



Servizio Infermieristico e Tecnico
Viale Pio X (ex Villa Mater Dei) Catanzaro
Tel. – Fax 0961/703452 - *E-mail:* tinosit@libero.it
Direttore: Dott. Corrado Tino

LA VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

ANNO 2003

INDICE

1. L'INFERMIERE E LA QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA SODDISFAZIONE DEI CLIENTI.	II
2. LA QUALITÀ DELLA VITA LAVORATIVA DELL'INFERMIERE.	VIII
3. SODDISFAZIONE NEL LAVORO E ESIGENZE PSICOLOGICHE DELL'OPERATORE SECONDO UNA RICERCA IN UN OSPEDALE ITALIANO	XXI
4. MATERIALI E METODI.	XXV
5. RISULTATI	XXVIII
6. CONCLUSIONI	XXXI
7. BIBLIOGRAFIA	XXXIII

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, 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-specialisti 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. E' 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, 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'autogestione 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, o organizzativa), la motivazione e la soddisfazione nei confronti del lavoro.

Le aziende sanitarie sono oggi particolarmente impegnate nella ricerca di una 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 di 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. E' 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 un'elevata qualità, le prestazioni e le pratiche di

tutti gli operatori sanitari debbano essere il più possibile suffragate 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 delle procedure, partecipa a iniziative di VRQ e a indagini sulla soddisfazione dei pazienti). Ai 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 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 d'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 di Volontariato, curano l'accoglienza specie in caso di ricovero improvviso, educano ad 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.

E' 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 una relazione meccanica e lineare tra soddisfazione nel lavoro e maggiore efficacia ed 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.

FATTORI DI MOTIVAZIONE E SODDISFAZIONE

Nelle organizzazioni sanitarie gli operatori, e in particolare coloro che fanno parte del nucleo operativo , rivestono un'importanza fondamentale nell'erogazione dei servizi in quanto rappresentano l'istituzione nel momento del contatto con il cliente/utente e costituiscono l'immagine dell'organizzazione stessa. La motivazione

al lavoro, il comportamento e gli atteggiamenti degli operatori, poi, influiscono notevolmente su efficacia, efficienza e qualità del servizio. Inoltre, essendo molto vicini al cliente/utente, gli operatori percepiscono i suoi bisogni comportamentali e le aspettative rispetto al servizio offerto.

Considerata pertanto la rilevanza delle risorse umane, è necessario valorizzarle attraverso funzioni di gestione e tenerle in sintonia con la “missione” dell’organizzazione.

Il lavoro è un’esperienza che assume una grande rilevanza nella vita di una persona in quanto gli individui trascorrono una parte considerevole della loro esistenza sul lavoro. Non è quindi possibile considerare l’organizzazione e gli obiettivi che si prefigge di raggiungere senza considerare contemporaneamente le esigenze e i bisogni degli operatori. Mentre da un lato, infatti, l’organizzazione è interessata alle capacità degli individui di svolgere le attività loro assegnate, dall’altro lato gli individui, in quanto membri dell’organizzazione, hanno la possibilità di soddisfare i propri bisogni.

L’uomo ha infatti dei bisogni da soddisfare, ha scopi che persegue il suo comportamento, inteso come l’insieme delle manifestazioni esteriori osservabili e valutabili che il soggetto mette in atto per raggiungere un certo obiettivo, è guidato da uno scopo. Interrogarsi sul “perché” dei comportamenti significa indagare sulle motivazioni, cioè sui motivi per cui una persona fa ciò che fa, motivi che possono essere bisogni, esigenze, impulsi interni all’individuo, che stimolano, regolano, e sostengono il comportamento del soggetto stesso. Tale comportamento è molto variabile e una delle fonti principali di questa variabilità è la motivazione.

