



PROGETTO

professione infermieristica

PERIODICO DEL COLLEGIO IPASVI DELLA PROVINCIA DI PRATO

Reg. Trib. Prato n°5 del 12/03/1997 - Dir. Resp.: Elena Andreini - Direz. Amm. Red.: corso Savonarola 29, 59100 Prato - e.mail: ipasvipo@masternet.it tel. 0574.29307 - fax 0574.440107 - ANNO XV N. 7
Comitato di Redazione: Consiglio Direttivo del Collegio - Progetto grafico e realizzazione: Bauermann Italia Srl - email: bauermann@bauermann.it

Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei conti

Si vota

**sabato 21 gennaio 2012 dalle 12 alle 18,
domenica 22 gennaio 2012 dalle 10 alle 18,
lunedì 23 gennaio 2012 dalle 10 alle 17**

presso la sede del Collegio in Corso Savonarola 29 a Prato.

Si ricorda l'elenco del CONSIGLIO DIRETTIVO
USCENTE:

Presidente	Gervasio Anna
Vicepresidente	Cotrufo Angelo Raffaele
Segretaria	Baldi Alessandra
Tesoriere	Russo Maria
Consigliere	Cruciani Augusto
Consigliera	Di Costanzo Anna
Consigliere	Lottini Alessandro

Consigliere
Consigliere

Mini Alberto
Sgarbi Pierenrico

L'elenco del COLLEGIO DEI REVISORI DEI
CONTI USCENTE:

Presidente	Militello Gaetano
Membro effettivo	Paoletti Stefano
Membro effettivo	Sica Irene
Membro supplente	Chiani Lamberto

*Partecipiamo numerosi al voto per camminare
insieme verso il futuro.*

**Vi ricordiamo che tutte le notizie
e le informazioni dal Collegio Ipasvi di Prato
si trovano su WWW.IPASVIPRATO.IT**

Assicurazione per rischi derivanti dall'attività professionale



Gli infermieri libero professionisti hanno l'obbligo di stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale così come definito nella "Manovra Finanziaria" da ultimo emanata dal Governo.

E' necessario porre all'attenzione di tutti la necessità che gli infermieri che hanno un rapporto diretto con i pazienti - sia come dipendenti di un ente (pubblico o privato) che come libero professionisti - stipulino una polizza assicurativa per la responsabilità professionale in quanto:

a) i liberi professionisti potrebbero essere chiamati in causa direttamente dai pazienti;
b) i professionisti dipendenti potrebbero essere sottoposti ad una azione cosiddetta "di rivalsa" da parte dell' Azienda/Struttura da cui dipendono.

La Federazione si è attivata per dare la possibilità ai dirigenti e ai coordinatori infermieristici di con-

trarre una specifica polizza assicurativa per la cosiddetta "Responsabilità patrimoniale". Con tale polizza vengono coperti i danni patrimoniali causati all'Azienda e per i quali l'Azienda stessa dovrà parimenti esercitare una azione giudiziaria "di rivalsa".

Si riportano, a tal proposito, alcune situazioni che possono determinare danni patrimoniali all'Azienda sia in termini di maggiori spese che di ammende eventualmente comminate e di cui potrebbero essere responsabili i soggetti che hanno preso parte al processo decisionale:

- Partecipazione a commissioni tecniche che prendano o orientino decisioni implicanti spese;
- Mancato esercizio dell'azione disciplinare;
- Smarrimento di documentazione clinica;
- Responsabilità che emergono avanti il giudice del lavoro in particolare per cause che riguardino riconoscimento di mansioni, indennità oppure trasferimenti illegittimi;
- Illegittimità di accordi sindacali sottoscritti che abbiano causato un danno all'Ente;
- Responsabilità per sanzioni a seguito di controlli dell'ispettorato del lavoro.

Collegio Ipasvi della Provincia di Prato

Corso Savonarola 29

59100 Prato

Tel. 0574.29307 Fax. 0574.440107

email: ipasvipo@masternet.it

Orario: Lunedì e venerdì dalle ore 15 alle 18;
mercoledì dalle ore 14.30 alle 15.30



Burnout, Coping, Benessere organizzativo. Indagine fra gli Infermieri del Collegio IPASVI di Prato

A cura di

Milena VESPIGNANI

(Dottore Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche – Esperta di Processi Formativi – Psicopedagoga)



Nel momento in cui ho deciso di scrivere questo articolo per la rivista del Collegio Ipasvi di Prato, ho contemporaneamente deciso di farlo rispecchiando lo stile mio, ovvero il mio modo di trasmettere informazioni, proponendo, quindi, a tutti i colleghi che purtroppo non ho avuto il piacere di conoscere, esattamente me stessa, il ch  significa che ci allontaneremo dalla esposizione formale, tipica soprattutto per quanto concerne l’esposizione dei risultati di una ricerca, per avvicinarci, piuttosto, a considerazioni riportate secondo uno stile “pi  libero” ma comunque scaturite dall’analisi dei dati elaborati e, pertanto, reali e veritiere.

Nel febbraio scorso ha avuto inizio quello che io considero un “percorso” molto interessante: all’interno di un Corso formativo [*Evoluzione e prospettive socio-culturali dell’infermiere. Dall’as-*

sistenza senza nome all’identit  professionale] promosso dal Collegio Ipasvi di Prato e finalizzato a promuovere la consapevolezza di ciascuno riguardo la propria Professione ed il proprio essere Professionista, si   pensato di dare spazio ad ogni partecipante somministrandogli almeno un *test* volto a misurare il livello di *stress* occupazionale vissuto quotidianamente nei diversi momenti lavorativo-professionali e, simultaneamente, un secondo *test* finalizzato a rilevare il benessere organizzativo percepito da ogni singolo Infermiere.

Il Corso si   sviluppato in tre edizioni (e nella foto di apertura   ritratto parte del gruppo che vi ha partecipato) per dare modo a pi  iscritti al Collegio di parteciparvi ed i risultati, conseguenti alla ricerca condotta sul campione complessivo costituito da n 49 elementi, sono stati presentati nel

corso della giornata che tutti noi siamo soliti festeggiare per ricordare l'importanza della nostra professione: il 12 maggio.

