

Salute e professione infermieristica

di Milena G. Guarinoni

Infermiera, PhD - Università degli Studi di Brescia

e Morena Allovio

Infermiera - Professore a Contratto Università degli Studi di Milano

Sommario

La professione infermieristica è di natura tecnica, relazionale ed educativa” (DM 739/94). Per la complessità che la caratterizza, l’infermiere è sottoposto a forti stress che possono sfociare nella sindrome di *burnout*. Ciò può avere forti ripercussioni sulla qualità della vita e sulla salute dell’infermiere. Questo breve saggio vuole fare il punto della situazione circa quanto sino ad oggi si conosce circa i problemi legati alla qualità della vita e al benessere degli infermieri.

Parole chiave

Infermiere, Stress, Moral distress, Burn Out, Qualità di vita lavorativa, Ospedale Magnete.

Summary

Professional nursing is a technical, relational and educational activity (DM 739/94). Because of such complexity, nurses undergo heavy stress, which in time can result in a burnout syndrome. The work environment and the organizational structure may have considerable reverberations on the nurse’s life and health. This brief essay is intended to outline what, as far as now, we know about the problems connected to the nurses’ quality of life and wellbeing.

Keywords

Nurse, Stress, Moral distress, Burn Out, Working Life Quality, Magnet Hospital.

Background

Gli infermieri sono professionisti che abbracciano quotidianamente una filosofia sistemica dell’assistenza, guidata da “principi valoriali” a cui si ispirano per poter incarnare la visione popolare che li considera pazienti e gentili. Tale lavoro non può del resto prescindere dalla relazione tra persone, tra chi richiede e chi offre un aiuto, né eludere lo squilibrio, disorientante sul piano emotivo, che essa comporta.

Tuttora, per molti aspetti del ciclo produttivo che ruota attorno all’azione terapeutica, la persona dell’operatore sanitario costituisce lo strumento tecnologico per eccellenza.

Gli infermieri hanno dunque bisogno di un ambiente che riconosca il mandato sociale e sanitario della loro disciplina e lo scopo della pratica così come definito dalla legislazione/regolamentazione del Paese (Rowell 2003).

Tuttavia oggi assistiamo invece ad una crisi infermieristica globale, caratterizzata da una carenza critica di professionisti. Le ragioni di tale carenza sono varie e complesse, ma un fattore chiave sono gli ambienti di lavoro non sani che alienano gli infermieri e ne indeboliscono le performance e, troppo spesso, li allontanano dalla clinica o dalla professione stessa.

Secondo i dati diffusi dalla Federazione Nazionale IPASVI, a febbraio 2015 gli infermieri in Italia erano 410.456. Secondo i parametri internazionali la carenza in Italia si aggira dunque intorno alle 60.000 unità. Il blocco del turn-over, presente dal 2009, impedisce che vi sia un reclutamento in grado di far fronte alle carenze presenti nel Servizio Sanitario Nazionale, e l'età media del pensionamento degli infermieri sta inesorabilmente salendo (il dato del 2011 era 60,7 anni). Nel 2012 gli infermieri con più di 50 anni rappresentavano il 29%, mentre solo il 20% aveva un'età compresa tra i 30 e i 39 anni.

Un altro indicatore interessante di questa crisi è costituito dalla percentuale di professionisti che hanno almeno una inidoneità alla mansione: nel 2015 erano il 12%, con picchi fino al 31% negli over 60.

Questi numeri inducono a riflettere su come la situazione attuale possa influire sulla salute degli infermieri. La loro professione assomma infatti capacità tecniche, fatica nella relazione di cura, aumento della responsabilità, continua situazione di cambiamento, aumento dell'età pensionabile, lavoro sui tre turni, assenza di turn-over, riduzione del personale ..., tutti fattori che nell'insieme comportano una situazione sempre più complessa che, in ultima battuta, non può che influire sullo stato di salute.

Sul posto di lavoro i problemi per gli infermieri sono soprattutto l'intensità del carico di lavoro, gli alti livelli di acuzie dei pazienti, la rapida dimissione di assistiti che stanno ancora poco bene, un limitato supporto all'interno delle organizzazioni, il *disempowerment* all'interno delle strutture cliniche, i bassi livelli di riconoscimento per l'assistenza fornita ai malati, e gli ambienti con alti livelli di stress (Daly, 2004).

Il contesto attuale del settore sanitario presenta dunque molte sfide nella creazione di un ambiente di lavoro favorevole per lo sviluppo di un lavoro di cura sostenibile.