Abraham Maslow ha elaborato una teoria della motivazione umana in base alla quale le motivazioni dell'uomo si sviluppano in sequenza secondo una gerarchia di livello di bisogno. Tale gerarchia è caratterizzata da cinque livelli:

a) bisogni fisiologici: sono i più prepotenti di tutti i bisogni, nel senso che per l'individuo che nella vita non possiede nulla è più probabile che la motivazione prevalente sia rappresentata da tali bisogni piuttosto che da altri.

Se l'organismo è dominato dai bisogni fisiologici, egli attiverà tutte le sue capacità per soddisfare tali bisogni. Quando questi vengono soddisfatti automaticamente cessano di esistere come determinanti attive del comportamento e rimangono a livello potenziale;

b) bisogni di sicurezza: quando i bisogni precedenti sono stati sufficientemente soddisfatti, emergono i bisogni di sicurezza (stabilità, dipendenza, protezione, libertà dalla paura, bisogno di salute, di lavoro sicuro, di ordine, di leggi, ecc.) la cui forza motivante è inferiore rispetto ai bisogni fisiologici.

Nella società occidentale tali bisogni sono soddisfatti grazie all'esistenza di leggi, alla possibilità di mettere da parte i risparmi, di farsi un'assicurazione contro le malattie ecc.;

c) bisogni di appartenenza e affetto: sono relativi all'appartenere ad essere riconosciuti in un gruppo come la famiglia, il gruppo di lavoro, il gruppo professionale;

d) bisogni di stima, intesa come stima da parte di se stessi (desiderio di forza, di successo, di adeguatezza, di padronanza) e stima da parte degli altri (desiderio di prestigio, di una posizione sociale, di valorizzazione, di importanza) che sia stabile e alta. La soddisfazione del bisogno di autostima conduce l'individuo a sentimenti di

valore, fiducia, capacità,. Il non soddisfacimento di tale bisogno comporta un sentimento di inferiorità, debolezza, difesa fino all'abbandono;

e) bisogno di autorealizzazione: se i bisogni precedenti sono soddisfatti emerge nell'individuo un nuovo bisogno, quello di fare ciò che ogni soggetto è adatto a fare, di realizzare ciò che è potenziale, di sviluppare al massimo le attitudini soggettive ed essere valorizzati.

Maslow, comunque, precisa che la gerarchia dei bisogni fondamentali esposta non è così rigida; infatti ci sono persone in cui il bisogno di autorealizzazione ha una maggiore forza motivante rispetto agli altri bisogni oppure persone in cui l'autostima è più importante del bisogno di appartenenza. Inoltre, non è necessario che un bisogno sia soddisfatto al 100% perché un altro bisogno emerga; e l'emergere del nuovo bisogno non è improvviso, ma graduale. Ancora, le varie classi di bisogni non sono isolate una dall'altra, bensì interagiscono fra loro e, ovviamente, nelle diverse situazioni socioculturali, i vari bisogni hanno diverse modalità di espressione e soddisfacimento.

Con tale teoria della motivazione umana Maslow ha evidenziato come il concetto di "uomo economico" (l'individuo lavora perché spinto da interessi economici) non sia esaustivo e non tenga conto dell'uomo nella sua globalità in quanto non considera le motivazioni predominanti dell'individuo adulto: la stima e l'autorealizzazione.

Frederick Herzberg ha formulato una teoria degli atteggiamenti sul lavoro che si basa sulla differenza tra stimoli interni ed esterni all'individuo. Egli definisce la motivazione come un "generatore autonomo" interno all'individuo che lo spinge a fare quello che fa e la distingue dal pungolo inteso come stimolo esterno all'uomo

che lo spinge a fare qualcosa. Alcuni esempi di pungoli che vengono esercitati sui lavoratori nella speranza di far crescere in loro la motivazione sono:

1. la riduzione dell'orario di lavoro che, di fatto, allontana le persone dal luogo di lavoro, mentre le persone motivate vogliono lavorare di più e non di meno;
2. l'aumento dei salari che spinge i dipendenti a chiedere altri aumenti;
3. i benefit che finiscono per diventare dei diritti e non dei premi;
4. le comunicazioni intese come bollettini aziendali e altre forme di propaganda che non determinano motivazione.