La "Giornata dell'infermiere" festeggiata nella Sala del Pellegrinaio Novo ha goduto, tra l'altro, della presenza di nomi importanti per il governo sanitario ed è con piacere che, ricordando le parole espresse sia dalla rappresentanza politica – Assessore alla Sanità, Dott. Mondanelli – sia da quella formativa – CdL in Infermieristica-Università di Firenze, Coordinatore Prof. Taddei – così come da quella dirigenziale del Presidio ospedaliero di Prato – Direttore sanitario, Dott. D'Urso e Direttrice infermieristica, Dott.ssa Cecchi – riporto brevemente a tutti Voi lettori e colleghi i concetti salienti emersi durante i diversi interventi, cercando di concludere, poi, creando un collegamento fra le parole degli illustri relatori ed i dati emersi dall'analisi dei questionari somministrati.

Al Dottor Mondanelli è toccato l'onere e l'onore di dare il "via" ai lavori, ma non vi è ombra di dubbio sul fatto che il suo intervento abbia catturato immediatamente l'attenzione dei presenti: l'infermiere è stato disegnato ponendo in risalto il suo sapersi assumere la responsabilità delle proprie azioni, il suo saper interagire con il paziente, con il cittadino, con i propri colleghi e con i familiari del malato ma, al contempo, il *focus* attento è stato condotto anche sul versante delle rinunce a cui l'infermiere è chiamato, il suo dover rinunciare – alle ferie così come alla maternità, tanto per citare due momenti eclatanti – caratterizzano sempre più un'assistenza competente, che "...ha voglia di fare..." ma che perde energia.

Dice l'assessore che "...senza risorse umane una buona risposta di assistenza non l'avremo mai..." e come contraddirlo?

Il Dottor D'Urso ha sottolineato ulteriormente l'importanza dell'infermiere, identificandolo come "...punto di riferimento in quanto ha la conoscenza della situazione..." e questo non solo per il paziente od i suoi familiari, ma per gli stessi colleghi, per tutti gli altri professionisti con cui collabora, siano essi medici o tecnici dei vari servizi, dal fisioterapista al tecnico di radiologia,

dall'ortottista all'ostetrica e così via.

Il Professor Taddei ci ha poi entusiasmato parlando delle attività formative integrate che stanno prendendo piede fra gli studenti della facoltà di Medicina e Chirurgia, e che chiamano allo stesso corso studenti-medici e studenti-infermieri uniti nell'apprendere procedure congiunte che si riveleranno fondamentali quando, domani, gli stessi studenti divenuti professionisti della propria branca si troveranno a dover mettere in atto un'assistenza competente, consapevole e unica, perché la persona malata si presenta sì come un intero, ma non si può e non si deve dimenticare che è composta da molteplici sfaccettature e che ciascuna di queste richiede una sua soddisfazione.

La Dottoressa Cecchi, a sua volta, ha ribadito il concetto di "...integrazione con le altre professioni sanitarie..." focalizzando il suo intervento sulla necessità di rivedere i processi di lavoro, di stabilire "...chi fa cosa...", di misurare la "...complessità assistenziale..." per abbandonare l'immagine tanto perseguita sino a poco tempo fa dell'infermiere totipotente e lasciare, invece, spazio ad un professionista capace di assistere ma anche di relazionarsi, capace di gestire l'assistenza ma anche di educare all'autonomia.

Alla luce di queste riflessioni, mi sembra più che opportuno riportare quanto i 49 infermieri che hanno preso parte al Corso "*Evoluzione e prospettive socio-culturali dell'infermiere*" hanno riportato rispondendo a tre diversi questionari: Link Burnout Questionare¹ (LBQ), Health Professions Stress and Coping Scale² (HPSCS), McCloskey-Mueller Satisfaction Scale³ (MMSS).

Come ho già scritto, il campione complessivo a cui i questionari sono stati sottoposti è costituito dai 49 infermieri che hanno partecipato al percorso formativo, ma la distribuzione dei diversi questionari varia da 39 (LBQ e HPSCS) a 49 somministrazioni (MMSS) in base al tipo di questionario stesso esaminato.

Per il LBQ i questionari ritornati esattamente com-

¹ Pubblicato in Italia da Giunti O.S. 2007

² Pubblicato in Italia da Giunti O.S. 2007

³ Strumento messo a punto dalla Iowa Nursing School negli Stati Uniti, 1990

pilati e successivamente elaborati sono stati 36 (trentasei), per l'HPSCS i questionari ritornati esattamente compilati e successivamente elaborati sono stati 33 (trentatre), per l'MMSS i questionari ritornati esattamente compilati e successivamente elaborati sono stati 49 (quarantanove). Il profilo del campione è rappresentato attraverso una media calcolata sul totale di ciascun partecipante il che ha prodotto:

- **genere:** femminile
- **età anagrafica:** 46 anni
- **ruolo professionale:** infermiere
- **istruzione scolastica:** diploma di scuola professionale
- **anni di servizio:** 18
- **anni nel reparto attuale:** 6
- **ore settimanali lavorate:** 36

I primi due questionari – LBQ e HPSCS – misurano, nello specifico, il livello di *burnout* vissuto durante il lavoro e le capacità di adottare azioni di risposta adeguate alle situazioni stressogene, mentre il terzo questionario – MMSS – misura il benessere organizzativo percepito dal lavoratore.

A ciascun componente del campione è stato somministrato almeno uno dei primi due questionari citati, o entrambi, ed a tutti è stato somministrato il terzo questionario e questo perché il confronto dei risultati conseguiti da almeno uno dei due primi questionari con il terzo questionario permette, infatti, di ottenere un risultato finale maggiormente rafforzato e preciso.

Il LBQ è costituito da 24 *item*, le cui risposte si muovono su una scala Likert di 6 spazi che va da 1 (*mai*) a 6 (*ogni giorno*) e si articola su quattro aree indagate: “Esaurimento psico-fisico”, “Deterioramento della relazione”, “Inefficacia professionale”, “Disillusione”. Per questo questionario è importante ricordare che il punteggio degli *item* indicati nel manuale d'uso è stato invertito per dar luogo ad un calcolo esatto.

