



*L'articolo che segue riporta, con lievi modifiche, il testo di una relazione tenuta al convegno su "Qualificazione e valorizzazione infermieristica: passaggi obbligati per ottenere qualità", organizzato a Padova il 17 maggio 2000 dal Collegio IPASVI di quella provincia.*

*La soddisfazione nel lavoro degli operatori interessa i membri della dirigenza infermieristica da due punti di vista, entrambi di grande importanza: quello di professionisti che hanno il compito di promuovere e la soddisfazione dei collaboratori, avendo essi stessi il diritto a una gratificazione che li induca a fornire prestazioni di elevata qualità.*

## La soddisfazione degli infermieri in relazione alla soddisfazione dei pazienti

*Carlo Calamandrei*

### 1. L'INFERMIERE E LA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA SODDISFAZIONE DEI CLIENTI

Per introdurre il tema della soddisfazione nel lavoro da parte degli infermieri è necessario parlare preliminarmente del loro ruolo all'interno del sistema sanitario e, in particolare, del loro contributo alla soddisfazione dei clienti, che costituisce un aspetto particolare e molto importante dell'assicurazione e del miglioramento della qualità. Il motivo è che esiste una relazione tra la soddisfazione di queste due categorie di persone, una relazione testimoniata dai dati della letteratura, professionale e non.

Prima di tutto è opportuno ricordare che, a norma del Profilo professionale (D.M. 739/94), gli infermieri svolgono un'assistenza che ha *natura tecnica, relazionale e educativa*. Questa pluralità di aspetti e di funzioni è perfettamente coerente con le esigenze delle aziende in cui prestano la loro opera, che sono assai diverse da quelle che producono beni materiali.

Esaminiamo in sintesi le caratteristiche essenziali delle aziende sanitarie in quanto *aziende di servizi*:

1. Poiché non costruiscono oggetti tangibili, ma erogano *prestazioni* intangibili (la guarigione, maggiori conoscenze sulla salute, maggiore autonomia nelle attività di vita quotidiana ecc.), il momento della produzione coincide con quello dell'erogazione (in altre parole, non hanno magazzino). Ciò rende necessario ottimizzare l'incontro tra la domanda e l'offerta della prestazione, un incontro che ha molte volte una valenza informativa e relazionale.
2. Tendono a risolvere *problemi* dei clienti, per cui devono conoscere i loro *bisogni* e devono garantire loro una *qualità* il più possibile vicina a quella che ciascuno di essi si aspetta. Una delle conseguenze è che i servizi forniti dalle aziende sanitarie hanno una uniformità limitata: la loro necessaria *standardizzazione* (linee guida, piani standard, procedure ecc.) va conciliata con la *personalizzazione* delle prestazioni.
3. Forniscono servizi in cui sono compresenti *contenuti tecnico-specialistici e contenuti relazionali*, per cui la qualità dei servizi stessi dipende solo in parte dall'azienda e dalla sua organizzazione, ma è legata principalmente alle capacità, alla motivazione e agli strumenti usati dagli operatori.

I processi di produzione-erogazione che le aziende sanitarie svolgono hanno dunque natura interattiva. In essi *il cliente è partecipe* nel senso che è coinvolto nelle decisioni, spesso trascorre molto tempo nella struttura e ha una relazione intensa con gli operatori, una relazione che oggi tende a essere di *partnership* anziché di pura dipendenza.

Va aggiunto che, poiché il cliente è in posizione di sostanziale debolezza, tali processi hanno *implicazioni etiche* a volte molto rilevanti. È perciò necessario che tutti i dirigenti e gli operatori si adoperino affinché la prospettiva economica e quella etica non entrino in conflitto.

Per le ragioni suddette le aziende di servizi sanitari - pur contando anche su ambienti, tecnologia e materiale - hanno come risorsa principale il personale, la *risorsa umana*. Di tale personale - com'è noto - gli infermieri costituiscono una componente molto rilevante sul piano quantitativo e significativa per il tipo di servizio prestato (spesso sono gli operatori che stabiliscono la relazione più stretta con il cliente).

Coerentemente a quanto previsto dal profilo, essi sono chiamati a svolgere un *ruolo* sia strettamente *tecnico-operativo* che *educativo* (ad es. per l'auto-gestione di condizioni croniche) e *relazionale* (tramite immagine, gesti, parole) e rappresentano agli occhi dei clienti l'azienda nella sua globalità: è perciò importante curarne costantemente la preparazione (tecnico-professionale, etico-deontologica, organizzativa), la motivazione e la soddisfazione nei confronti del lavoro.

