre il restante 46% aveva conseguito il Diploma Universitario o la Laurea. Ai partecipanti allo studio era stato anche chiesto di riportare eventuali titoli di formazione complementare: poco più del 7% era in possesso di un Certificato di Specializzazione conseguito presso le scuole

Regionali, il 3% possedeva il Certificato di Abilitazione a Funzioni Direttive, l'11% aveva un Master Universitario, il 3% aveva il Diploma di Infermiere Dirigente e, rispettivamente il 3% e il 2%, la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche o altra laurea. Riguardo allo stato civile, poco più del 46% era single, quasi il 20% convivente o coniugato, mentre il resto del campione ha dichiarato di essere vedovo/a.

Circa la posizione lavorativa, più dell'87% degli intervistati ha dichiarato di avere con la propria azienda un contratto a tempo indeterminato, il restante, un contratto a tempo determinato. Il 4% del campione aveva un lavoro part-time, e la quasi totalità degli intervistati svolgeva un lavoro full-time.

Tabella 2 - *Dati socio demografici del campione separatamente per i due gruppi di infermieri*

Table 2 - Respondent demographics for each nurse's group

	f (%)	f (%)	f (%)
	Medicine	Camere Operatorie	Totale
Sesso			
Maschi	111 (33)	81 (40)	192 (35)
Femmine	226 (67)	124 (60)	350 (65)
Titolo di studio			
Diploma di Infermiere	158 (47)	90 (44)	248 (46)
Diploma Universitario	68 (20)	67 (33)	135 (25)
Laurea di I° livello	109 (32)	38 (18)	147 (27)
Titolo di Studio post-base			
Certificato di Specializzazione	10 (3)	29 (14)	39 (7)
Abilitazione a Funzioni Direttive	12 (4)	4 (2)	16 (3)
Master di I livello	37 (11)	23 (11)	60 (11)
D.A.I., D.D.S.I., I.I.D.	14 (4)	4 (2)	18 (3)
Laurea Magistrale	16 (5)	2 (1)	18 (3)
Altra Laurea	2 (1)	2 (1)	11 (2)
Stato civile			
Celibi/Nubili	155 (46)	96 (47)	251 (46)
Separati/Divorziati	61 (18)	44 (21)	105 (19)
Coniugati/Conviventi	118 (35)	59 (29)	177 (33)
Vedovi	3 (1)	6 (3)	9 (2)
Tipo di contratto			
Tempo indeterminato	298 (88)	174 (85)	472 (87)
Tempo determinato	39 (12)	31 (15)	70 (13)
Impegno lavorativo			
Full-time	325 (96)	194 (95)	520 (96)
Part-time	12 (4)	10 (5)	22 (4)
	M (DS)	M (DS)	M (DS)
Età	36 (8.1)	35 (6.9)	35 (7.7)

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche dei due gruppi di infermieri, l'analisi del chi quadrato ha mostrato che non ci sono differenze significative tra i lavoratori delle

Sale Operatorie e quelli delle Unità Operative di Medicina nel genere ($\chi^2 = 2.408$, $p = .12$), nello stato civile ($\chi^2 = 5.464$, $p = .14$), nella tipologia

contrattuale ($\chi^2 = 1.428$, $p = .14$) e nel regime temporale del contratto ($\chi^2 = 2.232$, $p = .33$).

Inoltre, anche per quanto riguarda l'età media dei due gruppi di infermieri l'analisi della *t* di *student* ha mostrato che non ci sono differenze significative ($t = 1.599$, $p = .21$).

Per quanto riguarda il titolo di studio emergono invece delle differenze tra i due gruppi: in Camera Operatoria ci sono più infermieri con Diploma Universitario ($\chi^2 = 10.66$, $p < .01$), mentre nelle Unità Operative di Medicina più infermieri con la Laurea di primo livello ($\chi^2 = 12.294$, $p < .001$). Per quanto riguarda la formazione post-base emerge una prevalenza di specializzati nelle Camere Operatorie ($\chi^2 = 23.854$, $p = .12$), anche se non statisticamente significativa, presumibilmente dovuta all'istituzione di Corsi Universitari di Perfezionamento in Camera Operatoria, finalizzati all'approfondimento delle peculiari attività assistenziali intra-operatorie. Nelle Unità Operative di Medicina emerge invece una prevalenza di Laureati Magistrali in Scienze Infermieristiche ($\chi^2 = 5.449$, $p < .05$).

La tabella 3 mostra le medie nelle 18 dimensioni del QISO indagate separatamente per gli infermieri che lavorano nelle Camere Operatorie e per quelli afferenti alle Unità Operative di Medicina, nonché i risultati delle ANOVA.

Come è possibile osservare dalla significatività associata a ciascuna dimensione, gli infermieri delle Unità Operative di Medicina percepiscono, dal punto di vista organizzativo, il loro ambiente di lavoro generalmente più in salute. Dalla valutazione dei punteggi ottenuti nelle diverse dimensioni del QISO, si può constatare come gli stessi siano generalmente più soddisfatti rispetto ai loro colleghi che lavorano nelle Camere Operatorie.

In particolare gli infermieri delle Unità Operative di Medicina percepiscono la loro organizzazione più *propensa e aperta all'innovazione*, con una maggiore predisposizione alla *valorizzazione del personale* e con bassi livelli di *conflitto*.

Inoltre, sempre gli stessi, nella scala del QISO relativa alla Tollerabilità dei Compiti lavorativi, hanno punteggi più elevati, a dimostrazione della presenza del fenomeno nel proprio contesto organizzativo, nella dimensione *Integrazione e lavoro in equipe*. Sono peraltro più soddisfatti del *Top management* e, rispetto ai colleghi delle Camere Operatorie, hanno punteggi più bassi nelle dimensioni *isolamento e routine lavorativa*, *fatica* e *indicatori di malessere psicofisico*, designando perciò l'assenza del fenomeno nella propria organizzazione.

Tabella 3 - Punteggi del QISO, ottenuti separatamente da infermieri di camera operatoria e infermieri di medicina e significatività statistica

Table 3 - Different sets of QISO variables separately for operating room nurse's and medical ward nurse's

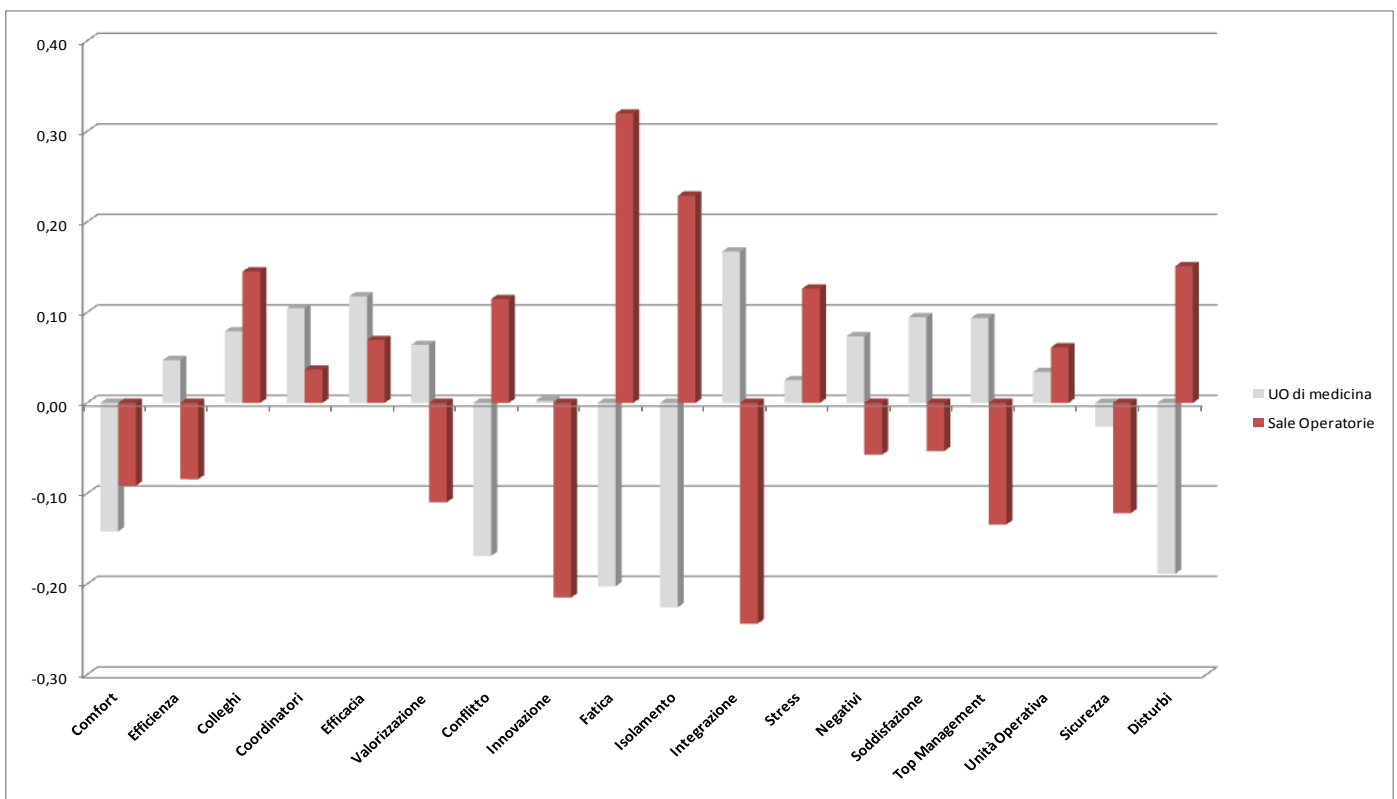
<i>Dimensioni del QISO</i>	Camere		F	Sig.	Eta quadrato parziale
	Medicine	Operatorie			
Comfort dell'ambiente di lavoro	-.14	-.09	.34	.56	.001
Percezione dell'efficienza organizzativa	.05	-.08	2.57	.11	.005
Relazioni con i Colleghi	.08	.15	.80	.37	.001
Percezione dei propri Coordinatori	.10	.04	.77	.38	.001
Percezione dell'efficacia organizzativa	.12	.07	.41	.52	.001
Valorizzazione delle competenze	.06	-.11	5.32	.02	.010
Percezione del Conflitto	-.17	.11	13.27	.00	.024
Propensione e Apertura all'Innovazione	.00	-.21	6.40	.01	.012
Sicurezza e prevenzione degli infortuni	-.03	-.12	1.23	.27	.002
Fatica lavorativa	-.20	.32	36.45	.00	.063
Isolamento e routine lavorativa	-.23	.23	28.59	.00	.050
Integrazione e lavoro in equipe	.17	-.24	27.27	.00	.048
Stress	.03	.13	2.35	.13	.004
Indicatori Negativi	.07	-.06	2.37	.12	.004
Soddisfazione generale	.09	-.05	3.40	.07	.006
Soddisfazione per il Top Management	.09	-.13	8.27	.00	.015
Soddisfazione per la propria Unità Operativa	.03	.06	.15	.70	.000
Indicatori di malessere Psicofisico	-.19	.15	20.63	.00	.037