L'HPSCS (versione per infermieri) è un questionario auto-valutativo e misura il profilo di stress percepito attraverso 19 *item* le cui risposte si muovono anch'esse su una scala Likert di 4 spazi che va da 0 (*per nulla*) a 3 (*molto*) indagando cinque

aree: “Emergenza clinica”, “Attacco personale”, “Imprevisti organizzativi”, “Svalutazione personale”, “Relazioni problematiche con pazienti e familiari”. Inoltre, ad ogni *item* inerente la misurazione dello *stress* avvertito, corrispondono poi quattro modalità comportamentali atte a rilevare il livello di possesso di capacità di fronteggiamento, di *coping*, in ambito sanitario. Il MMSS infine, è costituito da 31 *item* le cui risposte si muovono su una scala Likert di 5 spazi che va da 1 (*molto soddisfatto*) a 5 (*molto insoddisfatto*) e si articola su otto aree di indagine:

“Riconoscimento esplicito”, “Equilibrio lavoro-famiglia”, “Organizzazione dell'orario di lavoro”, “Colleghi”, “Opportunità di interazioni sociali”, “Opportunità professionali”, “Elogi/Riconoscimenti”, “Controllo/Responsabilità”.

La matrice teorica su cui questo questionario è stato costruito prende spunto dalla teoria dei bisogni di Maslow secondo la quale l'uomo affronta bisogni primari e bisogni superiori che si possono considerare costituiti da bisogni del Sé e da bisogni sociali. Questi ultimi, i bisogni sociali, richiedono riconoscimento e senso di appartenenza e la soddisfazione dell'individuo si lega a loro secondo la misura in cui egli dà peso al successo, al riconoscimento esplicito, al sentirsi responsabilizzato, al sentirsi coinvolto nelle decisioni, alla relazione ed all'interazione con superiori e colleghi.

Prima ancora, però, di entrare nel vivo dei risultati ottenuti, mi sembra giusto ed opportuno fornire una legenda comune riguardo a cosa si intende quando si utilizzano termini come Stress occupazionale, Burnout, Coping, Benessere organizzativo, soprattutto in considerazione del fatto che la conoscenza di questi concetti ci riporta ai significati sottesi negli interventi dei relatori intervenuti ai festeggiamenti ed ai quali ho fatto un accenno in apertura.

Per offrirvi un chiarimento su cosa si intende con la locuzione *stress* occupazionale, mi rifaccio innanzitutto alla distinzione che vuole uno *stress* positivo – *eu-stress* – la cui funzione percettiva della situazione è quella di accelerare le capacità

reattive dell'individuo, ed uno *stress* negativo – *di-stress* – che rappresenta una diversa percezione da parte del soggetto dell'evento specifico.

Lo *stress occupazionale* deriva da una situazione percepita come minacciosa, a causa di una richiesta dell'ambiente percepita come eccessiva, rispetto alla capacità percepita delle persone di fronteggiarla. Ho pensato, quindi, di riferirmi al National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) che ha accostato queste parole ottenendo una definizione chiara e certamente valida: “*L'insieme delle risposte psichiche e fisiche di allarme che occorrono quando le richieste da parte del lavoro non corrispondono alle capacità, alle risorse o alle necessità del lavoratore*”.

Per definire il *burnout* si fa riferimento al *di-stress*, ovvero a quell'insieme di risposte psichiche e fisiche di allarme che determinano una reazione abnorme: esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le persone che esercitano professioni di aiuto.

Negli operatori sanitari, la sindrome si manifesta generalmente seguendo quattro fasi: la prima – preparatoria – è quella dell'entusiasmo idealistico che spinge il soggetto a scegliere un lavoro di tipo assistenziale, dopodiché, nella seconda fase – stagnazione – il soggetto, sottoposto a carichi di lavoro e di stress eccessivi, inizia a rendersi conto di come le sue aspettative non coincidano con la realtà lavorativa: l'entusiasmo, l'interesse ed il senso di gratificazione legati alla professione iniziano a diminuire. Nella terza fase – frustrazione – il soggetto affetto da *burnout* avverte sentimenti di inutilità, di inadeguatezza, di insoddisfazione, uniti alla percezione di essere sfruttato, operato di lavoro e poco apprezzato; spesso tende a mettere in atto comportamenti di fuga dall'ambiente lavorativo, ed eventualmente atteggiamenti aggressivi verso gli altri o verso se stesso fino a quando, nel corso della quarta fase – apatia – l'interesse e la passione per il proprio lavoro si spengono completamente e all'empatia subentra l'indifferenza, fino ad una vera e propria “morte professionale”.

La parola inglese *coping* può essere tradotta con diverse locuzioni: “gestione attiva”, risposta effi-

cace”, capacità di risolvere i problemi”, ma quella che maggiormente viene utilizzata e considerata incisiva nel dare significato all'azione è “fronteggiamento”, ovvero l'insieme di strategie mentali e comportamentali messe in atto di fronte ad una situazione stressante.

Il benessere organizzativo, invece, può essere o può non essere percepito dal dipendente poiché si tratta della capacità dell'organizzazione (nel nostro caso ci riferiamo al datore di lavoro, l'Azienda sanitaria) di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale per tutti i livelli e i ruoli.

A questo proposito, le dimensioni che solitamente vengono prese a riferimento per misurare il livello di benessere/malessere di un'organizzazione sono: l'ascolto come strumento per la raccolta delle esigenze e delle proposte dell'utente interno, per favorirne la partecipazione alle scelte e alle politiche dell'amministrazione, la comunicazione interna come strumento che incide sulla capacità di circolazione e condivisione delle informazioni all'interno dell'organizzazione, sulla capacità di diffondere valori e culture organizzative condivise, la comunicazione organizzativa come dimensione che agisce, da un lato, sulla qualità delle comunicazioni orizzontali tra settori differenti e, dall'altro, sulla qualità delle comunicazioni verticali, tra profili gerarchicamente differenti, la comunicazione interpersonale come dimensione che incide sulla capacità di instaurare relazioni interpersonali, collaborative e soddisfacenti ed, infine, la gestione dei conflitti come dimensione che incide sulla capacità di prevenire e gestire le eventuali situazioni relazionali critiche.

Diciamo, quindi, che per *benessere organizzativo* si intende l'insieme di sentimenti, percezioni e valutazioni che il lavoratore elabora in relazione all'attività lavorativa svolta.

A sostegno di quanto asserito, vi cito anche uno studio condotto nel 1990 da Rymond, Wood e Patrick i quali dettero vita all'Occupational Health Psychology (OHP), quella che potremmo definire una prima forma di psicologia del lavoro.