Le aziende sanitarie sono oggi particolarmente impegnate nella ricerca di una migliore qualità della loro *struttura*, dei loro *processi* e degli *esiti* che ottengono. La loro attenzione a queste tematiche, generalmente maggiore che nel passato, è legata a obblighi di legge, a esigenze di competizione, alla frequente necessità di produrre di più e meglio senza aumento di risorse.

La creazione di un Sistema Qualità in queste aziende (necessario anche per l'accreditamento istituzionale) deve tenere conto delle loro caratteristiche prima espresse, che rendono tale compito assai complesso. Quello che occorre è lavorare contemporaneamente su tre dimensioni, diverse e interconnesse, della qualità:

1. *Qualità organizzativa*. A questo riguardo la filosofia della Qualità Totale esige che si persegua la più alta qualità di tutto il processo diagnostico-terapeutico-assistenziale (processo primario) e dei processi di supporto sanitari e amministrativi. È particolarmente a questa dimensione che si collega l'impegno alla riduzione dei costi, un aspetto della qualità a cui le aziende prestano oggi particolare attenzione.

2. *Qualità tecnico-professionale*. I principi a cui si fa riferimento in questo ambito della qualità sono in primo luogo quelli della VRQ (Verifica e Revisione della Qualità) e della VQAI (Valutazione della Qualità dell'Assistenza Infermieristica). Negli ultimi tempi si sta diffondendo la convinzione che, per avere una elevata qualità, le prestazioni e le pratiche di tutti gli operatori sanitari debbano essere il più possibile s u ffragate da prove di efficacia e studi clinici controllati (Evidence-based medicine e Evidence-based nursing).

3. *Qualità percepita* dal cliente, un cliente che - come sappiamo - ha oggi esigenze maggiori e più complesse che nel passato. Per la tutela di questa dimensione - definita anche della soddisfazione dei clienti, o dei consumatori - sono fondamentali la promulgazione della Carta dei Servizi e il rispetto dei principi che ne stanno alla base.

L'infermiere partecipa al miglioramento di tutte e tre le dimensioni della qualità (ad es. collabora alla stesura di procedure, partecipa a iniziative di VRQ e a indagini sulla soddisfazione dei pazienti). A i fini di questo lavoro è utile considerare soprattutto il campo della qualità percepita dai consumatori.

Un documento importante a tale riguardo è il DPCM 19.05.95, che dà disposizioni sulla Carta dei servizi pubblici sanitari e, nei suoi allegati, contiene numerose indicazioni operative. La Carta si basa su alcuni principi fondamentali (*eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia*) e prevede che vengano garantite ai clienti alcune funzioni:

- *informazione* (in particolare tramite l'URP e i punti informazione)
- *accoglienza e accompagnamento*
- *tutela*, con particolare riferimento alla gestione dei reclami
- *partecipazione*

Perché i principi della Carta non restino astratti, ogni azienda - secondo il Decreto citato - ha l'impegno di predisporre e migliorare costantemente gli standard qualitativi delle prestazioni erogate. A questo proposito il Decreto afferma un principio molto importante: gli standard devono riguardare *l'intera esperienza del cittadino* e devono toccare tutti i fattori che egli può percepire. Tali fattori sono:

- *aspetti legati al tempo*: tempestività (brevità delle liste di attesa...), puntualità, regolarità (rispetto di programmi prefissati e comunicati);
- *aspetti legati alla semplicità delle procedure* (ad es. poter fare richieste di esami per telefono);
- *aspetti legati all'informazione sanitaria*, la quale deve essere comprensibile, chiara e completa;
- *aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza*

all'ingresso nella struttura (segnaletica, reception, orari, nomi dei responsabili...);

- *aspetti legati alle strutture fisiche* (comfort e pulizia);
- *aspetti legati alle relazioni sociali e umane*: personalizzazione e umanizzazione del trattamento, capacità di rassicurazione, cortesia, rispetto della dignità e così via.