Nota. Il valore soglia dei risultati ottenuti nelle dimensioni del QISO, riportati separatamente per le Medicine e le Camere Operatorie, è rappresentato dallo 0. Tutti i valori positivi sono quindi da considerarsi al di sopra del cut-off e tutti quelli negativi al di sotto dello stesso. In grassetto sono riportate le differenze statisticamente significative.

Non sono invece emerse differenze significative tra i due gruppi di infermieri nelle dimensioni *comfort dell'ambiente di lavoro*, che entrambi percepiscono sotto la media, nell'*efficienza* e nell'*efficacia organizzativa*, nella *percezione dei colleghi*, nella *percezione dei coordinatori* e nella

percezione della sicurezza e prevenzione degli infortuni. Inoltre hanno punteggi non significativamente difformi nelle dimensioni *stress*, *indicatori negativi*, *soddisfazione generale* e *soddisfazione della propria unità operativa*.

Figura 1 Rappresentazione grafica dei diversi punteggi del QISO, ottenuti nelle Medicine e nelle Camere Operatorie



Nota: Il valore soglia è rappresentato dallo 0, ovvero dalla media generale. Tutti i valori positivi sono quindi da considerarsi al di sopra del cut-off, tutti quelli negativi al di sotto dello stesso.

DISCUSSIONE

Dai risultati della ricerca condotta, gli autori hanno dimostrato che gli infermieri di Camera Operatoria hanno in generale livelli significativamente più bassi di salute e soddisfazione organizzativa rispetto ai colleghi che lavorano nelle Unità Operative di Medicina. Come ampiamente dimostrato in letteratura, la

soddisfazione lavorativa del personale infermieristico risulta essere un fenomeno meritevole di particolare attenzione. Diversi studi (6, 14) hanno infatti dimostrato quanto la soddisfazione lavorativa del personale, sia un predittore dell'insorgenza della sindrome del burnout. Da non sottovalutare, in questo ambito, è lo stile di leadership che se adeguato, favorisce una maggior soddisfazione lavorativa tra il

personale infermieristico che inevitabilmente si ripercuote in modo positivo, sulla qualità delle cure da loro erogate (4, 23, 26). In tali circostanze anche il sostegno da parte dell'organizzazione gioca un ruolo fondamentale nella promozione della soddisfazione lavorativa; AL-Hussami. (1) ha infatti dimostrato come il benessere del personale sanitario sia fortemente correlato alla percezione che lo stesso ha della propria struttura organizzativa in termini di cooperazione e aiuto lavorativo.

Altro dato fondamentale della presente ricerca è che tra gli infermieri di Camera Operatoria sono stati riportati valori più bassi in alcune dimensioni esplorate con il QISO: *valorizzazione delle competenze e soddisfazione per il top-management*. Nelle Unità Operative di Medicina gli infermieri si sentono quindi maggiormente valorizzati e nutrono una miglior percezione del ruolo svolto dalle figure manageriali. Ciò è dovuto presumibilmente al tipo di lavoro svolto dagli infermieri nei due diversi contesti operativi esaminati. E' infatti proprio nelle Unità Operative di Medicina e nelle degenze in generale, che gli infermieri esprimono al meglio le loro competenze, la loro funzione educativa e relazionale nonché l'attitudine e le abilità nell'attuazione del problem solving. Al contrario il lavoro di Camera Operatoria, richiedendo al personale un'elevata competenza tecnica, non permette agli infermieri di far emergere qualità relazionali, educative ed empatiche peraltro rimarcate nel profilo professionale. Infatti alcuni autori, che hanno studiato il turnover del personale infermieristico (20, 28, 29), hanno dimostrato che gli infermieri esprimevano la volontà di non voler più lavorare all'interno delle

Terapie Intensive non per il grado di intensità delle cure erogate, peraltro particolarmente stressanti, ma per la loro scarsa valorizzazione nei contesti organizzativi.

I risultati ottenuti nella presente ricerca, ovvero la diretta proporzionalità tra la Salute Organizzativa e la presenza nel contesto di lavoro di relazioni interpersonali efficaci e di politiche volte alla valorizzazione delle competenze, sono stati comprovati dai dati presenti in letteratura.

Uno studio condotto da Utriainen et al. (30) ha avvalorato l'ipotesi che il benessere lavorativo degli infermieri era da un lato strettamente correlato al livello di collaborazione all'interno dell'equipe lavorativa, e dall'altro al grado di empatia che gli infermieri instauravano con gli assistiti.

Un'altra ricerca ha invece dimostrato che la soddisfazione lavorativa del personale era direttamente proporzionale alla valorizzazione delle competenze degli infermieri e alle opportunità di carriera che l'organizzazione offriva agli stessi (24).

Da non sottovalutare è inoltre il dato emerso circa il conflitto e i disturbi psicofisici in generale. Anche per taluni aspetti gli infermieri di Camera Operatoria hanno ottenuto punteggi più alti designando perciò la presenza dei suddetti fenomeni nel proprio contesto lavorativo.

Presumibilmente all'interno delle Camere Operatorie, predominando lo stereotipo di una struttura gerarchica a favore dei chirurghi, l'aspetto propositivo e risolutivo proprio del personale infermieristico risulta molto limitato denotando conflitti interpersonali e disagi lavorativi. In questo ambito potrebbe essere fondamentale il ruolo assunto

dall'organizzazione rispetto alla gestione dei conflitti. E' stata infatti dimostrata la correlazione esistente tra la mancata gestione dei conflitti interpersonali da parte dei dirigenti e l'insorgenza dell'esaurimento emotivo tra il personale infermieristico (22).

Come dimostrato anche in un altro studio (3), lo stress lavorativo è fortemente influenzato dall'efficienza organizzativa percepita dagli infermieri. Esaurimento emotivo e stress devono perciò essere strettamente monitorati anche al fine di limitare il turnover degli infermieri che, peraltro, risulta essere elemento condizionante l'efficienza e l'efficacia organizzativa (17). Infine gli infermieri che lavorano nelle Unità Operative di Medicina risentono meno dell'isolamento e della routine lavorativa ed hanno riportato livelli più bassi di fatica dovuta al carico di lavoro. Mentre il primo dato potrebbe risultare piuttosto congruo alla vita lavorativa degli infermieri afferenti alle Unità Operative di Medicina, considerando i rapporti con i colleghi, con i pazienti, con i familiari degli stessi nonché con le altre figure professionali, il secondo dato potrebbe risultare inaspettato. E' infatti proprio nelle degenze di medicina che i pazienti risultano essere non autosufficienti e quindi maggiormente dipendenti; è in queste realtà che l'infermiere e il personale sanitario sono impegnati a soddisfare i bisogni primari dei pazienti e perciò risentono maggiormente della fatica lavorativa.

Gli autori sono però convinti che tale aspetto potrebbe però essere compensato positivamente da altre situazioni che si presentano nel contesto lavorativo degli infermieri che afferiscono alle Medicine.

E' proprio nei contesti di lavoro dove gli infermieri hanno sviluppato un senso di utilità sociale, godono di piena autonomia professionale e beneficiano di buoni rapporti interpersonali che si è riscontrata una maggiore soddisfazione lavorativa nonché un'avversione a cambiare lavoro (13). Al contrario è proprio la mancata valorizzazione e sviluppo delle competenze nonché l'assenza di integrazione e lavoro in equipe che contribuiscono a rendere insoddisfatti e demotivati gli infermieri che lavorano nelle Camere Operatorie (16).

