

## La salute organizzativa degli infermieri in alcune strutture sanitarie di Roma e della provincia

Carlo Turci<sup>1</sup>, Rosaria Alvaro<sup>2</sup>, Antonio Fabretti<sup>3</sup>, Roberta Fida<sup>4</sup>, Fabio Giorgi<sup>5</sup>, Andrea Maccari<sup>6</sup>,  
 Maria Grazia Proietti<sup>7</sup>, Alessandro Sili<sup>8</sup>, Alessandro Stievano<sup>9</sup>, Maria Ymelda Tolentino Diaz<sup>10</sup>,  
 Daniela Trinca<sup>11</sup>, Ercole Vellone<sup>12</sup>, Gennaro Rocco<sup>13</sup>

<sup>1</sup>Dirigente infermiere, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma; <sup>2</sup>Professore associato in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Roma Tor Vergata; <sup>3</sup>Infermiere esperto in ricerca, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma; <sup>4</sup>Ricercatore, Dipartimento di Psicologia dell'Università La Sapienza di Roma; <sup>5</sup>Dottorando di ricerca in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi dell'Aquila; <sup>6</sup>Infermiere esperto in ricerca, Azienda sanitaria locale Roma B; <sup>7</sup>Dirigente infermiere, Nuova SAIR; <sup>8</sup>Dirigente infermiere, Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma; <sup>9</sup>Infermiere ricercatore, Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica; <sup>10</sup>Infermiere esperto in ricerca, Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini di Roma; <sup>11</sup>Infermiere esperto in ricerca, Azienda Ospedaliera San Giovanni di Roma; <sup>12</sup>Ricercatore, Università degli Studi di Roma Tor Vergata; <sup>13</sup>Direttore Centro di Formazione e Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Corrispondenza: carloturci@yahoo.it

### RIASSUNTO

**Introduzione** Il fattore umano rappresenta un elemento primario nei processi di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi sanitari ed è in grado di influenzarne il risultato; la sua gestione e valorizzazione, pertanto, assume inevitabilmente valenza strategica per le organizzazioni sanitarie. In questa cornice è stata condotta una ricerca del Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica (CECRI) del Collegio Ipasvi di Roma tra il mese di dicembre 2009 e il mese di dicembre 2011. Lo scopo è stato misurare la salute organizzativa in termini di variabili indipendenti organizzative, variabili d'esito (la soddisfazione generale, la demotivazione e gli indicatori di malessere psicofisico) e variabili di disegno (l'appartenenza al settore organizzativo/lavorativo e l'area professionale di appartenenza).

**Materiali e metodi** Per la conduzione dell'indagine è stato somministrato il Questionario infermieristico sulla salute organizzativa (QISO) a un campione di 4.751 infermieri operanti in diverse tipologie di organizzazioni sanitarie di Roma e della provincia.

**Risultati** I risultati dell'indagine mostrano la presenza di stress e fatica in tutte le strutture considerate. Nelle aziende sanitarie locali e nei policlinici universitari sono emersi alcuni indicatori negativi del benessere organizzativo quali la presenza di pettegolezzo, la sensazione di non essere valutati adeguatamente, il risentimento verso l'organizzazione e la sensazione di fare cose inutili.

L'integrazione professionale e la soddisfazione generale sono risultate presenti in tutte le tipologie di struttura considerate. Alcune dimensioni quali l'apertura all'innovazione, il *comfort* e la sicurezza sono risultate presenti solo nelle aziende sanitarie private accreditate. Le altre dimensioni del QISO indagate, quali l'isolamento e la routine e gli indicatori di malessere psicofisico, non sono risultate presenti nelle strutture considerate. Non è comunque stata valutata la significatività statistica dei risultati.

**Conclusioni** Per adempiere al loro ruolo è necessario che gli operatori siano soddisfatti e motivati all'interno dell'organizzazione in cui operano. E' necessario, perciò, che tutti gli operatori abbiano una buona salute organizzativa. Nelle strutture considerate nello studio sono emersi alcuni aspetti critici. Per favorire l'instaurazione di una buona salute organizzativa le aziende devono preoccuparsi di predisporre degli ambienti confortevoli e sicuri, garantire ruoli più ricchi di spazi decisionali più ampi e devono preoccuparsi di contenere il sopraggiungere di stress e fatica attraverso una buona pianificazione dei turnover. I risultati del presente studio possono essere il punto di partenza per il disegno di studi metodologicamente più robusti.

**Parole chiave:** salute organizzativa, clima organizzativo, benessere, infermieri

### Organizational health of nurses in some health facilities of Rome and its province

#### ABSTRACT

**Introduction** The human factor is a key factor in the provision of healthcare services, that directly influence the outcomes. Therefore, the way health operators are valued and staffed is strategic for the success of the

healthcare organisations. In the Centre of Excellence for Nursing Scholarship of the IPASVI Board of Nursing in Rome, a survey was conducted from December 2009 to December 2011 to measure the organisational health of nurses. Independent organisational variables, outcome variables (general satisfaction, lack of motivation, and indicators of psychophysical ailments), and planning variables (the nurses' organisational/working area and their professional area) were investigated.

**Materials and Methods** The survey was conducted using the Nursing Questionnaire on Organisational Health on a sample of 4751 nurses working in different healthcare organization in the city and in the Province of Rome.