Secondo i tre studiosi l'individuo e l'ambiente di

lavoro sono due vertici di un triangolo il cui terzo elemento è dato dal rapporto lavoro-famiglia il che significa che la struttura dove si lavora risulta efficiente per il lavoratore quando ha dipendenti soddisfatti, un clima interno sereno, una vivace partecipazione.

Il Link Burnout Questionnaire

Nell'analisi effettuata sui questionari rispondenti alla misurazione di quanto si è perso dell'entusiasmo e del senso di responsabilità che l'infermiere nutre all'origine della sua professione, l'area maggiormente coinvolta risulta essere quella "Esaurimento psico-fisico". (Tabella 1.)

Tabella 1. LBQ – Come si sente nei confronti delle situazioni proposte? [rilevato a Prato il 10-17-24 febbraio 2011 su un campione di n°36 elementi]

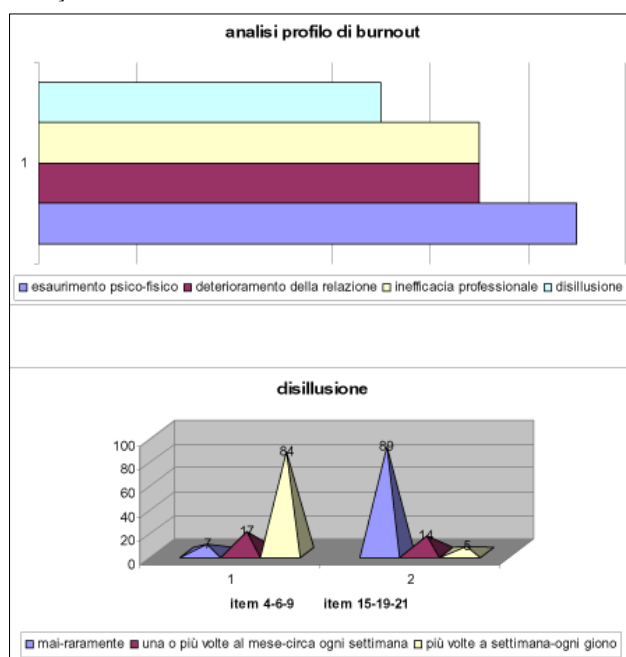


Tabella 2. LBQ – Area "Disillusione" [rilevato a Prato il 10-17-24 febbraio 2011 su un campione di n°36 elementi]

La passione per il lavoro è il tratto distintivo di questo profilo, e costituisce la risorsa su cui poggiare per governare una situazione non particolarmente critica ma che lo potrebbe diventare se non si presta attenzione ad alcuni segnali che gli indicatori sembrano prospettare: qualche tensione e delle richieste dell'organizzazione lavorativa che sono percepite come stressanti.

Gli utenti non sempre sono facili da affrontare e

la percezione che se ne ha tende a cambiare verso una maggiore problematicità e difficoltà nel prestare attenzione alle loro reazioni. Affiora anche qualche dubbio sull'adeguatezza professionale, circa gli stili comunicativi o la capacità di raggiungere gli obiettivi previsti. Però il punteggio della scala "Disillusione" indica la presenza di buoni livelli di motivazione e passione, sottolineando che i valori che hanno guidato la scelta professionale costituiscono ancora un riferimento importante e positivo.

In considerazione dell'area appena citata, riporto l'istogramma a piramidi che ben chiarisce come gli *item* 4 (senza che il lavoro mi appassiona come una volta), 6 (mi sento contento di aver trovato nel lavoro quello che pensavo) e 9 (mi sento ancora motivato dai miei ideali professionali) trovino conferma negli *item* 15 (penso che se potessi tornare indietro sceglierei un'altra professione), 19 (dubito che quello che faccio abbia un qualche valore) e 21 (le mie aspettative rispetto a questo lavoro sono state deluse).

Osservando la rappresentazione grafica si può anche notare come le valutazioni (da "mai" ad "ogni giorno") siano state accoppiate per avere una immagine maggiormente chiara e leggibile. (Tabella2.)

I valori riportati ai vertici di ciascuna piramide esprimono numericamente quante persone hanno aderito a ciascuna categoria, il che si potrebbe anche percentualizzare dicendo che per quanto concerne il primo blocco di *item* la piramide "mai-raramente" equivale al 6,5%, la piramide "una o più volte al mese-circa ogni settimana" corrisponde al 15,7% ed in ultimo la piramide "più volte a settimana-ogni giorno" rappresenta il 77,8% delle risposte avute.

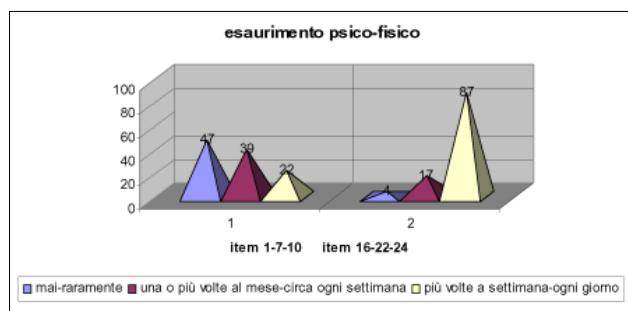
Volendo poi percentualizzare anche le risposte date agli *item* del secondo gruppo, avremo alla risposta "mai-raramente" un 82,4% alla risposta "una o più volte al mese-circa ogni settimana" un 13,0% ed alla risposta "più volte a settimana-ogni giorno" un 4,6%.

Per risultare maggiormente chiara, nel momento in cui vado ad affermare la distanza emersa fra

l'area "Disillusione" e l'area "Esaurimento psico-fisico" riporto anche le risposte date agli *item* corrispondenti e la cui elaborazione ha prodotto l'istogramma che si può vedere sotto. . (Tabella 3.)