In tutto questo agli infermieri è attribuito un ruolo particolare. Sono loro (in particolare, alcuni di loro, appositamente destinati e collocati) che instaurano una relazione e mettono l'utente in grado di esprimere bisogni, lo accompagnano, collaborano con le Associazioni del Volontariato, curano l'accoglienza specie in caso di ricovero improvviso, educano a un corretto utilizzo della struttura, ascoltano e comprendono aspettative e bisogni. Possiamo dunque dire che, in questo caso, la norma spinge gli infermieri a operare secondo quella *visione olistica della persona umana* che è caratteristica della loro cultura professionale. Come già detto all'inizio, tale visione implica lo svolgimento di funzioni complesse, per le quali il profilo professionale prevede giustamente l'erogazione di prestazioni tecniche, educative e relazionali.

## 2. LA QUALITÀ DELLA VITA LAVORATIVA DELL'INFERMIERE

È difficile pensare che l'infermiere svolga questo ruolo complesso e che contribuisca come richiesto alla soddisfazione dei clienti se non è sufficientemente soddisfatto del proprio lavoro, cioè se la *qualità della sua vita lavorativa* non è adeguata. Fornire un'assistenza globale e stabilire relazioni di aiuto, in particolare, significa entrare in ciascuna di esse, in larga misura, *come persona*: se l'operatore è frustrato, stressato o, addirittura, in burnout, è dubbio che lo possa fare e che sia in grado di soddisfare i bisogni psicosociali di persone sofferenti.

Queste considerazioni non possono rappresentare un alibi ("L'azienda non soddisfa appieno le mie esigenze di professionista, dunque non mi impegno"), né devono far pensare che vi sia sempre una relazione meccanica e lineare tra soddisfazione nel lavoro e maggiore efficacia e efficienza. Comunque varie ricerche riguardanti i dipendenti delle aziende in generale, e gli operatori sanitari o il personale infermieristico in particolare, mostrano una correlazione positiva tra maggiore soddisfazione da un lato e riduzione dello stress, dell'assenteismo e del turnover, con i relativi costi, dall'altro; alcune indagini hanno evidenziato anche una correlazione positiva tra la soddisfazione nel lavoro e certi aspetti della produttività.

Esaminiamo ora i fattori dai quali dipende la soddisfazione nel lavoro e una serie di dati tratti dalla letteratura sulla materia.

## Fattori di motivazione e soddisfazione

Secondo Frederick Herzberg<sup>1</sup>, sulla motivazione al lavoro e sulla soddisfazione a esso correlata agiscono due distinti gruppi di fattori:

1. *Fattori igienici*, estrinseci al contenuto della prestazione lavorativa: essi non garantiscono una vera soddisfazione, ma prevengono o riducono l'insoddisfazione e la demotivazione.
2. *Fattori motivanti*, intrinseci al lavoro stesso, che assicurano la vera e propria motivazione.

Possiamo ritenere appartenenti alla prima categoria i fattori seguenti:

- Stipendio e altri istituti contrattuali (incentivazioni...)
- Organico in rapporto al carico di lavoro
- Tipo di orario, programma delle ferie ecc.
- Ambiente
- Possibilità di carriera
- Tempo dedicato allo svolgimento di attività improprie

Nel gruppo dei fattori motivanti sono invece da includere:

- Percezione di svolgere un lavoro importante e di assumere responsabilità significative e autonome
- Percezione di erogare prestazioni di qualità (per fare degli esempi relativi all'ambito assistenziale, basso indice di complicanze quali lesioni cutanee, cadute ecc., alto indice di apprendimento degli insegnamenti finalizzati all'autogestione, alto indice di soddisfazione dei clienti)
- Possibilità di accedere a programmi di sviluppo del personale (dall'inserimento guidato in una nuova U.O. alla formazione permanente)
- Rapporti con i superiori, i colleghi e altri operatori (la situazione più volte giudicata ottimale è rappresentata dall'esistenza di un vero e proprio lavoro di gruppo)
- Coinvolgimento nella vita dell'U.O. e nelle decisioni che in essa vengono assunte

Tra i lavoratori ve ne sono alcuni che danno un peso quasi esclusivo ai fattori igienici e altri per i quali sono i fattori motivanti ad avere la prevalenza. Fatte salve le differenze individuali, è probabile in generale che più un lavoro è qualificato, più i professionisti, pur non trascurando i fattori igienici, diano grande importanza anche a quelli motivanti.