**Results** The results show the presence of stress and fatigue in the nurses in all the health structure types considered. In health structures and university polyclinics were found negative indicators like the presence of gossip, the feeling of counting very little for the organization, the resentment towards the organization and the feeling to do useless things. Professional integration and general level of satisfaction were found in all the health structure types considered. Some aspects like openness to innovation, the comfort and the safety in the professional environment were found only in the private health structures. Isolation, routine and indicators of mental and physical malaise were not present in the structures considered. In this study hasn't been evaluated the statistical significativity of the results.

**Conclusions** It's important that health operators feel satisfied within the organisation they work for, and this impact on their motivation and sense of belonging to the organisation itself. Nurses will be able to provide personalised holistic care only if all workers have a good organisational health, which, instead, in the health realities considered in this study, showed to be lacking for some aspects. To promote the establishment of an organisational health, the health structures must offer a comfortable and safe environment, grant more decisional power and contain the stress and the fatigue with an adequate planning of nurses' turnover. The results of this study can be the starting point for the design of studies with a stronger methodology.

**Keywords:** organizational health, organizational climate, wellbeing, nurses

## INTRODUZIONE

Il benessere organizzativo, la salute e la qualità della vita negli ambienti di lavoro sono diventati temi importanti nel *management* sanitario (Camerino D, et al., 2005; Converso D, 2005). Le organizzazioni sanitarie stanno iniziando a riflettere su come l'ambiente di lavoro, l'adozione di pratiche normative, procedurali e comportamentali, nonché la preferenza o il sostegno di particolari stili di convivenza, possano contribuire a creare benessere o malessere e influire direttamente sullo stato di salute lavorativa degli infermieri e degli altri operatori sanitari (Gigantesco A, et al. 2004; Cortese CG, 2007, 1 e 2; Sili A, et al. 2010, 1). Il fattore umano rappresenta un elemento primario nei processi di produzione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi in ambito sanitario ed è in grado di influenzarne il risultato. La sua gestione, pertanto, assume inevitabilmente valenza strategica per gli enti sanitari (Avallone F, et al., 2005).

Il concetto di benessere nell'ambito lavorativo assume connotati di variabile indipendente rispetto al clima organizzativo che circonda l'essere umano. Il benessere lavorativo è, quindi, proporzionalmente correlato alla salute organizzativa. Un contesto lavorativo "in salute" promuove il benessere dei propri dipendenti e le organizzazioni più efficienti sono

proprio quelle con dipendenti soddisfatti e con un clima interno sereno e partecipativo. Ma che cosa si intende esattamente per salute organizzativa?

L'idea di salute organizzativa nel contesto lavorativo assume diversi significati sia presso i lavoratori sia per le organizzazioni che ne fanno un concetto multidimensionale: la salute fisica, il benessere emotivo e psicologico, la sicurezza, il basso numero di infortuni, il clima franco e produttivo, la serenità nelle relazioni, l'impegno e la tensione verso gli obiettivi, eccetera. Tuttavia, cercando di incorporare la tematica della sicurezza in quella più generale della salute nell'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 A, et al. 2004). Quando si verificano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano fenomeni quali la diminuzione della produttività, l'assenteismo, bassi livelli di motivazione, lo stress e il *burnout*, la ridotta disponibilità al lavoro, la carenza di fiducia, la mancanza di impegno e l'aumento dei reclami da parte dell'assistito (Roelen CA, et al. 2008). Questi e altri indicatori di malessere rappre-

sentano il riflesso dello stato di disagio e malessere psicologico di chi vi lavora (McNeely E, 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 contestualizzare il concetto di salute organizzativa per il mondo sanitario e soprattutto per il contesto infermieristico. Sulla base e sui concetti delineati da Avallone F et al. (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 missione professionale".

La perdita di risorse umane è imputabile anche all'assenza di *leadership* infermieristica che si configura nella presenza di eccessivi carichi di lavoro male gestiti, nell'ambiguità di ruolo, nella scarsa e cattiva comunicazione con conflitti inter e intra-professionali (George JM, et al. 1996). La *leadership* infermieristica assume, quindi, un ruolo fondamentale nell'influenzare la percezione che gli infermieri hanno della propria organizzazione (Kuoppala J, et al. 2008). E' ormai chiaro, quindi, che un'organizzazione in salute raggiunge l'obiettivo di essere più efficace e produttiva. I pilastri portanti di tale cultura sono costituiti dalla riscoperta della soggettività, dal recupero del contributo e della partecipazione del singolo (Grandis R, et al. 2003) e dall'investimento dell'organizzazione sul benessere organizzativo. Un buon clima genera benessere organizzativo se è in grado di promuovere, mantenere e migliorare la qualità della vita delle persone e il benessere fisico, psicologico e sociale della comunità di persone che opera in un dato contesto. Un tipico indicatore di sintesi è facilmente individuabile nella gratificazione individuale e professionale. La costruzione e il mantenimento del benessere organizzativo sono il risultato concreto e visibile di un'organizzazione in buono stato di salute.

Lo studio si è prefisso lo scopo di misurare la salute organizzativa in alcune realtà sanitarie di Roma e della provincia in termini di variabili organizzative.