Pertanto, secondo Herzberg, i pungoli costituiscono solamente degli stimoli di breve durata il cui costo è destinato ad aumentare costantemente.

La teoria degli atteggiamenti sul lavoro fu elaborata sulla base dell'analisi dei dati forniti da circa 200 tecnici e contabili occupati in diverse aziende dell'area di Pittsburgh ai quali venne chiesto di individuare le esperienze lavorative in cui si erano trovati particolarmente bene o particolarmente male, di spiegare le condizioni e le cause e di analizzare le influenze di tali esperienze sul loro atteggiamento. Le conclusioni di tale studio, confermate da numerose altre indagini effettuate in varie parti del mondo, indicarono che "i fattori che producono soddisfazione, e motivazione, sul lavoro sono separati e distinti da quelli che invece portano all'insoddisfazione". I fattori che permettono la soddisfazione sul lavoro vengono definiti da Herzberg fattori motivanti e sono rappresentati dal contenuto del lavoro stesso. Viceversa, i fattori che producono uno stato di insoddisfazione (o che permettono di evitare l'insoddisfazione) vengono definiti fattori di mantenimento e sono estrinseci al lavoro.

I fattori motivanti sono rappresentati da:

- raggiungimento di risultati significativi di lavoro;
- riconoscimento dei risultati raggiunti;
- lavoro in sé;
- responsabilità;
- possibilità di promozione e avanzamento professionale;
- crescita e innovazione.

I fattori di mantenimento sono:

- la politica aziendale e la gestione;
- i rapporti con i capi;
- le condizioni di lavoro;
- lo stipendio;
- i rapporti con i colleghi;
- la vita personale;
- i rapporti con i collaboratori;
- il prestigio;
- la sicurezza.

Herzberg cerca inoltre di trovare una spiegazione e una correlazione con il sistema motivazionale delle persone ; infatti, afferma che sono chiamati in causa due diversi bisogni tipici degli esseri umani. Da un lato, un complesso di esigenze che può essere considerato derivante dalla natura animale del genere umano (l'istinto innato di evitare il dolore, per esempio) L'altro complesso di esigenze fa invece riferimento a una caratteristica unicamente umana, vale a dire la capacità di riuscire

a raggiungere un certo risultato e, attraverso di esso, vivere l'esperienza dello sviluppo psicologico.

Quindi, nel lavoro dovrebbero essere presenti sia i fattori igienici (che permettono di soddisfare i bisogni fisiologici, di sicurezza e di appartenenza), che i fattori motivanti (che permettono di soddisfare i bisogni di stima e di autorealizzazione).

Il modello di Herzberg perviene a una interpretazione del sistema motivazionale analoga a quella

di Maslow ; infatti, è possibile far corrispondere le due categorie dei fattori igienici e motivanti alle classi di bisogni della scala di Maslow. I bisogni fisiologici, di sicurezza, di appartenenza e in parte di stima corrispondono ai fattori igienici. I bisogni di stima sono divisi in due gruppi : lo status che una persona ha per il fatto di occupare una certa posizione sociale e il riconoscimento da parte degli altri ; poiché lo status può non derivare da un'affermazione personale o un riconoscimento meritato, viene classificato come fattore igienico insieme ai bisogni fisiologici, di sicurezza e di appartenenza, mentre il riconoscimento da parte degli altri è classificato con i bisogni di autorealizzazione come fattore motivante.

Il modello di Herzberg offre alcuni contributi rilevanti per la gestione del personale in genere, ma anche per la progettazione di un sistema premiante:

-individua nei fattori motivanti quelli che motivano realmente i dipendenti e che possono portare al miglior raggiungimento degli obiettivi aziendali.

-collega i fattori igienici e motivanti al sistema motivazionale degli individui e quindi dà delle indicazioni per affrontare il problema del sistema premiante in

modo da stabilire quelli che sono gli incentivi più idonei a motivare persone o gruppi con determinati bisogni.