## Ricerche e esperienze tratte dalla letteratura

Vi sono pubblicazioni italiane e straniere, alcune professionali (come l'americana *Nursing Administration Quarterly*), altre di scienze organizzative e di psicologia del lavoro, che presentano su questo argomento ricerche, dati e commenti in grado di ampliare le nostre conoscenze in merito e di stimolare riflessioni che possono essere molto

utili ai professionisti, in questo caso infermieri, e soprattutto a chi si occupa della loro direzione. Si farà riferimento a quattro studi, illustrati in pubblicazioni recentissime o che risalgono a sei-sette anni fa, ma i cui dati sono citati o confermati, almeno in parte, in articoli di riviste successivi.

#### a) *La problematica dello stress lavorativo*

Poiché la qualità della vita lavorativa ha molto a che fare con lo stress, è bene citare per primo un articolo pubblicato sul numero di gennaio/febbraio 2000 della rivista italiana *Risorse umane in azienda Newsletter* e avente per oggetto lo stress da lavoro negli Stati Uniti: i temi che tratta interessano da vicino tutti i paesi del mondo sviluppato, incluso il nostro, date le fondamentali somiglianze che li caratterizzano<sup>2</sup>.

Nell'articolo si nota che "l'aumento di competizione a livello mondiale ha portato a strategie di tagli salariali e ridimensionamenti nell'industria americana" (p. 15). Di conseguenza "il sistema economico funziona bene per quel 25-30% della forza lavoro che si trova ai vertici salariali. Ma - dichiara Ray Marshall, già ministro del lavoro dell'amministrazione Carter - il 40% dei lavoratori che è ai minimi livelli salariali sta peggio di come stava nel 1970 (...) e il gruppo di mezzo - il rimanente 35% - non riesce a mantenere il proprio tenore di vita: lavora di più, per più ore, ed è questo che presenta il livello più alto di stress" (pp. 15-16). In un'altra parte dell'articolo si dice che il numero di ore lavorate alla settimana è salito attualmente ad una media di 47. Marshall afferma che chi gestisce la politica economica del paese dovrebbe concentrarsi sulla crescita, eliminando la strategia di riduzione salariale, garantendo un'istruzione di qualità e rendendo più forti i lavoratori. Oltretutto - secondo molti studiosi americani - l'incremento di povertà, disuguaglianza e disoccupazione è collegato all'aumento di mortalità, suicidi, omicidi, aggressioni e stupri.

Ecco, dunque, un diffuso stress lavorativo derivante da alcuni di quei fattori che Herzberg definisce igienici.

L'articolo citato riguarda il mondo del lavoro in generale. Non sappiamo in quale misura le osservazioni che contiene valgano per la sanità e per gli infermieri in America e altrove, ma nelle riviste dedicate a questa professione e pubblicate in vari paesi è frequente la constatazione che gli infermieri devono produrre più che nel passato nello stesso tempo e a parità di risorse, se non con meno tempo e meno risorse.

Una affermazione di base è che in generale, quin-

di anche nel settore sanitario, sia uno stress molto basso che uno stress elevato contribuiscono a un livello di prestazione inadeguato. È invece uno stress moderato che dà energia alle persone e contribuisce a prestazioni lavorative di alta qualità: si tratta dunque di ottimizzare lo stress e di renderlo accettabile. Un articolo della rivista professionale americana prima citata ha proprio questo titolo. "Una cultura organizzativa che ottimizza lo stress: lo stress accettabile nell'assistenza infermieristica".

In esso si osserva che il lavoro dell'infermiere presenta inevitabilmente un certo livello di stress per la necessità di:

- Affrontare situazioni di vita o di morte, di angoscia e paura
- Rispondere a persone che fanno domande impegnative e imbarazzanti
- Dover decidere qual è il trattamento più adeguato in casi complessi
- Conciliare gli impegni di lavoro con quelli di famiglia ecc.

A questi agenti stressanti, largamente prevedibili, se ne aggiungono spesso altri di natura organizzativa, non previsti e non voluti dal diretto interessato. Essi incidono in misura tanto maggiore quanto più:

- sono legati al mancato riconoscimento dell'operatore e al fatto che egli non si senta in grado di esprimere al meglio le proprie potenzialità, ad es. per un sistema organizzativo che prevede un lavoro parcellizzato e non chiaramente finalizzato a obiettivi;
- i fattori stressanti sono percepiti dagli infermieri come estranei ai loro valori professionali.