Come possono infatti gli infermieri prendersi cura degli altri se prima non si prendono cura di sé? Ma il concetto di self-care sembra invece loro estraneo, mentre sono costretti a conciliare nella loro vita famiglia, lavoro, comunità e organizzazione professionale.

Le pagine che seguono intendono analizzare l'interfaccia tra infermiere e posto di lavoro, esplorando i fattori che correlano qualità dell'ambiente professionale, salute e qualità della vita di questo personale curante, e considerando le implicazioni e i costi di condizioni di lavoro non sane in termini di stress correlato al lavoro e di *burn out*.

Quanto costa assistere il dolore degli altri?

In generale, gli ospedali sono luoghi di lavoro stressanti a causa della loro complessità e dinamicità, luoghi in cui è importante creare un connubio tra le esigenze organizzative, gli orari lavorativi, la vita privata, le aspettative irrealistiche dei pazienti e delle loro famiglie e il continuo contatto con problematiche di tipo etico. I professionisti che si occupano di cura devono quindi sopportare un maggiore carico psicologico e fisico rispetto alla popolazione generale, dovuto a carichi di lavoro pesanti, a relazioni interpersonali squilibrate, ai conflitti tra lavoro e famiglia, ad ambienti lavorativi non sicuri, e alla necessità di aggiornamento continuo (Teles, 2014).

Oggi sono poche le professioni che, come quella infermieristica, ogni giorno si confrontano con la sofferenza, il dolore e la morte. L'infermiere è il professionista che si prende cura con continuità della persona preoccupandosi per il suo bene, pienamente consapevole della sofferenza dell'assistito e con il desiderio di alleviarne le sofferenze.

Se infatti la competenza tecnica è necessaria, affinché il paziente senta la vicinanza del *care* infermieristico essa deve essere integrata da abilità relazionali quali l'empatia, il calore, il rispetto. Tutto questo però comporta un costo da parte dei professionisti, che porta spesso all'erosione della capacità di sopportare la sofferenza degli altri.

Elemento critico all'interno della relazione assistenziale è quindi l'empatia, che diviene però una spada a doppio taglio: da un lato facilita il prendersi cura del malato, dall'altro può avere ripercussioni negative sulla salute degli infermieri.

Nonostante in letteratura molti studi descrivano l'onere emotivo prodotto dal contatto con la malattia, la morte e il morire, l'idea che il lavoro di cura comporti fatica e stress non è tuttavia particolarmente diffusa, e gli effetti negativi sulla salute restano sottostimati.

Il concetto di stress è stato introdotto da W.B. Cannon, e poi sviluppato nel 1946 da Hans Selye, diventando da allora il focus di molte ricerche. Nella sua accezione negativa, lo stress (o distress) è di solito caratterizzato da ansia, depressione, rabbia, senso di colpa o paura, e i sintomi possono essere insonnia, problemi sessuali e alimentari, nausea, stanchezza o mal di testa.

Il concetto di "stress lavoro-correlato" si riferisce alla percezione soggettiva: la persona sente le richieste che le vengono rivolte come al di sopra della propria capacità di soddisfarle. Lo stress lavoro-correlato si instaura dunque quando vi è una scarsa corrispondenza tra richieste di lavoro (nei suoi aspetti fisici, sociali o organizzativi) e le capacità, le risorse o le esigenze dei lavoratori (Demerouti, 2001). Le recenti fluttuazioni economiche globali hanno visto aumentare ogni anno i casi di stress lavoro correlato nel sistema sanitario.

Lo stress da lavoro è un importante problema a livello mondiale per la sua influenza negativa sulla salute e la produttività dei lavoratori e, di conseguenza, per il profitto delle imprese (Cox, 2000). In Europa, le parti sociali e le organizzazioni di sicurezza e salute hanno evidenziato l'importanza di riconoscerne i fattori.

In Svezia, nel 2003 oltre 5000 dei 77.000 infermieri hanno avuto malattie prolungate (di durata superiore a 30 giorni) e di questi circa il 40% avevano diagnosi di depressione o

esaurimento psicofisico. Questi numeri superavano di oltre il 20% quelli dell'anno precedente (Billeter-Koponen, 2005).

Se non sempre è facile attuare interventi volti a ridurre le fonti di disagio vissute dalla maggioranza degli infermieri, è possibile però mettere in campo un maggior supporto di tipo individuale. Ma per capire come le circostanze personali possano esacerbare lo stress sul posto di lavoro e come possano essere utilizzate per ridurre lo stress, è essenziale che si faccia ricerca. (McVicar, 2003).