Per concludere , tutti riteniamo che la premessa per una buona gestione del personale sia quella di creare condizioni organizzative che favoriscano climi di affezione e motivazione al lavoro. La motivazione, come tutte le risorse invisibili, va capitalizzata attraverso l'attivazione di strategie centrate sulla " missione "aziendale al fine di raggiungere gli obiettivi con il massimo coinvolgimento di tutti i livelli gestionali e specialistici.

La gestione del personale si configura perciò come un sistema integrato del vertice strategico e del nucleo operativo per un progetto comune di individuazione del fabbisogno sia quantitativo che qualitativo delle risorse umane, con l'utilizzo di strumenti di reclutamento e selezione coerenti ai bisogni individuati e la progettazione di sistemi di inserimento e indottrinamento orientati alla " " "missione "aziendale per una cultura dell'appartenenza.

Il ruolo più delicato e complesso nella gestione delle risorse umane è quello della continua " manutenzione" del personale nel tempo, onde capitalizzare al meglio, oltre che le capacità e le conoscenze, anche le attitudinali specialistiche per compiti gestionali può portare, nel lungo periodo, all'instaurarsi di patologie quali stress, burnout, malattie psicosomatiche.

Un altro ruolo importante è costituito dal sistema premiante che l'organizzazione pone in essere è la motivazione al lavoro che è alimentata in particolare da questo sistema : in base a cosa si premia si possono influenzare i compartimenti del singolo e del gruppo verso gli obiettivi produttivi e qualitativi del sistema organizzativo.

Non progettare il sistema premiante significa liberare, in una recita a soggetto, l'individuazione dei "valori" aziendali e delle strategie produttive.

LA PROBLEMATICHE 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 caratterizzano². 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 ingenerale. 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, quindi 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. 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.

3 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 svolta nell'ospedale di Vignola (Modena) che ha 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, OTA-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”.

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

COMPONENTI DELLA SODDISFAZIONE NEL LAVORO IN 37 OSPEDALI AMERICANI

Una pubblicazione del 1994 riferisce i dati di uno studio 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.

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. 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.

4. MATERIALI E METODI.

Nel periodo settembre-novembre 2003 è stata effettuata l'indagine mediante la auto-somministrazione di un questionario ad un campione casuale di 450 infermieri in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale di Catanzaro.

Tutti gli infermieri selezionati hanno ricevuto una lettera nella quale veniva illustrato l'obiettivo dell'indagine, un questionario da compilare in anonimato ed una busta per facilitare la restituzione del questionario.

Relativamente alla stesura del questionario, essendo stato auto-somministrato, si è cercato di dare preferenza alle domande a risposta chiusa e a percorsi semplici nell'ambito delle diverse sezioni.

E' stata prevista la necessità di una introduzione allo studio nella quale sono stati riportati gli obiettivi, evidenziando l'importanza del livello di soddisfazione delle risorse umane in ambito sanitario.

E' stato inoltre necessario adottare delle precauzioni affinché attraverso le informazioni contenute nel questionario non sia possibile risalire a chi lo ha compilato per mantenere l'anonimato con l'assicurazione che, ai sensi della legge 675/1996 sulla tutela dei dati personali, l'elaborazione dei dati sarebbe stata effettuata solo in forma aggregata non consentendo alcuna diffusione nominativa.

La restituzione del questionario compilato è stata indicata come implicita accettazione dell'utilizzo dei dati per l'obiettivo citato.

Il questionario è articolato in 31 domande focalizzate alla raccolta di informazioni relative a:

- caratteristiche socio-anagrafiche (età, sesso, titolo di studio) e lavorative (qualifica professionale, unità operativa di appartenenza);

- percezione del grado di soddisfazione (fattori principali che possono influire sulla soddisfazione percepita quali retribuzione economica, sicurezza del posto di lavoro, etc);
- percezione del grado di disagio (fattori principali che possono creare disagio durante lo svolgimento delle proprie mansioni quali rapporti interpersonali, etc);
- percezione del proprio ruolo rispetto all'attività svolta (rapporti che intercorrono con colleghi, dirigenti medici, pazienti, desiderio di cambiare Unità Operativa).