In conclusione risulta fondamentale porre l'attenzione alle politiche che promuovono la Salute Organizzativa specialmente all'interno dei contesti lavorativi "chiusi" come le Camere Operatorie, da cui deriva la possibilità, da parte del lavoratore, di partecipare attivamente alle dinamiche lavorative. Gestire bene il personale investendo cultura, formazione e sensibilità, significa ridurre i costi aziendali, perché le persone, sentendosi valorizzate attraverso un approccio lavorativo più umano, si *ammalano* di meno, subiscono meno stress e sono più motivate a lavorare (21, 25).

BIBLIOGRAFIA

1. AL-HUSSAMI M. A study of nurses' job satisfaction: the relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *European Journal of Scientific Research (EJSR)* 2008; 22 (2)286-295
2. ALVARO R, SILI A. Infermieri e benessere organizzativo: indagine conoscitiva in alcune importanti realtà sanitarie romane. *Ig Sanita Pubbl* 2007; 63 (3), 291-304

3. ARAKELIAN E, GUNNINGBERG L, LARSSON J. Job satisfaction or production? How staff and leadership understand operating room efficiency: a qualitative study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52(10):1423-8
4. AU-YEUNG B, MOK E. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Honk Kong. *J Nurs Manag* 2002; 10, 129-137
5. AVALLONE F, PAPLOMATAS A. *Salute organizzativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005
6. BETTENARDI O, MONTAGNER V, MAINI M, et al. Organizational climate, trust and burnout in a rehabilitation center. *G Ital Med Lav Ergon* 2008; 30, 59-63
7. BOLOGNINI B. *L'analisi del benessere organizzativo*. Roma: Carrocci Editore, 2007
8. CHEN CK, LIN C, WANG SH, et al. A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *J Nurs Res* 17(3):199-211
9. CHIU MC, WANG MJ, LU CW, et al. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nurs Outlook* 2007; 55 (6), 318-26
10. CHO MJ. A study on job satisfaction and its depressive factors in human relations among operating room nursing. *Taehan Kanho*. 1993; 32(4):48-62
11. DAVIS B, THORBURN B. Quality of nurse's work life: strategies for enhancement. *Can J Nurs Leadersh* 1999; 12 (4), 11-15
12. EL-SALAM GA, IBRAHIM MM, MOHSEN MM, et al. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Menoufiya hospitals, Egypt. *East Mediterr Health J* 2008; 14(5):1173-84
13. FAI M, LEONG SM, LUK AL, et al. Exploring the profiles of nurses' job satisfaction in Macau: results of a cluster analysis. *J Clin Nurs* 2009; 19, 470-478
14. GERSHON RM, W STONE P, ZELTSER M, et al. Organizational Climate and Nurse Health Outcomes in the United States: A Systematic Review. *Ind Health* 2007; 45, 622-636
15. GIFFORD BD, ZAMMUTO RF, GOODMAN EA. The relationship between hospital unite culture and nurse's quality of work life. *J Health Manag* 2002; 47 (1), 13-25
16. GILLESPIE BM, CHABOYER W, WALLIS M, et al. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *J Adv Nurs* 2009; 65(5), 1019-1028
17. HONG L, WHILE E, LOUISE BARRIBALL K. Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2005; 42 211-227
18. JENNIFER L, KETTLE RN. Factors Affecting Job Satisfaction in the Registered Nurse. *Journal of Undergraduate Nursing Scholarship* 2002; 4(1). University of Arizona College of Nursing
19. KULAGOWSKA E. Working conditions in operating rooms. *Med Pr* 2007; 58(1):1-5
20. MRAYYAN M.T. Hospital organizational climates and nurses' intent to stay: differences between units and wards. *Contemp Nurse* 2008; 27, 223-36
21. OI-LING S. Predictor of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *J Adv Nurs* 2002; 40 (2), 218-229
22. PIKO BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43 (3), 311-8

23. RAUP GH. The impact of ED nurse manager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals. *J Emerg Nurs* 2008; 34 (5), 403-502
24. RICKARD CM, ROBERTS BL, FOOTE J, et al. Job satisfaction and importance for intensive care unit research coordinators: results from binational survey. *J Clin Nurs* 2007; 16, 1640-50
25. ROELEN CA, KOOPMAN PC, NOTENBOMER A, ET AL. Job satisfaction and sickness absence: a questionnaire survey. *Occup Med* 2008; 58, 567-71
26. SHIPTON H, ARMSTRONG C, WEST M, et al. The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *Int J Qual Health Care* 2008; 20 (6), 439-445
27. SILI A, VELLONE E, DE MARINIS MG, et al. Misurare il Benessere Lavorativo: Validità e Affidabilità del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa. *Prof Inferm* 2010; 63(1), 27-37.
28. STONE PW, LARSON EL, MOONEY-KANE C, ET AL. Organizational climate and intensive care unite nurses' intention to leave. *Crit Care Med* 2006; 34, 1907-1912
29. STONE PW, MOONEY-KANE C, LARSON EL, ET AL. Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: an instrumental variable approach. *Health Serv Res* 2007; 42, 1085-1104
30. UTRIAINEN K, KYNGÄS H, NIKKILÄ J. Well-being at work among ageing hospital nurses in northern Finland: a grounded theory study. *Int J Circumpolar Health* 2009; 68:2
31. VAN LAAR D, EDWARDS JA, EASTON S. The work-related quality of life scale for healthcare workers. *J Adv Nurs* 2007; 60 (3), 325-333
32. WAY M, MACNEIL M. Organizational Characteristics and their effect on health. *Nurs Econ* 2006; 24 (2), 67-76
33. WORPLACE S. Bullying Experienced by Massachusetts Registered Nurses and relationship to intention to leave the organization. *Adv Nurs Sci* 2008; 31 (2), 48-59.

Capitolo 6

La Salute Organizzativa degli Infermieri: guida pratica all'utilizzo del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa

EdiSES, Roma 2010

6.1. Articolazione del Manuale

Per l'elaborazione del manuale, è stata condotta un'indagine su un campione di 4334 infermieri in servizio presso diverse strutture sanitarie del territorio nazionale. Al fine di rendere il campione più rappresentativo possibile dal punto di vista statistico, è stato effettuato un campionamento randomizzato in diversi ambiti clinici: Area Medica, Area Chirurgica, Area Critica (Rianimazione, Terapia Intensiva, U.T.I.C.), Pronto Soccorso, D.E.A., Servizi Specialistici, Area Ambulatoriale e Camere Operatorie.

Tutti i dati sono stati inseriti in un data-base (EXCEL 7.0 per Windows) per poi essere processati con package statistico SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago) per Windows. In una prima istanza sono state elaborate le analisi fattoriali esplorative per analizzare la concordanza tra le scale teoriche definite e i dati empirici. Per quanto riguarda le analisi fattoriali è stato utilizzato come metodo di estrazione dei fattori quello della fattorializzazione asse principale (PAF, Principal Axis Factoring). Le decisioni in merito al numero di fattori da ritenere, sono state dettate principalmente dalle ipotesi teoriche in merito alla dimensionalità dei diversi insiemi di indicatori considerati e dall'analisi degli autovalori. I fattori estratti sono stati successivamente ruotati tramite il metodo di rotazione

obliqua Promax. Per valutare l'attendibilità delle dimensioni dei QISO è stata analizzata la consistenza interna attraverso l'alfa di Cronbach e gli indici di correlazione item scala-totali corretti.

Le analisi statistiche hanno però evidenziato quattro diversi modelli fattoriali riconducibili alla diversa provenienza dei dati raccolti: Emergenza Territoriale, Policlinici Universitari, Aziende Sanitarie Pubbliche e Strutture Private Convenzionate.

La diversità dei modelli fattoriali non ha riguardato tutte le dimensioni ma solamente la seconda scala (*multidimensionale*), la quinta (*tollerabilità dei compiti lavorativi*) e la settima (*indicatori*). Per quanto riguarda invece le scale *comfort dell'ambiente di lavoro, sicurezza e prevenzione degli infortuni, stress, propensione e apertura all'innovazione e indicatori di malessere psicofisico*, le analisi fattoriali hanno evidenziato un'omogeneità strutturale nei diversi contesti sanitari esaminati, confermando peraltro, le dimensioni esplorate con il questionario originale.

Per quanto riguarda la seconda scala, *multidimensionale*, le analisi fattoriali relative ai dati provenienti dall'Emergenza Territoriale e dai Policlinici Universitari, hanno evidenziato la presenza di sei

dimensioni che, sulla base del contenuto degli item, gli autori hanno denominato: *Percezione dei coordinatori*, *Percezione dell'efficienza organizzativa*, *Percezione dell'efficacia organizzativa*, *Percezione dei colleghi*, *Percezione della valorizzazione delle competenze* e *Percezione del conflitto*.

Per quanto riguarda invece i dati provenienti dalle Aziende Sanitarie, le analisi fattoriali della seconda scala, hanno evidenziato la presenza di cinque dimensioni: *Percezione dei coordinatori*, *Percezione dell'efficienza e dell'efficacia organizzativa*, *Percezione dei colleghi*, *Percezione della valorizzazione delle competenze* e *Percezione del conflitto*.

