

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA

**Dottorato di Ricerca in Psicologia
Ciclo XXVII**

CAPITALE UMANO E CONTESTO SANITARIO: RUOLI, COMPETENZE E AGIRE PROFESSIONALE

Coordinatrice:
Chiar.ma Prof.ssa TIZIANA MANCINI

Tutor:
Chiar.ma Prof.ssa CHIARA PANARI

Co-Tutor:
Chiar.ma Prof.ssa GIOVANNA ARTIOLI

Dottoranda:
Dott.ssa EMANUELA ALFIERI

INDICE

INTRODUZIONE	5
--------------	---

PARTE PRIMA: Premesse teoriche, capitale umano e contesto sanitario

1.1	Definizione e tripartizione del capitale intellettuale	11
1.2	Il capitale umano: ruoli e competenze	14
1.2.1	Il concetto di competenza	15
1.3	Capitale intellettuale e contesto sanitario, una possibile connessione?	18
1.3.1	Capitale umano e contesto sanitario	18
	<i>Il contesto sanitario come sistema complesso: shared vision</i>	
	<i>Le comunicazioni interprofessionali</i>	
1.4	Il ruolo come fonte di rischio psicosociale per il lavoratore	23
1.5	Conclusioni	25

PARTE SECONDA: La ricerca

2.1	Gli obiettivi della ricerca	28
2.2	Il modello della ricerca	30
2.3	Le fasi della ricerca	31

PARTE TERZA: 1^ STUDIO, La mappatura dei ruoli attraverso le interviste semistrutturate

3.1	Gli obiettivi della ricerca	35
3.2	Metodologia	35
	<i>Organigrammi</i>	
	<i>Intervista semistrutturata</i>	
3.3	Partecipanti	37
3.4	Procedura	40
	<i>Analisi dei dati</i>	

3.5 Risultati/1

Analisi qualitativa rispetto al sistema di aspettative

<i>3.5.1 Terapia Intensiva</i>	40
Le percezioni sulla valutazione di oss e infermieri in Terapia Intensiva	41
Le aspettative nei confronti dell'infermiere in Terapia Intensiva	44
Le aspettative nei confronti dell'oss in Terapia Intensiva	54
Conclusioni	63
<i>3.5.2 Comparto Operatorio</i>	63
Le percezioni sulla valutazione di oss e infermieri nel Comp. Oper.	63
Le aspettative nei confronti dell'infermiere nel Comp. Oper.	66
Le aspettative nei confronti dell'oss nel Com. Oper.	80
Conclusioni	
<i>3.5.2 Degenza</i>	92
Le percezioni sulla valutazione di oss e infermieri in Degenza	92
Le aspettative nei confronti dell'infermiere in Degenza	96
Le aspettative nei confronti dell'oss in Degenza	111
Conclusioni	122
<i>3. 5.3 Ambulatori</i>	124
Le percezioni sulla valutazione di oss e infermieri negli Ambulatori	124
Le aspettative nei confronti dell'infermiere negli Ambulatori	127
Le aspettative nei confronti dell'oss negli Ambulatori	138
Conclusioni	146
<i>3.5.4 Confronto tra i quattro contesti</i>	153
Analisi delle interviste nei quattro comparti: aspetti di similarità	153
Analisi delle interviste nei quattro comparti: aspetti di differenziazione	156
3.7 Risultati/2 Analisi delle frequenze rispetto al sistema di aspettative	
Le aspettative sull'infermiere	159
Le aspettative sull'oss	164
Le aspettative su infermieri ed oss nelle diverse Unità Operative	168

PARTE QUARTA: 2^ STUDIO, Le osservazioni

4.1	Gli obiettivi della ricerca	178
4.2	Metodologia	178
	<i>Griglie d'osservazione</i>	
4.3	Partecipanti	179
4.4	L'elaborazione dei risultati	179
4.5	Risultati, le osservazione nei quattro contesti	179
	<i>Terapia Intensiva</i>	<i>180</i>
	<i>Comparto Operatorio</i>	<i>182</i>
	<i>Degenza</i>	<i>184</i>
	<i>Ambulatori</i>	<i>186</i>
4.6	Conclusioni	188

PARTE QUINTA Due casi specifici, Degenza e Terapia Intensiva

5.1	U.O. Terapia Intensiva	192
5.2	U.O Degenza	197
5.3	I risultati dell'osservazione: confronto tra le due U.O.	202
5.4	Conclusioni	206
	CONCLUSIONI FINALI	210
	BIBLIOGRAFIA	222
	APPENDICI	227

INTRODUZIONE

*"Durante i periodi di cambiamento chi sa imparare
erediterà la terra, mentre chi sa e basta si troverà
molto ben equipaggiato per affrontare
un mondo che non esiste più"*

Eric Hoffer

Il “prendersi cura del sistema curante” è il risultato finale di un complesso intreccio di fattori che riassumono le capacità di gestione di un sistema sanitario, l’utilizzo delle risorse disponibili (umane, tecnologiche), le sue competenze nel governo delle innovazioni e, non ultime, di gestione del rischio tanto quanto la sua capacità di indirizzare i comportamenti dei professionisti. All’interno della tematica della qualità dell’assistenza coesistono infatti i temi relativi all’appropriata erogazione di interventi sotto il profilo clinico ed organizzativo e al come orientare in un contesto assistenziale sempre più articolato lo sviluppo e l’utilizzo nella pratica di tecnologie sanitarie via via più complesse e sofisticate. Tutto ciò facendo i conti con gli inevitabili vincoli imposti dalle risorse limitate disponibili e di conseguenza mantenendo la sostenibilità del sistema. L’insieme di queste ragioni, comuni a tutti i sistemi sanitari, spiega non soltanto perché la qualità dell’assistenza non sia semplicemente funzione delle risorse investite in ambito sanitario nei diversi contesti, ma anche perché essa non costituisca solo il mero risultato di competenza, abilità e sagacia dei singoli professionisti. La qualità dell’assistenza non nasce spontaneamente né dipende esclusivamente dagli operatori. Essa può essere il risultato di specifiche scelte di politica sanitaria che sappiano intervenire sugli assetti organizzativi dei servizi in modo da creare le condizioni per un’effettiva multidisciplinarietà ed integrazione, sui meccanismi di trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica lavorativa e sui percorsi di innovazione. La tesi terrà in considerazione tale aspetto della complessità attraverso una focalizzazione dei limiti e delle risorse che il contesto sanitario determina.

I cambiamenti organizzativi attualmente in atto nel sistema sanitario prevedono che un individuo assuma ruoli diversi, mutevoli, su attività individuali e di team in un’ottica

che tenga in considerazione la complessità. L'incertezza si realizza quando i dettagli di una particolare condizione sono ambigui, complessi, imprevedibili o probabilistici, oppure quando l'informazione non è disponibile o è incoerente, e quando le persone si sentono insicure circa il proprio grado di conoscenza di un particolare fenomeno (McCaughrin, Mattammal, 2003). Si può, dunque, considerare che l'incertezza deriva dalla complessità e dalla mancanza di conoscenza. Per tutte le organizzazioni, infatti, è importante conoscere le "competenze distintive" dei propri professionisti e saperle valorizzare, ma lo è in particolare per quelle che operano in settori complessi e delicati come quello sanitario (D'Andreamatteo, Ianni, Rotondo e Sargiacomo, 2010). Le figure che operano in questo campo custodiscono una conoscenza tacita difficilmente trasferibile e standardizzabile, che deve rispondere a bisogni sempre più complessi della popolazione.

Cercando di inquadrare le modalità con cui i professionisti sanitari vengono identificati, potremmo dire che il modello professionale più condiviso nella comunità infermieristica è ancora quello burocratico (D'Addio, 2004): nonostante i mansionari siano stati aboliti (legge n.42 del 26 febbraio 1999), l'organizzazione dei servizi viene ancora gestita ricorrendo alla regolamentazione normativa delle attività specifiche delle singole figure. Infatti, norme e disposizioni garantiscono il regolare svolgimento delle attività di cura, in modo tale da ridurre l'incertezza e adattare i comportamenti degli operatori alla rigidità legislativa, che risulta però inadatta rispetto alle necessità reali di gestione. Il modello così descritto, rivolto alla gestione della complessità ed incertezza precedentemente descritte, presenta, quindi, aspetti di limite. Dal modello burocratico deriva il modello funzionale o per compiti, anche questo operazionalizzato nella gestione attuale dei servizi sanitari (D'Addio, 2004): tipico della burocrazia è la suddivisione del lavoro in livelli gerarchici, con al livello più basso l'esecutore materiale della produzione (in questo caso l'operatore socio-sanitario), mentre al livello intermedio c'è l'analisi e la scelta (in questo caso, medici ed infermieri). Il modello funzionale è quindi focalizzato sulle prestazioni anziché sulla persona, ed è orientato alla dimensione tecnica ma non a quella relazionale dell'assistenza: tale modello definisce quindi figure esecutive guidate dal criterio di efficienza, piuttosto che professionisti dell'assistenza.

Il modello che attualmente si sta diffondendo è quello basato sulla total quality (D'Addio, 2004): la rigida suddivisione burocratica del lavoro è ampiamente superata, la discrezionalità è anzi una delle caratteristiche richieste al professionista sanitario, dal momento che egli, occupandosi giorno dopo giorno di una certa attività, ne diventa il

maggior esperto. Le figure assistenziali hanno infatti subito un radicale cambiamento nel corso degli anni, passando dall'essere un ruolo alle dipendenze del medico al ricoprire un ruolo parzialmente autonomo e responsabile della cura del paziente.

L'approccio basato sulle sole mansioni è, tuttavia, inadatto a garantire una reale e proficua gestione dei problemi di salute e di cura, così come i percorsi formativi e campi di attività non sono sufficienti per definire il ruolo. Persone portatrici di professionalità diverse, pur dovendo eseguire la stessa mansione, potrebbero interpretarla in modo diverso e giocare ruoli differenti all'interno della stessa organizzazione; è il ruolo infatti, che permette di focalizzare l'attenzione sulla risorsa umana e non semplicemente sul compito o sulla procedura da eseguire. Un nuovo approccio che si pone come un modello di lettura delle organizzazioni sanitarie potrebbe essere quello che focalizza l'attenzione sui costrutti di ruolo e competenze.

Le linee di ricerca future in tale ambito di ricerca si connettono allo studio e la ricerca del capitale intellettuale nel contesto sanitario. Quest'ultimo potrebbe essere considerato la chiave di lettura dell'interazione tra elementi diversi, rappresentati dai professionisti (ruoli, competenze), dall'organizzazione dei servizi e dalle loro relative interazioni.

L'obiettivo di questo studio è quello di utilizzare, nella cornice teorica di riferimento del capitale intellettuale, il costrutto di capitale umano come chiave di lettura dei sistemi organizzativi sanitari. Attraverso un'analisi delle premesse teoriche di riferimento, in particolare, attraverso una focalizzazione sui concetti di ruoli e competenze connessi al capitale umano, l'obiettivo è, dunque, quello di esaminare le aspettative di ruolo rispetto a determinate figure chiave che operano nel contesto ospedaliero in rapporto al comportamento effettivamente agito dai professionisti sanitari (infermieri, oss). In particolare, l'obiettivo della ricerca è quello di aver preso in esame la percezione delle aspettative di ruolo rispetto a ruoli chiave in quattro Unità Operative afferenti ad un Dipartimento Ospedaliero. In particolare, lo scopo è stato quello di rilevare eventuali problematiche legate al ruolo, ovvero dei conflitti di aspettative rispetto ai ruoli esaminati (infermieri e oss), da parte di tutte le figure complementari che si interfacciano con il ruolo stesso. La motivazione alla base della scelta di tali figure professionali è stata l'elevato livello di assenteismo e turnover tra i professionisti sanitari, nonché un forte grado di conflittualità tra le diverse categorie professionali, in particolare infermieri e oss, in alcune delle Unità Operative coinvolte nella ricerca. La ricerca si è articolata attraverso due fasi, la prima caratterizzata da due studi, mentre la seconda ha consistito nello studio e confronto fra due casi particolari. Il primo studio

si è focalizzato sulla mappatura delle competenze, che è una forma di check-up organizzativo che serve per fare un'analisi critica da parte dell'organizzazione e permette di rilevare fattori critici e distorcenti per l'organizzazione (Levati, Saraò, 2001). Sono stati utilizzati principalmente due strumenti: l'organigramma e la mappatura del ruolo attraverso l'utilizzo di interviste semistrutturate. Il secondo studio della ricerca si è focalizzato sull'analisi dei comportamenti effettivi messi in atto dai professionisti. Tale aspetto è stato valutato attraverso un'analisi delle routines lavorative, attraverso le quali viene veicolato l'agire professionale, un'analisi dei comportamenti messi in atto non previsti dal ruolo, delle interazioni fra i due ruoli esaminati, delle riunioni di équipe. E' stata utilizzata una griglia d'osservazione per ogni Unità Operativa afferente al Dipartimento Ospedaliero preso in considerazione. L'obiettivo della terza fase è stata l'analisi delle due Unità Operative (Terapia Intensiva e Degenza) utilizzando, in modo aggregato, le due tipologie di dati che provengono dalle due fasi precedenti. La scelta di tali Unità Operative è stata veicolata dal fatto che le analisi, in tali due contesti, hanno messo in luce i due ruoli professionali (oss e infermieri) con significati differenti, dove le attese sui comportamenti delle due figure professionali sono divergenti. Lo scopo di questa fase è confrontare le due Unità Operative mettendo in relazione, per ciascuna unità, le aspettative di ruolo di oss e infermieri e relativi comportamenti agiti. Le conclusioni generali degli studi preposti sono presentate e discusse nella parte finale della tesi.

PARTE PRIMA

Premesse teoriche

Capitale umano e contesto sanitario



*"Il capitale umano va là dove è desiderato e
starà là dove verrà trattato bene.
Non si tratta di qualcosa che si può controllare
in qualche modo; si può solamente
attirare e trattenere nel modo giusto "*
Walter Wriston

Il concetto di capitale intellettuale (CI) è nato nell'ambito degli studi sull'economia della conoscenza, filone che si interessa della misurazione del valore delle attività educative, creative e di invenzione nell'ambito delle attività produttive umane. Il capitale intellettuale è inteso come l'insieme di risorse che, qualora siano correttamente valorizzate nella gestione aziendale, permettono di incrementare significativamente il valore dell'azienda e l'efficacia delle sue azioni strategiche (Edvinsson, Malone, 1997; Stewart, 1997). Marr, Gray, Neely, (2003), dallo studio di 700 paper, hanno individuato cinque ragioni principali, le prime quattro di natura interna, la quinta di natura esterna che sottolineano l'importanza dello studio del capitale intellettuale: aiutare le organizzazioni a formulare strategie, giudicare l'esecuzione della strategia, supportare le decisioni di diversificazione ed espansione, usare tali misure come basi per l'incentivazione al management e, infine, comunicare con gli stakeholder esterni. Le nuove imprese, rispetto a quelle dei decenni precedenti, sono caratterizzate dalla presenza di un'elevata interconnessione e dalla centralità del ruolo giocato dal fattore umano. La crescente spinta al progresso tecnologico, unita alla continua differenziazione delle specializzazioni ha comportato uno spostamento degli equilibri strutturali e delle configurazioni sociali verso nuovi paradigmi. Il classico paradigma strutturale – funzionale non risulta, infatti, più idoneo ad affrontare i nuovi condizionamenti tecnici, la crescente variabilità delle situazioni e i continui cambiamenti ambientali, che rappresentano fonti d'incertezza per le nuove organizzazioni lavorative. Per tale ragione c'è un'apertura ad un paradigma non lineare e riflessivo, in grado di coniugare le disposizioni normative con le informazioni conoscitive e le richieste di prestazioni. Si generano così, ad esempio, nuovi modelli organizzativi a "rete" (network) con il dispiegarsi delle interdipendenze tra soggetti, che

provocano nuovi processi di formazione, con conseguenze sull'organizzazione e sui soggetti stessi. Nasce una nuova sfida alla poliedricità delle organizzazioni: il divenire e la trasformazione rappresentano un'opportunità per creare nuova conoscenza.

1.1. Definizione e tripartizione del capitale intellettuale

Le prime definizioni di capitale intellettuale si sono differenziate a seconda del focus più orientato a sottolineare i processi che lo caratterizzano o più diretto agli aspetti strutturali. Nell'analizzare l'aspetto dinamico di processo del capitale intellettuale, Stewart (1997) lo definisce come la somma di tutte le conoscenze che gli individui di un'organizzazione possiedono e sono in grado di conferire all'organizzazione stessa procurandole un vantaggio competitivo e individua il capitale intellettuale come aspetto cardine dell'organizzazione stessa. In linea con questa descrizione Kaplan e Norton (1992) nel modello "Balance Scorecard" analizzano il capitale intellettuale considerando aspetti strutturali/interni del capitale intellettuale (prospettiva dei processi interni, prospettiva dell'apprendimento) e sottolineano le connessioni tra capitale interno e capitale esterno presenti nel contesto aziendale (prospetti dei clienti, prospettiva finanziaria). Nell'analizzare, invece, gli aspetti più strutturali del capitale intellettuale alcuni studiosi hanno identificato come capitale relazionale, capitale umano e capitale interno gli elementi che formano il capitale intellettuale e le loro possibili rappresentazioni (Guthrie, Petty, 2000; Mouritsen, 1998; Stewart, 1997), per utilizzare tali informazioni nel processo di decisione e di orientamento strategico. A partire da queste prime definizioni, il capitale intellettuale è stato successivamente suddiviso in alcune categorie specifiche che hanno trovato ampia condivisione in letteratura (Edvinsson, Malone, 1997; Stewart, 1997) e sono state utilizzate soprattutto nel mondo delle imprese private. Nelle aziende pubbliche, invece, questo costrutto e la sua operazionalizzazione sono stati ancora scarsamente applicati. Nello specifico, il CI è stato suddiviso in capitale relazionale (o capitale esterno), capitale interno, capitale individuale (o capitale umano).

Il capitale relazionale (o capitale esterno) è costituito dalle relazioni che un'azienda instaura con l'ambiente esterno. In particolare, il focus è sui clienti/utenti, altre aziende operanti nel settore (concorrenti), fornitori, istituzioni pubbliche di riferimento. I vantaggi derivanti dallo sviluppo di tali relazioni possono essere molteplici e vanno dal perfezionamento della gestione delle forniture all'ottenimento di un buon grado di consenso da parte di clienti/utenti, che si concretizza in un miglioramento della reputazione e dell'immagine aziendale. Questo non è svincolato dallo sviluppo di

competenze interne all'azienda ma, anzi, il sapere aziendale trae maggiore forza dall'interazione fra interno ed esterno e dalla strategia messa in atto dal management per creare relazioni e sinergie con tutti i soggetti con cui si interfaccia l'organizzazione. Il capitale relazionale non si esaurisce, infatti, nelle relazioni tra fornitori e clienti/utenti, ma coinvolge un numero più elevato di attori, i cosiddetti stakeholder "portatori di interessi" che rappresentano i soggetti influenti nei confronti di un'iniziativa economica. Il vantaggio per un'azienda, privata o pubblica, risiede in primo luogo nella consapevolezza della rilevanza che tali relazioni rivestono rispetto alla capacità dei vertici di monitorare, gestire e indirizzare tali relazioni in funzione degli obiettivi aziendali.

E' necessario porre una distinzione tra capitale relazionale e capitale sociale in quanto tali termini rimandano ad aspetti differenti. Putnam, Leonardi, Nanetti (1993) definiscono, infatti, il *capitale sociale* come: "l'insieme di caratteristiche dell'organizzazione sociale, quali la fiducia, la solidarietà, la tolleranza, le consuetudini, le norme di reciprocità e le reti di impegno civico che possono aumentare l'efficienza della società facilitando il coordinamento delle azioni individuali e l'azione collettiva". Nella sua essenza tale definizione riferisce il capitale sociale a network sociali orizzontali a cui sono associate norme di comportamento. Si tratta di due dimensioni fondamentali: una più intangibile che riguarda le norme che regolano la convivenza sociale (fiducia, solidarietà, tolleranza, impegno civico), l'altra più formale che considera aspetti come l'associazionismo o le reti sociali.

Per quanto riguarda la seconda categoria, Vittadini (2004) sostiene che qualunque tecnologia o innovazione ha alle spalle la presenza di *capitale umano* che rappresenta, quindi, la fonte principale dell'innovazione aziendale (Stewart, 1997). Il concetto di capitale umano è stato in realtà oggetto di un lungo percorso di studio che ha la sua origine proprio nella forza lavoro, poi divenuta risorsa umana e solo di recente capitale umano. Va sottolineato che l'impiego di forza lavoro non sempre coincide con lo sviluppo di capitale umano, in quanto quest'ultimo si origina solo grazie alla partecipazione dell'individuo in termini di sviluppo o di utilizzo del sapere, della conoscenza o competenze. Secondo Stewart (1997) il capitale umano si crea e si diffonde in relazione al tempo dedicato ad attività che generano innovazione da parte dei membri dell'organizzazione e in ragione delle capacità che i dipendenti impiegano nelle attività stesse. Il capitale umano, è descritto anche, secondo De Pietro (2005), come le competenze individuali presenti in azienda e da Gerli (2002) come l'insieme delle abilità, conoscenze, capacità possedute dalle risorse umane dell'impresa. Mayo,

Roethlisberger, Barard (2001) confermano tale idea precedentemente descritta dagli autori, e descrivono il capitale umano come “ciò che le persone si portano a casa con loro” (“ciò che esse lasciano indietro” sono invece il capitale di mercato e quello organizzativo). D’Egidio (2003), aggiunge, nella cornice teorica di riferimento del capitale umano, *il capitale delle relazioni sociali* che si differenzia da quello precedentemente descritto perché costituito da tre elementi: le competenze sociali (la capacità delle persone di stare insieme), le relazioni interpersonali (facilitate dalla fiducia) e l’identità condivisa (da persone che stanno bene insieme nello stesso gruppo). Questi aspetti possono essere assimilabili al clima psico-sociale che caratterizza i contesti organizzativi.