Le domande relative alla percezione del grado di soddisfazione, del disagio e del proprio ruolo rispetto all'attività svolta sono state formulate utilizzando la scala di Likert, con opzioni per "d'accordo", "incerto" e "in disaccordo" o con opzioni per "sì", "in parte" e "no". Inoltre sono state previste risposte del tipo "sì/no" .

Analisi statistica.

L'analisi statistica dei dati è stata eseguita utilizzando la regressione logistica multipla. Sono stati costruiti due modelli nei quali sono state incluse le variabili considerate potenzialmente associate ai seguenti outcomes:

- grado di soddisfazione percepito dagli infermieri in ambito lavorativo (modello 1);
- grado di disagio percepito dagli infermieri in ambito lavorativo (modello 2).

In entrambi i modelli sono state incluse le seguenti variabili: età (continua); sesso (0=maschio; 1= femmina); titolo di studio (0=licenza elementare; 1=licenza media inferiore; 2=licenza media superiore; 3=diploma universitario); unità

operativa di appartenenza (0=area medica; 1=area chirurgica; 2=area d'emergenza); partecipazione a corsi di formazione (0=no; 1=si).

Nel primo modello sono state inoltre valutate le seguenti variabili indipendenti: sicurezza del posto di lavoro (0=no; 1=si); retribuzione (0=no; 1=si); relazioni interpersonali (0=no; 1=si); interesse al proprio lavoro e la possibilità di poter migliorare le proprie capacità professionali (0=no; 1=si); ambiente di lavoro (0=no; 1=si); flessibilità dell'orario (0=no; 1=si); grado di autonomia decisionale e di reponsabilità organizzative nell'ambito del proprio lavoro (0=no; 1=si);

Infine, nel secondo modello sono state valutate le seguenti variabili indipendenti: organizzazione del proprio lavoro (0=no; 1=si); stress mentale e/o fisico (0=no; 1=si); retribuzione economica (0=no; 1=si); scarso riconoscimento dei meriti, della professionalità e di proporre modifiche (0=no; 1=si); rapporti che intercorrono con dirigenti medici e/o colleghi (0=no; 1=si); ambiente di lavoro (0=no; 1=si).

I livelli di significatività per l'esclusione e l'inclusione nel modello erano di 0.4 e di 0.2. Sono stati calcolati gli Odds Ratio (OR) ed i relativi intervalli di confidenza al 95% (IC al 95%). L'analisi dei dati è stata eseguita utilizzando il pacchetto statistico Stata 8.0.

5.RISULTATI

Del campione iniziale di 450 infermieri, 201 hanno aderito allo studio, con un tasso di risposta del 44.7%.

Le caratteristiche demografiche e relative all'attività lavorativa dei partecipanti allo studio sono riportate in Tabella 1.

Circa i due terzi degli intervistati è di sesso femminile (59.3%) e l'età media è di 42.1 anni (range 27-63) ed il 46.2% ha un'età compresa tra i 34 e 45 anni, più di due terzi (68.2%) è in possesso del diploma di scuola media superiore e poco più della metà (55.6%) presta servizio nell'area medica.

Il grado di soddisfazione, lo stato di disagio e le relazioni interpersonali percepiti dagli infermieri sono, invece, riportati in Tabella 2.

Un terzo degli intervistati (33.7%) è completamente soddisfatto e gratificato dall'attività svolta, mentre il 42.2% ritiene che le proprie aspettative rispetto all'attività lavorativa siano state soddisfatte.