Infine per ciò che attiene alle Strutture Sanitarie Accreditate, sono emerse solo quattro dimensioni: *Percezione dell'organizzazione*, *Percezione dell'attenzione rivolta al personale*, *Percezione della valorizzazione del personale* e *Percezione del conflitto*.

Le analisi fattoriali relative alla quinta scala, *tollerabilità dei compiti lavorativi*, hanno invece evidenziato la presenza di due dimensioni nell'Emergenza Territoriale (*Integrazione e lavoro in equipe* e *fatica*) di tre dimensioni sia nelle Aziende Sanitarie sia nei Policlinici Universitari (*Integrazione e lavoro in equipe*, *Fatica* e *Isolamento e routine lavorativa*) e di due nelle Strutture Sanitarie

Accreditate (*Fatica e stress e Isolamento e routine lavorativa*).

Infine riguardo la settima scala, *indicatori positivi e negativi*, le analisi statistiche hanno evidenziato la presenza di quattro dimensioni in tutti i contesti esaminati ma con medesimo contenuto solo nell’Emergenza Territoriale e nelle Aziende Sanitarie (*Soddisfazione generale, Soddisfazione per il management, Soddisfazione per la propria unità operativa e Indicatori negativi*). Nei Policlinici Universitari le dimensioni sono state invece la *Soddisfazione generale, Soddisfazione per il top management, Soddisfazione per la propria unità operativa e Indicatori negativi*, mentre nelle Strutture Sanitarie Accreditate sono state *Soddisfazione generale, Soddisfazione per il management, Demotivazione e Indicatori negativi*.

Tale disomogeneità fattoriale è probabilmente dovuta sia al diverso assetto organizzativo sia ai distintivi valori strategici dei contesti esaminati. Sono state infatti studiate organizzazioni molto complesse e fortemente articolate dal punto di vista gerarchico come i Policlinici Universitari, organizzazioni moderatamente complesse come le Aziende Sanitarie, organizzazioni pubbliche ma a conduzione e gestione privata come le Strutture Sanitarie

Accreditate ed infine contesti peculiari come le aziende dell'Emergenza Territoriale.

Le specifiche articolazioni organizzative fanno sì che l'infermiere, pur svolgendo le medesime funzioni, abbia una diversa percezione del proprio vissuto lavorativo. Ciò è dettato dalle difformi modalità di approccio ai processi di negoziazione, alla tipologia di ambiente relazionale comunicativo e collaborativo, alla scorrevolezza operativa, al senso di utilità sociale nonché al sentimento degli infermieri di contribuire ai risultati comuni.

In considerazione quindi della diversità delle analisi fattoriali emerse, il manuale illustra come condurre le indagini sulla Salute Organizzativa prendendo in considerazione le diverse specificità dei contesti sanitari. In particolare viene illustrata la modalità di calcolo dei punteggi nelle diverse dimensioni del questionario, separatamente per ciascun contesto sanitario; viene inoltre riportato un esempio di rappresentazione grafica del profilo, nelle dimensioni della salute organizzativa.

Il manuale darà quindi la possibilità di approfondire le tematiche inerenti la “buona” gestione del personale, di condurre le varie fasi dell'indagine volta alla valutazione dello stato di salute del proprio contesto organizzativo, di

usare correttamente lo strumento di rilevazione, di elaborare i dati nonché di interpretarne i risultati ottenuti.

Il manuale è diviso in quattro parti:

- la prima, approfondendo la letteratura, propone alcune brevi riflessioni sull'importanza, nel contesto sanitario, di monitorare la salute organizzativa del personale infermieristico;
- la seconda parte illustra il costrutto teorico della salute organizzativa e come gli autori hanno messo a punto e validato lo strumento di rilevazione;
- la terza parte è invece dedicata alla pianificazione e conduzione dell'indagine;
- l'ultima parte propone la chiave di lettura dei dati che si ottengono dall'indagine.

Partendo dal presupposto che la ricerca sulla salute organizzativa è una metodologia di ascolto organizzativo che permette di far emergere la “percezione” che gli infermieri hanno della propria struttura sanitaria e quindi la fotografia del contesto che emergerà dall'indagine, sarà quella filtrata attraverso gli occhi dei dipendenti che vi lavorano, attraverso l'indagine stessa si potrà dar vita ad un percorso che consentirà di tener conto delle indicazioni e dei suggerimenti giunti dagli infermieri.

6.2. Il Manuale



GLI AUTORI

Alessandro Sili Coordinatore U.O.C. Direzione Infermeiristica e delle Professioni Sanitarie – Policlinico Tor Vergata, Roma Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche – Università Tor Vergata, Roma

Rosaria Alvaro Professore Associato di Scienze Infermieristiche Generali Cliniche e Pediatriche – Università Tor Vergata, Roma

Roberta Fida Ricercatore di Psicologia del Lavoro – Università La Sapienza, Roma

Ercole Vellone Ricercatore di Scienze Infermieristiche Generali Cliniche e Pediatriche – Università Tor Vergata, Roma

Francesco Avallone Professore Ordinario di Psicologia del Lavoro – Università La Sapienza, Roma

LA SALUTE ORGANIZZATIVA DEGLI INFERMIERI



**Alessandro Sili · Rosaria Alvaro · Roberta Fida
Ercole Vellone · Francesco Avallone**

Sili · Alvaro · Fida · Vellone · Avallone

La Salute Organizzativa degli Infermieri:

**guida pratica all'utilizzo del Questionario Infermieristico
sulla Salute Organizzativa (QISO)**

Presentazione di

Annalisa Silvestro Presidente

Federazione Nazionale Collegi

IPASVI



SILI · ALVARO · FIDA · VELLONE · AVALLONE
LA SALUTE ORGANIZZATIVA DEGLI INFERMIERI:
*guida pratica all'utilizzo del Questionario Infermieristico
sulla Salute Organizzativa (QISO)*

Copyright © 2010 EdiSES s.r.l. – Napoli

9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
2015 2014 2013 2012 2011 2010

Le cifre sulla destra indicano il numero e l'anno dell'ultima ristampa effettuata

STOP

A norma di legge, le pagine di questo volume non possono essere fotocopiate o ciclostilate o comunque riprodotte con alcun mezzo meccanico. La casa editrice sarebbe particolarmente spiacente di dover promuovere, a sua tutela, azioni legali verso coloro che arbitrariamente non si adeguano a tale norma.

L'Editore

Fotocomposizione: EdiSES S.r.l. – Napoli
Stampato presso la PrintSprint – Napoli

per conto della
EdiSES

<http://www.edises.it> E-mail: info@edises.it

ISBN 978 88 7959 677 0

“Il mio obiettivo personale è fornire agli infermieri gli strumenti necessari per fare bene il loro lavoro.

*Io non curo i pazienti... loro li curano.
Il mio lavoro è di prendermi cura di loro,
in modo che loro possano prendersi cura
dei pazienti.”*

Valda Upenieks (2002)

Gli Autori

Alessandro Sili: Coordinatore Infermieristico UOC Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie – Policlinico Universitario Tor Vergata – Dottorato di Ricerca Scienze Infermieristiche – Università Tor Vergata - Roma

Rosaria Alvaro: Professore Associato di Scienze Infermieristiche Generali Cliniche e Pediatriche – Università Tor Vergata - Roma

Roberta Fida: Ricercatore di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni – Università La Sapienza - Roma

Ercole Vellone: Ricercatore Scienze Infermieristiche Generali Cliniche e Pediatriche – Università Tor Vergata - Roma

Francesco Avallone: Professore Ordinario di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni – Università La Sapienza - Roma

Ringraziamenti

Si ringraziano, per aver contribuito alla raccolta dei dati, i Laureati Magistrale del C.L. in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata:

Fernanda Cerignoli, Stefano Cesarini, Annarita Garzia, Alessandra Gianlorenzi, Simona Lazzarini o Lezzarini, Pier Luigi Lezzi, Paolo Molfese, Antonella Mottola, Giovanni Ricciardiello, Michela Velleca.