In questi casi molte energie dell'operatore sono impiegate nel far fronte allo stress (coping), anziché nell'erogazione di prestazioni lavorative di alta qualità.

Il fatto che un certo livello di stress possa risultare accettabile se è basato sui valori del gruppo professionale è confermato - secondo l'articolo a cui sto facendo riferimento - da uno studio compiuto nel Massachusetts e i cui risultati sono stati resi noti nel 1993<sup>3</sup>. Da esso è emerso che otto valori considerati molto importanti dal personale infermieristico permettono, entro certi limiti, di accettare lo stress lavorativo che pure è ad essi correlato. Tali valori sono:

- *Responsabilità*, ad es. quella insita nel primary nursing (infermiere primario). Questo è un sistema organizzativo in base al quale un infermiere assume la piena responsabilità di uno o di alcuni (pochi) pazienti, nei cui confronti formula il piano di assistenza, lo mette in atto quando è in servizio, assegna i compiti per quando è libero e ne monitorizza poi l'esecuzione, per predisporre infine il piano di dimissione. Tale organizzazione

può produrre stress, ma uno stress accettato perché la responsabilità implica creatività, fa sentire importanti ed evita la parcellizzazione delle attività professionali.

- *Lavoro di alta qualità.* La sua erogazione può pure causare un certo grado di stress, ma di un tipo che è in linea con le aspettative professionali.
- *Collaborazione* (lavoro di gruppo), anche se spesso non è priva di tensioni.
- *Sostegno formale e informale* ai colleghi (ad es. stare accanto a un collega che vive una situazione stressante come l'assistenza a una persona morente).
- *Prendersi cura* della persona nella sua interezza, cioè dei suoi sintomi e disturbi medici come dei suoi fattori socio-emozionali, malgrado il coinvolgimento e, quindi, lo stress che questo può produrre.
- *Autonomia*, cioè possibilità di decidere senza bisogno di istruzioni dei superiori, benché questa situazione, favorita dal decentramento manageriale attuato in molte aziende, possa essere fonte di tensioni.
- *Sviluppo clinico* grazie a una carriera e ad una struttura della retribuzione che incoraggiano l'acquisizione di nuove competenze.
- *Professionalismo*, che implica lo sforzo di acquisire maggiore riconoscimento da parte dei medici e di altri.

Se ripensiamo alla classificazione di Herzberg, questi valori, in nome dei quali si può accettare un determinato grado di stress e avere una buona qualità di vita professionale, sono da assimilare maggiormente ai fattori motivanti.

In questo contesto, non disponendo al momento di dati specifici, si può solo accennare al fatto che sono esposti allo stress da lavoro anche, e talvolta perfino di più, coloro che svolgono funzioni direttive, come, nel caso specifico, gli infermieri dirigenti e i caposala. Può darsi che più di altri essi soffrano della rapidità dei cambiamenti, della riduzione delle risorse e della necessità di definire le priorità di intervento. Comunque, i concetti generali qui esposti valgono anche per loro.

#### ***b) Soddisfazione nel lavoro e esigenze psicologiche dell'operatore secondo una ricerca in un ospedale italiano***

Il numero 1/2000 della rivista Area Qualità News riporta una ricerca-intervento svolta nell'ospedale di Vignola (Modena)<sup>4</sup>. I suoi autori hanno cercato di fotografare la vita all'interno dell'ospedale allo scopo di favorire l'integrazione delle esigenze dei lavoratori con quelle dell'organizzazione sviluppando un linguaggio e una visione comune in tutti i soggetti coinvolti.

Per quanto riguarda in particolare la soddisfazione nel lavoro degli operatori sanitari, è emerso che questa "dipende dall'appagamento delle loro esigenze psicologiche almeno altrettanto quanto dalla soddisfazione delle loro esigenze materiali. Per gli operatori avere l'opportunità di partecipare significa sentirsi collaboratori, su un piano di parità, in un'impresa comune, invece che meri subalterni, passivi e svogliati, chiamati ad eseguire degli ordini. La partecipazione rafforza e crea negli operatori, siano essi medici, infermieri, tecnici/fisioterapisti, O TA-ausiliari e amministrativi, la convinzione che meritino di essere consultati e che venga riconosciuta e valorizzata la loro intelligenza e competenza.

La possibilità di raggiungere gli obiettivi di lavoro, in completa autonomia gestionale e professionale, è risultata prioritaria per tutte le categorie professionali" (p. 32).