L'*item* 1 (mi sento fisicamente esaurito dal mio lavoro) sommato all'*item* 7 (durante il lavoro mi sento sotto pressione) ed all'*item* 10 (mi sento teso nel lavoro) producono un totale di risposte distribuito al 43,5% sulla scala "mai-raramente", al 36,1% sulla scala "una o più volte al mese-circa ogni settimana" ed al 20,4% sulla scala "più volte a settimana-ogni giorno", mentre gli *item* 16 (quando lavoro mi sento pieno di energia), 22 (al lavoro mi basta una breve pausa per sentirmi ricaricato) e 24 (il lavoro mi fa sentire attivo e vitale) ottengono una percentuale di risposte pari al 3,7% per quanto attiene la possibilità "mai-raramente", al 15,7% per "una o più volte al mese-circa ogni settimana" ed all'80,6% per "più volte a settimana-ogni giorno"⁴

Tabella 3. LBQ – Area "Esaurimento psico-fisico" [rilevato a Prato il 10-17-24 febbraio 2011 su un campione di n°36 elementi]



L'Health Professions Stress and Coping Scale

Da quanto emerge dai risultati, l'infermiere presenta un livello generale di *stress* nella media, ma volendo approfondire area per area le valutazioni fornite, si osserva il grafico che presenta l'immagine finale ottenuta. (Tabella 4.)

Per quanto concerne l'area "Emergenza clinica" e "Attacco personale" lo stato ansioso risulta in media con il *cut-off* del questionario stesso e ciò

⁴ A proposito dell'LBQ ricordo quanto già detto: per ciascuna area vi sono punteggi definiti e punteggi da invertire. Nello specifico, per l'area "Esaurimento psico-fisico" vanno invertiti i valori ottenuti sugli *item* 16, 22, 24 mentre per l'area "Disillusione" vanno invertiti i valori ottenuti sugli *item* 4, 6, 9.

consente di affermare che non vi sono interferenze da parte di queste aree sulle competenze cognitivo-comportamentali.

Per quanto concerne l'area delle "Relazioni problematiche con pazienti e familiari" lo stato ansioso è basso e questo potrebbe addirittura consentire di migliorare ulteriormente le competenze cognitivo-comportamentali.

Le aree che risultano, invece, maggiormente sollecitate sono quelle degli "Imprevisti organizzativi" e della "Svalutazione personale" che riportano un risultato di stato ansioso elevato il che significa una possibile e significativa interferenza con le competenze cognitivo-comportamentali.

Questo appare immediato anche all'osservazione dell'istogramma a piramidi dove si conferma come la relazione con i pazienti ed i loro familiari sia l'unica area che per l'infermiere non risulta particolarmente stressante e dove le risposte "per nulla" e "poco" superano l'accoppiamento di risposta "abbastanza" e "molto". (Tabella 5.)

Come si è già detto, questo test oltre a misurare il livello di *stress* percepito misura anche le diverse strategie di *coping*, ovvero il modo con cui ciascuno fronteggia le situazioni ritenute più o meno stressanti.

Il *Coping* può essere centrato sulla soluzione del problema, ovvero l'infermiere si focalizza sul problema che genera lo stress e cerca attivamente di risolverlo. Questa centratura implica la disponibilità a vagliare le alternative disponibili per individuare quella che comporta il miglior rapporto costo-benefici ed indica anche la capacità di compiere scelte creative finalizzate alla soluzione del problema.

Il *Coping* può essere centrato sul supporto sociale, ovvero l'infermiere ricerca il sostegno, il consiglio e l'aiuto di altre persone per risolvere la situazione problematica. Questa centratura implica un'elevata considerazione dei consigli di altri operatori e denota l'abitudine di attingere spesso al patrimonio di esperienze altrui.

Il *Coping* può essere centrato sul disagio emotivo, ovvero l'infermiere reagisce fortemente a livello emotivo di fronte al problema. Questa

centratura segnala l'incapacità del soggetto di gestire adeguatamente le proprie emozioni e la difficoltà nel controllo del proprio vissuto.

Il *Coping* può essere centrato sull'evitamento del problema, ovvero l'infermiere tende ad evitare la situazione problematica piuttosto che affrontarla per padroneggiarla. Questa centratura si manifesta anche nella delega ad altri di mansioni o compiti potenzialmente perturbanti.

Tabella 4. HPSCS – Quanto è stressante per lei questa situazione? [rilevato a Prato il 10-17-24 febbraio 2011 su un campione di n°33 elementi]

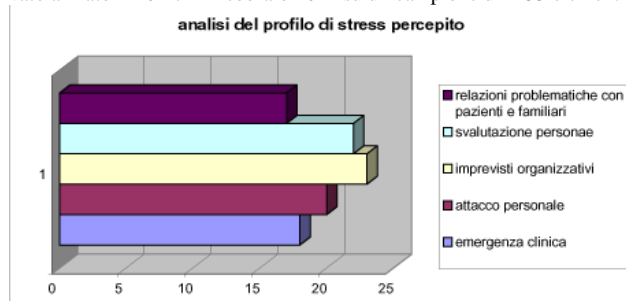


Tabella 5. HPSCS – Quanto è stressante per lei questa situazione? [rilevato a Prato il 10-17-24 febbraio 2011 su un campione di n°33 elementi]



Nel nostro caso, il profilo scaturito dall'analisi di tutti i questionari validi ci porta l'immagine di un infermiere che **nell'area dell'attacco personale**, ricorre frequentemente a strategie di coping centrate sulla soluzione dei problemi.

Essendo capace di far tesoro di esperienze pregresse, proprie o altrui, si mostra in grado di fronteggiare assertivamente situazioni di attacco o di comportamento sleale da parte di medici, superiori, colleghi o familiari di pazienti, senza permettere che queste compromettano il normale svolgimento del proprio lavoro o interferiscano con la propria vita privata.

Nello stesso tempo la persona utilizza in maniera moderata il supporto, l'aiuto e la collaborazione di altri colleghi; talvolta si affida alle loro espe-

rienze per trovare soluzioni soddisfacenti a questi problemi e riconosce ad altri il ruolo di mediatori nelle situazioni conflittuali.

L'infermiere, infine, fa un ricorso moderato alle strategie di coping centrate sul disagio emotivo e solo talvolta si fa trascinare dalle emozioni scatenate dal possibile comportamento negativo dei colleghi nei propri confronti, sperimentando di conseguenza un certo senso di disagio e di inadeguatezza relativamente alla situazione.

Nell'area degli imprevisti organizzativi, l'infermiere ricorre moderatamente a strategie di coping centrate sulla soluzione dei problemi e raramente a strategie di evitamento.