Sommario

Premessa	»	ix
Presentazione.....	»	xi

CAPITOLO 1

Organizzazione e persona	pag.	1
1.1. Importanza del benessere nelle organizzazioni sanitarie	»	1
1.2. Moderno concetto di Dirigenza Infermieristica.....	»	4
1.3. Organizzazione e persone: il coordinamento dei professionisti infermieri.....	»	8
1.4. Benessere organizzativo.....	»	11
1.5. Dal “Benessere” alla “Salute” organizzativa	»	20
1.6. Salute organizzativa e infermieri: revisione della letteratura.....	»	24

CAPITOLO 2

La valutazione della salute organizzativa	»	29
Premessa	»	29
2.1. Costrutto teorico del Multidimensional Organizational Health Questionnaire	»	29
2.2. Nascita del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO)	»	35
2.3. Cenni sullo studio di validazione del QISO	»	41

CAPITOLO 3

Indagine sulla salute organizzativa	»	45
3.1. Come usare il QISO	»	45
3.2. Individuazione dei ruoli coinvolti nel processo di produzione di conoscenza	»	46
3.3. Definizione della procedura ricerca-intervento	»	47
3.4. Raccolta dei dati	»	48
3.5. Immissione dei dati nel data base	»	49

CAPITOLO 4

Costruire le dimensioni e interpretare i dati	pag. 51
4.1. Come costruire le dimensioni	» 51
4.2. Emergenza Territoriale	» 51
4.2.1. <i>Come interpretare i dati relativi all'Emergenza Territoriale.....</i>	» 84
4.3. Aziende	» 87
4.3.1. <i>Come interpretare i dati relativi alle Aziende</i>	» 116
4.4. Policlinici Universitari.....	» 119
4.4.1. <i>Come interpretare i dati relativi ai Policlinici Universitari</i>	» 152
4.5. Privati Accreditati	» 156
4.5.1. <i>Come interpretare i risultati relativi alle Strutture Accreditate.....</i>	» 181
 Conclusioni	 » 185
 Bibliografia	 » 188
 ALLEGATO	
Questionario infermieristico sulla salute organizzativa	» 193

Premessa

La Scuola di Dottorato in Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", in linea con l'evoluzione della professione e l'affermazione nel campo manageriale degli Infermieri, ha voluto realizzare il presente manuale che consentirà a tutti i colleghi di svolgere, in modo autonomo, un'indagine sullo stato di Salute Organizzativa dei propri collaboratori infermieri.

Il presente manuale darà la possibilità di approfondire le tematiche inerenti la "buona" gestione del personale, di condurre le varie fasi dell'indagine volta alla valutazione dello stato di salute del proprio contesto organizzativo, di usare correttamente lo strumento di rilevazione, di elaborare i dati nonché di interpretarne i risultati ottenuti.

Il manuale è strutturato in quattro parti:

- ❑ la prima, approfondendo la letteratura, propone alcune brevi riflessioni sull'importanza, nel contesto sanitario, di monitorare la salute organizzativa del personale infermieristico;
- ❑ la seconda parte illustra il costrutto teorico della salute organizzativa e come gli autori hanno messo a punto e validato lo strumento di rilevazione;
- ❑ la terza parte è invece dedicata alla pianificazione e conduzione dell'indagine;
- ❑ l'ultima parte propone la chiave di lettura dei dati che si ottengono dall'indagine.

La ricerca sulla salute organizzativa è una metodologia di ascolto organizzativo, che permette di far emergere la "percezione" che gli infermieri hanno della propria struttura sanitaria.

Quando si parla di percezione ci si riferisce all'immagine soggettiva che gli infermieri hanno della propria organizzazione, pertanto la fotografia del contesto che emergerà dall'indagine, sarà quella filtrata attraverso gli occhi dei dipendenti che vi lavorano. Attraverso l'indagine sulla salute organizzativa, si potrà dar vita ad un percorso di analisi organizzativa che consentirà di definire strategie di azione che tengano conto delle indicazioni e dei suggerimenti giunti dai propri collaboratori.

Presentazione

In questi anni l'impegno delle Aziende Sanitarie si è sostanzialmente concentrato su poche politiche di direzione del personale: le politiche retributive, le carriere, le relazioni sindacali. In sostanza l'attenzione si è rivolta al passaggio dall'amministrazione del personale alla gestione del personale, come se si trattasse di introdurre strumenti coerenti con il passaggio da "Stato liberale", che opera per regole, a "Stato sociale", produttore invece di beni e servizi. Ma oggi questo passaggio è già in ritardo: nel frattempo sono sorte nuove esigenze; lo stato sociale è entrato in crisi e la stessa strategia di solo recupero di efficienza è stata messa a dura prova.

Occorre quindi andare oltre: migliorare la qualità del lavoro infermieristico, fornire nuove opportunità di sviluppo professionale, investire su relazioni interne più salde e capaci di produrre significati e valori condivisi. Più in generale, come accade nell'ambito della pubblica amministrazione (Celli 1997), per l'Infermiere Dirigente non è solamente un problema di tecniche e strumenti di gestione del personale e dei Servizi Sanitari; è un problema di clima, di assunzioni di rischio e di investimenti emotivi, di valori da trasmettere ai propri infermieri e di codici morali da rispettare, di scelte molteplici da valutare per renderle sostenibili e perseguibili. Anche tenendo conto dell'attuale scenario in cui vive la professione, limitare l'attenzione del dibattito alle sole logiche di carriera e ai meccanismi di ricompensa, sembra denotare una miopia culturale della professione stessa e la conseguente assenza di valori più impegnativi.

Al di là di ogni questione è opportuno conciliare almeno tre esigenze fondamentali nella dirigenza infermieristica:

- non attribuire alle tecniche manageriali l'unica chiave culturale del dibattito sulla riforma dirigenziale;
- emancipare il lavoro infermieristico da una prospettiva meramente esecutiva, riportandolo in una dimensione più strategica e con maggiori potenzialità di motivazione e investimento personale;
- valorizzare il patrimonio di competenze professionali e di conoscenze presenti.

Ma ancor di più si pone il problema di quali siano i valori professionali di riferimento a cui l'assistenza deve orientarsi. La formulazione delle strategie e la ricerca di nuove opportunità devono essere ancorate ad un frame di valori che diano finalmente senso al lavoro, al di là delle giuste e ovvie impostazioni politiche delle diverse rappresentanze elette (Weick 1997). In particolare in Italia, dove la costruzione di una Dirigenza Infermieristica è stata un percorso storicamente tortuoso e professionalmente irrisolto, l'attribuzione di nuovi ruoli e scenari di azione deve collocarsi in un quadro di riferimento accettato e condiviso dall'intera professione.

Senza questa cornice di senso, il rischio di uno sbandamento e del ricorso ai miti manageriali, non solo è cosa molto probabile, ma per chi, come accade per molti Infermieri Dirigenti, ha un'identità professionalmente debole e niente affatto orientata strategicamente, è l'unica opportunità per conferire un valore diverso al proprio lavoro. Proprio nell'assenza di un contratto psicologico diverso e orientato alla promozione della salute del cittadino, sembra fondarsi un rapporto di impiego ormai privato, ma ancora prigioniero delle logiche che hanno caratterizzato l'intero percorso storico dell'amministrazione italiana e conseguentemente della professione infermieristica.

A fronte di una fase di cambiamento fortissimo, si sta chiedendo a tutti i Dirigenti, di risolvere gli antichi accordi, basati sulla certezza del posto e della retribuzione, sulla articolazione favorevole dell'orario e dei carichi di lavoro, attribuendo un nuovo linguaggio al processo manageriale (Battistelli 2002). In questo quadro la ricerca di una nuova forma di motivazione, basata su un commitment interno e sulla valorizzazione del lavoro, può rappresentare un'alternativa rispetto all'introduzione di mere logiche di appartenenza, legate solamente ai principi del mercato e dello scambio retribuzione/prestazione, tanto più in una situazione di carenza di risorse umane e finanziarie e di difficile misurazione delle prestazioni (Argyris 1998). Riacquistare senso e dignità nel lavoro diviene, in questa chiave, non solamente un modo per restituire ai servizi sanitari un lavoro più consapevole su cui contare, ma rappresenta anche un fattore su cui concentrare i propri sforzi di competizione, dal lato della domanda, nel mercato del lavoro.

Dott.ssa Annalisa Silvestro
Presidente Federazione Nazionale
Collegi IPASVI

Conclusioni

La rivisitazione del MOHQ ha permesso di orientare e contestualizzare la validazione del QISO per la popolazione infermieristica, al fine di fornire un valido punto di partenza per l'analisi organizzativa e la customer-satisfaction tra il personale infermieristico. Le analisi fattoriale e delle attendibilità hanno infatti evidenziato come la rivisitazione del MOHQ, con la sostituzione di diversi termini nonché l'inserimento di alcuni item riguardanti aspetti specifici della professione, ha contribuito a migliorare la lettura del contesto organizzativo in ambito infermieristico. Particolare importanza per il contesto manageriale infermieristico, assumono i fattori relativi alla Percezione dell'efficacia e dell'efficienza organizzativa, all'Isolamento e routine lavorativa, all'Integrazione e lavoro in equipe e quelli relativi agli Indicatori di soddisfazione verso il top-management e di soddisfazione per la propria Unità Operativa. Questi, insieme agli altri, possono senza dubbio contribuire ad identificare i punti sui quali intervenire, per favorire un ambiente di lavoro "in salute" prevenendo situazioni di assenteismo e turnover degli infermieri, così come fenomeni di scarsa soddisfazione dell'utenza verso il servizio prestato.

Oltre ad essere uno strumento di rilevazione della soddisfazione lavorativa degli infermieri, riconducibile ai processi organizzativi, il QISO permette di reperire importanti informazioni riguardanti la crescita e lo sviluppo professionale. Valutare modelli organizzativi che prevedono la personalizzazione dell'assistenza erogata e l'adozione di strumenti operativi, è sicuramente propedeutico ad una valutazione continua dell'assistenza, che pone al centro dell'intero processo il benessere lavorativo degli infermieri e la cura del cliente/utente. In taluni casi la soddisfazione e il benessere lavorativo del personale infermieristico, assume significati ben diversi. Lavorare in circostanze che contribuiscono a migliorare la qualità di vita dei clienti/utenti, a favorire lo sviluppo professionale, a tutelare l'interesse collettivo dei professionisti e della comunità, può certamente essere un elemento di motivazione e appartenenza che inevitabilmente si ripercuote sulla qualità lavorativa.