## MATERIALI E METODI

### Il disegno dello studio

E' stato effettuato uno studio quantitativo, descrittivo multicentrico nel territorio di Roma e provincia per misurare la salute organizzativa in termini di variabili indipendenti organizzative: il *comfort* ambientale, la percezione dell'attenzione rivolta al personale, la percezione relativa ai coordinatori infermieristici, la collaborazione tra colleghi, l'efficienza e l'efficacia organizzativa, la percezione del conflitto, la percezione dello stress e della fatica, l'integrazione e l'isolamento, la sicurezza nell'ambiente lavorativo, l'apertura all'innovazione e, in termini di variabili d'esito (variabili dipendenti), la soddisfazione generale (indicatori positivi del benessere organizzativo), la demotivazione (indicatori negativi del benessere organizzativo) e gli indicatori di malessere psicofisico (disturbi psicosomatici). Tra le variabili di disegno per lo studio di questo fenomeno sono state considerate l'appartenenza al settore organizzativo/lavorativo (definito area professionale) e la tipologia delle strutture sanitarie di appartenenza: aziende sanitarie, policlinici universitari e strutture sanitarie private.

Il progetto ha previsto tre fasi:

- prima fase: è stata effettuata la formazione del gruppo di studio, l'individuazione degli ambiti organizzativi oggetto di indagine e la progettazione degli incontri formativi itineranti;
- seconda fase: il progetto di ricerca è stato presentato alle Direzioni delle strutture sanitarie coinvolte attraverso una campagna informativa e la raccolta delle adesioni di partecipazione al progetto, l'individuazione dei referenti aziendali e il supporto agli stessi da parte del gruppo di progetto per tutto il periodo dell'indagine.
- terza fase: è stata effettuata l'elaborazione dei dati, la comunicazione dei risultati e la pianificazione di eventuali interventi.

Lo studio è stato svolto tra settembre 2009 e dicembre 2011 e ha avuto l'obiettivo di raggiungere almeno il 10% degli iscritti al Collegio IPASVI di Roma appartenenti al profilo professionale infermieristico. In ciascuna struttura sanitaria che ha aderito al progetto sono stati organizzati uno o più eventi formativi in riferimento all'organico e alla disponibilità proposta dalla struttura stessa. Il programma dell'evento prevedeva contenuti formativi sulla ricerca e sui concetti di benessere e clima organizzativo e la descrizione dello strumento di indagine. Contestualmente all'evento formativo, ai partecipanti è stato somministrato lo strumento di indagine. Di seguito sono riportate le strutture aderenti al progetto suddivise per tipologia:

- aziende sanitarie locali: ASL Roma A, ASL Roma

B, ASL Roma C, ASL Roma D, ASL Roma E, ASL Roma F, ASL Roma G, ASL Roma H; Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata; Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini;

- policlinici universitari: Policlinico Umberto I e Azienda Ospedaliera Sant'Andrea;
- strutture sanitarie private accreditate: Fatebenefratelli San Giovanni Calibita - Isola Tiberina e Ospedale San Carlo di Nancy.

Le aree individuate nelle strutture sanitarie sono state: l'area medica, l'area chirurgica, l'area critica (Dipartimento di emergenza-urgenza e accettazione, DEA), l'area servizi, la camera operatoria, l'area materno-infantile e il dipartimenti di salute mentale.

Nell'ambito delle strutture sanitarie aderenti il solo criterio di esclusione da parte degli infermieri coinvolti è stato la loro assenza nell'organizzazione per un periodo superiore a 90 giorni nell'arco dei dodici mesi precedenti alla data di rilevazione.

### Strumenti

Lo strumento di indagine utilizzato in una prima fase della ricerca è stato il questionario multidimensionale della salute organizzativa (MOHQ), del Dipartimento della funzione pubblica, attraverso cui sono state condotte analisi fattoriali esplorative e confermative sulla base delle quali sono stati individuati 15 fattori principali che definiscono la salute organizzativa (Avallone, 2005). Si tratta di un questionario anonimo, strutturato in nove parti che indagano 15 specifiche dimensioni di salute organizzativa utilizzando 139 affermazioni. Per ciascuna affermazione il compilatore deve indicare una delle quattro opzioni di una scala *Likert* a ciascuna delle quali corrisponde un punteggio da 1 a 4 (1=mai, 2=raramente, 3=a volte e 4=spesso); più alto è il punteggio, maggiore è la presenza del fenomeno. Il MOHQ nel 2002 è stato sperimentato nel settore pubblico inserendolo nel "Programma Cantieri" del Dipartimento della funzione pubblica quale parte integrante di un articolato progetto di ricerca per il monitoraggio della salute organizzativa su un campione di oltre 3.000 dipendenti della pubblica amministrazione. Ogni parte del questionario è costituita da una o più dimensioni che vengono indagate con alcune affermazioni espresse in forma di domande a scelta forzata o a risposta multipla; per la maggior parte delle affermazioni il compilatore deve esprimere il proprio giudizio sulla frequenza con cui la situazione descritta si verifica nella propria organizzazione. Successivamente alle ricerche del Dipartimento della funzione pubblica, si è provveduto a riadattare il MOHQ al contesto infermieristico apportando una parziale modifica ad alcune affermazioni (Sili A, et al.