Capace talvolta di far tesoro di esperienze pregresse, proprie o altrui, l'infermiere si mostra sufficientemente in grado di fronteggiare assertivamente deficienze gestionali e organizzative, evitando che queste interferiscano troppo spesso nel normale svolgimento del proprio lavoro o nella propria vita privata.

Come già detto precedentemente, l'infermiere ricorre raramente alle strategie di coping centrate sul disagio emotivo, facendosi raramente trascinare dalle emozioni scatenate dalle possibili difficoltà incontrate sul piano gestionale e organizzativo.

Nell'area dell'emergenza clinica, l'infermiere fa un ricorso frequente alle strategie di coping centrate sulla soluzione del problema: si focalizza su di esso e cerca attivamente di risolverlo.

È pertanto generalmente in grado di gestire situazioni caratterizzate da elevata emergenza clinica o improvviso peggioramento delle condizioni del paziente, senza che queste, anche se ripetute nel tempo, incidano significativamente in modo negativo sul suo rendimento al lavoro e sulla sua vita privata.

In queste situazioni che possono accompagnarsi alla sensazione di perdita di controllo, la persona fa un uso moderato di strategie di coping centrate sul supporto sociale.

Solo talvolta chiede aiuto a colleghi con maggiore esperienza.

Anche in questo caso l'infermiere fa raramente

ricorso a strategie di coping centrate sul disagio emotivo, né si lascia guidare dalla propria reazione emotiva per fronteggiare la situazione di emergenza.

Nell'area delle relazioni problematiche con pazienti e familiari, l'infermiere fa un moderato ricorso alle strategie di coping centrate sulla soluzione del problema, mostrando di essere

in grado di gestire con sufficiente abilità i rapporti con i pazienti e i loro familiari.

Solo in alcuni casi la qualità della compliance e l'efficacia delle cure prestate possono essere compromesse.

Qualche volta, inoltre, utilizza modalità di coping centrate sull'evitamento.

La persona avverte talvolta il bisogno di supporti o aiuti esterni o la necessità di attingere dal bagaglio esperienziale dei colleghi, che può vedere come possibili mediatori nei rapporti conflittuali con i pazienti o i loro familiari.

Poiché, come si è già evidenziato nelle aree precedenti, il profilo di questo infermiere fa un uso limitato delle strategie di coping centrate sul disagio emotivo, anche nelle relazioni problematiche con pazienti e familiari raramente egli si lascia guidare dalla propria reazione emotiva nel gestire i rapporti difficili.

Nell'area della svalutazione personale, l'infermiere fa un ricorso moderato alle strategie di coping centrate sulla soluzione del problema e utilizza qualche volta quelle centrate sull'evitamento.

Qualora ritenga che le proprie richieste professionali (di formazione, carriera, o altro) non trovino adeguata attenzione da parte della Struttura Sanitaria, cercherà di affrontare il problema, per far valere le proprie ragioni.

In quest'area, inoltre, risulta nella media il ricorso a strategie di coping centrate sulla richiesta di supporto sociale e finalizzate a coinvolgere colleghi o altre persone nella soluzione dei problemi o dei conflitti con la Struttura Sanitaria.

Infine, nuovamente si evidenzia lo scarso utilizzo delle strategie di coping centrate sul disagio emo-

tivo, l'infermiere dimostra di essere in grado di affrontare personalmente situazioni di svalutazione della propria professionalità anche se queste appaiono problematiche o stressanti.

Il McCloskey-Mueller Satisfaction Scale

Dall'analisi delle schede di risposta del MMSS emergono due importanti risposte : al primo posto, in positivo, si trova l'area "Organizzazione dell'orario di lavoro" con la voce *Possibilità di lavoro diurno* avvertito dal 40,8% del campione, mentre al primo posto, ma in negativo, si trova l'area "Riconoscimento esplicito" all'*item Benefici* che per il 47,0% del campione non risulta essere una fonte di benessere percepito. (Tabella 6.)

Tabella 6. MMSS – Classifica del Benessere organizzativo percepito [rilevato a Prato il 10-17-24 febbraio 2011 su un campione di n°33 elementi]



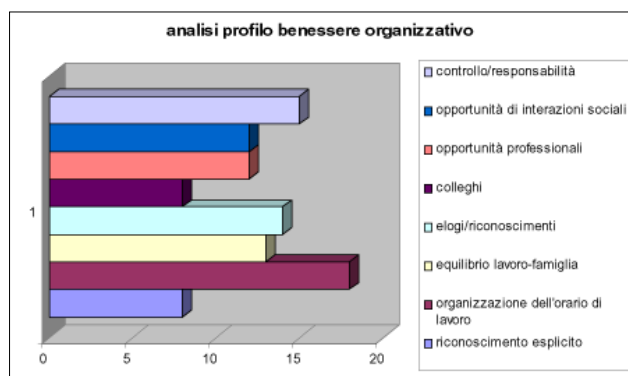
Per esemplificare quanto appena detto, e per soddisfare un po' di curiosità che certamente circola fra voi, riporto una *hit* in positivo, identificata dalla freccia che sale, ed una *hit* in negativo, identificata – ovviamente – dalla freccia che scende.

Una domanda che potrebbe sorgere spontanea, confrontando le tabelle delle hit con il grafico generale emerso dall'analisi del profilo relativo al benessere organizzativo percepito, riguarda l'area "Colleghi", ma va considerato che tale area è data dalla somma di due item: un primo relativo al livello di soddisfazione percepito in merito alla relazione con i colleghi infermieri (32,7% molto soddisfatto, 34,7% moderatamente soddisfatto, 22,4% né soddisfatto né insoddisfatto, 6,1% moderatamente insoddisfatto, 4,1% molto insoddisfatto) ed un secondo relativo, invece, al livello di

soddisfazione percepito in merito alla relazione con i medici con i quali si lavora (10,2% molto soddisfatto, 40,8% moderatamente soddisfatto, 36,7% né soddisfatto né insoddisfatto, 4,1% moderatamente insoddisfatto, 8,2% molto insoddisfatto).

Per quanto riguarda la percentualizzazione ottenuta dalle varie aree, riporto i valori conseguiti: “Organizzazione dell’orario di lavoro”: 18%, “Controllo-responsabilità”: 15%, “Elogiriconoscimenti”: 14%, “Equilibrio lavoro-famiglia”: 13%, “Opportunità di interazioni sociali” parimerito con “Opportunità professionali”: 12%, “Collegli” parimerito con “Riconoscimento esplicito”: 8%. (Tabella 7.)