La ricerca condotta fino ad oggi ha identificato alcuni fattori di stress legati al lavoro infermieristico, oltre all'esposizione alla morte e al morire: tra questi, gli ideali frustrati, la mancanza di conoscenze, e un insufficiente sostegno sociale (Duxbury, 1984, Gray-Toft, 1985, Lewis, 1992).

Secondo alcuni studi, la gestione e la prevenzione dello stress lavoro-correlato può essere conveniente per le imprese e l'industria (Reynolds, 2000, Semmer, 2006), perché esso può contribuire alla malattia e agli infortuni, con conseguente aumento dei costi aziendali (Manning, 1996).

Tuttavia, nonostante vi sia una vasta letteratura sulla relazione tra lavoro di cura e stress lavoro-correlato o sul *burnout*, rarissimi sono quelli che hanno valutato l'associazione tra stress, lavoro di cura e salute degli infermieri. Lo stress è spesso considerato l'*outcome* di interesse piuttosto che un fattore di rischio per lo sviluppo di eventuali malattie e/o disabilità. Il principale ostacolo è che raramente queste tre variabili sono state valutate contemporaneamente.

Un recente studio intrapreso in Australia e Nuova Zelanda con oltre 500 partecipanti infermieri suggerisce che un maggiore stress sul posto di lavoro predice una ridotta salute fisica e mentale degli infermieri (Chang, 2006). Inoltre, i risultati di un campione australiano (n = 320) in New South Wales suggeriscono una correlazione negativa tra salute fisica e anni di lavoro (Chang, 2006).

French et al. (2000) hanno identificato alcuni fattori di stress lavorativo che potrebbero avere un impatto sugli infermieri: tra questi, la gestione dei conflitti con i medici, i colleghi e/o responsabili, una preparazione inadeguata, la discriminazione, il carico di lavoro, il contatto con la morte, i pazienti terminali e le loro famiglie, un elevato livello di abilità tecnica, il lavoro di gruppo in varie situazioni, un'assistenza che si svolge sulle 24 ore, e la presenza di quello che viene spesso definito come 'lavoro emozionale' (Phillips, 1996).

Interessanti anche gli studi che hanno tentato di valutare la relazione tra stato stressante e incidenza di infortuni sul lavoro tra il personale infermieristico: numero di punture accidentali o danni / lesioni a carico del sistema muscolo scheletrico.

Poiché lo stress negli infermieri porta a un aumento dei costi per la comunità sia in termini economici che umani, ed è citato come uno dei motivi principali per cui gli infermieri lasciano la professione (Chang, 2007), questi risultati sfidano leader e dirigenti infermieristici ad esplorare attivamente strategie di lavoro innovative che potrebbero ridurre lo stress e, di conseguenza, migliorare la salute e il benessere infermieristico. Tuttavia, può essere difficile implementare nuove strategie in un contesto di carenza di personale e di costante ristrutturazione.

Ciò che è possibile migliorare nei luoghi di lavoro è lo stile di leadership nella gestione dei conflitti interprofessionali, ma il carico di lavoro, il lavoro emozionale, lo stipendio e il lavoro per turni restano problemi difficilmente risolvibili.

La soglia di stress di un individuo dipende probabilmente da caratteristiche soggettive della persona, dalle esperienze e dai meccanismi di *coping*, ma anche dalla situazione contingente.

Un singolo evento, in effetti, non necessariamente costituisce una fonte di stress per tutti gli infermieri, o per uno stesso individuo in ogni momento, e può avere un impatto variabile a seconda della situazione contingente (Lees, 1990). Anche i valori personali e professionali svolgono un ruolo importante nel grado di stress che ogni professionista può sperimentare.

Poiché lo stress può causare grave sofferenza è importante tentare di evitare che esso si instauri, individuando precocemente i fattori che lo promuovono.

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) ha dichiarato nel 2007 che la pratica del lavoro a turni è necessaria per un'assistenza 24 ore al giorno, tuttavia, vi è grande preoccupazione per il potenziale impatto negativo della turnazione sulla salute degli infermieri e sulla qualità assistenziale che ne risulta nei confronti del paziente. Un altro problema che incide sulla salute degli infermieri è la forte incidenza di lavoro straordinario, che si traduce in scarsa qualità e quantità di sonno, e si riflette sulla salute fisica e mentale, causando rischi per la sicurezza del paziente per la possibilità di commettere errori assistenziali (Welker-Hood, 2006). Il lavoro sui tre turni e le ore straordinarie, per esempio, sono stati associati ad un aumento di infortuni da puntura accidentale (Trinkoff, 2007). Non meno rilevante nella pratica infermieristica è la necessità di prendere decisioni e di intraprendere azioni nei confronti dei pazienti che, sebbene siano espressione del ruolo professionale, a volte possono porre il professionista in contrasto con le consuetudini, l'organizzazione e le politiche istituzionali della struttura sanitaria in cui presta servizio. Questo non può che creare inevitabilmente una sofferenza morale negli infermieri comunemente nota come *moral distress*.