2010, 1 e 3). Lo strumento così ottenuto è stato chiamato questionario infermieristico sulla salute organizzativa (QISO) (Sili A, et al. 2010, 3) ed è stato utilizzato nella versione ridotta. Il QISO ridotto, redatto con 67 affermazioni, mira a reperire informazioni sulle differenti dimensioni della salute organizzativa attraverso tre gruppi di indicatori della popolazione infermieristica: positivi, negativi e di malessere psicofisico. Per il presente studio, come già precedentemente stabilito da Avallone F et al. (2005), è stata fissata una soglia di *cut-off* pari a 2,6 sia per stabilire la salute organizzativa generale, sia per stabilire la presenza o l'assenza nell'ambiente lavorativo dei singoli fenomeni esplorati con le varie sottoscale e le varie dimensioni delle stesse. I dati sono stati raccolti durante eventi formativi ECM organizzati dal Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica (CECRI) dal 2009 al 2011 nelle strutture sanitarie coinvolte.

I risultati finali completi, così come questi descrittivi parziali, sono pubblicati in forma anonima o in forma aggregata rispetto alla singola struttura sanitaria coinvolta.

### Analisi dei dati

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate con il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versione 15.0. Sono state esaminate le statistiche descrittive delle caratteristiche socio demografiche del campione e delle dimensioni della salute organizzativa. Preliminarmente sono state effettuate delle analisi fattoriali su tutte le scale del QISO utilizzando, in linea con il manuale, il metodo della fattorizzazione dell'asse principale con rotazione Promax. I punteggi delle dimensioni del QISO sono stati ottenuti, quindi, in linea con il manuale del QISO, come media dei punteggi ottenuti nelle affermazioni relative a ciascuna dimensione.

Per le medie delle dimensioni è stato fissato un valore di soglia, *cut-off*, pari a 2,6; valori al di sopra del *cut-off* indicano la presenza del fenomeno identificato dalla dimensione e valori al di sotto ne indicano l'assenza. Per l'interpretazione dei risultati bisogna considerare che per le dimensioni con valenza positiva (per esempio la soddisfazione lavorativa), un valore sopra soglia è indice di un risultato positivo (nell'esempio fatto indica la presenza di soddisfazione); al contrario, per le dimensioni con valenza negativa (per esempio lo stress), un valore sopra soglia è indice di un risultato negativo (nell'esempio fatto indica la presenza di stress).

### RISULTATI

Il campione totale è rappresentato da 4.751 infer-

mieri appartenenti alle varie strutture partecipanti allo studio.

I fattori della salute organizzativa sono stati definiti sulla base del manuale del QISO (Sili A, et al. 2010, 3). Dagli studi effettuati da Sili et al. è emerso che le dimensioni della salute organizzativa si declinano in modo diverso in riferimento all'organizzazione sanitaria esaminata. Le dimensioni comuni fra le tre tipologie di organizzazioni sanitarie considerate nello studio sono: lo stress, la fatica, l'integrazione e il lavoro di équipe, l'isolamento e la routine lavorativa, la propensione e l'apertura all'innovazione, il *comfort* dell'ambiente di lavoro, la sicurezza e la prevenzione degli infortuni, gli indicatori negativi, la soddisfazione generale e gli indicatori di malessere psicofisico. Questi ultimi sono stati identificati dalle affermazioni riguardanti la presenza o assenza di mal di testa e le difficoltà di concentrazione, il mal di stomaco o la gastrite, il nervosismo o l'irrequietezza o l'ansia, il senso di affaticamento eccessivo, l'asma o la difficoltà respiratoria, i dolori muscolari e articolari, le difficoltà ad addormentarsi o l'insonnia e il senso di depressione.

I dati descrittivi del campione hanno indicato una popolazione costituita in prevalenza da persone di genere femminile (73%), come è ampiamente suffragato dai dati relativi al genere della professione infermieristica in Italia.

L'età media del campione è risultata pari a 42,4 anni (DS=8,38). La maggioranza degli infermieri del campione considerato (70,5%) aveva un'età compresa tra i 35 e i 54 anni di età; nello specifico il 17,1% ha un'età compresa tra 21 e 34 anni, il 39,6% tra 35 e 44 anni, il 30,38% tra i 45 e i 54 anni e infine l'8,5% aveva un'età superiore ai 55 anni.

L'anzianità lavorativa media è di 18,3 anni. In più

della metà degli infermieri del gruppo considerato (52,2%) l'anzianità di lavoro è risultata compresa tra 11 e 25 anni.

La maggioranza del campione lavorava prevalentemente con contratti a tempo indeterminato (96%) e a tempo pieno (93,3%).

Rispetto alle dimensioni dello stress e della fatica (Tabella 1), tutte le tipologie di strutture hanno ottenuto un punteggio sopra soglia (*cut-off*=2,6), indice quindi della presenza di questi due elementi nell'ambiente lavorativo (stress e fatica). Nello specifico i policlinici universitari hanno ottenuto il punteggio maggiore in entrambe le dimensioni rispetto alle altre due tipologie di struttura.

La manifestazione globale di indicatori negativi del benessere organizzativo (Tabella 1) con punteggio sopra soglia è stata rilevata nelle aziende sanitarie locali e nei policlinici (rispettivamente 2,69 e 2,77).