Per quanto riguarda i fattori principali associati positivamente al grado di soddisfazione percepita, quasi i due terzi (62.3%) ha individuato quale fattore più motivante alla soddisfazione della propria attività la possibilità di migliorare le proprie capacità professionali e la non ripetitività del lavoro stesso, mentre la sicurezza del posto di lavoro ed il riconoscimento di responsabilità organizzative e una autonomia decisionale è ritenuto motivo di soddisfazione dal 22.1% degli infermieri. Infine, il 19.1% e l'11.6% degli intervistati ritiene, rispettivamente la retribuzione economica e le relazioni interpersonali sul posto di lavoro quali fattori che possano influire positivamente sulla percezione del proprio grado di soddisfazione.

Per quanto riguarda le relazioni interpersonali, quasi la metà degli intervistati (46.2%) ha affermato che ritiene di avere sufficiente tempo per ascoltare e rispondere ai pazienti, mentre rispettivamente il 35% ed il 37.3% riversa le proprie tensioni personali sui pazienti ed è intollerante verso le loro richieste. Infine, a riguardo dei rapporti interpersonali, il 41.2% degli intervistati ha indicato il rapporto infermiere/personale medico come il più stressante, mentre solo l'11.1% ha ritenuto il rapporto tra infermiere e paziente quale fonte di stress.

Lo stato di disagio è riconducibile nel 66% degli infermieri allo scarso riconoscimento meritocratico e professionale tali da farli sentire meno coinvolti al reale processo produttivo, mentre il 40.6% ha affermato che la retribuzione economica non è adeguata alle proprie competenze. Il 33.5% ha dichiarato che fonte del proprio disagio era dovuto al rischio ambientale. Un quarto circa (24.9%) degli infermieri ha riscontrato nella cattiva organizzazione lavorativa, intesa come modalità di divisione del lavoro e di coordinamento la causa del proprio stato di disagio. Infine il 19.8% degli intervistati ha individuato nei carichi di lavoro troppo stressanti, sia da un punto di vista fisico che mentale, e nei rapporti interpersonali gli elementi che possono essere causa del loro stato di disagio.

I risultati della regressione logistica multipla sono riportati in Tabella 3. L'analisi del modello relativo al grado di soddisfazione percepito ha consentito di rilevare che sono meno soddisfatti gli infermieri che ritengono di non avere piena autonomia decisionale e poca responsabilità organizzativa (O.R.=0.27; IC 95%=0.11-0.71; $p=0.008$) e che una inadeguata retribuzione è associata significativamente ad una minore percezione del grado di soddisfazione degli infermieri (O.R.=0.39; IC 95%=0.16-0.95; $p=0.038$). Il modello invece relativo allo

stato di disagio percepito dagli infermieri ha consentito di rilevare che lo svolgere le proprie mansioni ciclicamente è associata significativamente ad un maggiore stato di disagio degli infermieri stessi (O.R.=0.32; IC 95%=0.15-0.68; p=0.003), così come uno stato disagio più elevato è avvertito dagli infermieri che ritengono non efficiente l'organizzazione del lavoro che svolgono (O.R.=2.39; IC 95%=1.10-5.14; p=0.026).

6. 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.

BIBLIOGRAFIA

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.
- Aurelio J.M., “An organizational culture that optimizes stress: Acceptable stress in nursing”, Nursing Administration Quarterly, 18/1/93, pp. 1-10.
- 7 - Calamandrei C., Orlandi C. La dirigenza infermieristica, Milano, McGraw-Hill, 1998.
- 8 - McGuire P.S., “Stress al lavoro. Un resoconto dagli USA”, Risorse umane in azienda Newsletter, N. 74, Gennaio/Febbraio 2000, pp. 14-16.
- 9 - 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.

- 10- Nakata J.A., Saylor S., “Management style and staff nurse satisfaction in a changing environment”, *Nursing Administration Quarterly*, 18/3/1994, pp. 51-57.
- 11- 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.
- 12- Spence Laschinger H.K.S., Sabiston J.A., “Staff nurse empowerment and workplace behaviours”, *The Canadian Nurse*, February/Février 2000, pp. 18-22.
- 13- Vaccani R, Dalponte A, Ondoli C. *Gli strumenti del management sanitario*. Carocci Ed. 1998.