Il *capitale interno*, invece, concerne sia gli aspetti organizzativi e gestionali di un’azienda sia le attività immateriali di proprietà della stessa. La rilevanza dell’organizzazione aziendale nello sviluppo del capitale intellettuale è individuabile da Drucker (1994) che sottolinea che l’organizzazione può assicurare quella continuità di fondo di cui i lavoratori della conoscenza hanno bisogno perché il loro lavoro sia efficace. Soltanto l’organizzazione, quindi, può trasformare in rendimento il sapere specialistico del lavoratore della conoscenza. Il capitale interno può quindi essere analizzato suddividendolo in due componenti fondamentali: da un lato la proprietà di attività immateriali quali marchi, brevetti, copyright, dall’altro le modalità gestionali e organizzative scelte dall’azienda. Questo secondo aspetto può essere collegato al sapere scientifico avanzato, a strategia e cultura, strutture e sistemi, prassi e procedure organizzative, ossia quelle risorse che spesso sono più estese e rilevanti di quelle codificate. Un elemento importante del capitale interno è dato dalla cultura organizzativa, che dovrebbe essere valutata in ragione delle strategie che l’azienda adotta per rendere l’organizzazione innovativa e orientata a un percorso di apprendimento continuo. Qual’è la dimensione che influenza maggiormente i contesti lavorativi attuali? Alcuni ricercatori (Hsu, Wang, 2012) tenendo in considerazione la variabile della capacità dinamica di un individuo di essere flessibile nel contesto lavorativo sostengono che il capitale interno è influenzato maggiormente da tale capacità, rispetto al capitale umano e relazionale. Un’ipotesi è che l’aspetto dell’incertezza vissuto nei contesti lavorativi attuali potrebbe considerarsi strettamente correlato al capitale interno-strutturale sopra descritto.

1.2 Il capitale umano: ruoli e competenze

Il focus della ricerca di tesi è costituito dal capitale umano che ho concettualizzato attraverso i costrutti di ruoli e competenze. Prima di descrivere nello specifico tali costrutti è necessario considerare la cornice di riferimento, attraverso la quale, tali concetti hanno acquisito un importante significato. Partendo dall'idea alla base dello Strategic Human Resource Management che, il capitale umano è fondamentale per raggiungere gli obiettivi strategici di un'azienda e le risorse umane rientrano tra i cosiddetti "invisible assets", ossia tra quelle risorse intangibili che non risultano in bilancio ma hanno un valore inestimabile per l'impresa, poiché sono alla base del suo potere competitivo. Lo SHRM è costituito, quindi, da un insieme di processi coordinati che si preoccupa di allineare la funzione HR con gli obiettivi strategici dell'organizzazione al fine di far ottenere vantaggio competitivo all'impresa. Per poter creare questa coerenza tra gestione delle risorse umane e strategia si possono adottare due approcci, uno strumentale e uno costitutivo (Camuffo, Costa, 1993). Secondo l'approccio strumentale, una volta definita la strategia, la risorsa umana è un soggetto passivo sul quale si interviene per rendere le sue caratteristiche rispondenti ai bisogni del business. Secondo l'approccio costitutivo, invece, proposto da Boudreau e Ramstad (2007), le risorse umane intervengono in modo attivo nella creazione del vantaggio competitivo, poiché sono considerate portatrici di un valore autonomo e capaci di sviluppare competenze e relazioni (Costa, Gianecchini 2009). In un suo saggio, Drucker (1985) sostiene che l'organizzazione non può esimersi dal provvedere ad investire sugli uomini che potranno dirigerla domani e deve rinnovare il suo capitale umano, deve valorizzare costantemente le sue risorse umane. È perciò evidente ancora una volta come la chiave di successo di un'impresa risieda nelle persone che partecipano alla sua gestione, e quindi quanto sia necessario valorizzare le loro potenzialità per accompagnare la loro crescita e creare valore non solo per l'impresa ma anche per tutti coloro che ne sono coinvolti.

Nella cornice di riferimento della valorizzazione della risorsa umana nei contesti lavorativi è necessario considerare gli aspetti connessi al ruolo e alle competenze. Per ruolo, aspetto cardine del capitale umano, si intende l'insieme dei comportamenti richiesti, in termini di attività, e attesi, in termini di integrazione alla cultura dell'organizzazione. In questa definizione (Levati e al., 2001) gli elementi chiave sono due: le attività richieste e le aspettative della cultura organizzativa. I comportamenti correlati alle attività consistono in modalità di azione effettivamente attivate nella realtà specifica dello specifico lavoro, indipendentemente dalle responsabilità connesse alla

posizione. Il ruolo definisce le attività attese nella realtà, invece, la posizione i compiti prescritti e le responsabilità attribuite. I comportamenti attesi (sistema di aspettative), correlati con la cultura organizzativa, sono le modalità di azione che risultano significative e vincenti in quel determinato ambito, perché congruenti con i valori e correlate con la strategia espresse dall'organizzazione. Il ruolo è, quindi, influenzato dalla cultura che esprime l'organizzazione. Si può dire che il ruolo è definito in parte dalle attività e in parte dalle aspettative generate dalla cultura. Ai ruoli lavorativi sono applicabili molte conoscenze elaborate sui ruoli sociali (Wagner, Hollenbeck, 1992). Inoltre esistono alcune specificità dei ruoli lavorativi che, secondo l'impostazione di Schein (1980), sono riconducibili a tre dimensioni. I ruoli organizzativi si svolgono all'interno delle diverse funzioni nelle quali si articola l'organizzazione. I ruoli svolti in ciascuna funzione dell'organizzazione sono molteplici, perché i relativi responsabili di aspetti e problematiche diverse nelle quali si articola la mission dell'organizzazione e sono portatori di capacità e competenze che si riferiscono a differenti contesti scientifico-disciplinari. E' presente, inoltre, una dimensione gerarchica del ruolo che si riferisce al grado o al livello che un singolo ruolo occupa nella scala gerarchica dell'organizzazione. Si aggiunge la dimensione della centralità/perifericità del ruolo che indica il grado in cui un soggetto che lavora in un'organizzazione si trova in una posizione centrale o periferica. Nel contesto sanitario, per la complessità precedentemente descritta, i ruoli sono spesso difficili da descrivere e creano talvolta ambiguità negli aspetti comunicativi e nelle posizioni connesse alle pratiche lavorative. E' necessario sottolineare, inoltre, che non si può parlare di ruolo se non si prendono in considerazione gli aspetti di competenza connessi intrinsecamente al ruolo giocato dagli individui all'interno dei contesti lavorativi.

1.2.1 Il concetto di competenza

Focalizzandosi sulle competenze, a partire dalle prime definizioni, si è creata molto spesso in letteratura confusione fra questo costrutto e altri come ad esempio l'abilità, un tratto di personalità o la performance. A volte si parla di competenza come riferendosi a qualcosa di diverso dalla capacità (spesso viene identificata con il comportamento o peggio con la prestazione) e a volte invece ci si riferisce a competenza identificandola con la capacità o addirittura con i tratti di personalità, con una evidente confusione tra il concetto di competenza (il tutto) e quello di capacità (una parte). In realtà l'unico elemento della competenza legato intrinsecamente all'individuo può essere solo la capacità, che in termini generali può essere definita come la dotazione personale che permette di eseguire con successo una

determinata prestazione, quindi la possibilità di riuscita nell'esecuzione di un compito o, in termini più vasti, di una prestazione lavorativa. La competenza, tuttavia, è costituita da due che integrano la capacità individuale che sono le conoscenze e le esperienze finalizzate (Levati *et al.* 2001). Quest'ultime sono gli elementi che permettono la trasformazione in atto dell'insieme delle capacità dell'individuo. Tra conoscenze ed esperienze finalizzate c'è un nesso forte: sono le esperienze che fanno maturare le conoscenze, conferiscono loro la specificità tipica della comunità professionale di appartenenza e le arricchiscono di abilità tecniche (skills). Le competenze, quindi, si presentano come un insieme articolato di elementi quali le capacità, le conoscenze, le esperienze finalizzate. L'elemento di stabilità è dato dalle capacità mentre l'elemento di sviluppo è dato dalle conoscenze, che possono essere incrementate dalle più varie attività di formazione. Un numero elevato di studi hanno esaminato le determinanti individuali delle prestazioni di lavoro, con particolare attenzione alla personalità e l'intelligenza (Hunter, Hunter, 1984; Hertz, Donovan, 2000; Salgado Jesus, 1997). Le difficoltà di tali studi, tuttavia, è che è difficile porre distinzioni tra le dimensioni sopra descritte (Bartram e SHL Group, 2005). Vale a dire che i tratti della personalità e l'intelligenza potrebbero influenzare alcuni aspetti della performance, ma non altri aspetti delle prestazioni. Per chiarire queste connessioni, Bartram e SHL Group (2005) sostengono che dovrebbe essere elaborata una tassonomia di competenze, soprattutto per distinguere le varie attività che sono alla base delle prestazioni di lavoro. Tali tassonomie permettono di sottolineare aspetti costitutivi delle competenze e di ipotizzare possibili relazioni presenti tra i diversi aspetti considerati. Bartram e al. (2005) partono dall'analisi delle competenze connesse all'aspetto decisionale e la capacità di leadership come appartenenti a due diversi gruppi di competenze. La prima serie di competenze comprende l'aspetto decisionale, l'assunzione di responsabilità, l'atteggiamento di fiducia, l'agire di propria iniziativa e l'assunzione di rischi calcolati. La seconda serie di competenze è di leadership e supervisione, che comprende il fornire guida e coordinare le azioni, di vigilanza e controllo. Gli aspetti di supporto e collaborazione si connettono ad aspetti diversi di competenze (lavoro con le persone, attenzione ai valori e principi). Gli aspetti di interazione possono essere concettualizzati nella costruzione dei rapporti di rete ed esprimere il proprio punto di vista nelle comunicazioni. L'analisi e l'interpretazione sono connesse alla scrittura, agli aspetti di applicazione di conoscenze e la valutazione delle informazioni con successiva verifica di ipotesi. La creazione e la concettualizzazione comprendono, invece, tre serie di competenze (apprendimento e

ricerca, creazione e innovazione, formulazione di strategie). Gli aspetti di organizzazione e di esecuzione possono essere suddivisi in tre gruppi di competenze (pianificazione, soddisfazione aspettative clienti, istruzioni e procedure). Infine, l'intraprendenza comprende altri set di competenze (raggiungimento obiettivi, conoscenza a questioni organizzative).

Oggi una moderna gestione delle risorse umane dovrebbe porre in primo piano le opportunità di sviluppo degli attori organizzativi. Le opportunità sono percepibili solo attraverso un approccio attento alle persone, alle loro potenzialità in termini di competenze ed attitudini individuali, ai percorsi formativi e di carriera personalizzati (Vaccani, 2007). Quindi competenze individuali, ma anche necessità di socializzare questo patrimonio, di non lasciare che rimanga chiuso nelle singole persone o gruppo di persone, ricercando sistemi opportuni affinché questo avvenga e ideando nel frattempo sistemi di scambio e condivisione tali da creare una nuova conoscenza, propria dell'organizzazione. Nuovi termini entrano nel linguaggio aziendale : si parla di knowledge sharing, di knowledge making e di knowledge management (De Pietro, 2005). Gli sviluppi teorici delle discipline manageriali hanno visto il fiorire di analisi che mettono in risalto l'apporto delle informazioni, della conoscenza, delle capacità che le aziende hanno di socializzare le competenze dei dipendenti e di adattarsi alle sfide del mercato. Oggigiorno è riconosciuto che la risorsa più preziosa per un'organizzazione, e in particolare per una organizzazione di "servizi alle persone", risulta essere proprio la conoscenza, come background del patrimonio umano di un'organizzazione, in grado di influenzare pesantemente il valore di mercato dell'impresa. Il concetto di competenza ha anche avuto profondi influssi sulle teorie manageriali che si occupano di strategia. E' stato proposto un approccio che basa le strategie sulle competenze aziendali (R.B.V., resource based view) (Buttignon, 1996). Le aziende vengono viste non più come portafogli di aree di attività, ma come portafogli di competenze. La competizione non riguarda più il dove competere, ma il come competere (De Pietro, 2005). Alcuni autori (Yang, Lin., 2009), in una ricerca in un contesto sanitario ospedaliero, sottolineano il ruolo di mediazione del capitale intellettuale nello spiegare gli effetti del HRM considerando, in particolare, gli aspetti che si connettono alle competenze e alla performance organizzativa. Il capitale intellettuale potrebbe essere considerato il livello macro nella lettura dei contesti lavorativi, soprattutto, in quelli dove è presente un molteplicità di processi in atto, soprattutto, relazionali.

1.3 Capitale intellettuale e contesto sanitario, una possibile connessione?

Alcuni studi concettualizzano l'incertezza ambientale nel contesto sanitario come una percezione individuale che mescola assieme realtà soggettive e oggettive derivanti dalla complessità e dal dinamismo dei compiti istituzionali affidati all'organizzazione sanitaria. La maggior parte degli operatori sanitari e degli stessi studiosi ritiene infatti di lavorare in un settore o di studiare un ambito imprevedibile e turbolento e, allo stesso tempo, complesso e poco chiaro. Per questo motivo il vocabolo "incertezza" è uno dei molti termini spesso utilizzati per descrivere questo aspetto critico dell'ambiente sanitario (Bugun, Kaissi, 2004). Dal punto di vista dell'impatto sul contesto lavorativo l'incertezza così intesa minaccia l'ottimale organizzazione del processo decisionale, mettendo a rischio la cura e la sicurezza del paziente. L'analisi di Bugun *et al.* (2004) nelle organizzazioni sanitarie può far emergere spunti di riflessione soprattutto in relazione agli approcci manageriali e alle soluzioni organizzative finalizzate ad assicurare un servizio caratterizzato da elevati standard qualitativi. La qualità dell'assistenza è, infatti, il risultato finale di molteplici variabili che investono l'intero processo, concernenti non soltanto l'atto di cura e i mezzi impiegati, ma anche le diverse professionalità che intervengono, la capacità di definizione dei processi di assistenza da garantire, la struttura organizzativa e l'ambiente in cui il processo di cura si sviluppa e trova attuazione. La presenza di una incertezza diffusa sia a livello ambientale che a livello organizzativo comporta un dispiegarsi continuo di pratiche cliniche incerte e spesso poco adatte al contesto. In tal senso dunque, parlare di buona sanità vuol dire soprattutto parlare di una buona organizzazione dell'assistenza sanitaria, facendo emergere con veemenza la necessità di ricercare una struttura organizzativa capace di sviluppare la conoscenza necessaria ad affrontare la complessità e ridurre l'incertezza dell'agire sanitario. In questa cornice si inserisce la tematica del capitale intellettuale.

1.3.1 Capitale umano e contesto sanitario

Per tutte le organizzazioni è importante conoscere quelle che abbiamo chiamato "competenze distintive" e saperle valorizzare, ma lo è in particolare per quelle che operano in settori complessi e delicati come quello sanitario (D'Andreamatteo *et al.*, 2010). Dotato di un peso economico piuttosto rilevante, questo settore opera principalmente in regime di non mercato, rendendo meno espliciti gli aspetti economici e, quindi, rendendo più complicata la gestione del personale (De Pietro, 2005). Un altro elemento critico è l'elevato livello di istruzione e di autonomia professionale delle figure che operano in questo campo, i quali custodiscono, secondo D'Andreamatteo e

collaboratori (2010), una conoscenza tacita difficilmente trasferibile e standardizzabile, ma che deve comunque rispondere a bisogni sempre più complessi della popolazione. Non si tratta solo della tutela della salute: appare sempre più evidente la centralità di aspetti emotivo-relazionali, sociali ed etici che richiedono una lettura della situazione attraverso un approccio bio-psico-sociale. Le riforme degli anni '90 del secolo scorso hanno introdotto elementi pro-concorrenziali e hanno generato l'idea che sia possibile ottenere un vantaggio competitivo facendo leva sulle core competencies (Belcari, Mele, 2003). Il documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012 (29 Aprile 2010) rileva alcune criticità da affrontare, tra cui una marcata disomogeneità nella gestione del personale delle aziende sanitarie e la scarsa qualità percepita dai cittadini nei servizi di risposta ai propri bisogni sanitari. Come fanno notare D'Andreamatteo e collaboratori (2010), nel loro lavoro sul caso della ASL di Pescara, la mappatura di competenze è stato poco studiata all'interno del campo sanitario, ma può portare, anche in ambito sanitario, ad un ripensamento dei modi di agire e ad un miglioramento del servizio. Per questo motivo, a partire dagli anni Novanta del secolo scorso, nelle aziende sanitarie italiane si è cominciato a registrare e diffondere le *best practices*, selezionate non solo in base ai risultati clinici, ma anche per una gestione delle risorse più ragionata ed una distribuzione delle responsabilità di cura delle patologie alle unità organizzative più idonee. All'interno delle aziende sanitarie troviamo due tipi di attività che, nel tempo, sono sempre state gestite separatamente, facendo riferimento a culture professionali diverse: si tratta dell'attività clinica e amministrativa. Oggi però, fanno notare D'Andreamatteo e collaboratori (2010), date le nuove responsabilità economiche del professionista sanitario e la maggiore efficienza che si chiede agli operatori amministrativi, appare necessario un incontro di questi due mondi al fine di coniugare il miglioramento del servizio offerto agli utenti con una gestione più razionale delle risorse. La normativa del SSN e del pubblico impiego sottolinea la necessità di programmare le attività assegnando obiettivi individuali a ciascun professionista, ma nelle organizzazioni la direzione aziendale ed il management di linea riscontrano molte difficoltà in questo senso (Mintzberg, 1980). È difficile, infatti, assegnare risorse e definire obiettivi per un professionista sanitario impegnato in un'azienda sanitaria pubblica a causa sia dell'elevata specializzazione richiesta per svolgere molte attività clinico-assistenziali, sia dell'ampia eterogeneità delle attività svolte dal professionista, sia della numerosità di professionisti coinvolti (De Pietro et al., 2010). Questi fattori rendono difficile una programmazione ed un controllo diretto, e richiedono un'elevata delega gestionale. De Pietro e collaboratori

introducono la valutazione delle competenze individuali. Distinguono le competenze tecnico professionali e le competenze manageriali (comportamenti organizzativi e gestionali). La valutazione del singolo medico, quindi, avrà come oggetto i risultati raggiunti, i comportamenti gestionali ed organizzativi, le competenze tecnico-professionali di ciascuno, con pesi diversi in base al ruolo organizzativo svolto (Del Vecchio, 2000). Se in passato le aziende sanitarie hanno sviluppato indicatori e sistemi di gestione efficaci per la responsabilizzazione delle Unità Operative rispetto ai risultati gestionali da raggiungere, hanno prodotto valutazioni annuali dei comportamenti organizzativi e delle competenze gestionali, con poca attenzione alle competenze tecnico-professionali. I collegi tecnici previsti dal contratto collettivo nazionale (CCNL) del 1996 e confermati nel 2000, pensati proprio per questo scopo, secondo De Pietro e collaboratori (2010) si sono rivelati inefficaci. Il sistema educativo-professionale stesso non ha favorito l'avvento di queste pratiche di valutazione: la certificazione delle competenze generate grazie al sistema formativo e professionale, infatti, avviene tipicamente una sola volta nel corso della vita lavorativa, non garantendo l'aggiornamento costante delle conoscenze specialistiche (anche se questo ruolo è svolto, in parte, dai sistemi di aggiornamento obbligatorio e di ri-accreditamento); inoltre le aziende potrebbero non ritrovarsi nella certificazione offerta dal sistema formativo, preferendo produrre criteri personalizzati. Connesso a questo punto, secondo De Pietro e collaboratori, è anche il tema della misurazione delle performance aziendali: l'approccio della Balanced Scorecard (BSC), di declinare le aree critiche (e per ciascuna di queste indicatori idonei) interne alle prospettive economico-finanziarie, dei clienti, dei processi interni e dell'apprendimento/innovazione. Le professioni sanitarie, secondo De Pietro e collaboratori, possono essere valutate anche riguardo ai sistemi di gestione aziendale della qualità. Le dimensioni rilevanti in questo senso sono, ancora una volta, le competenze tecnico-professionali, i comportamenti clinici (rispetto di linee guida, protocolli, percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) ed, infine, la qualità percepita dall'utenza. Si tratta di un aspetto problematico, perché l'autonomia professionale rende possibile solo in parte la definizione di procedure e protocolli standard, ed i pazienti stessi hanno bisogni sempre più differenziati.