Nello specifico, andando ad analizzare singolarmente questi indicatori (Tabella 2), quelli più espressi, e quindi con un punteggio medio tra le strutture sopra soglia più alto rispetto agli altri, sono risultati: la presenza di pettegolezzi (3,03), la sensazione di non essere valutati adeguatamente (2,98), il risentimento verso l'organizzazione (2,93) e la sensazione di fare cose inutili (2,87). I policlinici in particolare sono state le strutture in cui questi indicatori hanno ottenuto i punteggi medi più alti, rispettivamente 3,07 per la presenza di pettegolezzi, 3,06 nella presenza di risentimento verso l'organizzazione, 3,04 per la sensazione di non essere valutati adeguatamente e 2,97 nella sensazione di contare poco nell'organizzazione. Alcuni indicatori negativi sono risultati presenti solo nei policlinici e nelle aziende sanitarie locali, in quanto hanno ottenuto punteggi sopra soglia, ovvero: il desiderio di cambiare lavoro, la sensazione di un am-

**Tabella 1.** Punteggio medio ottenuto per dimensione del QISO in funzione alla tipologia di struttura

Dimensioni	Punteggio medio		
	Aziende sanitarie locali	Policlinici universitari	Strutture sanitarie private accreditate
Stress	3,00	3,14	3,04
Fatica	3,01	3,18	3,07
Integrazione	3,19	3,30	3,40
Isolamento e routine	2,26	2,31	2,07
Apertura all'innovazione	2,51	2,46	2,68
Comfort	2,47	2,49	3,03
Sicurezza	2,40	2,54	2,79
Indicatori negativi del benessere organizzativo	2,69	2,77	2,56
Soddisfazione generale	2,81	2,76	3,11
Indicatori di malessere psicofisico	2,31	2,45	2,10

biente dove si manifesta aggressività e nervosismo, la sensazione di lavorare meccanicamente e senza coinvolgimento e la scarsa chiarezza su “che cosa bisogna fare e chi lo deve fare”. Tali indicatori sono risultati invece assenti nelle strutture private accreditate, con punteggi sotto soglia.

Gli indicatori negativi del benessere organizzativo assenti in tutte le strutture considerate sono stati: il disinteresse per il lavoro, la sensazione di fare cose inutili, la percezione di lentezza nell'esecuzione dei compiti e la mancanza di idee o assenza di iniziative.

Due condizioni assenti in tutte le strutture sono l'isolamento e la routine e il malessere psicofisico (Tabella 1), infatti nelle due dimensioni relative del QISO il punteggio registrato per ciascuna è risultato sotto soglia in tutte le strutture.

L'integrazione professionale e la soddisfazione generale (Tabella 1) sono due aspetti presenti in tutte le tipologie di struttura considerate. La prima in particolare è la dimensione in cui è stato registrato il punteggio, sopra soglia, più alto: rispettivamente 3,19 nelle aziende sanitarie locali, 3,30 nei policlinici e 3,40 nelle strutture private accreditate. La soddisfazione generale in particolare ha registrato un punteggio medio più alto nelle strutture private (3,11) ri-

spetto a quello delle aziende sanitarie locali (2,81) e dei policlinici (2,76).

Andando ad analizzare nello specifico le sottoscale che caratterizzano la soddisfazione (Tabella 3), si nota come gli elementi predominanti sono stati la presenza di voglia di andare al lavoro, di soddisfazione per le relazioni personali costruite sul lavoro e voglia di impegnare nuove energie per l'organizzazione. In tutte queste sottoscale le strutture private hanno ottenuto dei punteggi superiori a quelli delle altre strutture sanitarie.

L'apertura all'innovazione, il *comfort* e la sicurezza (Tabella 1) sono aspetti risultati solo nelle aziende private, dove il punteggio delle relative dimensioni è risultato sopra soglia (rispettivamente 2,68, 3,03 e 2,79). Il punteggio ottenuto in queste dimensioni per i policlinici e le aziende sanitarie locali è risultato invece sotto soglia.

## DISCUSSIONE

Il *comfort* ambientale nel contesto lavorativo esplorato dalla prima scala del QISO rende esplicito che avere buoni servizi igienici e degli spogliatoi funzionali, per esempio, sono buone basi per percepire positivamente l'ambiente in cui si lavora. Comunque, gli ambienti lavorativi non devono essere valu-

**Tabella 2. Punteggio medio ottenuto nelle sottoscale della dimensione indicatori negativi del benessere organizzativo del QISO in funzione alla tipologia di struttura**

Indicatori negativi del benessere organizzativo	Punteggio medio±DS		
	Aziende sanitarie locali	Policlinici universitari	Strutture sanitarie private accreditate
Insofferenza nell'andare al lavoro	2,76±0,921	2,83±0,875	2,63±0,893
Disinteresse per il lavoro	2,44±1,000	2,48±0,996	2,29±1,003
Desiderio di cambiare lavoro o l'ambiente di lavoro	2,77±1,034	2,85±1,024	2,54±1,000
Pettegolezzo	2,99±1,059	3,07±1,002	3,04±1,053
Risentimento verso l'organizzazione	2,96±0,951	3,06±0,886	2,77±0,94
Aggressività e nervosismo	2,68±0,966	2,76±0,938	2,6±0,972
Sensazione di fare cose inutili	2,49±0,989	2,6±0,986	2,33±0,943
Sensazione di contare poco nell'organizzazione	2,88±0,979	2,97±0,98	2,77±0,945
Sensazione di non essere valutato adeguatamente	2,99±0,953	3,04±0,948	2,91±0,93
Sensazione di lavorare meccanicamente, senza coinvolgimento	2,61±1,001	2,67±0,986	2,42±0,99
Lentezza nell'esecuzione dei compiti	2,29±0,936	2,35±0,95	2,26±0,951
Poca chiarezza su “che cosa bisogna fare e chi lo deve fare”	2,66±1,007	2,73±1,01	2,42±0,989
Mancanza di idee, assenza di iniziative	2,5±1,022	2,54±1,03	2,3±1,006
<b>Media complessiva dimensione</b>	<b>2,69</b>	<b>2,77</b>	<b>2,56</b>