La prima definizione di *moral distress* fu data da Jameton, filosofo statunitense, nel 1984. Egli lo definì come una sensazione dolorosa e/o squilibrio psicologico che si manifesta quando gli infermieri sono consci dell'azione più appropriata alla situazione, ma non possono svolgerla a causa di ostacoli istituzionali, quali la mancanza di tempo o la mancanza di supporto direttivo, per l'esercizio del potere medico, per limiti dovuti a politiche istituzionali e limiti legali (Jameton, 1984). In base alle sensazioni provate l'autore distingue il *moral distress* o sofferenza morale dalla incertezza e dal dilemma morale.

Vi è un dilemma morale quando due o più principi etici, che richiedono azioni tra loro incompatibili, sembrano applicarsi entrambi alla stessa situazione, rendendo difficile stabilire “che cosa è giusto” e “che cosa è sbagliato”. L'incertezza morale si riscontrerebbe dunque allorché l'infermiere riconosce che vi sono valori in conflitto, ma è incerto su quali siano i valori morali e i principi etici implicati, o non possiede informazioni sufficienti sulla situazione del paziente (Schluter, 2008).

Gli infermieri che sperimentano *moral distress* vivono invece una situazione in cui comprendono chiaramente quale sia il comportamento più giusto o adeguato, ma per svariati motivi non possono metterlo in pratica, trovandosi dunque a dover agire contrariamente ai propri valori personali.

Le situazioni che generano maggior *moral distress* sono: lavorare con un carico di lavoro che si considera pericoloso per l'assistenza, somministrare farmaci che non alleviano la sofferenza del paziente, assistere un medico incompetente nel fornire le cure, iniziare o continuare trattamenti di sostegno vitale quando si pensa siano solo un prolungamento della vita, eseguire esami e trattamenti non necessari per ordine del medico.

Dall'analisi dei dati si evince che il peso maggiore nel provocare il *moral distress* proviene dalle aree organizzative e dal potere decisionale medico.

L'organizzazione e i suoi valori da un lato, e la mancanza di coinvolgimento nelle scelte fatte dal medico dall'altro, mettono l'infermiere nella condizione di aderire a valori che non gli sono propri, di essere un semplice esecutore di decisioni altrui, e ciò crea sofferenza morale.

Gli ambienti definiti "non etici" si caratterizzano per un clima organizzativo dove sono presenti conflitti, competizione e scarsa comunicazione tra i professionisti. Anche le pressioni esterne possono incidere sul "livello etico," obbligando ad esempio l'équipe sanitaria ad anticipare la dimissione, quando la persona avrebbe ancora bisogno del ricovero. Altri studi hanno rilevato che il *moral distress* può indurre le persone a lasciare il lavoro chiedendo lo spostamento ad altro servizio fino a giungere al licenziamento (Corley, 2001).

Lo stress di lunga durata, inoltre, può essere causa di *burnout*.

Il *burnout* può essere definito come una condizione mentale duratura, caratterizzata da stanchezza, insoddisfazione e bassa capacità di *coping*, nella vita lavorativa.

Freudenberger (1974) ha utilizzato per la prima volta il termine *burn-out* (bruciato, scoppiato) in ambito sociosanitario. Con tale termine egli indica una condizione di calo della motivazione, d'esaurimento fisico ed emotivo, riscontrata tra gli operatori impegnati in una relazione di aiuto di natura assistenziale, e determinata dalla tensione emotiva cronica dovuta al contatto e all'impegno continui ed intensi con le persone, i loro problemi e le loro sofferenze.

Maslach (1976) dà una definizione operativa di Sindrome di *burn-out* caratterizzata da: esaurimento emozionale con perdita d'energia e sensazione di aver esaurito le proprie risorse emozionali, depersonalizzazione con propensione alla tendenza difensiva a trattare i clienti come oggetti e non come persone, ridotta realizzazione personale con sensazione che nel rapporto con gli altri la propria competenza stia venendo meno.