Il contesto sanitario come sistema complesso: shared vision

Il costrutto definito shared vision, descrittivo della visione d'insieme all'interno delle organizzazioni e utilizzato all'interno dei modelli organizzativi sanitari, si iscrive nel dibattito internazionale relativo al concetto di organizational learning (O.L.), avviatosi negli anni '80 ed interessato alla valorizzazione del capitale intellettuale e alle

componenti più "intangibili" degli assetts aziendali. In letteratura sono reperibili indicazioni circa i molteplici fattori in grado di incidere positivamente sull'efficacia e l'efficienza del organizzazione intesa come sistema che apprende. Morgan (1999), ad esempio, ricorre alla "metafora del cervello" al fine di rappresentare le organizzazioni come sistemi di apprendimento: in particolare sottolinea in più passaggi l'elemento intrinseco di dinamicità soggiacente ad ogni tipo di apprendimento. Tale dinamicità sembra caratterizzare anche il sistema di apprendimento all'interno delle organizzazioni. Assumendo tale modello, pertanto, le organizzazioni possono essere considerate quali sistemi di elaborazione delle informazioni e della conoscenza, in cui la capacità di apprendimento del sistema si configura come uno dei fattori centrali nell'incentivare lo sviluppo organizzativo. Il *management* assume così un'importante funzione di guida e orientamento dei processi di apprendimento; processi presenti e caratterizzanti tutta la trama organizzativa ad ogni livello ed in ogni momento della vita dell'azienda, ivi compresa l'attività professionale. La *shared vision* (visione d'insieme) si rivela importante ai fini della promozione di uno scopo comune (Appelbaum, Goransson, 1997); la visione condivisa, infatti, fornisce ai membri di un'organizzazione "una direzione, attraverso la quale, si può navigare" (Griego, Geroy, Wright, 2000) e "un punto di riferimento per l'apprendimento per i propri dipendenti" (Senge, 1990). Questo aspetto, secondo l'autore, assume grande rilevanza può essere considerato ed esaminato all'interno del concetto di cultura organizzativa. La cultura organizzativa può essere considerata come un catalizzatore per la creazione di una visione comune: interessante segnalare già in questa fase che, secondo alcuni studi, la condivisione e la costruzione di una visione per l'apprendimento organizzativo è più complessa nel settore pubblico rispetto ad altri contesti (Reeves, Boreham, 2006). Secondo il paradigma di Senge (1990), la visione condivisa rappresenta il primo passo che consente alle persone di iniziare a lavorare insieme, in quanto in grado di offrire risorse sia per gli individui che per l'organizzazione stessa. Tale aspetto sopra descritto può costituire la cornice di riferimento anche dell'approfondimento della tematica del capitale intellettuale nella complessità del sistema sanitario. E' possibile considerare, infatti, che più è chiara *la shared vision*, maggiormente è definito il sistema di aspettative e, di conseguenza, il ruolo assume caratteristiche specifiche e condivise dalla persona che ricopre tale ruolo ma anche tutti gli attori che ruotano intorno ad esso.

Le comunicazioni interprofessionali

I concetti di ruolo e di competenza sono strettamente connessi con gli aspetti relazionali ovvero che cosa accade a livello comunicativo tra i professionisti sanitari che va ad

incidere sul sistema di aspettative. Alla luce delle considerevoli modificazioni intervenute nell'assetto istituzionale dei sistemi sanitari, tutti gli attori del sistema-salute (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, direttori di distretto, organizzazioni pubblico-private e non-profit, cittadini-utenti-pazienti) concorrono oggi alla costruzione di reti di relazioni stabili che permettono uno scambio di risorse. La governance che ne risulta supera la settorialità e l'autoreferenzialità degli interessi corporativi e di mercato e sostituisce al consueto governo gerarchico-burocratico, la coordinazione comunitaria, negoziata e condivisa del sistema socio-sanitario (community health governance): ciò induce i diversi professionisti al ripensamento e alla ri-negoziazione dei rispettivi ambiti di competenza. Peraltro, le stesse norme rinviano all'urgenza di una più accurata definizione del ruolo e delle responsabilità delle nuove professioni sanitarie e sociali emergenti che, sebbene differenti per cultura, formazione e specifico campo giurisdizionale, tendono tutte ad un obiettivo comune e sono, dunque, interdipendenti. Attraverso l'analisi di concetti quali il lavoro di rete, l'integrazione, la multidisciplinarietà e la condivisione interprofessionale della cura (shared care) è possibile tenere in considerazione alcuni aspetti che si connettono, in particolare, al capitale interno. Partendo dall'evidenza che il numero ed i profili delle professioni sanitarie e sociali sono in continua crescita, occorre chiedersi se, nell'economia dell'intero sistema, il dato rappresenta un elemento di criticità oppure disegna nuove opportunità organizzative; contemporaneamente, è necessario ricercare le strategie più idonee per la costituzione di équipes operative in cui si realizzi una reale cultura dell'integrazione multiprofessionale. Zwarestein, Goldman, Reeves (2009), in una revisione su questo tema, hanno valutato l'impatto degli interventi per modificare la collaborazione medico-infermiere, misurando il grado di collaborazione, la soddisfazione del paziente, l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. Per collaborazione intendevano lavorare insieme condividendo la responsabilità nell'assistenza, le informazioni, il coordinamento del lavoro e le decisioni su aspetti riguardanti l'assistenza. Nella loro revisione, gli autori consideravano interventi di collaborazione medico- infermiere i seminari e workshop di addestramento per sviluppare la collaborazione e le abilità comunicative; la costituzione di piccoli gruppi di lavoro, il coordinamento dell'assistenza, gli sforzi e i tentativi di orientare l'assistenza al paziente coinvolgendo infermieri e medici in un lavoro comune. I risultati della collaborazione che venivano valutati erano: la comunicazione (informazione, opinioni e sentimenti); la condivisione (compiti, decisioni, obiettivi); le dinamiche di potere (espressioni visibili del potere quali la partecipazione paritaria alle decisioni); il rispetto reciproco; il

monitoraggio dell'efficacia delle terapie ed altri. La collaborazione aveva un effetto sull'assistenza: ad esempio sulla durata della degenza, sui costi, sul numero di visite, sulle riammissioni non pianificate, sull'adesione alle linee guida di trattamento, sulla soddisfazione, su incidenti e complicanze, su sopravvivenza e mortalità. Malgrado la rilevanza del tema sono stati condotti, tuttavia, pochi studi. Inoltre, le strategie per aumentare la collaborazione sono state spesso testate senza alcun riferimento alle teorie del cambiamento o alle barriere della collaborazione interdisciplinare, alle differenze di potere, ai conflitti tra professioni in riferimento all'autorità ed all'autonomia. Sarebbe necessario approfondire il tema con ricerche qualitative per portare alla luce atteggiamenti, ostacoli, pregiudizi, elementi che potrebbero aumentare la comprensione del concetto di collaborazione. Le questioni aperte si connettono all'idea che hanno i medici e gli infermieri quando pensano alla collaborazione e, inoltre, occorre chiedersi se gli interventi considerati collaborativi sono adeguati a tutti i contesti di cura/assistenza oppure è necessario porre una differenziazione. Il dibattito è aperto anche considerando gli scopi della collaborazione e se è presente tale ottica anche nei percorsi formativi delle diverse figure professionali che operano nel settore sanitario. Molta letteratura riguarda la collaborazione in termini sociologici o psicologici: quanto stanno male gli uni (gli infermieri) rispetto agli altri (medici); oppure quanto devono rivedere il loro ruolo i medici per la progressiva crescita degli infermieri. Per concludere è necessario interrogarsi se in tale contesto di comunicazione sono considerati i bisogni dei pazienti e in una cornice ancora più ampia come l'aspetto del contenimento della spesa sulla multidisciplinarietà influisce sull'integrazione tra professionisti e, quindi, sulle comunicazioni interprofessionali.

1.4 Il ruolo come fonte di rischio psicosociale per il lavoratore

Il ruolo nell'organizzazione può essere una possibile fonte di rischio psico-sociale in relazione a due suoi aspetti potenzialmente pericolosi: l'ambiguità di ruolo e il conflitto di ruolo. In letteratura i rischi psicosociali sono stati definiti come “quegli aspetti di progettazione del lavoro e di organizzazione e gestione del lavoro, nonché i rispettivi contesti ambientali e sociali che potenzialmente possono arrecare danni fisici o psicologici” (Cox, Griffiths, 1995). Quando prendiamo in considerazione, in particolare, *l'ambiguità di ruolo* si sottolinea il contesto attraverso il quale un lavoratore non dispone di una sufficiente chiarezza di informazioni circa gli ambiti e le responsabilità dell'impiego svolto, le aspettative dei colleghi di lavoro rispetto al ruolo ed i compiti che gli vengono affidati. *Il conflitto di ruolo* avviene, invece, quando le richieste che vengono fatte al soggetto sono in conflitto con i propri valori oppure

incompatibili con la corretta esecuzione del lavoro. Nell'ambito del conflitto di ruolo Cooper (1988) distingue: a) conflitto ruolo persona: quando l'individuo preferirebbe svolgere un incarico in maniera differente da quanto viene proposto dal mansionario (job description); b) conflitto intramandatario: quando ad un individuo viene assegnato un compito, ma non le risorse sufficienti per portarlo a termine con successo; c) conflitto intermandatari: quando ad un individuo si chiede di comportarsi in modo tale per cui il suo comportamento può essere gradito a qualcuno e sgradito ad altri; d) sovraccarico di ruolo: quando all'individuo viene assegnato più lavoro di quanto possa essere effettivamente eseguito (Cooper 1988, citato in Favretto, 1994). E' possibile, quindi, considerare come ambiguità e conflitto possono essere considerate come fattori che interferiscono sulla soddisfazione lavorativa ed aumentano sensibilmente il carico di tensione, stress cronico, derivante dal lavoro (Dewe, 2000; Sulky, Smith, 2005). Queste due tipologie di conflittualità legate al ruolo possono incidere sul burnout degli operatori sanitari (Kutanis, Ozen, 2009) e sull'intention to leave. Uno studio (Acker, 2004) ha esaminato le relazioni tra le condizioni organizzative di operatori sociali che esercitano la loro professione in contesti di salute mentale e la loro soddisfazione sul lavoro e l'intenzione di lasciare o meno il contesto lavorativo. Un campione di 259 operatori sociali, ha risposto ad un questionario che comprendeva diverse aree: conflitto di ruolo, ambiguità di ruolo, il sostegno sociale, l'ampiezza delle opportunità di sviluppo professionale, il tipo di attività di lavoro, soddisfazione sul lavoro e l'intenzione di lasciare il contesto lavorativo. I risultati hanno mostrato che le condizioni organizzative sono forti predittori per la soddisfazione sul lavoro e l'intenzione di lasciare. In questo senso, per quanto riguarda l'aspetto legato alla *qualità professionale della vita lavorativa*, è necessario considerare turnover e assenteismo che hanno un forte impatto economico e sul clima psicosociale del luogo di lavoro. Il turnover rappresenta il processo che modifica quali-quantitativamente lo staff infermieristico attraverso movimenti da un'Unità Operativa all'altra della medesima struttura, oppure attraverso movimenti esterni alla struttura stessa (Jones, 1990). Questa definizione comprende i trasferimenti volontari (dimissioni, accoglimento di domande, quiescenza) e quelli involontari (licenziamento, fine contratto, trasferimento coatto). Il turnover è un importante indicatore a livello organizzativo delle difficoltà delle strutture sanitarie nel reclutare e trattenere il personale, mentre a livello individuale risulta essere importante indicatore di insoddisfazione e malessere lavorativo (Sarchielli, 2003). Un'indagine condotta da Barron e West (2005) ha analizzato i fattori associati al turnover degli infermieri in Gran Bretagna. I risultati evidenziano due categorie distinte di fattori

connessi con i cambiamenti lavorativi nel campione di riferimento: fattori individuali, caratteristiche del lavoro. Per quel che riguarda, in particolare, le caratteristiche del lavoro il turnover sembra collegato con stipendio di basso livello, alte responsabilità di gestione, lavoro a tempo pieno e mancanza di autonomia. Alcuni autori hanno mostrato che il turn-over è un indicatore fortemente correlato alle condizioni economiche che determinano blocchi / sbocchi del turn-over (pensionamenti, mobilità, nuove assunzioni). Il tasso di assenteismo mostra una correlazione inversa con il livello di qualifica; il livello socioeconomico risulta pertanto essere il fattore psico-sociale più strettamente correlato sia ai disturbi di salute che giustificano la malattie, sia alla demotivazione che fa aumentare l'assenteismo. La valutazione delle assenze complessive per genere ha mostrato un maggior tasso di assenteismo a livello delle lavoratrici.

1.5 Conclusioni

Il percorso teorico che ha caratterizzato questo capitolo è partito dalla ricerca di una definizione di capitale intellettuale. L'espressione capitale intellettuale (CI) è stata coniata nell'ambito degli studi sull'economia della conoscenza, filone che si interessa della misurazione del valore delle attività educative, creative e di invenzione nell'ambito delle attività produttive umane. Il capitale intellettuale è inteso come l'insieme di risorse che, qualora siano correttamente valorizzate nella gestione aziendale, permettono di incrementare significativamente il valore dell'azienda e l'efficacia delle sue azioni strategiche (Edvinsson, Malone, 1997; Stewart, 1997). Le nuove imprese, rispetto a quelle dei decenni precedenti, sono caratterizzate dalla presenza di un'elevata interconnessione e dalla centralità del ruolo giocato dal fattore umano. La crescente spinta al progresso tecnologico, unita alla continua differenziazione delle specializzazioni, ha comportato un'evidente sollecitazione nell'ambito delle organizzazioni lavorative provocando uno spostamento degli equilibri strutturali e delle configurazioni sociali verso nuovi paradigmi. Non a caso, il classico paradigma strutturale - funzionale, risulta non più idoneo ad affrontare i nuovi condizionamenti tecnici, la crescente variabilità delle situazioni e i continui cambiamenti ambientali, a loro volta considerate fonti d'incertezza. Per tale ragione c'è un'apertura ad un paradigma di tipo non lineare e riflessivo, in grado di coniugare le disposizioni normative con le informazioni conoscitive, le richieste di prestazioni e le spinte identitarie. Si generano così nuovi modelli organizzativi a "rete" (network) con il dispiegarsi delle interdipendenze tra soggetti, che provocano nuovi processi di formazione, con conseguenze sull'organizzazione e sui soggetti stessi..

Tutti questi aspetti non possono che essere, infatti, intrecciati agli aspetti di ruoli e competenze. Da qui la necessità di utilizzare modelli che permettano di considerare una nuova sfida alla poliedricità delle organizzazioni: il divenire e la trasformazione rappresentano un'opportunità per creare nuova conoscenza, in particolare, nei contesti sanitari. In questo senso si è cercato di illustrare le ricerche che hanno tentato di applicare tali modelli innovativi applicati ai contesti sanitari.

Alla luce di queste considerazioni teoriche, il percorso metodologico e di ricerca vero e proprio partirà dalla definizione di ruoli e competenze nel contesto sanitario attraverso una focalizzazione del sistema di aspettative, per arrivare all'approfondimento dell'agire professionale, con l'obiettivo di confrontare, attraverso il terzo studio, due specifici contesti.

PARTE SECONDA

Obiettivi e ipotesi

Modello della ricerca



2.1 Gli obiettivi della ricerca

L'obiettivo principale di questo studio è stato quello di esaminare le aspettative di ruolo rispetto a due determinate figure chiave che operano in un Dipartimento Ospedaliero, ovvero infermieri e operatori sociosanitari, in rapporto al comportamento effettivamente agito da questi professionisti. Nel corso degli anni, infatti, questi ruoli hanno subito radicali cambiamenti e sono divenuti più complessi creando, a volte, sovrapposizioni di attività fra le due figure con conseguenti ricadute negative in termini di collaborazione interprofessionale, inefficienze e benessere stesso dei professionisti.

Cercando di inquadrare queste due figure, come già approfondito nella parte teorica della tesi, potremmo dire che il *modello* professionale più condiviso nella comunità infermieristica è ancora quello *burocratico* (D'Addio, 2004): nonostante i mansionari siano stati aboliti (legge n.42 del 26 febbraio 1999), l'organizzazione dei servizi viene ancora gestita ricorrendo alla regolamentazione normativa delle attività specifiche delle singole figure. Dal modello burocratico deriva il *modello funzionale o per compiti*, anche questo operazionalizzato nella gestione attuale dei servizi sanitari (D'Addio, 2004): tipico della burocrazia è la suddivisione del lavoro in livelli gerarchici, con al livello più basso l'esecutore materiale della produzione (in questo caso l'operatore socio-sanitario), mentre al livello intermedio c'è l'analisi e la scelta (in questo caso, medici ed infermieri). Il modello che attualmente si sta diffondendo, invece, è quello basato sulla *total quality* (D'Addio, 2004): la rigida suddivisione burocratica del lavoro è ampiamente superata, la discrezionalità è anzi una delle caratteristiche richieste al professionista sanitario, dal momento che egli, occupandosi giorno dopo giorno di una certa attività, ne diventa il maggior esperto. Le figure assistenziali hanno infatti subito un radicale cambiamento nel corso degli anni, passando dall'essere un ruolo alle dipendenze del medico al ricoprire un ruolo parzialmente autonomo e responsabile della cura del paziente (Sweet e Norman, 2008). È stata inserita una forma di assistenza nuova, che non si identifica con quella infermieristica, prima unica e onnicomprensiva, che viene ricoperta oggi dall'operatore socio-sanitario ed è importante che questa attività venga ben identificata e inquadrata perché spesso poco chiara. Solo così si potranno superare il conflitto e le incertezze in atto sulla figura dell'Oss, dinamiche ancora legate all'inquadramento delle prestazioni dell'una o dell'altra figura piuttosto che sul ruolo (D'Addio, 2004). Una parte di questo lavoro di tesi è proprio mettere in luce l'incertezza che ancora oggi caratterizza il ruolo dell'operatore socio-sanitario, figura 'nuova' nelle organizzazioni sanitarie italiane, ma non nel contesto internazionale. Già nel 1985, Salvage lamentava la mancanza di chiarezza a proposito

dei compiti effettivamente svolti dai *nursing aides* e a proposito della posizione all'interno del gruppo di assistenza. Thornley, nel 2000, sosteneva che i *nursing auxiliaries/assistants* e gli *health care assistant/support worker* ricoprivano ruoli che andavano oltre le responsabilità e le disposizioni normative prescritte dai mansionari, e che le posizioni di tali figure non erano né inferiori né marginali all'interno del team assistenziale, nonostante la diversa formazione professionale.

Partendo da queste premesse, l'obiettivo del presente lavoro è stato di esaminare le aspettative di ruolo nei confronti di infermieri e operatori socio-sanitari in relazione ai comportamenti effettivamente agiti da questi professionisti e alla collaborazione interprofessionale in termini di interazione fra le due figure.

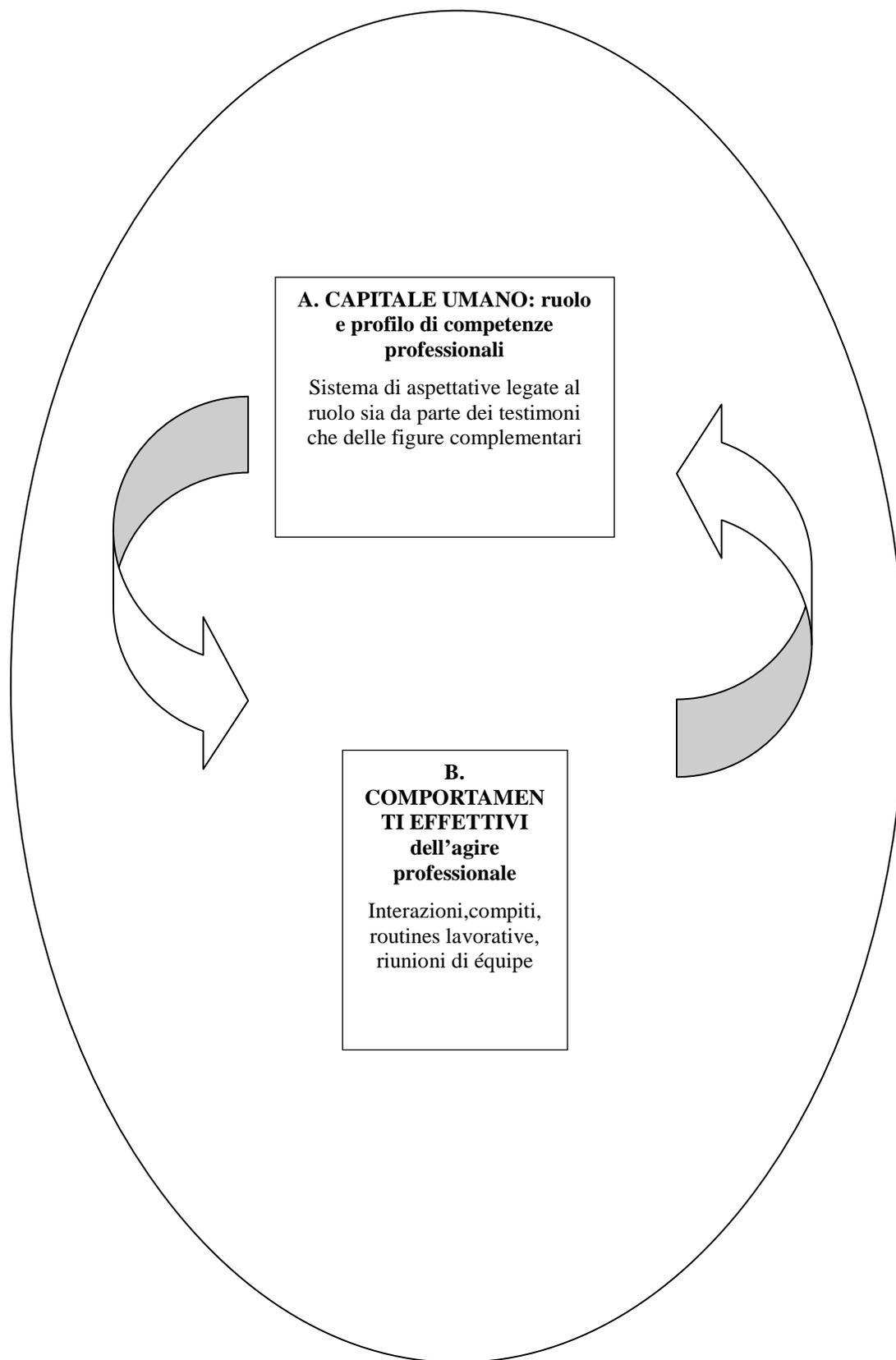
In particolare, si ipotizzava che nelle Unità Operative in cui i ruoli presentavano una maggiore conflittualità ed ambiguità di ruoli, le attività svolte fossero più disfunzionali, in termini di compiti non coerenti con il ruolo stesso e un minore numero di interazioni fra i professionisti.