Con il QISO è stato inoltre possibile valutare la correlazione tra salute organizzativa e Qualità di Vita negli infermieri che lavorano nell'emergenza territoriale. Complessivamente tra gli uomini sono stati rilevate migliori condizioni della propria salute mentale, della loro percezione nei confronti dei propri coordinatori e dell'apprezzamento, in

termini di efficacia ed efficienza organizzativa, verso la propria organizzazione. Tra le donne, invece, si è riscontrata la maggior presenza di disturbi psicofisici nonché di fenomeni riconducibili alla presenza di indicatori negativi. Una migliore salute fisica e una minore incidenza di stress e di disturbi psicofisici, sono stati riscontrati tra gli infermieri più giovani che peraltro hanno denunciato una minor presenza, nel proprio contesto lavorativo, di indicatori negativi e conflitto interpersonale.

Nel medesimo studio la regressione multipla, effettuata separatamente per sesso ed età, ha permesso inoltre di far emergere alcuni interessanti rapporti tra le dimensioni della salute organizzativa, i disturbi psicosomatici e le due dimensioni della qualità di vita degli infermieri dell'emergenza territoriale. Per quanto riguarda le infermiere, si è costatato che mentre la loro salute fisica è influenzata dal comfort dell'ambiente lavorativo, la salute mentale è strettamente correlata alla fatica lavorativa nonché alla presenza degli indicatori positivi nel proprio contesto organizzativo. Maggiore è quindi il carico di lavoro denunciato dalle infermiere minore è il loro stato di salute mentale che invece migliora con la presenza, all'interno del contesto lavorativo, di fenomeni riconducibili alla sensazione di far parte di una

squadra, all'elevato coinvolgimento lavorativo e quindi al desiderio di andare ed impegnarsi nel lavoro. Il presente studio ha peraltro dimostrato come la salute mentale degli uomini sia proporzionalmente influenzata dall'efficacia ed efficienza organizzativa, dall'operato dei propri coordinatori nonché dalla presenza, all'interno del contesto lavorativo, di idonee procedure atte alla sicurezza e prevenzione degli infortuni. La loro salute mentale è inoltre inversamente proporzionale alla presenza di indicatori negativi nel contesto di lavoro. Per quanto riguarda i giovani infermieri, il presente studio ha dato prova che la presenza nell'organizzazione degli indicatori positivi influenza la loro salute fisica che inevitabilmente si ripercuote sulla presenza di stress nonché di disturbi psicofisici che, peraltro, sono direttamente proporzionali alla fatica lavorativa e alla presenza degli indicatori negativi. Inoltre la loro salute mentale è risultata essere influenzata dalla presenza di efficacia organizzativa nonché di indicatori positivi.

Dai risultati della terza ricerca condotta, è stato invece dimostrato che gli infermieri di Camera Operatoria hanno in generale livelli significativamente più bassi di salute e soddisfazione organizzativa rispetto ai colleghi che lavorano nelle Unità Operative di Medicina. Tra gli infermieri di Camera Operatoria sono stati peraltro riportati valori più bassi

in alcune dimensioni esplorate con il QISO: *valorizzazione delle competenze e soddisfazione per il top-management*. Nelle Unità Operative di Medicina gli infermieri si sentono quindi maggiormente valorizzati e nutrono una miglior percezione del ruolo svolto dalle figure manageriali. Ciò è dovuto presumibilmente al tipo di lavoro svolto dagli infermieri nei due diversi contesti operativi esaminati. E' infatti proprio nelle Unità Operative di Medicina e nelle degenze in generale, che gli infermieri esprimono al meglio le loro competenze, la loro funzione educativa e relazionale nonché l'attitudine e le abilità nell'attuazione del problem solving. Al contrario il lavoro di Camera Operatoria, richiedendo al personale un'elevata competenza tecnica, non permette agli infermieri di far emergere qualità relazionali, educative ed empatiche peraltro rimarcate nel profilo professionale. Da non sottovalutare è inoltre il dato emerso circa il conflitto e i disturbi psicofisici in generale. Anche per taluni aspetti gli infermieri di Camera Operatoria hanno ottenuto punteggi più alti designando perciò la presenza dei suddetti fenomeni nel proprio contesto lavorativo. Presumibilmente all'interno delle Camere Operatorie, predominando lo stereotipo di una struttura gerarchica a favore dei chirurghi, l'aspetto propositivo e risolutivo proprio del

personale infermieristico risulta molto limitato denotando conflitti interpersonali e disagi lavorativi. Infine gli infermieri che lavorano nelle Unità Operative di Medicina risentono meno dell'isolamento e della routine lavorativa ed hanno riportato livelli più bassi di fatica dovuta al carico di lavoro. Mentre il primo dato potrebbe risultare piuttosto congruo alla vita lavorativa degli infermieri afferenti alle Unità Operative di Medicina, considerando i rapporti con i colleghi, con i pazienti, con i familiari degli stessi nonché con le altre figure professionali, il secondo dato potrebbe risultare inaspettato. E' infatti proprio nelle degenze di medicina che i pazienti risultano essere non autosufficienti e quindi maggiormente dipendenti; è in queste realtà che l'infermiere e il personale sanitario sono impegnati a soddisfare i bisogni primari dei pazienti e perciò risentono maggiormente della fatica lavorativa. In conclusione risulta fondamentale porre l'attenzione alle politiche che promuovono la Salute Organizzativa specialmente all'interno dei contesti lavorativi "chiusi" come le Camere Operatorie, da cui deriva la possibilità, da parte del lavoratore, di partecipare attivamente alle dinamiche lavorative.

Per ciò che concerne il manuale, che affronta le tematiche inerenti la salute organizzativa, lo stesso risulta

essere uno strumento di semplice applicazione nei diversi contesti sanitari. Grazie alla meticolosa spiegazione delle diverse fasi che compongono l'intero processo di indagine, permette inoltre, di valutare lo stato di salute del proprio contesto organizzativo, circostanziando il corretto utilizzo del QISO per l'elaborazione e l'interpretazione dei dati. Il manuale ha permesso inoltre di studiare numerose organizzazioni molto articolate come quelle dei Policlinici Universitari, organizzazioni moderatamente complesse come le Aziende Sanitarie, organizzazioni particolari come l'Emergenza Territoriale ed infine organizzazioni a conduzione privata come le Strutture Sanitarie Private Convenzionate.

Bibliografia generale

1. Alfano A. Burnout, uno stress socio-sanitario. *Il Sole 24 ore Sanità* 2006; 4 Settembre 2006: 27-28.
2. AL-Hussami M. A study of nurses' job satisfaction: the relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *European Journal of Scientific Research* 2008; 22 (2):286-295
3. Allen NJ, Meyer JP. Affective, continuance and normative commitment to the organization: an examination of construct validity. *J Vocat Behav* 1996; 49: 252-276.
4. Alvaro R, Sili A. Infermieri e benessere organizzativo: indagine conoscitiva in alcune importanti realtà sanitarie romane. *Ig Sanita Pubbl* 2007; 63 (3), 291-304
5. Arakelian E, Gunningberg L, Larsson J. Job satisfaction or production? How staff and leadership understand operating room efficiency: a qualitative study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52(10):1423-8
6. Argyris C. Empowerment: the emperor's new cloche. *Harvard Business Review* 1998; 76(3): 98-105.
7. Arnold JA, Arad S, Rhoades JA, Drasgow F. The Empowering Leadership Questionnaire: the construction and validation of a new scale for measuring leader behaviors. *J Organ Behav* 2000; 21: 249-269.
8. Au-Yeung B, Mok E. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Honk Kong. *J Nurs Manag* 2002; 10: 129-137
9. Avallone F, Bonaretti M. Benessere organizzativo per migliorare la qualità del lavoro nelle pubbliche amministrazioni. Dipartimento della funzione pubblica per l'efficienza delle amministrazioni. Catanzaro: Rubbettino; 2003.
10. Avallone F, Paplomatas A. Salute organizzativa. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2005.
11. Baker CM, McDaniel AM, Fredrickson KC, Gallegos EC. Empowerment among Latina nurses in Mexico, New York and Indiana. *Int Nurs Rev* 2007; 54(2):124-129.
12. Barbini N, Beretta GG, Minnucci MP, Andrani M. Le principali patologie causa di assenza dal lavoro. *Analisi della banca dati INPS. G Ital Med Lav Ergon* 2006; 28(1): 14-19.
13. Battistelli F. La cultura dell'amministrazione tra retorica e innovazione. Franco Angeli. Milano: 2002.
14. Baum A. Stress, intrusive imagery and chronic distress. *Health Psychology* 1990; 9: 653-675.