In sintesi, sono la partecipazione e l'autonomia decisionale gli elementi di soddisfazione che la ricerca ha messo in maggiore risalto.

#### ***c) Componenti della soddisfazione nel lavoro in 37 ospedali americani***

Una pubblicazione del 1994<sup>5</sup> riferisce i dati di uno studio importante perché relativo a 37 ospedali del New Jersey che avevano ricevuto dei fondi per innovazioni volte a migliorare il reclutamento e la ritenzione del personale infermieristico. L'indagine mirava a individuare le componenti della soddisfazione sulle quali era più importante intervenire. Le componenti preliminarmente identificate erano sei: dalla ricerca è emerso che tre di esse venivano considerate molto rilevanti dagli intervistati e tre meno. Le più importanti - in senso positivo o negativo - sono risultate:

- Remunerazione economica (stipendi e altre voci)
- Autonomia (indipendenza, iniziativa e libertà nelle attività quotidiane)
- Status professionale (importanza percepita del lavoro in sé e nei confronti dell'organizzazione e della collettività)

Gli interpellati hanno invece attribuito una importanza minore a:

- Interazioni (contatti sociali e professionali, formali e informali, nell'orario di lavoro)
- Compiti di routine, cioè richiesti in modo regolare
- Richieste dell'organizzazione (limiti imposti dal management)

A seguito dei cambiamenti introdotti il personale si è dimostrato più contento e efficiente e, soprattutto, più capace di lavorare in gruppo.

A proposito di autonomia, questa e altre indagini hanno mostrato un aumento di soddisfazione con il passaggio dall'organizzazione tradizionale al già citato primary nursing.

#### d) *Relazione tra la soddisfazione nel lavoro e lo stile manageriale dei dirigenti*

Una ricerca effettuata in California, i cui risultati sono stati pubblicati nel 1994, ha avuto per oggetto la relazione tra lo stile manageriale del dirigente di primo livello (presumibilmente paragonabile al nostro caposala) e la soddisfazione del personale infermieristico di un ospedale<sup>6</sup>. Lo svolgimento dell'indagine è stato preceduto dalla definizione e descrizione di quattro diverse tipologie di stile manageriale:

1. Stile autoritario-sfruttatorio
2. Stile autoritario-paternalistico
3. Stile consultivo
4. Stile partecipativo di gruppo

Le domande poste ai partecipanti alla ricerca sono state:

1. Qual è l'effettivo stile manageriale dei dirigenti nella percezione degli infermieri?
2. Qual è lo stile manageriale che gli infermieri vorrebbero dai dirigenti?
3. C'è relazione tra lo stile manageriale dei dirigenti percepito dagli infermieri e la loro soddisfazione nel lavoro?

Ecco una sintesi delle risposte.

1. Lo stile manageriale adottato dai dirigenti, secondo la percezione della maggior parte degli infermieri, era quello autoritario-paternalistico: in particolare, a loro parere, il controllo era affidato alla gerarchia e il coinvolgimento nella definizione degli obiettivi era scarso.
2. Gli infermieri hanno manifestato il desiderio di uno stile il più possibile vicino a quello partecipativo, specialmente per ciò che riguarda il decentramento del controllo e la condivisione delle decisioni sulle questioni riguardanti il loro lavoro.
3. È stata rilevata una correlazione positiva statisticamente significativa tra lo stile manageriale e la soddisfazione nel lavoro. In questo senso è risultato che:
  - Sono fonti di soddisfazione correlate allo stile di management la responsabilità e l'autonomia (che implicano fiducia e soddisfano il bisogno di autorealizzazione), la possibilità di avanzamento e un ambiente di lavoro gradevole.
  - Sono fonti di insoddisfazione pure correlate a tale stile la carenza di pianificazione e di comunicazione e spiegazioni inadeguate delle decisioni (il dirigente non consulta i collaboratori).

Dunque, è emersa la necessità dell'adozione di uno stile partecipativo, pur con la consapevolezza che esso richiede più impegno da parte di tutti in termini di tempo e di energie.

### 3. CONCLUSIONI

Riprendendo in sintesi i concetti essenziali precedentemente esposti, gli infermieri sono oggi chiamati a svolgere un'attività professionale che ha componenti sia tecniche, che relazionali e educative. Uno degli obiettivi della loro attività all'interno delle aziende sanitarie è quello di contribuire al miglioramento della qualità dei servizi nei suoi vari aspetti e, in particolare, a quella soddisfazione dei clienti che impegna tutt'e tre le competenze suddette.