Il progetto è stato realizzato attraverso uno studio di casi che si è focalizzato su quattro Unità Operative ospedaliere afferenti ad unico Dipartimento (Comparto Operatorio, Terapia Intensiva, Degenza, Ambulatori). La ricerca si è articolata in due fasi. La prima fase è stata caratterizzata dai seguenti studi:

- 1^a studio. Mappatura di ruoli chiave attraverso le interviste semistrutturate;
- 2^a studio. Analisi dei comportamenti effettivamente agiti dai professionisti attraverso le osservazioni;

La seconda fase è consistita nell'analisi e nel confronto Analisi fra due Unità Operative utilizzando i dati aggregati di ciascuna fase.

2.2 Il modello della ricerca



CAPITALE UMANO: ruolo e profilo di competenze professionali

Nel primo blocco del modello si considerano gli aspetti del capitale umano nei termini di ruoli e competenze. Per ruolo si intende l'insieme dei comportamenti richiesti, in termini di attività, e attesi, in termini di integrazione alla cultura dell'organizzazione (Levati *et al.* 2001).

COMPORAMENTI EFFETTIVI dell'agire professionale

In tale blocco si considerano i comportamenti dell'agire professionale in termini di attività e routine del turno di lavoro che comprendono i compiti, l'interazione fra i professionisti (comunicazione e passaggi di consegne) e interazione con l'utente e le riunioni di équipe.

2.3 Le fasi della ricerca

PRIMA FASE

1^ STUDIO. Mappatura di ruoli attraverso l'intervista semistrutturata

Obiettivi

Il primo studio aveva l'obiettivo di rilevare se ci sono problematiche legate al ruolo, ovvero dei conflitti di aspettative rispetto ai ruoli esaminati (infermieri e oss), sia da parte di chi ricopre il ruolo sia da parte di tutte le figure complementari che si interfacciano con il ruolo stesso. La mappatura delle competenze, infatti, è una forma di check-up organizzativo che serve per fare un'analisi critica da parte dell'organizzazione e permette di rilevare fattori critici e distorcenti per l'organizzazione (Levati *et al.* 2001).

Metodologia

Sono stati utilizzati principalmente due strumenti: l'organigramma e la mappatura del ruolo attraverso l'utilizzo di interviste semistrutturate. La scelta delle figure professionali da coinvolgere per l'intervista sulle aspettative di ruolo è stata basata sullo studio dell'organigramma. E' stata condotta una mappatura di ruolo attraverso l'utilizzo di un'intervista individuale semistrutturata focalizzata su due aspetti principali.

La prima parte relativa alle attività svolte giornalmente da chi ricopre il ruolo, dalle sue responsabilità, dalle decisioni che gli vengono richieste. La seconda parte riguardante le aspettative di ruolo sia da parte di chi lo ricopre, che da parte delle varie figure

coinvolte parallelamente nell'Unità Operativa di riferimento, ovvero gli utenti, i collaboratori e i superiori. Ogni partecipante risponde sia rispetto alle proprie aspettative sul ruolo esaminato, sia rispetto alle aspettative di tutte le altre figure coinvolte nelle interviste. Una stessa attività, infatti, può sottendere aspettative molto diverse e quindi comportamenti molto differenti: Cosa si aspetta la dirigenza dall'oss e dall'infermiere? Cosa si aspettano i pazienti dall'oss e dall'infermiere? Cosa si possono aspettare i medici dall'oss e dall'infermiere? Come vengono coordinate le attività tra oss e infermiere? Come avviene la comunicazione tra oss e dall'infermiere? È diretta o mediata da altre figure?

Il risultato di questa indagine determina il sistema di aspettative rispetto ad un ruolo in termini di attività concrete (Levati *et al.* 2001). I dati sono stati analizzati attraverso specifici programmi informatici per l'analisi di dati qualitativi e con programmi che permettano di fare un'analisi del contenuto tematico (Mazzara, 2002) delle risposte alle domande dell'intervista. I partecipanti coinvolti sono stati i professionisti che ricoprono il ruolo (infermieri e oss), coloro che ricoprono ruoli complementari a livelli gerarchici differenti e gli utenti.

2^ STUDIO. Analisi dei comportamenti agiti dai professionisti

Obiettivi

La seconda fase della ricerca si è focalizzata sull'analisi dei comportamenti effettivi messi in atto dai professionisti. Tale aspetto è stato valutato attraverso un'analisi dei comportamenti messi in atto dalle due professionalità oggetto dello studio, un'analisi delle interazioni fra i due ruoli esaminati e delle riunioni di équipe.

Metodologia

L'osservazione strutturata ha permesso di rilevare l'agito professionale, allo scopo di descrivere azioni, routine e comportamenti effettivamente messi in atto dai professionisti (Corbetta, 1999). E' stata predisposta una checklist sulla base di una prima osservazione libera all'interno delle quattro Unità Operative, in modo da identificare i momenti più significativi della routine lavorativa quotidiana, i momenti di interazione tra i due ruoli professionali considerati e le riunioni di équipe organizzative. Si è passati, quindi, ad un'osservazione più strutturata avvalendosi di griglie utilizzate anche nell'ambito della rilevazione dei fattori di rischio psicosociale nei contesti lavorativi (Frese, 1999; Grebner, Semmer, Elfering, 2005). Sono stati osservati professionisti afferenti alle quattro Unità Operative.

SECONDA FASE

Analisi dei dati aggregati relativi alle due Unità Operative

L'obiettivo della terza fase è stato quello di analizzare le singole Unità Operative utilizzando, in modo aggregato, le due tipologie di dati derivanti dai due studi precedenti. Lo scopo di questa fase è stato quello di confrontare le due Unità Operative mettendo in relazione, per ciascuna unità, le aspettative di ruolo di oss e infermieri, e relativi comportamenti agiti.

Risultati attesi

Dai dati della ricerca in oggetto ci si aspetta che, nelle Unità Operative che presentano un'alta ambiguità di ruolo (discrepanze nelle aspettative di comportamento fra i vari ruoli intervistati), venga messo in atto un comportamento meno efficace (minore numero di interazioni fra i professionisti che ricoprono i ruoli considerati, minore partecipazione alle riunioni di equipe previste, messa in atto di comportamenti non previsti dal proprio ruolo). Contrariamente, ci si aspetta che le Unità Operative nelle quali il sistema di aspettative legate al ruolo è chiaro e condiviso, i comportamenti effettivi dell'agire professionale siano più efficaci.

PARTE TERZA

1^ STUDIO

Mappatura di ruoli attraverso le interviste semistrutturate



*“Ci sono piccole differenze tra le persone
ma queste piccole differenze
creano una differenza enorme.
Le piccole differenze costituiscono l’atteggiamento
mentre la grande differenza deriva dal fatto
che questo atteggiamento sia positivo o negativo”
W. Clement Stone*

3.1 Gli obiettivi della ricerca

L’obiettivo principale di questo studio è esaminare le aspettative di ruolo rispetto a determinate figure chiave che operano in un Dipartimento Ospedaliero, in rapporto al comportamento effettivamente agito dai professionisti sanitari (infermieri, oss) ed alla percezione del benessere da parte dei professionisti stessi.

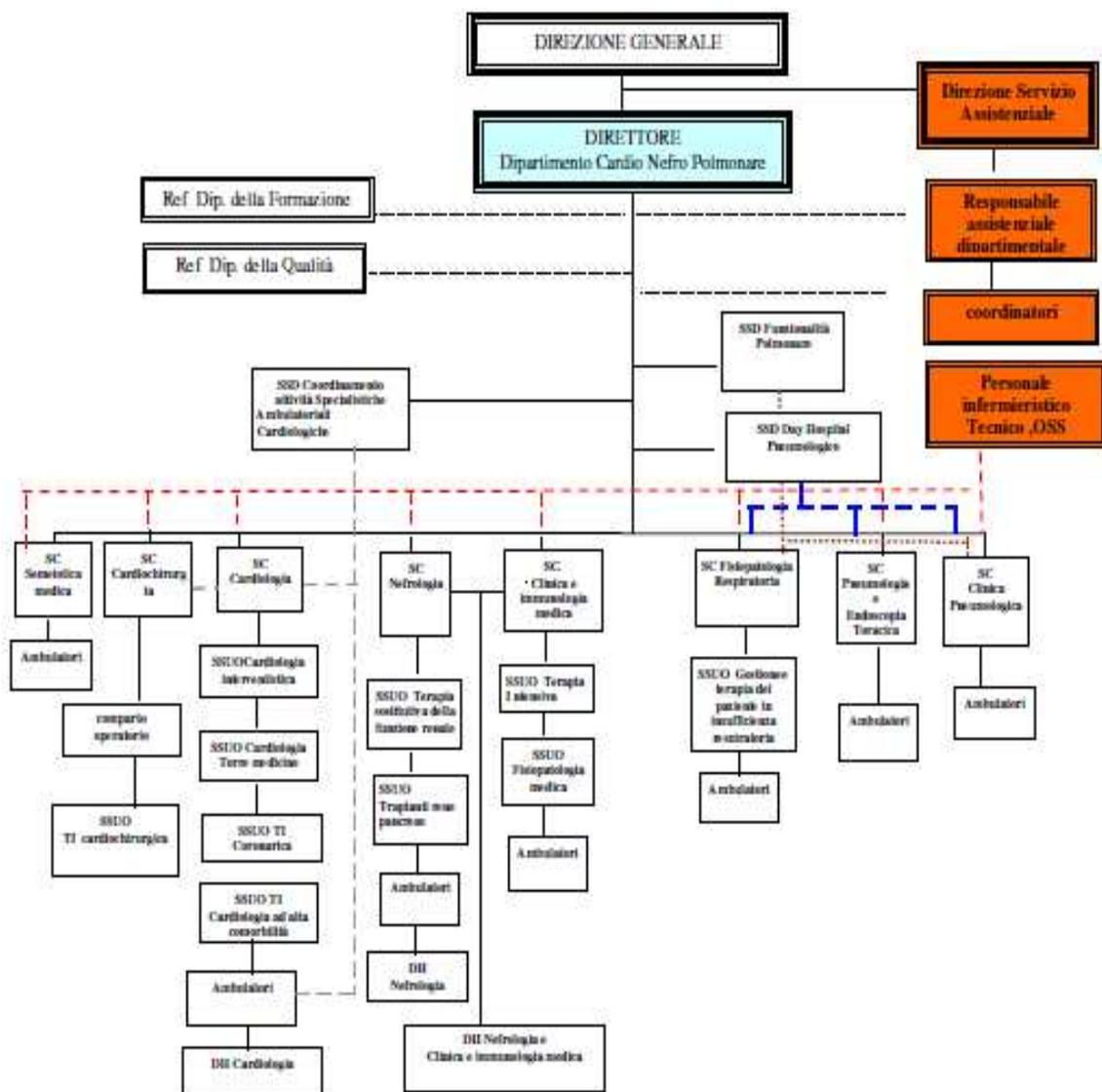
Questo passaggio della ricerca ha preso in esame la percezione delle aspettative di ruolo rispetto a ruoli chiave in quattro Unità Operative afferenti al Dipartimento in oggetto.

3.2 Metodologia

Sono stati utilizzati principalmente due strumenti: l’organigramma e la mappatura del ruolo attraverso l’utilizzo di interviste semistrutturate.

Organigrammi

Inizialmente sono state ricavate le informazioni rispetto alle figure da coinvolgere nell’intervista attraverso lo studio dell’organigramma dei quattro contesti considerati. L’organigramma aziendale è uno schema grafico che rappresenta la struttura gerarchica dell’organizzazione e le reciproche relazioni fra i ruoli. Lo scopo dell’organigramma è avere un’immagine immediata dei ruoli complementari a quelli di oss e infermieri.



Intervista semistrutturata

La scelta delle figure professionali da coinvolgere per l'intervista sulle aspettative di ruolo si è basata sullo studio dell'organigramma. E' stata condotta una mappatura di ruolo attraverso l'utilizzo di un'intervista individuale semistrutturata focalizzata su tre aree: attività svolte, percezione del sistema di valutazione degli oss e infermieri, e aspettative verso il ruolo rispetto alle due figure professionali.

La prima parte dell'intervista indagava le attività svolte giornalmente da chi ricopre il ruolo ed alle figure professionali con le quali entra in relazione. Mi potrebbe descrivere una sua giornata tipo? Come si svolge? Che attività compie abitualmente presso questa U.O.? Con chi entra in relazione nello svolgimento della attività?

Per quanto riguarda, invece, la seconda parte, il focus era rivolto al sistema di valutazione. Qui si seguirono alcune tipologie di domande utilizzate. Da chi dipende? A quali figure deve rispondere del suo operato? Da chi viene valutato rispetto al suo lavoro? E invece l'oss/l'infermiere da chi è valutato e con quali criteri?

La terza parte, la più consistente, riguardava le aspettative di ruolo sia da parte di chi ricopre il ruolo, sia da parte delle varie figure coinvolte parallelamente nell'Unità Operativa di riferimento, ovvero gli utenti, i collaboratori e i superiori. Ogni partecipante ha risposto sia rispetto alle proprie aspettative sul ruolo esaminato, sia rispetto alle aspettative di tutte le altre figure coinvolte nelle interviste. Una stessa attività, infatti, può sottendere aspettative molto diverse e quindi comportamenti molto differenti: Cosa si aspetta la Dirigenza dall'oss e dall'infermiere? Cosa si aspettano i pazienti dall'oss e dall'infermiere? Cosa si possono aspettare i medici dall'oss e dall'infermiere? Come vengono coordinate le attività tra oss e infermiere? Come avviene la comunicazione tra oss e dall'infermiere? È diretta o mediata da altre figure?

3.3 Partecipanti

I partecipanti sono stati i professionisti che ricoprono il ruolo (infermieri e oss), e coloro che ricoprono ruoli complementari a livelli gerarchici differenti.

Com'è stato precedentemente anticipato, le interviste sono state rivolte ai "testimoni" di ruolo d'interesse del progetto, ai coordinatori infermieristici, ed ai titolari dei ruoli che abitualmente si rapportano con esso (in appendice una traccia come esempio di intervista). Nello specifico si sono condotte 34 interviste alle seguenti figure:

Tabella 3.1 Partecipanti

Terapia Intensiva:

N. 1	COORDINATORE INFERMIERISTICO
N. 2	MEDICI
N. 2	INFERMIERI
N. 2	OSS
N. 1	RESPONSABILE ASSISTENZIALE DIPARTIMENTALE
N. 1	DIRETTORE DIPARTIMENTALE

Comparto Operatorio:

N. 1	COORDINATORE INFERMIERISTICO
N. 1	MEDICI
N. 1	PERFUSIONISTA
N. 3	INFERMIERI
N. 3	OSS
N. 1	RESPONSABILE ASSISTENZIALE DIPARTIMENTALE
N. 1	DIRETTORE DIPARTIMENTALE

Degenza:

N. 1	COORDINATORE INFERMIERISTICO
N. 2	MEDICI
N. 3	INFERMIERI
N. 3	OSS
N. 1	RESPONSABILE ASSISTENZIALE DIPARTIMENTALE
N. 1	DIRETTORE DIPARTIMENTALE

Ambulatori:

N. 1	COORDINATORE INFERMIERISTICO
N. 2	MEDICI
N. 3	INFERMIERI
N. 3	OSS
N. 1	RESPONSABILE ASSISTENZIALE DIPARTIMENTALE
N. 1	DIRETTORE DIPARTIMENTALE

Tabella 3.2 Composizione socio-anagrafica dei partecipanti

Contesto	N intervista	Gen.	Età	Anzianità lavorativa	Professione
Terapia Intensiva	1	F	49	27 (3 DA COORDINATRICE)	Coordinatore
Terapia Intensiva	2	M	36	2	Medico
Terapia Intensiva	3	M	37	6	Medico
Terapia Intensiva	4	M	36	13	Infermiere
Terapia Intensiva	5	F	29	7	Infermiere
Terapia Intensiva	6	F	34	13	Oss
Terapia Intensiva	7	M	30	9	Oss
Comparto Operatorio	8	F	41	20	Coordinatore
Comparto Operatorio	9	M	56	8	Medico
Comparto Operatorio	10	F	31	10	Perfusionista
Comparto Operatorio	11	F	30		Infermiere
Comparto Operatorio	12	M	38	3	Infermiere
Comparto Operatorio	13	F	41	18	Infermiere
Comparto Operatorio	14	F	58	22	Oss
Comparto Operatorio	15	F	51	9	Oss
Comparto Operatorio	16	F	47	20	Oss
Degenza	17	F	49	25	Coordinatore
Degenza	18	M	55	25	Medico
Degenza	19	M		7	Medico
Degenza	20	F	55	10	Infermiere
Degenza	21	M	28	3	Infermiere
Degenza	22	F	40	14	Infermiere
Degenza	23	M	35	6	Oss
Degenza	24	F	36	8	Oss
Degenza	25	F	43	5	Oss
Ambulatori	26	F	46	27 (3 DA COORDINATRICE)	Coordinatore
Ambulatori	27	F		1	Medico
Ambulatori	28	M			Medico
Ambulatori	29	F	42	13	Infermiere
Ambulatori	30	F	57	39	Infermiere
Ambulatori	31	F	50	21	Infermiere
Ambulatori	32	F	49	14	Oss
Ambulatori	33	F	59	12	Oss
Ambulatori	34	F	56	13	Oss

3.4 Procedura

Le interviste sono state condotte da due ricercatori psicologi negli uffici delle Unità Operative. Nella fase preliminare all'intervista sono stati presentati gli obiettivi di ricerca e le modalità di svolgimento. Agli intervistati è stato garantito il completo anonimato e il trattamento dei dati nel rispetto della privacy. La durata media dell'intervista è stata 40 minuti.

Analisi dei dati

Nella prima parte, *analisi qualitativa rispetto al sistema di aspettative*, verranno di seguito illustrati i contenuti emersi dall'analisi delle interviste nei quattro contesti (Terapia Intensiva, Degenza, Comparto Operatorio, Ambulatori) suddivisi in relazione al punto di vista assunto dall'intervistato nell'esprimere le aspettative. Infatti, come precedentemente indicato, ad ogni partecipante è stato chiesto di definire non solo le proprie aspettative sul ruolo in esame, ma anche le aspettative di tutti gli interlocutori con cui l'operatore socio-sanitario e l'infermiere si interfacciano.

Nella seconda parte dei risultati, *analisi quantitativa rispetto al sistema di aspettative*, per ogni categoria professionale di cui viene assunto il punto di vista, verranno illustrati il contenuto e le frequenze con cui le tipologie di aspettative sono state segnalate nelle interviste, in relazione alla categoria professionale cui l'intervistato appartiene. Il focus sono le due figure oss e infermiere. I dati sono stati analizzati attraverso uno programma informatico (MAX-QDA v.10) che permette di fare un'analisi del contenuto tematico (Mazzara, 2002) delle risposte alle domande dell'intervista.

3.5 Risultati/1 Analisi qualitativa rispetto al sistema di aspettative

Verranno esaminati i dati raccolti attraverso le interviste prima nell'U.O. di Terapia Intensiva, Degenza, Comparto Operatorio e Ambulatori. Per ogni Unità Operativa verranno analizzati tre aspetti: le percezioni rispetto al sistema di valutazione dell'oss e dell'infermiere, il sistema di aspettative sull'infermiere e il sistema di aspettative sull'oss.