DS=deviazione standard

**Tabella 3. Punteggio medio ottenuto nelle sottoscale della dimensione soddisfazione generale del QISO in funzione alla tipologia di struttura**

Soddisfazione	Punteggio medio±DS		
	Aziende sanitarie locali	Policlinici universitari	Strutture sanitarie private accreditate
Soddisfazione per l'organizzazione	2,67±0,82	2,67±0,863	3,09±0,823
Voglia di impegnare nuove energie per l'organizzazione	2,9±0,861	2,83±0,88	3,17±0,809
Sensazione di far parte di una squadra	2,78±0,942	2,73±0,984	3,05±0,852
Voglia di andare al lavoro	3,04±0,869	3,01±0,89	3,38±0,736
Sensazione di realizzazione personale attraverso il lavoro	2,79±0,900	2,77±0,932	3,11±0,849
Fiducia che le condizioni negative attuali potranno cambiare	2,66±0,966	2,58±0,965	2,92±0,932
Sensazione di giusto equilibrio tra lavoro e tempo libero	2,71±0,885	2,64±0,875	3,03±0,84
Soddisfazione per le relazioni personali costruite sul lavoro	3,02±0,836	2,99±0,871	3,27±0,775
Condivisione dell'operato e dei valori dell'organizzazione	2,71±0,822	2,62±0,878	2,99±0,812
<b>Media complessiva dimensione</b>	2,81	2,76	3,11
DS=deviazione standard			

tati soltanto dal punto di vista del *comfort* strutturale ma anche rispetto alla percezione dei rapporti lavorativi interprofessionali e rispetto alla cooperazione con gli altri operatori sanitari (Colquitt JA, et al., 2001). Un ambiente organizzativo deficitario può portare il professionista sanitario a soffrire di *burnout*, disaffezione lavorativa, scarso impegno organizzativo e disimpegno morale, come già visto in seguito allo sviluppo di strumenti quali il Nursing Work Index (Kramer M, et al. 1989). Inoltre può portare, dal punto di vista etico, al *moral distress* (Lutzen K, et al. 2012) ed è stato visto, con il Nursing Work Index-Revised (Aiken LH, et al., 2000), che è collegato all'intenzione degli infermieri di rimanere nella struttura lavorativa o di lasciarla, al controllo degli infermieri sull'ambiente di lavoro, alla presa di decisioni, all'autonomia professionale, al rapporto con i medici. Tutte queste variabili incidono fortemente sulla salute organizzativa.

Gli ambienti di lavoro devono essere valutati anche dal punto di vista della sicurezza e della prevenzione degli infortuni nel contesto lavorativo. Un'organizzazione sanitaria deve quindi considerare la gestione di rischi chimici, fisici, biologici, meccanici presenti nell'ambiente di lavoro: è necessario costruire un modello di clima di sicurezza psicosociale sul posto di lavoro per gestire le persone, la salute psicologica, l'impegno e la soddisfazione dei lavoratori (Dollard MF, et al. 2010). I luoghi di lavoro sani

migliorano il reclutamento e il mantenimento dei lavoratori, la salute e il benessere, la qualità delle cure e la sicurezza del paziente (Shamian J, et al. 2007). I risultati dello studio mostrano come l'ambiente di lavoro nelle strutture private sia considerato sicuro al contrario delle aziende sanitarie locali e nei policlinici; in queste ultime probabilmente il personale non ritiene sufficienti le azioni adottate dalle strutture sanitarie coinvolte nello studio in tema di sicurezza. Un risultato confortante è stata la rilevazione della presenza di un buon libello di integrazione interprofessionale (Duddle M, et al. 2007), che fa ben sperare riguardo a un cambiamento fattivo e continuativo nei rapporti di lavoro e nella giustizia interazionale tra le persone (Greenberg L, et al. 1999); essa comunque è risultata migliore soprattutto se riferita alle relazioni interpersonali tra colleghi dello stesso profilo professionale più che a quelle tra i membri delle équipes in generale. E' stato individuato un buon livello di comunicazione e collaborazione all'interno dei gruppi di lavoro sotto l'aspetto della capacità di fare fronte all'operatività quotidiana, ovvero la capacità di acquisire le informazioni di proprio interesse e garantire una sufficiente omogeneità nei comportamenti operativi. Si rileva anche una buona consapevolezza del valore del contributo di ognuno e dell'utilità sociale del lavoro che si compie. Tale aspetto è di fondamentale importanza in organizzazioni che vedono le persone come elemento primario nei processi di

produzione ed erogazione di prestazioni e servizi, fattore sul quale le strutture sanitarie devono continuare a investire per non perdere il fattore motivazionale (Minelli V, et al. 2009).

L'indagine sembra avere individuato nella presenza di fatica, di stress e di indicatori negativi del benessere organizzativo (nel complesso) i punti critici delle aziende sanitarie locali e dei policlinici universitari. Sono queste le organizzazioni in cui valutare la programmazione di interventi mirati a monitorare fenomeni come l'assenteismo e il *turnover* degli infermieri. In tutte le strutture è stata rilevata una soddisfazione generale, in presenza comunque di alcuni singoli indicatori negativi di benessere organizzativo come l'insofferenza, il desiderio di cambiare lavoro o ambiente di lavoro, la presenza dei pettegolezzi, la presenza di risentimento nei confronti dell'organizzazione, l'ambiente caratterizzato da aggressività e nervosismo, eccetera.