Cherniss (1981) ha osservato e descritto la sindrome di *burn-out* negli operatori di Servizi sociosanitari mettendola in relazione con massicci processi di ristrutturazione, con percorsi di ridefinizione delle identità professionali, con assetti organizzativi squilibrati, con stili di comunicazione problematici e carenza dei sistemi premianti, evidenziandone i fattori di rischio e di protezione.

Il processo di *burn-out*, che una volta avviato è difficilmente reversibile, inizia come una risposta di difesa, quando l'operatore prova uno stress che non può e/o non riesce ad

alleviare attraverso una soluzione attiva del problema, quando si convince che è incolmabile la distanza tra lui stesso, i bisogni dell'utenza e le risorse disponibili nell'organizzazione. A quel punto assume un atteggiamento di distacco, fastidio e ostilità nei confronti dell'interlocutore e del lavoro. Tale atteggiamento dovrebbe proteggerlo dallo stress, ma l'evitamento della sofferenza psicologica, attraverso una postura mentale "antalgica", si rivela poco produttivo e a sua volta fonte di disagio. Situazioni cristallizzate di stress e d'ansia non individuate, né analizzate e contenute in modo consapevole, intaccano negativamente non solo le potenzialità del singolo, ma anche quelle della struttura nel suo complesso.

Gli infermieri sembrano soffrire di stress e *burnout* più di altri gruppi di professionisti della cura (Wright, 2003), e il *burnout* nell'infermieristica risulta essere un fenomeno globale, presente in tutto il mondo e in ogni area assistenziale (Aiken, 2001).

L'umorismo è un grande antidoto per contrastare il *burnout*. Ridere, quando si cominciano a prendere le cose troppo seriamente aiuta la mente e la salute, in quanto le endorfine sprigionate dalle risate sono antidolorifici naturali e innescano il buon umore, abbassano i livelli di pressione sanguigna, riducono gli ormoni dello stress e aumentano la funzionalità del sistema immunitario. Gli infermieri che riescono a sviluppare *humour* in situazioni stressanti possono vedere la situazione da una prospettiva positiva e prevenire il *distress*. Una componente importante nella riduzione del rischio di stress e *burnout* è quella di dedicare del tempo alla cura di sé, mettendo in atto comportamenti che promuovano una vita salutare e il benessere psicofisico. Per mantenersi in buona salute, ad esempio, sarebbe importante fare una regolare attività fisica e avere una dieta sana ed equilibrata. La salute emotiva può essere invece migliorata prendendosi del tempo per svolgere attività piacevoli, magari in compagnia di altre persone tra cui ascoltare la musica, leggere, vedere un film...

Infermieri, salute e qualità della vita lavorativa

Per poter fornire un'adeguata assistenza ai pazienti, gli infermieri dovrebbero godere di una qualità della vita lavorativa soddisfacente.

Il concetto di qualità di vita lavorativa (Quality of Work Life), introdotto nel 1930, descrive le modalità con cui un'organizzazione può assicurare il benessere di un dipendente, invece di concentrarsi solo sugli aspetti legati al lavoro. Nonostante l'importanza di questo problema, non è ancora stata introdotta una definizione accettata per QWL.

L'importanza di esplorare la salute degli infermieri in rapporto alla qualità degli ambienti di lavoro (QWL) è stata resa più evidente dai risultati di ricerca, secondo i quali gli infermieri hanno uno stato di salute più "fragile/povero" rispetto alla popolazione generale (Ratner 2009).

Recenti studi sugli infermieri dell'Alabama tra i 35 e 44 anni di età hanno evidenziato che essi hanno un funzionamento sociale più povero rispetto alla popolazione generale del Regno Unito, una funzionalità fisica più povera rispetto alla popolazione generale degli Stati Uniti e del Regno Unito, e un maggior dolore fisico rispetto alle popolazioni

generali Canadesi e statunitensi. I ricercatori che hanno condotto questo studio hanno posto la salute degli infermieri in stretta correlazione con i loro luoghi di lavoro (Horigan, 2013).

Nel 2006 gli infermieri sono stati i lavoratori più ammalati in Canada, rispetto a tutti gli altri lavoratori, con una media di 20,9 giorni di malattia all'anno, sebbene la maggioranza degli infermieri (93%) abbia descritto la propria salute fisica come buona. Più del 37% delle patologie hanno interferito con la capacità di svolgere la propria attività lavorativa (Horigan, 2013).

Gli infermieri hanno un ruolo centrale nel raggiungimento di un'assistenza sanitaria di elevata qualità e nel perseguire un'assistenza sostenibile; la QWL potrebbe influenzare positivamente la salute degli infermieri andando a incidere pertanto sull'assistenza alla persona e contribuendo alla sostenibilità del sistema sanitario.