3.5.1 Terapia Intensiva

LE PERCEZIONI SULLA VALUTAZIONE IN Terapia Intensiva

Tabella 3.3 PERCEZIONI SULLA VALUTAZIONE DEGLI INFERMIERI IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<p><i>“La valutazione del personale del comparto è compito della caposala e della RAD, poi, per l’amor di Dio, anche noi se ci chiedono qualcosa, qualche informazione, qualche consiglio insomma possiamo darlo, però sono loro che in primis hanno il compito della valutazione del personale.”</i></p> <p><i>“In buona sostanza l’idea che ho io è che l’infermiere prima di tutto dovrebbe giudicare se stesso, il proprio bagaglio di cultura e di competenza, non solo teorica ma competenza agita, che è un connubio che alla fine formule l’expertise che viene poi agita in un ruolo che è quello dell’infermiere.”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“Sicuramente dal medico, prima di tutto, e poi dalla caposala”</i></p> <p><i>“Io effettivamente da chi venga valutato, non glielo so dire, però penso che sicuramente, come tutti noi, si venga valutati dai colleghi, sia medici che infermieri.”</i></p>	MEDICI
<p><i>“L’infermiere risponde del proprio operato al coordinatore e ai medici”</i></p> <p><i>“In realtà i membri dell’équipe sono sempre tutti presenti, quindi l’infermiere viene sempre visto e valutato.”</i></p>	COORDINATORE INFERMIRISTICO
<p><i>“Supervisionato, sì, anche dal medico, è il nostro responsabile, a cui rispondiamo del nostro operato.”</i></p> <p><i>“Da chiunque. Dai miei colleghi, perché c’è un lavoro di équipe. Agli oss, perché lavorano con noi e quindi fanno parte di noi. Ai medici, perché lavoriamo quasi sempre con loro, che a differenza che negli altri reparti sono sempre presenti. La caposala al mattino. Penso un po’ a tutte e tre le figure che lavorano insieme.”</i></p> <p><i>“Prevalentemente al malato, Quindi prima di tutto al malato, poi è chiaro che rispondiamo ai nostri collaboratori: ovvio, per gerarchia, al medico, e poi agli oss.”</i></p>	INFERMIERI
<p><i>“Sinceramente no, non me ne sono mai accorto.”</i></p> <p><i>“Dico di sentirmi valutata da tutti perché per me è così, ma penso che lo pensino anche gli altri”</i></p>	OSS

Le percezioni sulla valutazione dell'infermiere della Terapia Intensiva sono molto diversificate tra loro. Nonostante la coordinatrice venga nominata in qualche testimonianza, le opinioni a riguardo si concentrano principalmente sui medici e sui colleghi, sia oss che infermieri. L'aspetto di valutazione riguarda anche i pazienti e i relativi parenti a cui devono rispondere gli infermieri.

Tabella 3.4 PERCEZIONI SULLA VALUTAZIONE DEGLI OSS IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<p><i>“Loro sono sicuramente più in contatto con la caposala che con la RAD, per la suddivisione dei compiti... per l'oss sicuramente è la caposala che è preminente dal punto di vista della valutazione.”</i></p> <p><i>“Per quanto riguarda gli oss, io credo che la concezione sia ancora più astratta, si sentono più estranei rispetto ai temi che abbiamo toccato prima, quindi ai parenti, al paziente, qualcuno forse vive l'ansia da prestazione quando è in collaborazione con un infermiere molto capace che li mette un po' in soggezione, però sostanzialmente la figura dell'oss si sente dipendente dal coordinatore. Questo per quanto riguarda la Terapia Intensiva nello specifico.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Qui onestamente non so dire se l'oss fa capo sola alla caposala o ad altre figure.”</i></p> <p><i>“Un po' più mediato, stesse figure. Più mediato perché c'è una certa gerarchia e comunque l'oss su certe cose si rifà all'infermiere, e viene percepita questa differenza di ruolo ma anche gerarchica“.</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“L'oss deve rispondere principalmente al coordinatore e agli infermieri, ma anche ai medici perché in questo reparto sono molto presenti”.</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Non fanno tutti così, però penso che la maggior parte sia più concentrata sulla parte tecnica che sulla parte relazionale. Magari perché si sentono fuori dall'équipe, oppure pensano che tu sei responsabile del paziente e loro sono estranei. Secondo me è una cosa che non dovrebbe esistere perché l'équipe è formata anche da loro.”</i></p> <p><i>“Un po' più mediato, stesse figure. Più mediato perché c'è una certa gerarchia e comunque l'oss su certe cose si rifà all'infermiere, e viene percepita questa differenza di ruolo ma anche gerarchica. C'è una certa gerarchia ecco, di responsabilità.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<p><i>“Non mi sento valutato, non ho mai avvertito.”</i></p> <p><i>“A tutta l’équipe, a partire dall’infermiere perché l’infermiere lavora con te, nel momento in cui c’è collaborazione si fida di te”</i></p> <p><i>“E poi anche dalla caposala, che quando manca il materiale c’è collaborazione, e non è cosa da poco.”</i></p>	<p>OSS</p>
---	------------

Anche a proposito della valutazione dell’oss, nelle interviste non emerge con chiarezza a chi spetti tale valutazione. Viene nominata la coordinatrice infermieristica, ma si pensa che l’oss debba rispondere del proprio operato in primis all’infermiere col quale è in stretta collaborazione, ma anche ai medici ed ai pazienti.

In base alle testimonianze raccolte, in Terapia Intensiva non viene identificata con chiarezza la figura che ha il compito di valutare il personale infermieristico, anche se le opinioni prevalenti possono essere ricondotte alla scala gerarchica medico-infermiere-oss. Per entrambe le figure professionali, ci si aspetta che rendano conto del proprio operato a tutti i membri dell’équipe, indipendentemente dal ruolo.

LE ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELL'INFERMIERE IN Terapia

Intensiva

Tabella 3.5 ASPETTATIVE DA PARTE DELL'OSS VERSO INFERMIERE IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<i>“È chiaro che la collaborazione io credo se la aspettino, perché dove prima c'erano, per esempio, tre infermieri, ora ci sono due infermieri e un oss, e quindi alcuni aspetti devono essere delegati.”</i>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<i>“sicuramente da parte degli infermieri c'è una guida su certe cose ed è importante la collaborazione.”</i> <i>“Buona integrazione tra i due ruoli”</i>	MEDICI
<i>“Maggiore comprensione (anche se questa esigenza dipende dalla sensibilità personale a tale fattore).”</i>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<i>“Si aspettano valorizzazione e comprensione, e sicuramente un atteggiamento in positivo di chi vuole conseguire un ordine e un azione. Nel senso che anche per loro come per gli infermieri vale un certo automatismo, ogni figura è cosciente e consapevole del lavoro che deve svolgere, e anche se c'è una scala gerarchica, in una Terapia Intensiva è tutto abbastanza codificato”.</i> <i>“Si aspettano che l'infermiere sia a conoscenza del loro lavoro, e renda conto del lavoro che loro autonomamente, senza la caposala né il medico, svolgono giornalmente.”</i>	INFERMIERI
<i>“La figura dell'oss nasce come supporto per l'infermiere, noi aiutiamo gli infermieri, siamo a stretto contatto con l'infermiere, anche nell'avvicinarci al paziente, nel fare le manovre, facciamo tutto con l'infermiere. Sul paziente è sempre e comunque con l'infermiere.”</i>	OSS

L'infermiere di Terapia Intensiva è colui che guida l'oss nello svolgimento delle attività, è colui che delega alcuni aspetti dell'assistenza ed è colui che ne risponde direttamente. Oss e infermieri devono essere tra loro interdipendenti, devono collaborare e stare a stretto contatto, tra le due categorie ci deve essere una forte intesa professionale che deve garantire una sorta di automatismo nello svolgimento delle attività. A tal fine, l'infermiere deve essere cosciente e consapevole del proprio ruolo ed allo stesso tempo deve valorizzare il lavoro dell'oss, verso il quale dovrebbe mostrarsi più comprensivo.

Tabella 3.6 ASPETTATIVE DA PARTE DEL COORDINATORE VERSO INFERMIERE IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<p><i>“Essere capita nella mia difficoltà di prendere delle decisioni difficili”</i></p> <p><i>“L’aspettativa dal punto di vista professionale è sapere che tu hai tutto personale preparato e competente”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“La capacità di stare bene nel gruppo, di riuscire a lavorare bene, e poi la serietà su certe cose.”</i></p> <p><i>“Cercare di rendere sempre più attivo l’infermiere”</i></p> <p><i>“Secondo me in Terapia Intensiva c’è questo rapporto di interscambio che è molto importante, sia sulle cose serie che sulle piccole cose.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Il coordinatore si aspetta che l’inferme lo chiami per la risoluzioni dei problemi, mediazione tra i medici . Si aspetta coinvolgimento emotivo nelle dinamiche personali.”</i></p> <p><i>“Quotidianamente tutta l’équipe (medici, coordinatore, infermieri, oss) si riunisce al momento del briefing, incontro durante il quale si discute insieme delle problematiche organizzative e dell’andamento delle diverse attività. C’è una forte integrazione tra oss e infermieri. “</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Che facciamo bene il nostro lavoro, che facciamo lavoro di gruppo, che ci sia armonia nel gruppo, perché se ci sono dei contrasti diventa difficile, anche per il paziente stesso, vivere in armonia. Si aspetta che se ci sono dei problemi glielo facciamo presente in modo che lei possa risolvere, se può. Che ci sia armonia anche con i medici, lei fa da tramite e dovrebbe aiutarci anche in quello.”</i></p> <p><i>“Che facciamo bene il nostro lavoro, che facciamo lavoro di gruppo, che ci sia armonia nel gruppo, perché se ci sono dei contrasti diventa difficile, anche per il paziente stesso, vivere in armonia. Si aspetta che se ci sono dei problemi glielo facciamo presente in modo che lei possa risolvere, se può. Che ci sia armonia anche con i medici”</i></p> <p><i>“Si aspetta collaborazione tra le diverse figure.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“È chiaro che l’infermiere ha più responsabilità, ha un ruolo più... i ruoli sono diversi. La caposala ha più aspettative sull’infermiere rispetto all’oss perché fa un lavoro più particolare: la terapia...”</i></p> <p><i>“Rendere l’équipe più avviata e più unita”</i></p>	<p>OSS</p>

L’aspettativa principale della coordinatrice nei confronti dell’infermiere è il mantenimento di un clima armonico all’interno del gruppo di lavoro: a tal fine, la coordinatrice si aspetta la collaborazione tra tutte le figure professionali, la

valorizzazione dei diversi ruoli, la partecipazione attiva dell'infermiere alle riunioni di équipe. Si aspetta inoltre di essere informata in caso di problemi, ed in particolare vuole essere coinvolta nel mediare la relazione con i medici. Si aspetta inoltre che gli infermieri siano preparati e competenti, che si avvicinino al lavoro con serietà e che siano efficienti nell'organizzare e nello svolgere le varie attività.

Tabella 3.7 ASPETTATIVE DA PARTE DEI MEDICI VERSO INFERMIERE IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<p><i>“Da questa affidabilità professionale ne deriva l'affidabilità della persona, per cui prima di tutto la loro valutazione e la loro aspettative è che la persona sia dal punto di vista professionale ineccepibile, Anche perché l'affidabilità di un infermiere in Terapia Intensiva fa la differenza sulla vita e sulla morte del paziente.”</i></p> <p><i>“Il medico ha delle aspettative più sulla capacità dell'infermiere di essere predittore di problematiche”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Chi fa l'infermiere in Terapia Intensiva deve essere una figura che ha qualcosa in più.”</i></p> <p><i>“l'infermiere deve essere attaccato al malato, meno momenti di riposo, non viene richiesto un atteggiamento passivo nei confronti del malato. Quindi a volte lo stesso infermiere è obbligato a risolvere un determinato problema”</i></p> <p><i>“Autonomia nel scegliere alcune cose anche dal punto di vista terapeutico.”</i></p> <p><i>“Se ci sono dei problemi seri, io preferisco parlarne con l'infermiere, proprio perché l'atteggiamento deve essere attivo e non passivo, anche perché l'infermiere sta su quel paziente”</i></p> <p><i>“Sicuramente l'andamento del malato lo conosce più lui di me, nell'arco della giornata.”</i></p> <p><i>“Poi ci deve essere la capacità di rendersi conto in che situazione lavoriamo, sia come tempi che come, quando il malato è in condizione di instabilità i tempi...ci vuole la sveltezza di capire la criticità e di conseguenza la rapidità di risposta che dobbiamo avere.”</i></p> <p><i>“Deve avere una preparazione specifica sul malato critico in rianimazione”</i></p> <p><i>“La capacità di lavorare in team, perché nell'urgenza è fondamentale”</i></p> <p><i>“Bisogna capirsi un po' al volo, e ciò presuppone una preparazione.”</i></p> <p><i>“Ma soprattutto la cosa più importante è la capacità di capire come si trova il paziente: se è una condizione di pre-instabilità e di pericolo, in</i></p>	<p>MEDICI</p>

<p><i>questo contesto l'infermiere deve avere la capacità di rendersi conto di quello.”</i></p> <p><i>“Il medico è una presenza molto costante, però non possiamo vedere tutto in ogni momento, è l'infermiere ci dà degli input, ci pone in allarme. E dal punto di vista umano, la capacità di lavorare in team, ha un grandissimo ruolo in ambito critico (ed è una cosa che apprezzo molto) la capacità di entrare in relazione con i pazienti, perché spesso qui i pazienti vivono in solitudine (anche se siamo una Terapia Intensiva aperta e ci sono anche i parenti) delle condizioni critiche pesanti per loro”</i></p> <p><i>“E è sempre a contatto con l'intimità del paziente, proprio perché lo lava, diventa dipendente dall'infermiere.”</i></p> <p><i>“Autoselezione, non selezione. Probabilmente è dovuto anche al fatto che, essendo il lavoro più difficile, più pesante, spesso vengono selezionate anche le persone cui piace questo tipo di attività. A Terapia Intensiva fanno anche tante notti, alcune poi hanno 50 anni, e non è che stanno lì a dormire”</i></p> <p><i>“I ruoli più delicati, anche professionalmente (es: Terapia Intensiva, turni notturni), nei quali viene messo a dura prova anche il tuo carattere.”</i></p>	
<p><i>“I medici si aspettano professionalità, capacità di giudizio e risoluzione dei problemi”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“In questa Unità Operativa danno molta autonomia a noi infermieri, credo che abbiano una buona aspettativa. Affidano il paziente nelle nostre mani, questa è una buona cosa.”</i></p> <p><i>“Focalizzandoci nel contesto, penso che si aspettano che gli ordini vengano eseguiti nel minor tempo, più velocemente possibile, e che ci si attenga all'ordine.”</i></p> <p><i>“Che vengano recepiti con la maggior fluidità i vari ordini che vengono dati di volta in volta”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Per quel che riguarda la terapia del paziente comunica di più con l'infermiere”</i></p>	<p>OSS</p>

Della testimonianze emerge come i medici abbiano delle aspettative molto alte sugli infermieri di Terapia Intensiva, poiché ritengono che tale ruolo sia fortemente impegnativo in termini di carico e di stress, e che quindi solo gli infermieri più competenti e appassionati riescano a superare questa sorta di “autoselezione”. Fondamentale in questo contesto è la preparazione clinica dell'infermiere, la capacità di riconoscere le condizioni di criticità e la rapidità e la tempestività nel reagire in caso

di urgenza. L'infermiere è infatti colui che assiste costantemente il paziente, è colui che ne conosce approfonditamente la storia clinica, è colui col quale il medico si confronta nel prendere le decisioni terapeutiche ed è colui che talvolta deve prendere tali decisioni in autonomia. Il medico si aspetta non solo che l'infermiere reagisca tempestivamente all'urgenza, ma anche che sappia anticipare le azioni del medico ed agisca di conseguenza, in modo da creare e mantenere una risposta non solo rapida ma anche "automatica" e "fluida" di tutti i membri dell'équipe. Per i medici le capacità relazionali sono importanti non solo per la necessità di lavorare in équipe, ma anche per la relazione che deve instaurare col paziente.

Tabella 3.8 ASPETTATIVE DA PARTE DEI PAZIENTI E FAMIGLIARI VERSO INFERMIERE IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<p><i>“Anche l’infermiere parla e dà notizie ai famigliari, chiaramente le notizie ufficiali le dà il medico, però anche l’infermiere, si trova lì, si crea la relazione, si parla”</i></p> <p><i>“L’infermiere viene visto come colui che si prende cura del malato, con capacità e professionalità, in équipe col medico e seguendo quello che lui dice, e soprattutto quello che è importante e che loro percepiscono è la relazione, il prendersi cura anche fisicamente del proprio malato, l’attenzione particolare perché qui è fondamentale, anche per le banalità, anche il modo con cui ci si rapporta viene apprezzata, visto, osservato dai famigliari, la gentilezza, la cura...”</i></p> <p><i>“Le aspettative secondo me cambiano molto dalla situazione: se il paziente va bene e ha un decorso regolare, il parente difficilmente instaura un gran rapporto con l’infermiere. Il rapporto cambia quando i pazienti iniziano a stare qua più tempo, anche due o tre mesi è successo, quindi a quel punto si instaura anche un rapporto più stretto tra familiare e infermiere, piuttosto che tra medico e familiare, proprio perché l’infermiere rimane sempre quello, e in tre mesi il familiare riesce a conoscerli tutti. In questi casi a volte il familiare cerca il conforto nell’infermiere, cerca di capire e di farsi dire se secondo lui ci sono stati dei cambiamenti o dei miglioramenti, se è una situazione stabile...”</i></p> <p><i>“Contenimento emotivo”</i></p> <p><i>“Invece in Terapia Intensiva il paziente sta meno bene, il parente è emotivamente più coinvolto perché entra e quindi nota di più se l’infermiere è umanamente positivo. Lo nota il paziente ed anche loro.”</i></p>	MEDICI

<p><i>“Il massimo nell’assistenza, maggiore comprensione, umanità, coinvolgimento e trasporto emotivo.”</i></p> <p><i>“L’infermiere ha un coinvolgimento più intenso perché trasmette informazioni più rilevanti dal punto di vista emotivo.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Noi siamo la figura di riferimento, quindi si aspettano un po’ di tutto, rapporto, che siamo gentili, professionalità.”</i></p> <p><i>“I pazienti si aspettano una persona molto presente e con una presenza partecipata, non solo attenta all’aspetto tecnico. Anzi l’aspetto tecnico impaurisce molto e deve essere un aspetto a volte un po’ nascosto, l’infermiere deve riuscire a relazionarsi ma con trasporto, perché soprattutto in questo contesto di ansia e di cura viene percepito”</i></p> <p><i>“Devono sentirsi liberi di chiedere, di vedere”</i></p> <p><i>“Per loro è difficile anche distinguere le figure professionali, noi non è che ci teniamo particolarmente a distinguere, noi crediamo appunto alla logica del gruppo. In particolare per i famigliari, perché l’accoglienza ai famigliari viene fatta... la può fare l’oss, l’infermiere o il medico. Dopo è chiaro che avvicinano di più con l’infermiere...”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Chiedono informazioni”</i></p> <p><i>“I famigliari sono in un periodo già abbastanza difficile, sono stressati, ansiosi, preoccupati. Si aspettano molto contenimento emotivo.”</i></p> <p><i>“Sinceramente molti famigliari non capiscono bene chi è l’oss, chi è l’infermiere, chi è il medico”</i></p>	<p>OSS</p>

Il ruolo dell’infermiere di Terapia Intensiva è fondamentale nel mediare la relazione non solo con il paziente, ma soprattutto coi famigliari. Con la recente apertura della Terapia Intensiva ai parenti, l’infermiere, essendo sempre fisicamente presente al letto del paziente, è diventato la figura principale che interagisce col famigliare, è colui che fornisce informazioni cliniche di forte impatto psicologico, e dal quale ci si aspetta anche conforto e contenimento emotivo. L’assistenza che dà al paziente non è solo clinica (per la quale comunque è attesa la massima efficienza), ma anche psicologica, quindi ci si aspetta gentilezza, sensibilità, “presenza partecipata”.