Tabella 7. MMSS – Come si ritiene nei confronti dei seguenti aspetti? [rilevato a Prato il 10-17-24 febbraio 2011 su un campione di n°49 elementi]



Conclusioni

A seguito dei dati riportati per ogni aspetto indagato, si conferma la opportunità di aver accostato il test finalizzato alla rilevazione del benessere organizzativo ai test atti a misurare il livello di stress o di burnout per evidenziare la congruità delle risposte.

Da questo incrocio l’attenzione del lettore non può che mettere a fuoco la corrispondenza delle necessità avvertite dall’Infermiere con la consapevolezza di necessità di cambiamento ammessa da chi la sanità la governa, la gestisce, la insegna, la organizza. E fra le tante necessità avvertite oggi, una preponderante è data dal bisogno di definire il percorso compiuto dall’Infermiere che, parafrasando il sottotitolo del Corso da cui tutto questo

ha avuto inizio, è passato da un’assistenza senza nome ad un’identità professionale.

Professionista, quindi, di indicibile importanza poiché le sue funzioni spaziano da quelle praticomanuali a quelle tecniche, educative, relazionali e tutte esplicate con conoscenza, capacità e competenza, ma – soprattutto – è per l’impegno e la volontà dimostrate nel tempo che l’operatore sanitario può affermarsi come Professionista in grado di avere conoscenza del proprio lavoro, di emettere un giudizio autonomo e di possedere capacità decisionale.

Negli ultimi decenni è in atto un dibattito sulla possibilità di un declino della dominanza medica, ipotizzato a causa di diversi elementi, provenienti sia dal sistema sanitario (evoluzione della normativa, riforme del servizio sanitario che hanno posto maggiore attenzione agli aspetti economici ed ai costi della medicina), che dai pazienti (le persone negano il modello paternalistico del rapporto medico-paziente e cercano soluzioni alternative facendo maggiori richieste e pressioni, esercitando un potere nuovo con maggiore consapevolezza), che da altre professioni (spingendo verso i livelli più alti di autonomia, supportate da nuove posizioni giuridiche e dalla necessità di un approccio multi-professionale ai problemi degli assistiti, le altre comunità professionali in qualche modo influiscono sulla suddivisione del potere e cercano nuovi spazi ed equilibri), ma ciò che deve rappresentare l’obiettivo verso cui tendere il proprio arco è unicamente il riconoscersi pari nello svolgere due aspetti diversi della cura/assistenza della persona malata.

La nuova figura di “infermiere” si costruisce attraverso il superamento del concetto di professione ausiliaria così come attraverso la riduzione del concetto di dominanza medica.

Come ho già avuto modo di dire a chi è intervenuto al Corso, la professione infermieristica è una “professione unica” nel panorama sanitario, in quanto: è una disciplina specifica perché quello che “fa” non può essere fatto da altri nello stesso modo, perché le risposte che dà sono specifiche ed insostituibili, perché ha uno scopo sociale pre-

ciso.

Non va dimenticato che il passaggio dei membri di un gruppo occupazionale ad uno *status* professionale tende a creare un'istituzione sociale, cioè un organismo che attraverso i suoi simboli sociali (normativa, riconoscimenti, regolamenti, autorizzazioni, albi e standard professionali) vuole essere riconosciuta dalla società in cui è inserita.

Si sta assistendo ad una contestuale spinta evolutiva delle forme organizzative: in questo contesto, il fattore umano acquista un'importanza fondamentale quale leva cruciale per il successo dell'organizzazione e il buon funzionamento dei suoi elementi strutturali, sia in base ad una prospettiva sociale, sia individuale.

Le organizzazioni passano da strutture prevalentemente incentrate sulla gerarchia come principale leva di integrazione, a strutture basate sulla comunicazione verticale, orizzontale e trasversale come variabile fondamentale per la gestione delle interdipendenze reciproche tra unità organizzative, ruoli e profili professionali differenti. L'evoluzione dello scenario normativo e formativo, organizzato e sociale ha profondamente modificato l'esercizio professionale dell'Infermiere.

In un contesto culturale, sociale e sanitario in continuo cambiamento, si consolidano sempre più quelle che sono le competenze che deve possedere l'infermiere per sviluppare in un modo efficace la propria pratica clinica, coniugare la propria esperienza con lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e i cambiamenti sociali, culturali e organizzativi, in modo da saper rispondere, in coerenza con la propria *mission*, con prestazioni di qualità ai bisogni e ai problemi della persona.

La formazione non è adeguamento a prescrizioni normative o al cambiamento organizzativo, ma diventa strumento per il professionista per sviluppare e arricchire il campo proprio dell'assistenza infermieristica così come per essere all'altezza del mandato professionale, garantendo un servizio efficace e soddisfacente al cittadino.

Il nuovo stato giuridico del sistema professionale infermieristico pone in evidenza le questioni da affrontare per una completa ed efficace transizio-

ne da un modello rigidamente vincolato a compiti e mansioni a un modello di esercizio professionale che si sviluppa per funzioni, responsabilità e competenze.

Le competenze e le funzioni sono orientate dai principi e dai valori espressi dalla stessa professione e si concretizzano nei contenuti culturali scientifici e metodologici previsti dagli ordinamenti didattici dei corsi di formazione che ne diventano anche vincoli e limiti.

La formazione diventa elemento fondante della professionalità finalizzata a garantire un servizio efficace e soddisfacente al cittadino e come tale diventa impegno sistematico e continuo.

Il significato ultimo della formazione non è l'adeguamento delle competenze del professionista, ma quello di rispondere ed essere in grado di assumere l'impegno sotteso al mandato sociale della professione a cui appartiene e rientra in pieno nella dimensione della responsabilità professionale perché significa tensione al futuro, ed esprime il dovere di interpretare il presente per contribuire a costruire la professionalità del futuro.

Alla luce di tutto questo, con la forza dataci proprio da questa consapevolezza, credo sia un poco più facile, ora, comprendere anche il significato assunto dal percorso avviato un mercoledì di febbraio alla ricerca di risposte legate a termini apparentemente semplici ma profondamente complessi come "motivazione", "senso di appartenenza", "gruppo professionale", "condivisione", "identità professionale", "crescita".