Tabella 1. Caratteristiche socio-anagrafiche e lavorative

Caratteristiche	N	%^a	Media \pm DS
Età			42.1+7.4
< 35	37	18.6	
35 – 44	92	46.2	
45 – 54	56	28.1	
\geq 55	14	7.1	
Sesso			
Maschi	81	40.7	
Femmine	120	59.3	
Titolo di studio			
Elementare	3	1.5	
Media inferiore	19	9.6	
Media superiore	135	68.2	
Diploma universitario	41	20.7	
Area assistenziale			
Medicina	105	55.6	
Chirurgia	30	15.9	
Emergenza	54	28.5	
Qualifica professionale			
Infermiere professionale	185	94.4	
Infermiere generico	11	5.6	

^aLe percentuali sono calcolate sul numero dei rispondenti per ciascuna caratteristica.

Tabella 2. Percezione del grado di soddisfazione, dello stato di disagio e del proprio ruolo

	N°	% ^a
Soddisfazione e gratificazione del lavoro		
Si	67	33.7
In parte	87	43.7
No	45	22.6
Principali fattori di soddisfazione		
Interesse e varietà del lavoro/Possibilità di migliorare le capacità professionali	124	62.3
Sicurezza del posto di lavoro	44	22.1
Autonomia decisionale/Responsabilità organizzative	44	22.1
Retribuzione	38	19.1
Relazioni interpersonali	23	11.6
Ambiente fisico	18	9.1
Flessibilità dell'orario	16	8
Altro	2	1
Principali fattori di disagio		
Scarso riconoscimento di meriti e professionalità e/o possibilità proporre modifiche	130	66
Retribuzione	80	40.6
Rischio ambientale	66	33.5
Organizzazione del lavoro	49	24.9
Fatica mentale e/o fisica	39	19.8
Rapporto con colleghi e/o con i dirigenti medici	37	19.8
Altro	26	13.1
Le aspettative lavorative sono state soddisfatte		
Si	84	42.2
In parte	66	33.2
No	49	24.6
Ha tempo sufficiente per ascoltare e rispondere al paziente (197)		
Si	43	21.8
In parte	82	41.6
No	72	36.6
Rapporto lavorativo più stressante (199)		
Infermiere/medico	82	41.2
Infermiere/infermiere	55	27.6
Infermiere/caposala	40	20.1
Infermiere/paziente	22	11.1

TABELLA 3. Risultati della regressione logistica multipla

Variabile	OR	SE	IC 95%	p
Modello 1. Outcome: Soddisfazione percepita in ambito lavorativo				
Log-likelihood=-109.89, $\chi^2 = 15.37$, p=0.009				
Maggiore autonomia decisionale e responsabilità organizzative	0.27	0.13	0.11-0.71	0.008
Retribuzione	0.40	0.18	0.16-0.95	0.038
Età	1.04	0.25	0.99-1.09	0.077
Sesso	0.74	0.25	0.38-1.44	0.375
Flessibilità dell'orario	1.66	0.97	0.52-5.23	0.390
Modello 2. Outcome: Disagio percepito in ambito lavorativo				
Log-likelihood=-100.87, $\chi^2 = 25.77$, p=0.001				
Gratificazione nello svolgere ciclicamente le proprie mansioni	0.32	0.12	0.15-0.68	0.003
Organizzazione del lavoro	2.39	0.93	1.10-5.14	0.026
Rischio ambientale	0.46	0.19	0.20-1.03	0.059
Autonomia professionale	1.90	0.69	0.93-3.86	0.078
Retribuzione	1.86	0.67	0.92-3.76	0.085
Unità Operativa	1.36	0.29	0.89-2.06	0.155
Partecipazione a corsi di formazione	0.66	0.29	0.28-1.54	0.335