Tabella 3.9 ASPETTATIVE DA PARTE DELLA RAD VERSO INFERMIERE IN Terapia Intensiva

	<p>INTERVISTATO</p>
<p><i>“Noi stessi come professionisti non siamo ben consapevoli della nostra potenzialità, per tanti motivi. Primo fa tutti, perché essere consapevoli significa poi essere responsabili.”</i></p> <p><i>“Cercando di far fare alle oss alcuni aspetti dell’assistenza che</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>

<p><i>possono essere delegati dal personale infermieristico.”</i></p> <p><i>“Credo che il professionista infermiere abbia un capitale inespresso ancora tutto da sondare, da conoscere, da sapere. Primo fa tutti, perché essere consapevoli significa poi essere responsabili. Si presuppone una presa di coscienza in tutte le azioni che tu fai, ponderata e molto diversa da quella che è una presa di coscienza legata a dei compiti.”</i></p> <p><i>“Le mie aspettative sono inevitabilmente altissime sugli infermieri che lavorano in Terapia Intensiva, perché oltre che ad avere come obbligo quotidiano quello di essere sempre molto formati, molto competenti, molto capaci di gestire l'emergenza, per forza di cose mi aspetto che questo meccanismo di apertura al cambiamento continuo sia anche un meccanismo di apertura mentale che ti rende pronto a fare quel salto qualitativo che altri fanno fatica a fare.”</i></p>	
<p><i>“La visione che ha è molto mediata dai feedback che vengono dalla caposala, quindi non saprei dire.”</i></p> <p><i>“Secondo me l'aspettativa potrebbe essere quella di avere delle persone sempre più formate e in grado, ovviamente nei limiti, di poter coprire più ruoli”</i></p> <p><i>“Ritengo che le esigenze che la RAD dovrebbe avere, ma che anche le caposala e che secondo me non hanno, è di integrare maggiormente il nostro Dipartimento.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Oss e infermieri fanno parte di un unico gruppo e provano le stesse emozioni.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Sa apprezzare soprattutto il gruppo che si è creato negli anni, e ha piacere che questo si mantenga”</i></p> <p><i>“Le aspettative sono alte e soprattutto legate al gruppo. Se fosse un'altra RAD, si aspetterebbe che non ci fossero malattie, turni ben coperti e con pochi buchi, però una RAD che è stata infermiera e caposala di questo reparto penso abbia molto più a cuore la parte legata al gruppo e alle dinamiche del gruppo.”</i></p> <p><i>“Un'équipe che co-costruisce e collabora insieme? Assolutamente, e che porta avanti dei progetti.”</i></p> <p><i>“Coprire tutti i turni e di andare dove c'è bisogno”</i></p> <p><i>“Una figura lontana da noi. Lei deve dar retta al Direttore, fa le sue veci ed è distante da noi. È venuta una volta da noi, ha fatto una riunione perché aveva bisogno di personale in altri reparti. Da noi la vedo distante, da noi come infermieri, poi c'è la caposala che deve far riferimento a lei.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<p><i>“L’infermiere fa un lavoro un po’ più, non difficile, ma comunque responsabile”</i></p> <p><i>“Le aspettative della RAD e della caposala si concentrano sulla collaborazione, perché così anche le difficoltà vengono affrontate con un po’ più di leggerezza.”</i></p> <p><i>“Sdrammatizzare”</i></p>	OSS
--	-----

Mentre nelle testimonianze raccolte nelle altre Unità Operative emerge come la RAD sia interessata principalmente alla copertura dei turni lavorativi, in Terapia Intensiva le aspettative riguardano soprattutto il mantenimento di un buon clima di gruppo. Ciò potrebbe dipendere dal fatto che in passato la RAD è stata la coordinatrice del reparto, e conosce personalmente il personale e il tipo di difficoltà cui può essere sottoposto. Tali aspettative, nello specifico, riguardano la collaborazione tra le varie figure professionali e la co-costruzione e condivisione degli obiettivi. La RAD si aspetta, inoltre, una rapida elaborazione del lutto condivisa all’interno del gruppo di lavoro, il superamento autonomo di tale evento critico, magari affrontandolo con leggerezza o cercando di sdrammatizzare la situazione all’interno dell’équipe. Si aspetta inoltre del personale molto competente, consapevole e responsabile, adeguatamente formato ed in grado di reagire adeguatamente all’emergenza.

Tabella 3.10 ASPETTATIVE DA PARTE DEL DIRETTORE VERSO INFERMIERE IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<p><i>“Io credo che sia giusto investire dal punto di vista della formazione, della cultura”</i></p> <p><i>“Poi è chiaro che c’è una volontà di fare un periodo anche negli altri reparti, nelle altre articolazioni, in modo di avere anche dei vantaggi dal punto di vista delle malattie, etc., uno va in un posto e sa già più o meno quello che deve fare, senza dipendere completamente”</i></p> <p><i>“Le sue aspettative sono sicuramente quelle di avere intorno a lui delle persone fidate e affidabili, e soprattutto che amino il loro lavoro, questa è la sua aspettativa maggiore.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>

<p><i>“Io onestamente non lo so, penso che per lui se si riuscisse a fare un qualcosa di più unitario e che funzioni tutto assieme, come avevo detto per la RAD, potrebbe essere una cosa positiva anche per lui”</i></p> <p><i>“Obiettivamente le aspettative sono sempre mediate da noi, chi ha il polso ed è a diretto contatto con l’infermiere siamo noi. Chi sta sopra, percepisce il lavoro complessivo che gli viene rimandato dalla caposala e dai medici.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“È una figura assente”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Il Dipartimento è diventato un’azienda, il Direttore guarda il risultato finale. Io non so neanche se mi conosce o sa che ci sono. Secondo me guarda il risultato finale e che tutto funzioni. Le aspettative sono di arrivare all’obiettivo.”</i></p> <p><i>“Guarda il risultato finale e che tutto funzioni. Le aspettative sono di arrivare all’obiettivo.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Lui si aspetta che tutto funzioni bene sia da parte del medico, sia da parte dell’infermieristico che dagli oss. Ne giova il reparto e poi il paziente che è la cosa fondamentale.”</i></p> <p><i>“Io l’ho visto poche volte. Il rapporto l’ha con la RAD e coi medici, si occupa di statistiche, di operazioni, di dove mandare i pazienti. Io magari essendo tra le più giovani..può darsi che non sappia neppure il mio nome, l’ho visto un paio di volte. Mentre in Terapia Intensiva la collaborazione è presente, anche con la RAD, lui magari collabora più coi chirurghi e la caposala a la RAD.”</i></p>	<p>OSS</p>

A differenza della RAD, il Direttore è percepito come una figura molto assente e disinteressata al personale, che non ha con loro un contatto diretto. Le aspettative del Direttore riguardano la produttività e l’efficienza del reparto, il mantenimento di un certo ritmo di lavoro in concomitanza alle esigenze delle altre Unità Operative. Il Direttore si aspetta infermieri adeguatamente formati, affidabili e che svolgono il proprio lavoro con serietà e passione.

L’infermiere di Terapia Intensiva gode di un’elevata considerazione professionale da parte di tutte le figure con cui interagisce. L’infermiere ha un’ottima preparazione clinica, che gli permette di conoscere e valutare adeguatamente le condizioni del paziente, confrontarsi col medico in termini di terapia e di intervenire direttamente quando necessario. L’infermiere sa reagire adeguatamente all’emergenza, sa capire e anticipare le mosse del medico e coordinare di conseguenza il proprio lavoro e quello dell’oss, garantendo una risposta fluida e tempestiva. L’infermiere è costantemente

presente al letto del paziente, e perciò entra in relazione non solo con egli ma soprattutto con il familiare, al quale fornisce informazioni cliniche ma anche supporto emotivo.

L'infermiere è fondamentale nel mantenere la cooperazione all'interno del gruppo di lavoro, non solo per la sua diretta collaborazione col medico ma anche per la sua funzione di "tutor" sull'oss, del quale organizza il lavoro e del quale cerca di valorizzare la competenza professionale. Compito dell'infermiere, come di tutti i membri dell'équipe, è la sdrammatizzazione e l'elaborazione collettiva del lutto, in caso di morte di un paziente.

LE ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELL'OSS IN Terapia Intensiva

Tabella 3.11 ASPETTATIVE DA PARTE DELL'INFERMIERE VERSO OSS IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<p><i>“Si aspettano, io credo, la collaborazione, tenendo presente che poi dopo mica tutti sono sullo stesso piano o hanno lo stesso livello di preparazione. È chiaro che con determinate persone pretendono un pochino di più perché sanno che si possono fidare, possono delegare alcuni aspetti, ovviamente in seguito alla loro presenza.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Sicuramente ci vuole una buona integrazione tra i due ruoli, perché comunque qui lavorano molto a stretto contatto, non in tutti i reparti è così. Qui c'è comunque un coinvolgimento anche sulla cura del malato da parte degli oss, sicuramente da parte degli infermieri c'è una guida su certe cose ed è importante la collaborazione.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Collaborazione (forse anche troppa), si aspettano che siano sempre con loro, li caricano di aspettative. Vorrebbero una costante presenza.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Io penso che se ognuno fa il suo lavoro nel modo giusto, l'unica aspettativa è quella lì. Io non mi pongo mai il problema, non mi faccio delle domande.”</i></p> <p><i>“L'infermiere lavora con te, nel momento in cui c'è collaborazione si fida di te, perché noi oss alcune cose non le possiamo fare, non sono nel mansionario, ma l'occhio clinico c'è.”</i></p> <p><i>“Si aspetta da noi di vedere anche oltre il nostro ruolo, nei limiti perché comunque non possiamo fare delle manovre che non ci competono, come il prelievo, somministrare la terapia... Però l'occhio clinico sì, come se per esempio il paziente all'improvviso cambia colore, perché i parametri non vanno bene...il monitor lo possiamo leggere anche noi, anche in quello ci vorrebbe un tirocinio, perché in questo reparto l'oss ha bisogno di più tempo per potersi muovere da solo. L'oss, immaginatevi l'infermiere che è ancora più complesso.”</i></p> <p><i>“Sta all'infermiere la conoscenza e il fidarsi o non fidarsi, è come in una relazione di amicizia, che si crea con la stima e con l'affinità.”</i></p> <p><i>“Alla fine non si tratta di fare delle cose per alleggerire il loro lavoro, ma di fare delle cose per incrementare il benessere e la professionalità.”</i></p>	<p>OSS</p>

In Terapia Intensiva oss e infermiere lavorano a stretto contatto, per cui una delle aspettative ricorrenti nelle testimonianze è la collaborazione, l'interscambio tra le due figure professionali. Nonostante la mansione dell'oss sia prettamente tecnica, in Terapia Intensiva viene coinvolto anche nella cura del paziente, gli viene richiesto quell'"occhio clinico" (ovvero la capacità di notare e valutare eventuali variazioni nei parametri del paziente) che, nonostante non faccia parte del mansionario, facilita un corretto monitoraggio del paziente. L'oss deve inoltre saper reagire tempestivamente in caso di peggioramento delle condizioni cliniche del paziente. L'oss di Terapia Intensiva viene quindi formato anche per attività che vanno oltre la sua figura professionale, ma che gli permettono di guadagnarsi la fiducia da parte dei colleghi e la concessione di autonomia nello svolgimento del proprio lavoro. L'oss dovrebbe inoltre cercare di instaurare una relazione con l'utente.

Tabella 3.12 ASPETTATIVE DA PARTE DEL COORDINATORE VERSO OSS IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<p><i>"Essere capita nella mia difficoltà di prendere delle decisioni difficili"</i></p> <p><i>"L'aspettativa dal punto di vista professionale è sapere che tu hai tutto personale preparato e competente"</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>"Secondo me in Terapia Intensiva c'è questo rapporto di interscambio che è molto importante, sia sulle cose serie che sulle piccole cose"</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>"Quotidianamente tutta l'équipe (medici, coordinatore, infermieri, oss) si riunisce al momento del briefing, incontro durante il quale si discute insieme delle problematiche organizzative e dell'andamento delle diverse attività. Partecipano a tale riunione tutte le figure, anche gli oss partecipano attivamente."</i></p> <p><i>"C'è una forte integrazione tra oss e infermieri. Gli oss godono di un'alta considerazione e di un giudizio molto positivo: è una figura sulla quale si fa molto affidamento."</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>"Non vorrei dire che le aspettative per gli infermieri siamo a un livello maggiore, su piani differenti ma credo che le aspettative dovrebbero essere uguali, nel senso che il lavoro è svolto da tutti."</i></p> <p><i>"Che facciamo bene il nostro lavoro, che facciamo lavoro di gruppo, che ci sia armonia nel gruppo, perché se ci sono dei contrasti diventa difficile, anche per il paziente stesso, vivere in armonia. Si aspetta che se ci sono dei problemi glielo facciamo presente in modo che lei possa risolvere, se può. Che ci sia armonia anche con i medici"</i></p> <p><i>"Per me l'oss è una figura che deve essere parte dell'équipe"</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<p><i>“È chiaro che l’infermiere ha più responsabilità, ha un ruolo più... i ruoli sono diversi. La caposala ha più aspettative sull’infermiere rispetto all’oss perché fa un lavoro più particolare: la terapia...”</i></p> <p><i>“Rendere l’équipe più avviata e più unita, se anche l’oss ha l’occhio clinico, anche per lei va tutto a buon fine, prima di tutto per il paziente, ma anche perché quando si lavora bene si crea un buon risultato, qualsiasi problema viene affrontato al meglio secondo me.”</i></p>	OSS
---	-----

Le aspettative della coordinatrice nei confronti dell’oss riguardano principalmente il mantenimento di un buon clima e della cooperazione all’interno dell’équipe. La coordinatrice si aspetta interscambio e cooperazione tra tutti i membri dell’équipe, in particolare tra oss e infermiere, e si aspetta di essere avvisata in caso di difficoltà, in particolare se sono coinvolti anche i medici. A differenza degli altri reparti, l’oss è coinvolto e deve partecipare attivamente alle riunioni d’équipe. È inoltre una figura professionale considerata come preparata, competente ed efficiente.

Tabella 3.14 ASPETTATIVE DA PARTE DEI MEDICI VERSO OSS IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<p><i>“Credo di no, credo che, fatto salvo delle mansioni specifiche, non ci siano delle differenze fondamentali. Secondo me sono sullo stesso piano dal punto di vista... diciamo che... fatto salvo ovviamente delle attività che sono specifiche dei ruoli, credo che non ci siano problemi.”</i></p> <p><i>“Stessa cosa ma ovviamente a un livello più basso sugli oss, poi per loro le aspettative sono soprattutto dal punto di vista tecnico, per cui se chiedo ad un oss “Mi porti il set per le intubazioni di emergenza” mi porta quello giusto e non mi porta un’altra roba.”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“Dagli oss mi aspetto come dagli infermieri una certa fluidità nel meccanismo, per cui che anche loro svolgano bene il proprio ruolo.”</i></p> <p><i>“Anche dall’oss se c’è bisogno l’ho sempre visto attivo nel suo ruolo. Se c’è bisogno, se c’è da aprire un pacchetto di garze sterili l’oss è in grado e lo fa, intanto che medico e infermiere sono impegnati a fare altre cose, può essere una mano in più.”</i></p> <p><i>“C’è tutto il lavoro di preparazione che noi non vediamo e non percepiamo molto. Il lavoro in certe condizioni in équipe prevede anche gli oss.”</i></p> <p><i>“Ci sono certi automatismi, ognuno ha il suo compito e sa che deve fare questo”</i></p> <p><i>“Dagli oss mi aspetto come dagli infermieri una certa fluidità nel</i></p>	MEDICI

<i>meccanismo, per cui che anche loro svolgano bene il proprio ruolo.”</i>	
<i>“Mancato riconoscimento del valore del proprio lavoro, rispetto ed educazione.”</i>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<i>“Sì, dell’oss è minore. Magari la prima figura che gli viene in mente se deve chiedere qualcosa è l’infermiere, non l’oss, è un po’ messo in secondo piano. Per questo ti dicevo che secondo me loro si sentono un po’ tagliati fuori.”</i> <i>“Che ci rendiamo conto della loro importanza prima di tutto, della differenza che c’è tra un certo tipo di lavoro svolto da un oss rispetto a quello svolto da un altro, di in lavoro svolto con un certo criterio. Si aspettano valorizzazione e comprensione, e sicuramente un atteggiamento in positivo di chi vuole conseguire un ordine e un azione.”</i> <i>“Con gli oss per gli aspetti tecnici”</i>	INFERMIERI
<i>“Si tratta del materiale, delle cartelle degli operati, se non le ha le andiamo a prendere. Noi oss ci occupiamo più di questo. Poi però nel momento in cui arriva l’operato dalla sala, vicino al posto letto ci sono tutti: ci sono gli infermieri, il medico e l’oss”</i>	OSS

Nelle varie Unità Operative, la Terapia Intensiva è il contesto nel quale i medici danno maggior valore e riconoscimento professionale alla figura dell’oss. Nonostante le aspettative riguardino essenzialmente mansioni di tipo tecnico-operativo, i medici si aspettano un oss presente e attivo, non solo al servizio dell’infermiere ma anche al loro, si aspettano un professionista competente che sappia rendersi utile e facilitare l’efficienza e la “fluidità” dell’esecuzione delle diverse attività. Gli oss vengono quindi riconosciuti come parte integrante dell’équipe, anche se, stando ad alcune testimonianze degli infermieri, il fatto che il primo punto di riferimento del medico sia comunque l’infermiere, questo potrebbe far sentire l’oss come una figura di secondo piano, marginale all’interno dell’équipe.

Tabella 3.16 ASPETTATIVE DA PARTE DEI PAZIENTI E FAMILIARI VERSO OSS IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<p><i>“I pazienti credo che non si rendano conto di molte differenze”</i></p> <p><i>“L’accoglienza, l’unica aspettativa che hanno.”</i></p> <p><i>“Il personale deve essere invece capace di leggere tutti questi segnali come l’unica espressione dell’unico sentimento che loro hanno veramente, cioè la paura della morte e del dolore. Questa è l’unica cosa. Per cui penso che sia da parte dei parenti che dei pazienti l’unica aspettativa che hanno è quella di essere accolti in un ambiente familiare”</i></p> <p><i>“Per cui l’elemento umano è ciò che fa la differenza, quindi l’accoglienza penso che sia veramente l’unica aspettative che loro hanno. A seguire, essere curati bene, guarire, ma la prima cosa che loro si aspettano è quella.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Anche per gli oss l’aspetto relazionale è importante, deve sempre dare da mangiare, lavarlo eccetera, presuppone delle relazioni importanti, soprattutto per i pazienti che stanno qui a lungo, c’è un coinvolgimento da parte di tutti: medici, infermieri e oss. Pazienti e familiari, anche lì l’aspetto della relazione umana è fondamentale.”</i></p> <p><i>“Il modo con cui ci si rapporta viene apprezzata, visto, osservato dai familiari, la gentilezza, la cura...”</i></p> <p><i>“Secondo me non c’è questo rapporto perché fisicamente l’oss non sta sul malato”</i></p> <p><i>“Io non sono sicuro che pazienti e familiari avvertano sempre la differenza tra oss e infermiere”</i></p> <p><i>“Sono relazionali in Terapia Intensiva”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Gli oss sono il gradino più basso della piramide perché parlano di cose meno importanti col paziente. Si aspettano educazione e riconoscimento.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Però penso che una parola di conforto anche a loro se la aspettano. Sia dall’oss che dall’infermiere, secondo me è indifferente, perché siamo anche vestiti uguali.”</i></p> <p><i>“Qui dentro siamo tutti vestiti uguali, e al paziente che tu sei un oss o un infermiere poco interessa.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<p><i>“I famigliari sono in un periodo già abbastanza difficile, sono stressati, ansiosi, preoccupati. Si aspettano molto contenimento emotivo.”</i></p> <p><i>“Sinceramente molti famigliari non capiscono bene chi è l’oss, chi è l’infermiere, chi è il medico. Tutti abbiamo la divisa verde e fanno un po’ fatica a distinguere.”</i></p> <p><i>“Si aspettano molto contenimento emotivo.”</i></p> <p><i>“Poi magari se è un’informazione che non posso dargli io vado dal medico o dall’infermiere a riferirgli la domanda.”</i></p> <p><i>“A volte c’è quel parente che vuole fare mille domande e io rispondo per ciò che mi compete”</i></p>	OSS
---	-----

Attraverso un’analisi delle testimonianze, pazienti e famigliari non distinguono la figura dell’oss dall’infermiere. Da entrambe le categorie, si aspettano accoglienza, gentilezza, sensibilità, empatia. Soprattutto nei casi di pazienti lungodegenti, l’oss deve essere in grado di instaurare una relazione col paziente e coi parenti, deve offrire conforto e contenimento emotivo, deve dare risposte, per ciò che gli compete, alle domande che gli vengono poste, oltre, ovviamente, ad offrire una buona qualità dell’assistenza.

Tabella 3.17 ASPETTATIVE DA PARTE DELLA RAD VERSO OSS IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<p><i>“Io credo che siano di ottenere dei vantaggi di tipo organizzativo, per esempio la sostituzione di personale infermieristico con oss riguardo determinati aspetti dell’assistenza, e questo consente di risparmiare un po’ di personale, cercando di far fare alle oss alcuni aspetti dell’assistenza che possono essere delegati dal personale infermieristico.”</i></p> <p><i>“Io ho lottato tantissimo affinché gli oss, da meri persone che facevano le pulizie e spolveravano i suppellettili, diventassero persone accanto all’infermiere nell’assistenza al paziente critico in Terapia Intensiva. Ho rivoluzionato tutto il loro modo di lavorare, compreso anche inserendo una componente di gestione dei presidi”</i></p> <p><i>“Persone estremamente affidabili, molto motivate, molto capaci.”</i></p> <p><i>“Sono diventati aiutanti molto importanti, perché senza di loro tante manovre non le fanno più perché l’assistenza è stata ridimensionata e di conseguenza adesso la fanno un infermiere e un oss, in tutte le attività.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>

<i>“Non su può lavorare a dipartimenti stagni, io non posso lavorare senza sapere cosa accade su. Secondo me l’aspettativa potrebbe essere quella di avere delle persone sempre più formate e in grado, ovviamente nei limiti, di poter coprire più ruoli.”</i>	MEDICI
<i>“Oss e infermieri fanno parte di un unico gruppo e provano le stesse emozioni.”</i>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<i>“Perché si parla di RAD solo se ci sono dei casini a livello di personale.”</i> <i>“Intanto è di estrazione infermieristica e quindi conosce meglio quello che è la formazione, sicuramente è più facile per lei immedesimarsi nell’infermiere e crearsi aspettative maggiori. Poi immagino sia la stessa cosa per gli oss, se avesse il tempo di conoscerli meglio.”</i>	INFERMIERI
<i>“Si, c’è sempre il discorso che l’infermiere fa un lavoro un po’ più, non difficile, ma comunque responsabile, e quindi viene visto appena un po’ meglio, però...”</i> <i>“Le aspettative della RAD e della caposala si concentrano sulla collaborazione, perché così anche le difficoltà vengono affrontate con un po’ più di leggerezza.”</i>	OSS

La RAD ha delle aspettative piuttosto alte sugli oss di Terapia Intensiva rispetto agli oss degli altri reparti. La RAD si aspetta delle persone non solo competenti ma anche motivate, volenterose, che affianchino attivamente l’infermiere nell’assistenza al paziente e che se ne accollino parte del lavoro, non solo per alleggerire il carico di lavoro degli infermieri ma anche per valorizzare tale figura professionale. L’oss deve collaborare con le altre figure, non deve creare problemi, deve essere presente al lavoro e forse, per incrementare le proprie competenze, dovrebbe fare esperienza nelle diverse Unità Operative del Dipartimento.