Ringraziamenti

Al termine di questo articolo, o per meglio dire di questo insieme di riflessioni, analisi di dati, considerazioni personali, mi prendo un piccolo spazio anche per ringraziare chi ha permesso che tutto ciò si potesse realizzare, a partire dal Presidente del Collegio Ipasvi di Prato, la cara e insostituibile Anna Gervasio, il vice-Presidente, Angelo, e tutto lo staff che si è prodigato perché tutto fosse realizzato alla perfezione. Grazie a tutti Voi.

Consentitemi di dire “grazie” anche a tutti coloro che hanno partecipato al Corso: Nilde, Daniela A., Daniela B., Silena, Cristina, Alessandra A., Alessandra G., Roberta (che mi ha prestato gli occhiali in un momento di forte bisogno!), Maria Vittoria, Virginia, Rosaria, Maria Angela, Daria, Giovanna B., Giovanna S., Maria, Elisa, Angela, Alina, Catia, Kim, Antonella, Michela, Stefania, Fabio, Rosemarie, Simonetta, Donatella, Carla, Camillo, Barbara, Sabrina, Antonietta A., Antonietta F., Paola, Sebastiana, Lucia, Leonella, Agnese, Sara, Margherita, Claudia, Sonia, Nataliya, Maria Dina, Isabella, Irene, Hilda, Pamela ...grazie davvero per lo scambio di esperienze a cui avete dato vita e che ha reso unico ed insostituibile questo momento del nostro stare insieme.

Bibliografia

- Bacchini M.G. & Vespignani M., *Il significato delle discipline umanistiche nella relazione di aiuto*, Roma, Seu, 2009
- Barbieri G. & Pennini A., *Le responsabilità dell'infermiere*, Roma, Carocci-Faber, 2010
- Borgogni L., Consiglio C., “Job burnout. Evoluzione di un costrutto”, in *Giornale Italiano di Psicologia*, 2005, 1, 23-57
- Calamandrei C., *L'assistenza infermieristica*, Roma, NIS, 1993
- Cantarelli M., *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, Milano, Elsevier, 2003
- Di Maria F., Di Nuovo S., Iavanco G., (a cura di), *Stress e aggressività*, Milano, Franco Angeli, 2001
- Farnè M., *Stress: un fenomeno solistico*, Bologna, Clueb, 2003
- Manzoni E., *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*, Milano, Elsevier, 2008
- Maslach C., Leiter M.P., *Burnout e organizzazione*, Trento, Erickson, 2000
- Motta P.C., *Introduzione alle scienze infermieristiche*, Roma, Carocci-Faber, 2009
- Pellegrino F., *La sindrome del burn-out*, Torino, Centro Scientifico, 2000
- Ripamonti C.A., Steca P., Prunas A., *HPSCS. Health Professions Stress and Coping Scale*, Firenze, Giunti O.S., 2007
- Santinello M., *LBQ. Link Burnout Questionnaire*, Firenze, Giunti O.S., 2007
- Selye H., *Stress in health and disease*, Boston, Butterworth, 1976
- Silvestro A. et al., *La complessità assistenziale*, Milano, McGraw-Hill, 2009
- Zani B., Pietrantonio L., “Antecedenti e conseguenti del burnout nel personale ospedaliero”, in *Bollettino di Psicologia Applicata*, 2000, 231, 35-43

Francesca Giusti vince il premio AGENAS

Ecco il testo della lettera di felicitazioni che la presidente del Collegio IPASVI di Prato ha inviato a Francesca Giusti.

Cara Francesca, brava, brava, brava!
Congratulazioni per aver vinto il concorso dell'AGENAS, "Campagna Informativa Nazionale – Lotta contro il dolore".

Rispettabile riconoscimento, non casuale, ma sicuramente determinato dal tuo modo di interpretare la professione di infermiera, mettendo in campo la rinnovata competenza, orientata al miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica e dell'assistenza sanitaria in generale, fatta di responsabilità, confronto, integrazione.

Il problema dolore affligge una parte consistente dei nostri assistiti e compromette in maniera indelebile la qualità di vita delle persone che lo subiscono.

La lotta contro il dolore e la sua gestione diventa obiettivo prioritario da affrontare per gli addetti ai lavori.

Tu come infermiera hai dimostrato una grande sensibilità verso questo problema e hai messo a disposizione la tua competenza per questa priorità assistenziale e attraverso il tuo slogan hai dato un contributo significativo.

Siamo contenti che questo premio sia stato assegnato ad una infermiera della nostra comunità professionale e siamo anche orgogliosi, non per autoreferenzialità, ma per conferma che anche tra gli infermieri iscritti al Collegio di Prato ci sono punte di eccellenza che tengono alto il livello professionale.

Per questo Francesca ti ringrazio a nome di tutto il Consiglio Direttivo, con l'augurio che con questo riconoscimento possano susseguirsi ulteriori ricadute d'immagine scaturite dall'esigenza di far emergere quel valore aggiunto di cui gli Infermieri ogni giorno sono portatori nel sistema salute del nostro Paese e non sempre consapevoli delle loro potenzialità.

Perché conviene vaccinarsi contro l'influenza

Quest'anno Ordine dei Medici e Collegio degli Infermieri richiamano l'impegno assunto nella Provincia di Prato a che gli operatori della sanità aderiscano alla vaccinazione antinfluenzale molto di più degli altri anni. Per un sanitario la vaccinazione antinfluenzale non è un gesto banale, né un atto eroico: è un gesto normale.

Si vaccina perché:

- **la vaccinazione è il mezzo più semplice per contenere i danni sociali e sanitari (che un sanitario conosce !)** dell'influenza;
- **per non contagiare i pazienti che cura e le altre persone;**
- **è un atto di coerenza con la professione che svolge.**

Luigi Biancalani
presidente Ordine dei Medici
Anna Gervasio
presidente Collegio IPAVI
Luigi Ricci
direttore UO Igiene e sanità pubblica

**Il Collegio IPASVI
augura a tutti
Buon Natale
e un Felice Anno Nuovo**



**Gli uffici del Collegio resteranno chiusi
per le vacanze di fine anno
dal 24 dicembre all'8 gennaio compresi.**