La soddisfazione generale indagata nel presente studio, individuata dagli indicatori positivi di benessere organizzativo del QISO, può essere, in termini generici, vicina al concetto di soddisfazione lavorativa.

La soddisfazione lavorativa è un tema tra i più studiati in letteratura e alla base di questo interesse esiste l'opinione di senso comune che essa sia alla base di una prestazione professionale eccellente; una persona soddisfatta è anche una persona motivata e, quindi, ottiene risultati lavorativi maggiori e migliori. Ma a che cosa è da attribuirsi la soddisfazione lavorativa esattamente? Da che cosa, in altre parole, è originata?

In letteratura non c'è unanimità sulla definizione di tale costrutto: secondo un approccio essa è da intendersi come una reazione soggettiva di tipo emotivo-affettivo alla propria situazione professionale; secondo un altro approccio la soddisfazione lavorativa è da intendersi come l'atteggiamento della persona nei confronti del proprio lavoro, quindi, un costrutto complesso con una componente emotiva, una valutativa e una cognitiva. Negli ultimi anni si sta assistendo a una maggiore sensibilità da parte delle organizzazioni sanitarie verso i bisogni degli infermieri la cui soddisfazione viene sempre più avvertita come prioritaria (Bolognini B, 2007). Nel settore sanitario, un alto livello di assenteismo è associato non solo a costi più alti ma anche a un livello più basso di soddisfazione lavorativa (Anderson MA, et al., 1999) e a una minore qualità di cura per i pazienti (Castle NG, et al., 2005).

Sul luogo di lavoro ogni persona si trova a intrattenere relazioni interpersonali non elettive sia con gli utenti sia con i colleghi di lavoro, i quali possono ri-

velarsi alleati nell'affrontare le problematiche quotidiane o nel nostro caso fonte di stress (Benci V, 2009).

Da non sottovalutare è lo stile di *leadership* (Cumings GG, et al. 2010) che, se adeguato, favorisce una maggiore soddisfazione lavorativa tra il personale infermieristico (Coomber B, et al. 2006; Raup GH, 2008) con ricadute positive sulla qualità dell'assistenza erogata (Shipton H, et al. 2008). Oggi gli infermieri sono chiamati a contribuire al miglioramento della qualità dei servizi nei suoi vari aspetti e, in particolare, alla soddisfazione delle persone assistite ma allo stesso tempo sono chiamati a contribuire al miglioramento della propria soddisfazione all'interno dell'organizzazione. Perché questo contributo possa risultare adeguato, è necessario che tutti gli operatori abbiano una qualità di vita lavorativa buona (Bruzzi S, 2006).

Sicuramente ci sono diversi aspetti da migliorare nella salute organizzativa e questa indagine intende evidenziare le aree percepite in modo più critico, poiché è nelle richieste dei professionisti e nei loro suggerimenti che si trovano i contenuti utili per favorire e mantenere lo sviluppo della salute organizzativa stessa (Avallone F, 2009).

Per quanto riguarda il rapporto tra individuo e organizzazione la ricerca ha messo in luce alcuni punti critici, come il rapporto di scambio tra prestazioni e carriera, ossia la percezione che non ci sia un equo rapporto dare/avere con l'organizzazione, sia in termini d'inadeguatezza dei sistemi di valutazione, sia in termini di opportunità di aggiornamento professionale, dimensioni che possono mettere in evidenza aspetti critici nella motivazione. Le persone si sentono poco ascoltate nei suggerimenti per migliorare il lavoro e poco valorizzate nelle loro potenzialità; ciò evidenzia la necessità di una maggiore partecipazione nei processi operativi. Lo scarso coinvolgimento nei processi decisionali è un fattore descritto in letteratura come fonte di stress per il personale infermieristico insieme alla mancanza di chiarezza rispetto al ruolo, la difficoltà nella programmazione dei turni e del gruppo di lavoro e il basso status sociale (Cortellazzi S, et al., 2005). Le varie strutture sanitarie si devono quindi orientare 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 delle competenze e la soddisfazione degli individui, è finalizzata ad orientare i lavoratori a una maggiore collaborazione orizzontale e a superare le barriere organizzative (Bonaretti M, et al., 2003).

Dalla ricerca emergono anche aspetti che denotano



una sensibile propensione al cambiamento da parte degli intervistati e questo si evince nella voglia di impegnare nuove energie sul lavoro, nella voglia di andare al lavoro, nel trovare nel lavoro gli elementi per la realizzazione personale e nella soddisfazione per le relazioni personali costruite sul lavoro.

I limiti metodologici dello studio (il *bias* di selezione iniziale dei partecipanti e la mancanza di una valutazione della significatività statistica dei risultati) non consentono di trarre conclusioni significative ma possono essere il punto di partenza per il disegno di studi metodologicamente più robusti per affrontare un tema tanto importante.

### Ringraziamenti

Vogliamo ringraziare tutti gli infermieri che hanno partecipato allo studio, tutte le Direzioni sanitarie e i referenti aziendali che hanno permesso la riuscita dell'indagine.