È inoltre riconosciuto che un miglioramento della qualità della vita lavorativa è essenziale nel reclutare e trattenere gli infermieri. Considerando i problemi presenti in tutti i Paesi derivanti dalla carenza di infermieri e dalla loro tendenza ad abbandonare la professione (Hegney, 2003, Vahey, 2004) è evidente la ragione per cui un consistente numero di studi si siano concentrati sulla qualità della vita lavorativa degli infermieri. La ricerca suggerisce che le pratiche favorevoli ad una buona qualità di vita lavorativa all'interno delle organizzazioni sanitarie possono contribuire al raggiungimento di esiti positivi non solo per gli operatori sanitari ma anche per i pazienti.

Un certo numero di studi ha riportato che la qualità di vita degli infermieri sul lavoro è seriamente compromessa. Sembra che la QWL sia influenzata da molti fattori come ad esempio le dimensioni dell'ospedale, il numero e tipo di pazienti, lo stipendio, le politiche ospedaliere e l'ambiente fisico, gli infortuni sul lavoro, lo stress, le norme di sicurezza e la disciplina del lavoro, le condizioni di salute, le strutture di assistenza sociale e le prospettive di lavoro; pertanto, le variazioni di uno qualsiasi di questi fattori potrebbero avere un'influenza sulla QWL.

La qualità della vita lavorativa può essere vissuta in prospettiva personale, socio-culturale e organizzativo-professionale.

Nel primo caso l'esperienza della QWL non è distaccata dal temperamento, dalle convinzioni personali, dalla competenza professionale, e dalla vita al di fuori della professione. Le credenze personali hanno un effetto moderatore sull'impatto del lavoro sulla vita personale e viceversa. La stanchezza e la disillusione derivanti dal lavoro trovano risposta e nuova energia quando, per esempio, ci si sente utili per gli altri.

Nella prospettiva socio-culturale si ammette invece che esista un impatto dato dalla cultura e dai fattori sociali, per esempio hanno effetto nocivo sulla vita lavorativa atteggiamenti prevalentemente negativi nei confronti della professione infermieristica che permeano la società.

La mancanza di progressione di carriera, la mancanza di autonomia professionale e di una diversa retribuzione sono invece fattori che incidono dal punto di vista professionale-organizzativo.

Diversi ricercatori hanno inoltre esplorato le correlazioni specifiche tra Nurses Health e fattori predittori di QWL in diversi Paesi (Clarke, 2007, Kelly, 2011, Trinkoff, 2007).

La salute precaria degli infermieri è stata associata con diversi fattori tra cui: la loro scarsa autonomia, il basso controllo sulla propria pratica, i rapporti conflittuali con medici, superiori e colleghi e il sovraccarico lavorativo; un limitato supporto da parte dei superiori e dei colleghi, la precarietà del lavoro, le troppo esigenti richieste di lavoro, fattori che determinano fortemente anche lo stress, come visto in precedenza. Gli ambienti con scarsa QWL sono stati associati ad un aumento dello stress, *burnout*, e le lesioni fisiche.

Prospettive

La QWL è un processo attraverso il quale i dipendenti e le parti interessate delle organizzazioni possono imparare a lavorare meglio insieme per migliorare sia la qualità della vita del personale, sia l'efficacia organizzativa.

Poiché gli infermieri sono il più grande gruppo di dipendenti nelle organizzazioni sanitarie, a partire dal 1970 il miglioramento della qualità della loro vita lavorativa è diventata un problema impegnativo nelle organizzazioni sanitarie. Negli ospedali in cui vi è una bassa qualità della vita lavorativa, il tasso di assenteismo di solito è molto elevato. Migliorare la qualità della vita lavorativa potrebbe aumentare le prestazioni del personale e ridurre il *burn-out* tra gli infermieri. Gli studi hanno dimostrato che per i dipendenti la soddisfazione della loro QWL non solo migliora le prestazioni, riduce l'assenteismo e gli infortuni sul lavoro, ma aumenta anche la soddisfazione sul lavoro e la soddisfazione degli altri aspetti della vita.

Durante un'ondata nazionale di carenza infermieristica nei primi anni '80, alcuni ospedali americani sono stati identificati come casi eccezionali: riportavano tassi insolitamente bassi di assenteismo e turn-over. Gli infermieri percepivano queste istituzioni come buoni datori di lavoro, capaci di offrire un ambiente professionale attraente.