15. Beaulieu R., Shamian J., Donner G., Pringle D. Empowerment and commitment of nurses in long-term care. *Nurs Econ* 1997; 15(1): 32-41.
16. Belasco J.A., Stayer R.C. Why empowerment doesn't empower: the bankruptcy of current paradigms 1994; (2): 29-41.
17. Benci L. *Aspetti giuridici della professione infermieristica* (5 ed). Milano: McGraw-Hill; 2008.
18. Bettenardi O, Montagner V, Maini M., Vidotto G. Organizational climate, trust and burnout in a rehabilitation center. *G Ital Med Lav Ergon* 2008; 30 (1 Suppl A): A59-63.
19. Block P. *The Empowered Manager: Positive Political Skills at Work*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
20. Bobbio A, Manganeli Rattazzi AM, Muraro M. Empowering leadership style among health care workers. A study on the nurse manager. *G Ital Med Lav Ergon* 2007;29 (1 Suppl A): A37-49.
21. Boccalon RM. Chi cura rischia di bruciarsi: indagine sullo stress occupazionale d'infermieri e medici dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara - Arcispedale S. Anna. *Il Sole 24 ore Sanità e Management* 2001: 37.
22. Bolognini B. *L'analisi del clima organizzativo*. Roma: Carocci; 2007.
23. Bonaretti M. Testa P. *Persone al lavoro. Politiche e pratiche per il benessere organizzativo nelle amministrazioni pubbliche*. Dipartimento della funzione pubblica per l'efficienza delle amministrazioni. Catanzaro: Rubbettino; 2003.
24. Boscaino F. *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane; 2004.
25. Bowen DE, Lawer EE. The empowerment of service workers: what, why, how, and when. *Sloan Management Review* 1992; Spring: 31-39.
26. Bratt M., Broome M., Kelber S., Lostocco L. Influence of stress and Nursing Leadership on Job Satisfaction of Pediatric Intensive Care Unit. *Am J Crit Care* 2000; 9(5):307-17.
27. Brenda M ,Sabo R.N. Compassione fatica e il lavoro di cura: Possiamo acquisire con precisione le conseguenze del lavoro di cura? *Int J Nurs Pract* 2006; 12: 136-142
28. Brusciaglioni M., Gheno S. *Il gusto del potere: Empowerment di persone e azienda*. Milano: Franco Angeli; 1994.
29. Burdett J.O. What is empowerment anyway? *Journal of European Industrial Training* 1991; 6: 23-30.
30. Capodaglio EM, Di Liddo E. Aspetti soggettivi della qualità di vita in operatori ospedalieri. *G Ital Med Lav Ergon* 2007; 29 (Suppl A): A24-A29.

31. Capozza D, Dazzi C, Falvo R, Hichy, Z, Mari S. Contesti organizzativi: Gli effetti congiunti dell'impegno con l'organizzazione e dell'impegno con l'occupazione. *Testing Psicometria Metodologia* 2004; 11: 141-156.
32. Celli PL. *L'illusione manageriale*. Bari: La Terza; 1997.
33. Chen CK, Lin C, Wang SH, et al. A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *J Nurs Res* 2008; 17(3):199-211
34. Chen PY, Spector PE. Relationship of work stressors with aggression, withdrawal, theft, and substance abuse: an exploratory study. *J Occup Organ Psychol* 1992; 65: 177-184.
35. Chiu MC, Wang MJ, Lu CW, et al. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nurs Outlook* 2007; 55 (6): 318-26
36. Cho MJ. A study on job satisfaction and its depressive factors in human relations among operating room nursing. *Taehan Kanho* 1993; 32(4):48-62
37. Conger J.A., Kanungo R.N. *The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice*. *Academy of Management Review* 1988; 13(3): 471-82.
38. Converso D., Piccardo C. *Il profitto dell'empowerment*. Milano: Raffaello Cortina; 2003.
39. Cortese CG. Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study. *J Nurs Manag* 2007; 15(3): 303-312.
40. Cortese CG. La soddisfazione lavorativa del personale infermieristico. Adattamento italiano della scala Index of Work Satisfaction di Stamps. *Med Lav* 2007; 98: 175-191.
41. Davis B, Thorburn B. Quality of nurse's work life: strategies for enhancement. *Can J Nurs Leadersh* 1999; 12 (4), 11-15
42. De Carlo N, Dal Corso L, Rolli C. Linee guida per la realizzazione di un questionario per il rilievo empirico del disagio organizzativo. Il mobbing: dal disagio al benessere organizzativo. Roma: Carocci; 2006: 116-122.
43. Deci E.L., Ryan R.M. The "what" and the "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry* 2000; 11: 227-268.
44. Della Rocca G. *La valutazione del lavoro nelle amministrazioni pubbliche. Casi di studio sulla valutazione delle posizioni, delle prestazioni e del potenziale*. Roma: Edizioni Scientifiche Italiane; 2004.
45. Drucker P. Aspettando l'avvento della nuova organizzazione, *Harvard Business Review* 1994; (3):102-112.
46. Drucker P. *Managing the non-profit organization. Principles and practices*. New York: Harper Collins Publishers; 1990.

47. Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being a Norwegian study. *J Nurs Manag* 2005; 13 (3):221-30.
48. El-Salam GA, Ibrahim MM, Mohsen MM, et al. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Menoufiya hospitals, Egypt. *East Mediterr Health J* 2008; 14(5):1173-84
49. Fai M, Leong SM, Luk AL, et al. Exploring the profiles of nurses' job satisfaction in Macau: results of a cluster analysis. *J Clin Nurs* 2009; 19, 470–478
50. Faulkner J, Laschinger H. The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. *J Nurs Manag* 2008;16 (3): 225-226.
51. Finegan JE, Laschinger HK. The antecedents and consequences of empowerment: a gender analysis. *J Nurs Adm* 2001; 31(10):489-97.
52. Francescato D. Empowerment personale, di gruppo e sociale. Milano: Franco Angeli; 1996.
53. Galbraith JK. Storia dell'economia. Passato e presente. Milano: Rizzoli; 1998.
54. George JM, Jones GR. The experience of work and turnover intentions: interactive effects of value attainment, job satisfaction, and positive mood. *J Appl Psychol* 1996; 81: 318-325.
55. Gershon RM, W Stone P, Zeltser M, et al. Organizational Climate and Nurse Health Outcomes in the United States: A Systematic Review. *Ind Health* 2007; 45, 622-636
56. Gheno S. Possibilità in opera. Self empowerment e promozione del benessere. Newsletter di Psicologia Positiva. Società Italiana di Psicologia Positiva 2008; (10)
57. Gifford BD, Zammuto RF, Goodman EA. The relationship between hospital unite culture and nurse's quality of work life. *J Health Manag* 2002; 47 (1): 13-25
58. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, et al. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *J Adv Nurs* 2009; 65(5): 1019–1028
59. Gillis A., Jackson W., Beiswanger. University Nurse Graduates: Perspectives on factors of retention and mobility. *Can J Nurs Leadersh* 2004; 17(1):97-110.
60. Greco P, Laschinger HK, Wong C. Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Nurs Leadersh* 2006; 19(4): 41-56.
61. P, Laschinger HK, Wong C. Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Nurs Leadersh* 2006; 19(4):41-56.
62. Hatcher S, Laschinger HKS. Staff nurses' perception of job empowerment and level of burnout: a test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Can J Nurs Adm* 1996; 9(2): 74-94.
63. Hong L, While E, Louise Barriball K. Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2005; 42 211–227

64. Houkes I, Janssen PPM, Jonge J, Bakker AB. Specific determinants of intrinsic work motivation, emotional exhaustion and turnover intention: a multisample longitudinal study". *J Occup Organ Psychol* 2003; 76: 427-450.
65. Hsu MY, Kernohan G. Dimensions of hospital nurses' quality of working life. *J Adv Nurs*; 2006 54(1):120-31.
66. Ikeda N, Amemiya, K, Iwasaki A, Severinsson E. Comparative study of perceptions of work environment and moral sensitivity among Japanese and Norwegian nurses. *Nurs Health Sci* 2004; 6(3):193-200.
67. Irvine DM & Evans MG. Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research finding across studies. *Nurs Res* 1995; 44: 246- 253.
68. Jennifer L, Kettle RN. Factors Affecting Job Satisfaction in the Registered Nurse. *Journal of Undergraduate Nursing Scholarship, University of Arizona College of Nursing* 2002; 4(1).
69. Karasek R, Theorell T. *Healthywork: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Book; 1990.
70. Kelleher CC, O'Connor M. Lifestyle practices and the health promoting environment of hospital nurses. *J Adv Nurs* 1998; 28(2):438-447.
71. Khowaja K, Merchand RJ, Hirani D. Registered nurses perception of work satisfaction at a Terziary Care University Hospital. *J Nurs Manag* 2005; 13: 32-39.
72. King L.A., McInerney P.A. Hospital workplace experiences of registered nurses that have contributed to their resignation in the Durban metropolitan area. *Curationis* 2006; 29 (4): 70-81.
73. Kleinman C.S. Leadership: A Key Strategy in Staff Nurse Retention. *J Contin Educ Nurs* 2004; 35(3):128-32.
74. Kułagowska E. Working conditions in operating rooms. *Med Pr* 2007; 58(1):1-5
75. Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. The qualities of an empowered nurse and the factors involved. *J Nurs Manag* 2001; 9(5):273-80.
76. Kuoppala J, Lammimpaa A, Liira J, Vaninio H. Leadership, Job Well-Being and Health Effects. A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Occup Environ Med* 2008; 50: 904-15.
77. Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL, Withrow ML, Hobbs GR Jr, Burant C. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *J Nurs Adm* 2003; 33(5):271-83.
78. Laschinger H, Wong C, McMahon L & Kaufman C. Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness. *J Nurs Adm* 1999; 29: 28-39.
79. Laschinger H.K.S., Havens D.S. Staff Nurse work empowerment and perceived control over nursing practise, work satisfaction and work effectiveness. *J Nurs Adm* 1996; 6(9): 23-75.