### BIBLIOGRAFIA

- Aiken LH, Patrician PA (2000) *Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index*. Nurs Res, 49, 146-153.
- Anderson MA, Aird TR, Haslam WB (1999) *How satisfied are nursing home staff*. Geriatr Nurs, 12, 85-87.
- Avallone F, Paplomatas A (2005) *Salute organizzativa*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Avallone F (2009) *Le organizzazioni sanitarie di fronte all'innovazione. Relazione al Convegno internazionale: Creatività e innovazione in sanità, Dedalo e Panorama della Sanità*. Roma.
- Benci V (2009) *Analisi transazionale e gestione dei conflitti - dallo scontro all'incontro: modelli e strumenti*. Xenia Editore, Milano.
- Bolognini B (2007) *L'analisi del benessere organizzativo*. Carocci Editore, Roma.
- Bonaretti M, Testa P (2003) *Persone al lavoro*. Rubbettino Editore, Soveria Mannelli.
- Bruzzi S (2006) *La gestione dell'azienda sanitaria. Innovazioni e scelte strategiche per un nuovo scenario competitivo*. Giuffrè Editore, Milano.
- Camerino D, Conway PM, 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.
- Castle NG, Engberg J (2005) *Staff turnover and quality of care in nursing homes*. Med Care, 43, 616-626.
- Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ, et al. (2001) *Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research*. J Appl Psychol, 86, 425-445.
- Converso D (2005) *Benessere Organizzativo e qualità sociale*. Relazione presentata alla Giornata di Studio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino: "Disagio psico-sociale, benessere organizzativo e qualità dei servizi in Sanità". Torino.
- Coomber B, Barriball K L (2006) *Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature*. Int J Nurs Stud, 44(2), 297-314.
- Cortellazzi S, Pais I (2005) *Il posto della competenza, persone, organizzazioni, sistemi formativi*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Cortese CG (2007, 1) *La soddisfazione lavorativa del personale infermieristico. Adattamento italiano della scala Index of Work Satisfaction di Stamps*. La Medicina del Lavoro, 98, 175-191.
- Cortese CG (2007, 2) *Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study*. J Nurs Manag, 15, 303-312.
- Cummings GG, Mac Gregor T, Davey M, et al. (2010) *Leadership styles and outcome patterns for the nursing workplace and work environment: a systematic review*. Int J Nurs Stud, 47(3), 363-385.
- Dollard MF, Bakker M, Arnold B (2010) *Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement*. J Occup Organ Psychol, 83, 579-599.
- Duddle M, Boughton M (2007) *Intraprofessional relations in nursing*. J Adv Nurs, 59, 29-37.
- George JM, Jones GR (1996) *The experience of work and turnover intentions: interactive effects of value attainment, job satisfaction, and positive mood*. J App Psych, 81, 318-325.
- Gigantesco A, Mirabella F, Bonaviri G, et al. (2004) *La valutazione della condizione lavorativa in popolazioni del settore sanitario*. Med Lav, 95, 431-440.
- Grandis R, Negro G (2003) *L'organizzazione del benessere: logiche, principi e modello applicativo*. Dipartimento della Funzione Pubblica. Roma.
- Greenberg L, Barling J (1999) *Predicting employee aggression against coworkers, subordinates and supervisors: the roles of person behaviours and perceived workplace factors*. J Organ Behav, 20, 897-913.
- Kramer M, Hafner LP (1989) *Shared values impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity*. Nurs Res, 38(3), 172-177.
- Kuoppala J, Lammimpaa A, Liira J, et al. (2008) *Leadership, job well-being and health effects. A systematic review and meta-Analysis*. J Occup Environ Med, 50, 904-915.
- Lutzen K, Kvist BE (2012) *Moral distress: a comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts*. HEC Forum, 24(1), 13-25.
- McNeely E (2005) *The consequences of job stress for nurses' health: Time for a check-up*. Nurs Outlook, 53, 291-299.
- Minelli V, Morucci R, Dominijanni M, et al. (2009) *Il benessere organizzativo: valore sociale da perseguire e difendere anche in sanità*. Mondo Sanitario, 3, 1-16.
- Raup GH (2008) *The impact of nurse manager leadership style*

- on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health centre hospitals.* J Emerg Nurs, 34(5), 403-502.
- Roelen CA, Koopman PC, Notenbomer A, et al. (2008) *Job satisfaction and sickness absence: a questionnaire survey.* J Occup Environ Med, 50, 567-571.
- Shamian J, El-Jardali F (2007) *Healthy workplaces for health workers in Canada: knowledge transfer and uptake in policy and practice.* Healthcare Papers, 7, 6-25.
- Shipton H, Armstrong C, West M (2008) *The impact of leadership and quality climate on hospital performance.* J Qual Health Care, 20, 439-445.
- Sili A, Vellone E, De Marinis MG, et al. (2010, 1) *Validità e affidabilità del questionario infermieristico sulla salute organizzativa.* Prof Inferm, 63, 27-37.
- Sili A, Vellone E, Fida R, et al. (2010, 2) *Infermieri di camera operatoria e infermieri di medicina generale: la diversa percezione della propria salute organizzativa.* Med Lav, 101, 458-470.
- Sili A, Vellone E, Fida R, et al. (2010, 3) *La salute organizzativa degli infermieri. Guida pratica all'utilizzo del Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO).* Edises Editore, Napoli.