Tali ospedali sono stati presi a esempio per progetti mirati a migliorare la qualità della vita lavorativa degli infermieri, sono nati così i Magnet Hospital (MH), le cui le parole d'ordine sono: *empowerment*, autonomia professionale, controllo gestionale condiviso.

Il termine Magnet Hospital è spesso utilizzato per riferirsi a strutture capaci di attrarre e trattenere uno staff di infermieri ben qualificati e, di conseguenza, di garantire un'ottima qualità dell'assistenza. Iniziata negli Stati Uniti, la diffusione degli ospedali "magnete" e dei loro principi sta ora diventando internazionale.

Le caratteristiche strutturali degli Ospedali Magnete furono individuate intervistando gli infermieri.

I loro punti di forza sono stati descritti nel 2001 da Kramer e Schmalemborg utilizzando lo strumento validato del Nursing Word Index (NWI). Questi punti, riconosciuti dagli infermieri come essenziali e a maggior impatto sulla qualità dell'assistenza, sono: sostegno per la formazione, competenza degli operatori nella clinica, autonomia, competenze infermieristiche esperte, sostegno da parte del responsabile infermieristico,

adeguata dotazione organica quali-quantitativa dell'équipe assistenziale e cultura assistenziale centrata sul paziente.

Gli infermieri degli Ospedali Magnete presentano tassi inferiori alla media di *burnout*, maggiore *job satisfaction* e migliori risultati nei confronti dei pazienti (Aiken, 2002). I criteri degli Ospedali Magnete, applicabili a tutti gli ambienti di lavoro, spaziano dal generale, quali una buona reputazione per la qualità dell'assistenza e come buon posto dove lavorare, allo specifico, per esempio uno scarso turnover, uno staff adeguato, turni flessibili, leadership forte, salari adeguati (Havens, 1999, Scott, 1999).

Più di recente, il Centro Americano per l'Accreditamento degli Infermieri ha lanciato il Programma di Riconoscimento Magnet per l'eccellenza nei servizi infermieristici.

Come si è già sottolineato, la libertà di agire in autonomia e la responsabilità legata alla pratica sono strettamente correlate alla *job satisfaction* degli infermieri. Vi sono anche evidenze del fatto che ampliare la libertà d'azione fa diminuire il turnover. Quando gli infermieri hanno poca voce in capitolo sull'assistenza al paziente, percepiscono che la loro expertise non viene valutata e ciò diminuisce il loro impegno verso il datore di lavoro. Questo controllo sulla pratica è influenzato da variabili ambientali, come il tempo a disposizione ed il supporto della leadership.

L'Ospedale Magnete crea attrattiva in quanto ha individuato i punti di forza su cui l'intera organizzazione può investire per tracciare percorsi virtuosi: questo consente agli operatori di percepire il proprio ospedale come un luogo nel quale investire professionalmente per un periodo lungo, traendone soddisfazione (Parsons, 2011).

Da quanto descritto deriva piena condivisione con quanto sostenuto dall'Associazione della professione infermieristica dell'Ontario (RNAO) nel 2006: "Un buon posto di lavoro è il luogo ideale per la pratica infermieristica dove è possibile massimizzare la salute e il benessere degli operatori, dove sono perseguiti i migliori *outcomes* clinici e le migliori *performances* organizzative".

Bibliografia

Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M., 2001. Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? *J Health Hum Serv Adm.*, 23(4), 416-442.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. , 2002. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.*, 288(16), 1987-1993.

Billeter-Koponen, S., & Freden, L., 2005. Long-term stress, burnout and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Scand J Caring Sci.*, 19(1), 20-27.

Chang, E. M., Bidewell, J. W., Huntington, A. D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., . . . Lambert, C. E. , 2007. A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *Int J Nurs Stud.*, 44(8), 1354-1362. Epub 2006 Aug 1359.