Tabella 3.18 ASPETTATIVE DA PARTE DEL DIRETTORE VERSO OSS IN Terapia Intensiva

	INTERVISTATO
<i>“Cercare di fare una formazione vera, una formazione sul campo come si suol dire. Credo che in questo modo, se il personale si sente seguito e motivato, poi si lavora di più in reparto, ci sono sicuramente delle ricadute positive. Il problema è che ormai, anche dal punto di vista del personale del comparto, ce n’è sempre di meno, quindi qualche problemino ce l’abbiamo dal punto di vista dei numeri.”</i> <i>“Poi è chiaro che c’è una volontà di fare un periodo anche negli altri</i>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD

<i>reparti, nelle altre articolazioni, in modo di avere anche dei vantaggi dal punto di vista delle malattie, etc., uno va in un posto e sa già più o meno quello che deve fare, senza dipendere completamente” “Io penso che lui gli oss non sappia neanche che esistano”</i>	
<i>“Io onestamente non lo so, penso che per lui se si riuscisse a fare un qualcosa di più unitario e che funzioni tutto assieme, come avevo detto per la RAD, potrebbe essere una cosa positiva anche per lui, penso che le due cose potrebbero coincidere, non penso che siano molto diverse.”</i>	MEDICI
<i>Assenti.</i>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<i>“Il Dipartimento è diventato un’azienda, il Direttore guarda il risultato finale. Io non so neanche se mi conosce o sa che ci sono. Secondo me guarda il risultato finale e che tutto funzioni. Le aspettative sono di arrivare all’obiettivo.”</i>	INFERMIERI
<i>“Lui si aspetta che tutto funzioni bene sia da parte del medico, sia da parte dell’infermieristico che dagli oss. Ne giova il reparto e poi il paziente che è la cosa fondamentale.” “Io l’ho visto poche volte. Il rapporto l’ha con la RAD e coi medici, si occupa di statistiche, di operazioni, di dove mandare i pazienti.”</i>	OSS

Il Direttore del Dipartimento è una figura lontana e distante dal personale, e perciò nelle testimonianze raccolte è emersa un’assenza di aspettative specifiche nei confronti dell’oss. L’unico focus di interesse del Direttore che può indirettamente coinvolgere tale categoria è l’efficienza del reparto, in termini di produttività, e l’incremento delle competenze in termini di formazione sul campo, presumibilmente presso le diverse Unità Operative del Dipartimento.

In base alle testimonianze raccolte, si può dire che l’oss di Terapia Intensiva gode di una buona considerazione professionale. È un operatore preparato e affidabile, efficiente nelle mansioni tecniche ma che possiede importanti conoscenze cliniche, che derivano dalla sua stretta collaborazione con l’infermiere e dalla sua partecipazione attiva all’interno dell’équipe. L’oss è in grado di contribuire all’assistenza e al monitoraggio del paziente, è in grado di riconoscere e valutare eventuali cambiamenti clinici e di avvertire i colleghi, se necessario. Fornisce inoltre un valido aiuto professionale sia all’infermiere che al medico, per esempio in caso di emergenza sa reagire in modo consapevole e tempestivo, in modo da facilitare un intervento rapido

ed efficace sul paziente. Solo nelle testimonianze di alcuni infermieri emerge che l'oss, essendo l'infermiere la prima figura di riferimento per il medico, potrebbe sentirsi marginale all'interno del team, ma in generale le testimonianze rimandano ad un oss ben integrato, considerato e valorizzato. Il ruolo dell'oss è fondamentale non solo all'interno dell'équipe ma anche nella relazione con il paziente e con il parente, ai quali non solo deve garantire una buona qualità dell'assistenza, ma deve anche fornire risposte alle loro domande e offrire contenimento e sostegno emotivo.

CONCLUSIONI

In Terapia Intensiva, sia l'oss che l'infermiere godono di un'elevata considerazione professionale, dovuta non solo alla preparazione clinica, che permette loro di reagire tempestivamente nelle situazioni di emergenza, ma anche per l'elevato livello di collaborazione e cooperazione all'interno dell'équipe.

Entrambe le figure, infatti, sono in grado di riconoscere e valutare, ognuno per le proprie competenze, eventuali variazioni di tipo clinico del paziente, e di conseguenza ne informano l'équipe. Anche in caso di emergenza, ognuno è consapevole del proprio ruolo e agisce di conseguenza, garantendo un intervento tempestivo ed efficace che permette di salvare la vita del paziente. Le due figure lavorano a stretto contatto, sono tra loro interdipendenti, ed è meno rimarcata la gerarchizzazione dei ruoli, che è invece molto presente nelle altre Unità Operative successivamente descritte. Anche per quel che concerne la valutazione, sia oss che infermieri sentono di dover rendere conto all'intera équipe del proprio operato, e non solo alla figura che identificano come superiore. A differenza degli altri reparti, in Terapia Intensiva c'è un contatto più diretto tra oss e medici, e non a caso questo è l'unico contesto in cui i medici riconoscono e valorizzano gli oss come categoria professionale, nonostante l'infermiere rimanga per loro il primo punto di riferimento, motivo per cui è opinione di alcuni infermieri che l'oss si possa sentire comunque una figura marginale all'interno dell'équipe. Il clima di lavoro è fondamentale anche per una corretta elaborazione del lutto, poiché tale reparto è spesso sottoposto alla morte dei pazienti, e gli operatori devono essere in grado di superare velocemente tale dispiacere, magari sdrammatizzando la situazione.

Fondamentale è inoltre la capacità di relazionarsi col paziente ma soprattutto col parente, poiché tale figura è spesso presente al letto del paziente, e, soprattutto nei casi di lungodegenti, è necessario che l'operatore, sia oss che infermiere, risponda onestamente alle sue domande, ma soprattutto è necessario che accolga la paura e la sofferenza e che infonda comprensione e conforto.

3.5.2 Comparto Operatorio

LE PERCEZIONI DI VALUTAZIONE NEL Comparto Operatorio

Tabella 3.19 PERCEZIONI SULLA VALUTAZIONE DEGLI INFERMIERI NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<p><i>“La valutazione del personale del comparto è compito della caposala e della RAD, poi, per l’amor di Dio, anche noi se ci chiedono qualcosa, qualche informazione, qualche consiglio insomma possiamo darlo, però sono loro che in primis hanno il compito della valutazione del personale.”</i></p> <p><i>“Dal coordinatore.”</i></p> <p><i>“Fanno un po’ fatica, diciamo così, a riconoscere la figura leader infermieristica, perché loro sono più a stretto contatto con il cardiocirurgo.”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“Alla caposala, poi per questioni prettamente tecniche anche dai medici. Non dipende dal medico, però sente di dover rispondere al medico per questioni tecniche.”</i></p> <p><i>“Sporadicamente viene richiesto anche il parere del medico su alcune questioni (prevalentemente negativo), ma non è lui che valuta.”</i></p>	MEDICI
<p><i>“Principalmente al cardiocirurgo, come figura professionale. In secondo luogo all’anestesista, perché c’è un’intensa collaborazione. E poi per la parte organizzativa alla caposala. Li valuta la caposala, poiché essendo stata infermiera a sua volta può effettivamente giudicare il loro operato.”</i></p> <p><i>“Mi sento di dover rispondere al malato, poi vengono tutte le varie figure con cui devo collaborare, però in primis al malato.”</i></p> <p><i>“È diviso comunque in due fasi, nella prima fase l’infermiere di sala dall’anestesista, nella seconda fase – cruciale e che dura di più, perché mediamente un intervento dura 4 ore – dal primo operatore, è quella la figura a cui si fa capo, io personalmente mi sento giudicato...”</i></p> <p><i>“La valutazione l’abbiamo dalla caposala, prima di tutto. Abbiamo le schede ogni sei mesi.”</i></p> <p><i>“Secondo me ogni persona si valuta da sola. Se io vengo a lavorare e mi piace il mio lavoro, faccio di tutto per farlo bene, se devo venire per arrivare al 27 del mese allora non ho capito niente, non so neanche perché ho fatto l’infermiera.”</i></p>	INFERMIERI

<p><i>“Caposala in primis perché è quella che mi deve dare il giudizio ogni sei mesi.”</i></p> <p><i>“Loro sono valutati anche dal medico perché loro sono sul tavolo, e secondo me è la persona principale che riesce a valutare uno strumentista sul tavolo operatorio.”</i></p>	OSS
--	-----

Nonostante diversi professionisti intervistati riconoscano che sia il coordinatore a stendere, formalmente, la valutazione degli infermieri, è opinione comune, indipendentemente dalla categoria professionale degli intervistati, che la valutazione più rilevante all'interno del Comparto Operatorio sia quella fatta dal cardiocirurgo. È il chirurgo infatti che all'interno della sala operatoria vede e giudica la condotta degli infermieri, in particolare per coloro che ricoprono il ruolo di strumentista. La coordinatrice è la figura cui il chirurgo fa riferimento in caso di problemi, è la figura che può giudicare autonomamente solo le condotte di tipo organizzativo, ma della quale non viene riconosciuta l'autorità.

Tabella 3.20 VALUTAZIONE DEGLI OSS NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<p><i>“Loro sono sicuramente più in contatto con la caposala che con la RAD, per la suddivisione dei compiti... per l'oss sicuramente è la caposala che è preminente dal punto di vista della valutazione.”</i></p> <p><i>“Dal coordinatore, però la gratificazione migliore è quella della strumentista, quindi se la strumentista ti dice “Sì il container va bene”, per loro è avere fatto il massimo, e anche qui la figura del coordinatore viene messa un po' in secondo piano.”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“Anche l'oss deve rispondere alla caposala, dipende direttamente dalla caposala, o comunque interagisce, non so se dipende direttamente”</i></p> <p><i>“Se, e capita anche, che ci siano delle lamentele, però spesso sono fatte in maniera impersonale: ‘Fanno male...’. Valutiamo l'atteggiamento, si nota chi non ha voglia di lavorare.”</i></p>	MEDICI
<p><i>“L'oss si sente molto in dovere di rispondere agli strumentisti, è chiaro che per le decisioni che vanno al di là vengono da me.”</i></p>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<p><i>“Sempre la caposala”</i></p> <p><i>“Anche loro hanno come obiettivo primario il malato, poi ci sono giorni in cui sono meno in contatto e quindi sentono meno la responsabilità, ma penso che il loro obiettivo sia proprio il malato.”</i></p> <p><i>“A noi infermieri. Nella fattispecie alla caposala, poi</i></p>	INFERMIERI

<p><i>nell'inquadramento interno abbiamo questa organizzazione.”</i></p> <p><i>“L’infermiere strumentista è responsabile dell’operato degli oss, fa sempre capo alla caposala ma diciamo che nella quotidianità è l’infermiere strumentista che è responsabile dell’operato dell’oss.”</i></p>	
<p><i>“A me stessa. Cerco di farlo nel miglior modo possibile perché penso sempre che un domani potrei esserci io e vorrei essere trattata bene, perché basta un sorriso. Io mi sento molto responsabile, perché un mio errore può ricadere sul paziente.”</i></p> <p><i>“Da tutti. La caposala in primis perché è quella che mi deve dare il giudizio ogni sei mesi. E poi anche l’infermiere, perché loro chiamano e noi dobbiamo esser lì. Dai medici no in assoluto perché noi non abbiamo contatto con loro.”</i></p> <p><i>“Strumentisti, che poi fanno riferimento alla caposala, perché la caposala secondo me arriva sempre da qualcuno che lavora con noi. Non è lei che vede quello che facciamo o come lo facciamo, di solito è la strumentista.”</i></p>	<p>OSS</p>

Anche per quel che riguarda gli oss, la coordinatrice infermieristica viene riconosciuta come figura che valuta formalmente, ma della quale non viene riconosciuto il suo ruolo gerarchico in termini di valutazione della performance. In questo caso, i medici hanno possibilità di giudizio limitate poiché non vi è contatto con l’oss, e spesso la figura che deve valutare la condotta degli oss e farne un resoconto al coordinatore è l’infermiere strumentista.

In generale, riguardo alle aspettative sulla valutazione delle due figure professionali si può dire che esse rispecchino l’irrealistica scala gerarchica medici-infermieri-oss. La coordinatrice infermieristica viene riconosciuta come colei che formalmente è responsabile della valutazione, ma di fatto è giudicata, in parte, non adeguata, a valutare le condotte e le competenze professionali del personale, nonostante sia stata a sua volta un’infermiera strumentista. Non le viene riconosciuta né l’autorità né il ruolo di superiore, è solo colei che si occupa delle sostituzioni e della programmazione giornaliera.

LE ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELL'INFERMIERE NEL Comparto Operatorio

Tabella 3.21 ASPETTATIVE DA PARTE DELL'OSS VERSO INFERMIERE NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<i>“Si aiutano tra di loro, hanno aspettative di aiuto reciproco.”</i>	MEDICI
<i>“L’infermiere si aspetta sempre la massima collaborazione, però lui non la dà sempre, e l’oss si aspetterebbe più collaborazione dall’infermiere.”</i>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<i>“Secondo me l’infermiere si aspetta dall’oss un aiuto, un aiuto reciproco poi alla fine, perché anche l’oss si aspetta che un infermiere esce e dà una mano a loro. Come dicevo prima, è un rapporto che quasi si mischiano le competenze, magari senza che l’oss entri in sala, però fuori, anche quando fanno i pacchettini per le garze, vedo delle infermiere che danno una mano perché sanno che loro magari sono impegnati in altro, si aiutano tra di loro, hanno aspettative di aiuto reciproco.”</i> <i>“Loro sono poche, pochissime, anche loro le ferie le devono elemosinare, quindi io, parlo per me, se hanno bisogno le aiuto, come loro, non mi sono mai sentita dire nel momento in cui ho avuto bisogno ‘No, non ci sono’.”</i> <i>“Magari lascio indietro il mio perché il tuo è più importante, e ti aiuto. Però questo secondo me dipende sempre da che rapporto tu hai con loro. Se vedono che tu magari anche se hai avuto una mattinata pesante, sai che sono da sole, non mi prendo ed esco dalla sala operatoria. Sai che il mio orario è alle tre meno venti, il panino lo mangio alle tre meno venti, però sono tutti rapporti che si creano, anche interpersonali.”</i>	INFERMIERI
<i>“Collaborazione da entrambe le parti.”</i>	OSS

È molto chiaro nelle testimonianze che la principale aspettativa degli oss sulla categoria infermieristica è la collaborazione, l'aiuto nelle mansioni tecniche, che dovrebbe essere reciproco ma che di fatto non lo è. È stata rilevata come opinione comune che ci sono mansioni che hanno la priorità su altre, quindi l'oss si aspetterebbe che, come lui partecipa alle mansioni infermieristiche quando necessario, a sua volta l'infermiere collabori nelle mansioni tecniche se le circostanze lo richiedono, ma di fatto ciò non sempre succede. Il peso della gerarchizzazione dei ruoli emerge anche nelle testimonianze che riportano il desiderio da parte degli oss di un maggior riconoscimento professionale, e di delega di compiti che rispecchino il loro ruolo e le loro competenze.

Tabella 3.22 ASPETTATIVE DA PARTE DEL COORDINATORE VERSO INFERMIERE NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<p><i>“L’aspettativa maggiore che io avevo come coordinatrice era di essere capita nella mia difficoltà di prendere delle decisioni difficili. E credo che questa sia l’aspettativa maggiore ma che in pochi sono in grado di esprimere. L’aspettativa dal punto di vista professionale è sapere che tu hai tutto personale preparato e competente”</i></p> <p><i>“Però io credo che non ci siano delle grandi differenze tra oss e infermieri”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“In sala operatoria non penso riguardino l’aspetto tecnico, non lo so.”</i></p> <p><i>“Secondo me si potrebbe cercare di spiegare da parte nostra a loro perché si decide di fare in un certo modo piuttosto che in un altro, spiegare quali sono le cose positive e negative e anche da parte loro dire a noi cosa può andare e cosa no.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Le attività che caratterizzano gli infermieri di sala operatoria sono due: una è la parte comunicativa (almeno è così come io ho organizzato il mio comparto) e l’altra tecnica.”</i></p> <p><i>“Io voglio arrivare ad averli tutti interscambiabili”</i></p> <p><i>“Empatia col paziente quando arriva, anche se il tempo è poco”</i></p> <p><i>“Sei molto sotto tensione”</i></p> <p><i>“È giusto che ci sia anche la collaborazione strumentista-infermiere, perché io faccio la coordinatrice. Loro devono collaborare insieme, perché io domani mi posso rompere un femore e qua deve andare avanti, loro devono sapere quali sono i paletti. Essendo un gruppo maturo loro queste competenze devono averle”</i></p> <p><i>“È giusto che collaborino, ma devono rispettare i rispettivi ruoli.”</i></p> <p><i>“Loro devono uscire e dare le priorità, e entrambi comunicare per vedere cosa è meglio per il servizio.”</i></p> <p><i>“Qui devi fare un servizio che vada bene per il paziente. Se loro sono sereni, lavorano meglio e lavorano bene, e quindi a cascata ne guadagna il paziente.”</i></p> <p><i>“Devono essere preparati (paura che con la spending review si assuma personale in base al costo per l’azienda e non in base alle competenze effettive)”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>

<p><i>“Con gli infermieri ha delle aspettative molto alte, nel senso che così, sempre di professionalità, può far fare bella figura anche a lei, perché qualunque problema ci sia con loro, i medici vanno da lei a lamentarsi. E quindi anche avere un pensiero in meno, formare un'équipe all'altezza della situazione in modo che non ci siano lamentele.”</i></p> <p><i>“Probabilmente una delle aspettative, e mi ripeterò all'infinito, è proprio il bene del malato. Si aspetta di interagire con le varie figure, di svolgere al meglio il proprio lavoro, cercando ovviamente di mettere da parte quelli che possono essere gli attriti tra colleghi, e collaborare.”</i></p> <p><i>“Io vorrei da una coordinatrice che fosse molto più collaborativa nei nostri confronti e che non fosse 'o è nero, o è bianco', nel senso che il dialogo viene prima di tutto, ma non imporsi, ma dai il via e poi si arriva a un compromesso. Qua però non è possibile, per una questione materiale, per una questione che se uno vuole essere superiore perché se sei coordinatore significa che sei superiore... manca questa cosa, molto.”</i></p> <p><i>“Vorrei più aspettative e riconoscimento di quello che faccio, questo è quello che alle volte vorrei all'interno del comparto, della sala operatoria. Ma non solo nei miei confronti, ma anche nei confronti dei miei colleghi e delle oss, perché delle volte siamo proprio trattati come se fossimo un numero.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Una brava strumentista che sappia lavorare bene sul campo, un bravo infermiere di sala...penso che facciano andare bene un po' tutto.”</i></p>	<p>OSS</p>

Le aspettative del coordinatore nei confronti degli infermieri sono molteplici. In generale, si può dire che tali aspettative riguardino la preparazione, l'affidabilità, la consapevolezza delle proprie azioni, il sapersi gestire autonomamente ed efficacemente anche in assenza di un coordinatore. Affinché il comparto abbia un rendimento efficace, è necessaria la collaborazione reciproca tra i membri dell'équipe, collaborazione che implica non solo l'aiuto nelle mansioni tecniche ma anche rispetto dei ruoli reciproci, il lavorare insieme ma ognuno con le proprie competenze. È inoltre importante cercare di mantenere un buon clima di gruppo, poiché malesseri o incomprensioni rischiano di avere ripercussioni sull'andamento dell'intervento e sul benessere del paziente. Gli infermieri dovrebbero inoltre essere maggiormente informati sulle motivazioni delle decisioni aziendali e organizzative, dovrebbero aver possibilità di esprimere le proprie opinioni nelle decisioni che riguardano direttamente il loro lavoro.