80. Laschinger HK, Almost J, Purdy N, Kim J. Predictors of nurse managers' health in Canadian restructured healthcare settings. *Nurs Leadersh* 2004; 17(4):88-105.
81. Laschinger HK, Almost J, Tuer-Hodes D. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link. *J Nurs Adm* 2003; 33(7-8): 410-422.
82. Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *J Nurs Adm* 2001; 31(5):260-72.
83. Laschinger HK, Finegan J, Shamian J. The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Manage Rev* 2001; 26(3):7-23.
84. Laschinger HK, Finegan J, Wilk P. Context matters: the impact of unit leadership and empowerment on nurses' organizational commitment. *J Nurs Adm* 2009; 39(5): 228-35.
85. Laschinger HK, Finegan J. Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings. *J Nurs Adm* 2005; 35(10):439-49.
86. Laschinger HK, Finegan J. Using empowerment to build trust and respect in the workplace: a strategy for addressing the nursing shortage. *Nurs Econ* 2005; 23(1): 6-13.
87. Laschinger HK, Purdy N, Almost J. The impact of leader-member exchange quality, empowerment, and core self-evaluation on nurse manager's job satisfaction. *J Nurs Adm* 2007; 37(5):221-9.
88. Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Casier S. Organizational trust and empowerment in restructured healthcare setting: effects on staff nurse commitment. *J Nurs Adm* 2000; 30(9): 413-425.
89. Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J. Promoting nurses' health: effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nurs Econ* 2001; 19(2): 42-52.
90. Laschinger HKS, Shamian J, Thomson D. Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perception of trust, burnout, quality of care and work satisfaction. *Nurs Econ* 2001; 19(3): 209-219.
91. Laschinger HKS, Wong C. Staff nurse empowerment and collective accountability: effect on perceived productivity and self-rated work effectiveness. *Nurs Econ* 1999; 17(6):308-316.
92. Lautizi M, Laschinger HKS, Ravazzolo S. Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among. Italian mental health nurses: an exploratory study. *J Nurs Manag* 2009; 17(4):446-52.
93. Lawler EE. High-involvement management. San Francisco: Jossey-Bass; 1986.
94. Lee H, Cummings GG. Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *J Nurs Manag* 2008; 16(7):768-83.

95. Liden RC, Tewksbury TW. Empowerment and work teams. In *Handbook of Human Resources Management*. Cambridge: Blackwell Business; 1995
96. Loke J.C.F. Leadership Behaviours: Effects on Job Satisfaction, Productivity and Organizational Commitment. *J Nurs Manag* 2001; 9(4): 191-204.
97. Lu H, Barriball KL. Job satisfaction and its related factors: a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(4): 574-588.
98. Lucas V, Laschinger HK, Wong CA. The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control. *J Nurs Manag* 2008; 16(8): 964-973.
99. Lucas V, Laschinger HK, Wong CA. The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control. *J Nurs Manag* 2008; 16(8):964-73.
100. Mac Davitt K, Chou SS, Stone PW. Organizational climate and health care outcomes. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007; 33: 45-56.
101. Maccoby, M. *Why work? Leading the new generation*. New York: Simon & Schuster; 1988.
102. Magnavita N. *Vivere in ufficio. Manuale per la prevenzione dei rischi nel lavoro d'ufficio*. Roma: Edizioni Lavoro; 1990.
103. Manojlovich M, Laschinger H. The Nursing Worklife Model: extending and refining a new theory. *J Nurs Manag* 2007; 15(3):256-63.
104. Manojlovich M. A leadership strategy to improve practice. *J Nurs Adm* 2005; 35(5): 271-278.
105. Manojlovich M. Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future. *Online J Issues Nurs* 2007;12.
106. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach Inventory manual (3 ed)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1996.
107. McAdams D.P. *The person: A new introduction to personality psychology*. New York: Wiley; 2006.
108. McDermott K, Laschinger HKS, Shamian J. Work empowerment and organizational commitment. *Nurs Manag* 1996; 27(5): 44-49.
109. McNeely E. The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up. *Nurs Outlook* 2005; 53(6):291-299.
110. Mintzberg H. Managing government, governing management. *Harvard Business Review* 1996; 74(3): 75-83.

- 111.Mrayyan M.T. Hospital organizational climates and nurses' intent to stay: differences between units and wards. *Contemp Nurse* 2008; 27:223-36
- 112.Neely E MC. The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up. *Nurs Outlook*. 2005; 53(6).
- 113.Oi-ling S. Predictor of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *J Adv Nurs* 2002; 40 (2): 218-229
- 114.Pendry PS. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nurs Econ* 2007; 25(4): 217-221.
- 115.Piccardo C. Empowerment. Milano: Raffaello Cortina; 1995.
- 116.Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43 (3), 311-8
- 117.Ragazzoni P, Tangolo D, Zotti AM. Stress occupazionale e valorizzazione delle risorse umane in azienda sanitaria: dalla valutazione al processo di cambiamento. *G Ital Med Lav Erg* 2004; 26:2, 119-126.
- 118.Raup GH. The impact of ED nurse manager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals. *J Emerg Nurs* 2008; 34 (5), 403-502
- 119.Rickard CM, Roberts BL, Foote J, et al. Job satisfaction and importance for intensive care unit research coordinators: results from binational survey. *J Clin Nurs* 2007; 16, 1640-50
- 120.Roelen CA, Koopman PC, Notenbomer A, Groothoff JW. Job satisfaction and sickness absence: a questionnaire survey. *Occup Med* 2008; 58: 567-71.
- 121.Sabo BM. Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *Int J Nurs Pract* 2006; 12: 136–142.
- 122.Sarmiento TP, Laschinger HK, Iwasiw C. Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory. *J Adv Nurs* 2004; (2):134-43.
- 123.Shipton H, Armstrong C, West M, et al. The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *Int J Qual Health Care* 2008; 20 (6), 439-445
- 124.Spreitzer G. Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement and validation. *Acad Manage J* 1995; 38:1442-1465.
- 125.Spreitzer G. Taking stock: a review of more than twenty years of research on empowerment at work. In: Cooper C., Barling J. eds. *The Handbook of Organizational Behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications 2007; 54-72.
- 126.Stone PW, Larson EL, Mooney-Kane C, et al. Organizational climate and intensive care unite nurses' intention to leave. *Crit Care Med* 2006; 34, 1907-1912

127. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, et al. Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: an instrumental variable approach. *Health Serv Res* 2007; 42, 1085-1104
128. Stordeur S, D'hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *J Adv Nurs* 2001; 35(4):533-42.
129. Suominen T., Savikko N., Puukka P., Doran DI., Leino-Kilpi H. Work empowerment as experienced by head nurses. *J Nurs Manag* 2005; 13: 147-53.
130. Tabolli S., Ianni, C. Renzi, C. Di Pietro P. Soddifazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma. *G Ital Med Lav Erg* 2006; 28 (Suppl 1): 49-52.
131. Taylor SE. *Health Psychology* (4 ed). Boston: McGraw-Hill; 1999.
132. Taylor SE. *Health Psychology: the science and the field*. *American Psychologist* 1990; 45: 40-50.
133. Theorell J. Medical and Physiological aspects of jobs intervention. In: Cooper CL, Robertson IT. Eds. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Chichester: John Wiley; 1993: 173-192.
134. Trinkoff AM, Lipscomb JA, Geiger-Brown J, Brady B. Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses . *J Ind Med* 2002; 41(3):170-8.
135. Upenieks VV. The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *Health Care Manag* 2003; 22(2):83-98.
136. Upenieks, V. What constitutes successful nurse leadership? A qualitative approach utilizing Kanter's theory of organizational behaviour. *J Nurs Adm* 2002; 32(12): 622-632.
137. Utriainen K, Kyngäs H, Nikkilä J. Well-being at work among ageing hospital nurses in northern Finland: a grounded theory study. *Int J Circumpolar Health* 2009; 68:2
138. Van Laar D, Edwards JA, Easton S. The work-related quality of life scale for healthcare workers. *J Adv Nurs* 2007; 60 (3), 325-333
139. Way M, MacNeil M. Organizational Characteristics and their effect on health. *Nurs Econ* 2006; 24 (2), 67-76
140. Weick K. *Senso e significato nell'organizzazione*. Milano: Cortina Editore; 1997.
141. Williams S, Michie S, Pattani S. *Improving the health of the NHS Workforce. Report of partnership on the health of the NHS Workforce*. London: Nuffield Trust; 1998.

142. Wilson B, Laschinger HKS. Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment: a test of Kanter's theory of structural power in organizations. *J Nurs Adm* 1994; 24(45): 39-47.
143. Worplace S. Bullying Experienced by Massachusetts Registered Nurses and relationship to intention to leave the organization. *Adv Nurs Sci* 2008; 31 (2), 48-59.
144. Yukl G. *Leadership in organization* (6 ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall; 2006.