- Chang, E. M., Daly, J., Hancock, K. M., Bidewell, J. W., Johnson, A., Lambert, V. A., & Lambert, C. E., 2006. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *J Prof Nurs.*, 22(1), 30-38.
- Clarke, S. P., 2007. Hospital work environments, nurse characteristics, and sharps injuries. *Am J Infect Control*, 35(5), 302-309.
- Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M., & Clor, T., 2001. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs.*, 33(2), 250-256.
- Cox, T., Oliver, A., Rial-Gonzalez, E., Tomas, J. M., Griffiths, A., & Thompson, L., 2006. The development of a Spanish language version of the Worn Out scale of the General Well-Being Questionnaire (GWBQ). *Span J Psychol.*, 9(1), 94-102.
- Daly, J., Chang, E., & Jackson, D., 2006. Quality of work life in nursing: some issues and challenges. *Collegian*, 13(4), 2.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., de Jonge, J., Janssen, P. P., & Schaufeli, W. B., 2001. Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand J Work Environ Health*, 27(4), 279-286.
- Duxbury, M. L., Armstrong, G. D., Drew, D. J., & Henly, S. J., 1984. Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. *Nurs Res.*, 33(2), 97-101.
- Elpern, E. H., Covert, B., & Kleinpell, R., 2005. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care.*, 14(6), 523-530.
- French, S. E., Lenton, R., Walters, V., & Eyles, J., 2000. An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. *J Nurs Meas.*, 8(2), 161-178.
- Gray-Toft, P. A., & Anderson, J. G., 1985. Organizational stress in the hospital: development of a model for diagnosis and prediction. *Health Serv Res.*, 19(6 Pt 1), 753-774.
- Havens, D. S., & Aiken, L. H., 1999. Shaping systems to promote desired outcomes. The magnet hospital model. *J Nurs Adm.*, 29(2), 14-20.
- Hegney, D., Plank, A., & Parker, V., 2003. Nursing workloads: the results of a study of Queensland Nurses. *J Nurs Manag.*, 11(5), 307-314.
- Horrigan, J. M., Lightfoot, N. E., Lariviere, M. A., & Jacklin, K., 2013. Evaluating and improving nurses' health and quality of work life. *Workplace Health Saf.*, 61(4), 173-181; quiz 182. doi: 110.3928/21650799-20130327-21650718.
- Jameton, A., & Jackson, E. M., 1984. Nuclear war and nursing ethics. What is the nurse's responsibility? *Mobius*, 4(1), 75-88.
- Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H., 2011. Nurse outcomes in Magnet(R) and non-magnet hospitals. *J Nurs Adm.*, 41(10), 428-433. doi: 410.1097/NNA.1090b1013e31822eddbc.
- Lees, S., & Ellis, N., 1990. The design of a stress-management programme for nursing personnel. *J Adv Nurs.*, 15(8), 946-961.
- Lewis, D. J., & Robinson, J. A., 1992. ICU nurses' coping measures: response to work-related stressors. *Crit Care Nurse*, 12(2), 18-23.
- Manning, M. R., Jackson, C. N., & Fusilier, M. R., 1996. Occupational stress, social support, and the costs of health care. *Acad Manage J.*, 39(3), 738-750.

- McVicar, A., 2003. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs.*, 44(6), 633-642.
- Parsons, M. L., & Cornett, P. A., 2011. Sustaining the pivotal organizational outcome: magnet recognition. *J Nurs Manag.*, 19(2), 277-286. doi: 210.1111/j.1365-2834.2011.01224.x. Epub 02011 Feb 01214.
- Phillips, D. F., 1996. Institutional Review Boards under stress: will they explode or change? *JAMA.*, 276(20), 1623-1626.
- Ratner, P. A., & Sawatzky, R., 2009. Health status, preventive behaviour and risk factors among female nurses. *Health Rep.*, 20(3), 53-61.
- Reynolds, S., 2000. Interventions: what works, what doesn't? *Occup Med (Lond)*. 50(5), 315-319.
- Rowell, P. A., 2003. The Professional Nursing Association's role in patient safety. *Online J Issues Nurs*, 8(3), 3.
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A., 2008. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics.*, 15(3), 304-321. doi: 310.1177/0969733007088357.
- Scott, J. G., Sochalski, J., & Aiken, L., 1999. Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice. *J Nurs Adm.*, 29(1), 9-19.
- Semmer, N. K., 2006. Job stress interventions and the organization of work. *Scand J Work Environ Health*, 32(6), 515-527.
- Teles, M. A., Barbosa, M. R., Vargas, A. M., Gomes, V. E., Ferreira, E. F., Martins, A. M., & Ferreira, R. C., 2014. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes.*, 12:72.(doi), 10.1186/1477-7525-1112-1172.
- Trinkoff, A. M., Le, R., Geiger-Brown, J., & Lipscomb, J., 2007. Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 28(2), 156-164. Epub 2007 Jan 2017.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D., 2004. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care*, 42(2 Suppl), II57-66.
- Welker-Hood, K., 2006. Does workplace stress lead to accident or error?: Many nurses feel the pressure. *Am J Nurs.*, 106(9), 104.
- Wright, S., 2003. Finding a way out of burnout. *Nurs Stand.*, 18(5), 24-25.