Perché questo contributo possa risultare adeguato è necessario che gli infermieri, così come tutti gli altri operatori, abbiano una qualità di vita professionale abbastanza adeguata.

Pur nella varietà di idee e di atteggiamenti degli infermieri nei confronti del lavoro, emerge dalle ricerche che a tale adeguatezza concorrono fattori quali la retribuzione e il carico di lavoro, ma anche - in molti casi - il riconoscimento dell'autonomia e della professionalità, il desiderio di svolgere un lavoro qualitativamente apprezzabile, l'informazione, la partecipazione, il coinvolgimento nelle decisioni e la possibilità di sviluppo professionale grazie soprattutto alla formazione permanente.

Gli infermieri per primi, in quanto professionisti sempre più qualificati, devono essere consapevoli della complessità e ricchezza di sfaccettature della qualità della loro vita professionale, per sapere bene cosa esigere dalla dirigenza professionale e aziendale. Devono altresì tenere presente che la riduzione dello stress a livelli accettabili, anzi, addirittura stimolanti, dipende anche dal loro impegno, da una motivazione sempre rinnovata e da un lavoro su se stessi che tenda alla costante ricerca di equilibrio e maturità. Questo non è stato messo in evidenza dalle ricerche prima citate, ma è un concetto che si ritrova nella letteratura professionale, oltre a essere suggerito dal buon senso e dall'esperienza.

Quanto ai caposala e agli infermieri dirigenti, essi hanno il duplice compito di ricercare la loro stessa soddisfazione e di contribuire a garantire quella del personale di cui hanno il coordinamento o la direzione.

Tutti quanti, infine, hanno il diritto di essere trattati come una autentica ed essenziale *risorsa umana*, una risorsa non soltanto da utilizzare, ma di cui aver cura con tutti i mezzi.

### NOTE

1. Vedere: Calamandrei C., Orlandi C. La dirigenza infermieristica, Milano, McGraw-Hill, 1998, cap. 20.
2. McGuire P.S., "Stress al lavoro. Un resoconto dagli

- USA”, *Risorse umane in azienda Newsletter*, N. 74, Gennaio/Febbraio 2000, pp. 14-16.
3. Aurelio J.M., “An organizational culture that optimizes stress: Acceptable stress in nursing”, *Nursing Administration Quarterly*, 18/1/93, pp. 1-10.
  4. Marino G., Boccafogli B., Guerzoni A., “Indagine di clima: il lavoro in ospedale”, *Area Qualità News*, 1/2000, pp. 29-38.
  5. Kovner C.T., Hendrickson G., Knickman J.R., Finkler S. A. “Nursing care delivery models and nurse satisfaction”, *Nursing Administration Quarterly*, 19/1/1994, pp. 74-85.
  6. Nakata J.A., Saylor S., “Management style and staff nurse satisfaction in a changing environment”, *Nursing Administration Quarterly*, 18/3/1994, pp. 51-57.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Aurelio J.M., “An organizational culture that optimizes stress: Acceptable stress in nursing”, *Nursing Administration Quarterly*, 18/1/93, pp. 1-10.
- Calamandrei C., Orlandi C. *La dirigenza infermieristica*, Milano, McGraw-Hill, 1998.
- McGuire P.S., “Stress al lavoro. Un resoconto dagli USA”, *Risorse umane in azienda Newsletter*, N. 74, Gennaio/Febbraio 2000, pp. 14-16.
- Kovner C.T., Hendrickson G., Knickman J.R., Finkler S. A. “Nursing care delivery models and nurse satisfaction”, *Nursing Administration Quarterly*, 19/1/1994, pp. 74-85.
- Nakata J.A., Saylor S., “Management style and staff nurse satisfaction in a changing environment”, *Nursing Administration Quarterly*, 18/3/1994, pp. 51-57.
- Selmin R., Altinier S., Plebani M., “La soddisfazione delle risorse umane come elemento essenziale nei programmi di miglioramento della qualità”, *QA*, Settembre 1999, pp. 163-172.
- Spence Laschinger H.K.S., Sabiston J.A., “Staff nurse empowerment and workplace behaviours”, *The Canadian Nurse*, February/Février 2000, pp. 18-22.