Scendendo nel dettaglio, le competenze attese possono essere divise in due macrocategorie: tecniche e comunicative. A seconda del ruolo ricoperto (gli infermieri si alternano nel ricoprire il ruolo di strumentista o di infermiere di sala), diventano rilevanti le competenze tecnico-operative, che sono quelle che all'interno di un Comparto Operatorio vengono quasi date per scontate, ma anche le abilità relazionali e comunicative rispetto al paziente. Gli intervistati riportano infatti che nel breve momento di interazione col paziente prima dell'intervento, l'infermiere deve essere in grado di cogliere i bisogni emotivi del paziente, deve essere empatico, deve essere in grado di fornirgli le informazioni di cui ha bisogno e di rassicurarlo, nei limiti del possibile. L'infermiere del Comparto Operatorio deve inoltre essere in grado di tollerare livelli elevati di stress, legati sia ai possibili esiti degli interventi ed alle conseguenti reazioni emotive dell'équipe, sia rispetto alle difficoltà di copertura dei turni ed alla reperibilità al di fuori dell'orario di lavoro.

Tabella 3.23 ASPETTATIVE DA PARTE DEI MEDICI VERSO INFERMIERE NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<p><i>“Collaborazione,io credo che collaborino senza grossi problemi. Problemi o attriti interni io non credo che ce ne siano.”</i></p> <p><i>“Loro si aspettano che il personale sia competente, che sia capace, che sia affidabile soprattutto, la maggior aspettativa è l'affidabilità.”</i></p> <p><i>“Vedere nel personale che collabora con loro nel percorso di cura del paziente la motivazione sia di fondo una delle maggiori aspettative.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Si nota subito quello che è più solerte, che lavora di più. Oppure in sala operatoria mi interessa molto la capacità di capire – perché lo strumentista è molto più a contatto con noi- quello che stiamo facendo, velocizza le cose. Non succede così perché lì c'è gente che ormai lavora da una vita, però se avessi un infermiere che magari chiede continuamente, può infastidire.”</i></p> <p><i>“Il fatto che l'infermiere capisca è una cosa, che poi non sai se è solo il capire le cose o il volere fare le cose. Se uno capisce e ha anche voglia di fare è l'infermiere perfetto. Però in sala operatoria c'è un maggiore automatismo. In sala operatoria si seleziona chi ha più rapidità”</i></p> <p><i>“Sia per gli oss ma soprattutto per gli infermieri, è che abbiano un'idea della priorità delle cose, nel senso che chi mette tutte le cose sullo stesso piano (come dare la terapia e dare da mangiare) fa un grosso errore secondo me. se uno non ha tempo, deve sapere quali sono le priorità, per esempio è più importante dare la terapia piuttosto che</i></p>	<p>MEDICI</p>

<p><i>cambiare il lenzuolo. Quindi dall'infermiere che è su un livello un po' più alto mi aspetto anche che capisca la scaletta di importanza delle cose da fare. È importante che faccia tutto, però se deve escludere una cosa, non deve escludere la cosa principale.”</i></p> <p><i>“Rapporto di collaborazione. mi aspetto che sia comunque disponibile, senza ordini, quasi delle cose non dette. Ormai siamo arrivati al punto che – sarà che sono quasi 8 anni che sono qui – che con alcuni non c'è neanche bisogno di richiederlo, ci si guarda e si capisce.”</i></p> <p><i>“L'infermiere di sala sicuramente deve avere manualità perché a volte gli viene richiesto di prendere le periferiche, a volte c'è da correre, però nella parte centrale dell'intervento – di solito i nostri interventi sono abbastanza noiosi – ci sono cose da fare per chi sta fuori. Invece la strumentista, anche lì la puoi fare in tante maniere: chi ha esperienza e a chi è stato insegnato il mestiere in una certa maniera, riesce a prevedere qual è il ferro richiesto dal chirurgo, anche perché conosce bene l'intervento, ed è quello il vero ruolo dello strumentista. Allo strumentista sarebbe richiesto di conoscere l'intervento e sapere cosa si sta facendo – perché altrimenti basterebbe prendere uno che sa passare dei ferri -, l'infermiere deve sapere, così come il chirurgo, quali sono tutti i passaggi dell'intervento. Detto questo, durante l'intervento deve sapere quali sono i ferri e i punti che in quel momento servono. Ci sono gli infermieri che lo sanno, quelli che tutte le volte chiedono, ci sono quelli che non dicono niente a cui il chirurgo tutte le volte deve dire il tipo di ferro che vuole.”</i></p>	
<p><i>“Secondo me loro hanno molto rispetto del lavoro dell'oss, ma anche di quello degli infermieri. L'unica cosa che io noto che può dare noia è quando alcuni infermieri non si rendono conto, ma questo è dato secondo me dal background culturale, che devono avere dei paletti, che devi fermare. Ci sono dei ruoli che vanno rispettati, e va rispettata anche un certo tipo di comportamento.”</i></p> <p><i>“Tu hai autorità e autorevolezza con loro quando vedono che sei una professionista, che ti sai comportare sul campo, quando vedono che sai quando è il momento che puoi ridere e quando è il momento che, anche se te ne stanno dicendo di ogni che tu non centri niente in quel momento lì, ma va bene così, perché se io devo essere quella che si prende due “Ma che cazzo fai?” che tu eri lì che non facevi niente – e può succedere – fa parte del ruolo. Devi sopportare questo stress.”</i></p> <p><i>“Io do del tu a tanti però è sempre un tu che ci mantiene a una certa distanza, ma non perché io sia... ma perché è giusto così, perché qua siamo a lavorare. Quindi è questo un grosso limite degli infermieri, che non capiscono, perché comunque c'è la gerarchia che comporta dei ruoli, e quando si è qua bisogna cercare di mantenerli tali, per forza di</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>

<p>cose.”</p>	
<p><i>“Secondo me rapporto di fiducia, sapere che lavorativamente parlando si possono “fidare” per esempio per la conta garze, per la sterilità, comunque per vari aspetti professionali sanno che si possono fidare di quella persona, di quell’infermiere piuttosto che un di altro, perché sanno che professionalmente è valido e comunque sa quello che sta facendo. Le aspettative sono di professionalità e di fiducia, di affidamento. Non che gli debbano chiedere “Che faccio oggi?”, però che sappiano che se gli ha dato quel punto piuttosto che un altro sia perché ritenga che quello sia più valido per quell’intervento, per fare un esempio pratico.”</i></p> <p><i>“Sicuramente di collaborazione, attenzione a quello che si fa... Sicuramente sono diverse tra oss e infermieri perché loro lavorano più a stretto contatto con l’infermiere che con l’oss, quindi più alte.”</i></p> <p><i>“Noi facciamo un confronto e poi facciamo da portavoce al collega che ci aiuta.”</i></p> <p><i>“Se fai lo strumentista diventi un po’ lo scarica tensioni perché purtroppo non è giusto, ma hai in mano una vita umana e se capita un incidente di percorso o se l’intervento è più complicato di quello che si pensa, diventi il parafulmini per i medici”</i></p> <p><i>“Con noi i medici dipende come si alzano al mattino. Per certi il muro parte già da quando si sono lavati, altri magari solo se c’è una difficoltà. Se c’è una difficoltà, lo puoi capire, sotto ha una persona, non una macchina che con un pezzo si riaggiusta, hai una persona che spera con tutti i modi di riportare alla vita.”</i></p> <p><i>“Vorrei più aspettative e riconoscimento di quello che faccio, questo è quello che alle volte vorrei all’interno del comparto, della sala operatoria. Ma non solo nei miei confronti, ma anche nei confronti dei miei colleghi e delle oss, perché delle volte siamo proprio trattati come se fossimo un numero.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Sempre di crescita, che poi secondo me crescono insieme”</i></p> <p><i>“Penso che l’infermiera sia comunque più valutata per quello che fa, che vada bene in sala operatoria.”</i></p>	<p>OSS</p>

Le aspettative dei medici sugli infermieri del Comparto Operatorio riguardano la fiducia, l’affidabilità, il sapere di avere persone disponibili, con voglia di fare e di collaborare, che sappiano dare le giuste priorità nello svolgimento dei propri compiti. In sala operatoria l’infermiere deve avere esperienza tale da anticipare le richieste del medico, deve saper giudicare quali strumenti siano più adatti per un determinato tipo di

intervento, deve essere rapido, deve agire in modo “automatico” durante l’intervento, senza bisogno di richieste né di spiegazioni. L’infermiere deve essere comprensivo e deve saper tollerare livelli di stress molto alti, non solo per il contesto in cui opera, ma anche perché il ruolo comporta che durante l’intervento vengano scaricate su di lui le tensioni dei chirurghi. L’infermiere deve essere consapevole del proprio ruolo e di quello degli altri, deve capire che, indipendentemente dalle relazioni interpersonali tra i colleghi, sul posto di lavoro ci sono delle gerarchie che vanno rispettate. Per arrivare a tale consapevolezza ed acquisire le conoscenze adeguate, l’infermiere deve porsi in un continuo processo di apprendimento e di crescita professionale.

Tabella 3.24 ASPETTATIVE DA PARTE DEI PAZIENTI E FAMIGLIARI VERSO INFERMIERE NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<p><i>“I pazienti credo che non si rendano conto di molte differenze, è gente che si prende cura di loro insomma. Loro hanno la percezione di essere seguiti, poi chi li segue io credo faccia poca differenza.”</i></p> <p><i>“L’accoglienza, l’unica aspettativa che hanno”</i></p> <p><i>“E il personale deve essere invece capace di leggere tutti questi segnali come l’unica espressione dell’unico sentimento che loro hanno veramente, cioè la paura della morte e del dolore. Questa è l’unica cosa. Per cui penso che sia da parte dei parenti che dei pazienti l’unica aspettativa che hanno è quella di essere accolti in un ambiente familiare, Per cui l’elemento umano è ciò che fa la differenza, quindi l’accoglienza penso che sia veramente l’unica aspettative che loro hanno. A seguire, essere curati bene, guarire, ma la prima cosa che loro si aspettano è quella.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Forse più che senso professionale in senso stretto si aspetta che sia umano”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Un clima un po’ più sereno, perché hanno una paura folle”</i></p> <p><i>“Fondamentale è la comunicazione. Una persona che viene in sala operatoria deve essere serena, se non sei sereno e sei un musone non vai bene, poi puoi essere bravissimo tecnicamente, ma questo è.”</i></p> <p><i>“Caratteristiche comunicative e di empatia col paziente quando arriva, anche se il tempo è poco perché sono tempi ristrettissimi, è un passaggio, che io vi vorrei far assistere, perché sono fantastici.”</i></p> <p><i>“Un aspetto comunicativo, si sanno rapportare a seconda del paziente che arriva, dal loro grado di paura, perché ce ne sono alcuni che non la dimostrano, alcuni che gliela leggi negli occhi, però prima di entrare in sala queste persone, non ti dico che è passata, però sono state rassicurate. È fondamentale, cosa che probabilmente buona</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>

<p><i>parte degli altri infermieri che fanno gli strumentisti, bravissimi tecnicamente, non hanno quella caratteristica in più.”</i></p>	
<p><i>“Invece dall’infermiere secondo me si aspetta assistenza, nei momenti in cui sta per essere addormentato chiede spesso all’infermiere come sarà dopo, “Tra quanto mi addormentano? Tra quanto vedrò i miei parenti?”, un rapporto di assistenza, quasi una velata richiesta di aiuto, perché comunque è un momento abbastanza spaventoso per un paziente, trovarsi gente intorno che mette fili elettrici o lo punge per i prelievi. Ha delle aspettative molto alte nei confronti dell’infermiere perché sicuramente è una delle ultime figure che vede prima di addormentarsi.”</i></p> <p><i>“Il tempo che l’ammalato ha a disposizione può essere sfruttato per metterlo a suo agio, perché ovviamente chi deve subire un’operazione chirurgica non è mai tranquillo. Anche perché a volte devono essere rassicurati, poi c’è quello che è più bravo e chi lo è meno, però si cerca di sdrammatizzare la situazione, di metterli a loro agio. A volte basta solo uno sguardo per capire che sono estremamente agitati, altre volte cercano di non darlo a vedere ma si capisce. Spesso il linguaggio non verbale arriva molto di più.”</i></p> <p><i>“Credo la massima aspettativa, perché se decidono di farsi operare non è un modo di dire che danno la loro vita nelle mani, prima del medico e poi dell’infermiere.”</i></p> <p><i>“Lo accoglie.”</i></p> <p><i>“Dobbiamo essere solidi delle frasi fatte che abbiamo visto che sono molto efficaci per la rassicurazione, piuttosto che informarlo come abbiamo detto prima, di star tranquillo e di non preoccuparsi quando al risveglio non troveranno più questa faccia ma conosceranno altre persone.”</i></p> <p><i>“Faccio di tutto per non arrivare mai a rispondere male, perché magari non è nella facoltà mentale psicologica di capire quello che ti dice, oppure si atteggia in un modo non idoneo, ma non perché...magari in quel momento lì non è presente totalmente, devo fare un po’ da scudo, devo deviare.”</i></p> <p><i>“Secondo me si affidano molto a noi e alle parole che gli dici prima di addormentarsi, perché è quello che poi ti dà la sicurezza, una sicurezza che la trova in come ti atteggi, in una carezza, quando lo tocchi devi far vedere che sei presente, che ci sei. Quando si addormentano, se qualcosa va male, sono addormentati e non sanno di non svegliarsi più, allora in quel momento lì diventa più una cosa del medico o della Terapia Intensiva il contatto col parente. Quello</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<i>importante per noi della sala operatoria è come il paziente si addormenta, perché quello che gli puoi passare in quella mezz'ora/quaranta minuti è importante.”</i>	
<i>“Penso che in quel momento sia uguale, forse perché siamo vestiti tutti uguali il ruolo per il paziente subito non lo recepisce. I parenti, non so neanche se li vedono, non c'è contatto.”</i> <i>“Le aspettative sono diverse perché il ruolo stesso è diverso, il nostro ruolo è marginale, loro sono quelli che accompagnano il chirurgo.”</i>	OSS

Gli infermieri del Comparto Operatorio non hanno contatti coi famigliari dei pazienti, quindi gli intervistati hanno riportato le aspettative dei soli pazienti. Tali aspettative riguardano l'essere accolti, seguiti, accompagnati in un momento tanto drammatico e terrorizzante. Gli infermieri devono essere in grado di capire che, nonostante le diverse manifestazioni possibili, i pazienti cercano solo di esprimere un'unica emozione: la paura. I pazienti affidano la propria vita nelle loro mani, e quindi, in quei pochi minuti prima dell'intervento e durante i quali non sempre sono coscienti, si aspettano informazioni e spiegazioni esplicite su cosa succederà nel breve e nel lungo termine, ma implicitamente si aspettano anche comprensione, empatia, rassicurazione, umanità e serenità.

Tabella 3.25 ASPETTATIVE DA PARTE DELLA RAD VERSO INFERMIERE NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<i>“Io credo che siano di ottenere dei vantaggi di tipo organizzativo, per esempio la sostituzione di personale infermieristico con oss riguardo determinati aspetti dell'assistenza, e questo consente di risparmiare un po' di personale, cercando di far fare alle oss alcuni aspetti dell'assistenza che possono essere delegati dal personale infermieristico.”</i> <i>“Credo che il professionista infermiere abbia un capitale inespresso ancora tutto da sondare, da conoscere, da sapere. Si presuppone una presa di coscienza in tutte le azioni che tu fai, ponderata e molto diversa da quella che è una presa di coscienza legata a dei compiti”</i> <i>“Le mie aspettative sono alte e rimangono tali, e non vengono mai disattese, perché il personale lì è tecnicamente all'altezza delle situazioni. Sono professionisti molto capaci. Le mie aspettative dal punto di vista tecnico sono alte, dal punto di vista relazionale sono</i>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD

<p><i>altrettanto alte perché mi aspetterei, proprio perché sono così maturi dal punto di vista professionale, che fossero altrettanto maturi dal punto di vista relazionale, ahimè invece ogni tanto no. Proprio perché sono sottoposti a questo stress. accogliere quelle piccole scenette che le strumentiste talvolta fanno tra di loro per delle sciocchezze, ma da una qualche parte devono pur scaricare lo stress, e utilizzano il modo peggiore.”</i></p>	
<p><i>“Le caposala hanno bisogno e hanno difficoltà nel far sì che il personale sia sufficiente, anche per il funzionamento della turnazione, questo è un discorso anche elementare.”</i></p> <p><i>“Integrare maggiormente il nostro Dipartimento. Noi qui ragioniamo come tre reparti separati, anche gli infermieri ragionano come infermieri di quel terzo. Io avrei piacere che, come noi, anche l’infermiere girasse nei tre reparti.”</i></p> <p><i>“Non su può lavorare a dipartimenti stagni, io non posso lavorare senza sapere cosa accade su. Secondo me l’aspettativa potrebbe essere quella di avere delle persone sempre più formate e in grado, ovviamente nei limiti, di poter coprire più ruoli. Secondo me se tu riesci a rendere partecipi tutti gli infermieri, e fare un gruppo unico di infermieri, se in reparto ti arriva un paziente non nelle condizioni che ti aspetteresti, è perché ovviamente giù ci sono delle problematiche che se tu non ci hai mai lavorato non puoi conoscere, e viceversa. Secondo me questo aiuterebbe probabilmente a selezionare di più alcune figure professionali, perché io sono convinta che lavorare in una struttura con un Dipartimento cuore in cui un’emergenza ci può essere in qualsiasi momento perché ci può essere uno scopenso in pochissimo tempo, secondo me questo aiuterebbe molto.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Le aspettative devono essere soprattutto quelle che richiede l’azienda”</i></p> <p><i>“Al giorno d’oggi con la spending review penso siano le malattie, penso che il meglio sia poco assenteismo, però nei nostri ruoli va contrattato, nel senso che devi cercare tante volte, mandando giù dei gozzi grandi coi dipendenti, devi fare un respiro lungo, cercare di parlare e di contrattare. Perché il brutto di questo sistema è che c’è sempre l’asso nella manica che è la malattia. E che con gli organici così all’oss e con dei ruoli così specialistici che non viene nessuno a sostituirti”</i></p> <p><i>“Gli infermieri dovrebbero essere maggiormente coinvolti dalla RAD nelle decisioni aziendali Eviti sprechi di personale, eviti sprechi economici, e la gente è più motivata, perché anche solo dire ‘Hai visto,</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>

<i>l'hanno fatta come volevamo noi'.</i>	
<p><i>“Non ne ho proprio idea, non posso rispondere perché proprio non la vedo partecipe nel nostro lavoro di équipe di sala operatoria. Per quello che vedo io, non essendo presente non credo neanche che abbia delle aspettative verso queste figure professionali.”</i></p> <p><i>“Non so. Sempre la collaborazione tra le varie figure penso, magari più alte nei confronti dell'infermiere piuttosto che dell'oss. Anche perché è quasi irreperibile, è sempre molto indaffarata. C'è un po' di divario.”</i></p> <p><i>“Garantire le attività quotidiane, aspettarsi dagli infermieri che facciano gli infermieri e poi se è il caso aiutare gli oss... la collaborazione interprofessionale”</i></p> <p><i>“La RAD ha delle aspettative molto alte, in più delle volte, io dico anche che chi fa il RAD deve decidere che personale mandare, che ci sia una scelta migliore.”</i></p> <p><i>“Dopo ecco anche il malcontento nostro ha delle ripercussioni anche sul lavoro di per sé.”</i></p>	INFERMIERI
<i>“C'è una non conoscenza di aspettative.”</i>	OSS

La RAD viene vista come una figura assente e distante dal personale, e spesso gli intervistati hanno avuto difficoltà nell'immaginare le sue aspettative. Tra le quelle riportate, emergono la copertura dei turni e la garanzia delle attività quotidiane. Gli infermieri del Comparto Operatorio difficilmente possono essere sostituiti, poiché è un'attività molto specialistica e che richiede molta esperienza, e quindi risulta difficoltoso a livello organizzativo concedere ferie o permessi, e ciò si traduce in malcontento all'interno dell'équipe. Di conseguenza, la RAD si aspetterebbe una maggiore consapevolezza ed una migliore negoziazione degli aspetti organizzativi. A questo proposito, i medici in particolare si aspetterebbero che la RAD auspicasse ad una maggiore integrazione tra i tre reparti di cardiocirurgia (Terapia Intensiva, Degenza, Comparto Operatorio), facendo ruotare, ad esempio, il personale tra i diversi reparti in modo da ampliare le loro conoscenze, rendere più efficiente e consapevole l'operato nei diversi reparti, ma anche per migliorare la futura selezione del personale. Inoltre, dalle interviste è emersa la necessità che il personale venga maggiormente coinvolto dalla RAD nelle decisioni che li riguardano direttamente, non solo per evitare sprechi economici ma anche per incrementare la motivazione al lavoro.

Scendendo nel dettaglio, le aspettative della RAD riguardo l'attività infermieristica concernono la capacità non solo tecnica ma anche relazionale, soprattutto nei confronti del team di lavoro. Per esempio, la RAD si aspetterebbe che l'infermiere collabori con

l'oss, ovvero che deleghi parte del proprio lavoro, oppure che, una volta terminato il proprio compito, lo aiuti se necessario. Un'altra capacità ritenuta importante all'interno del Comparto Operatorio è la capacità di tollerare lo stress, ovvero la consapevolezza che determinate reazioni inadeguate o eccessive non sono dovute a fattori personali o relazionali tra colleghi, ma sono in realtà strategie per scaricare la tensione.

Tabella 3.26 ASPETTATIVE DA PARTE DEL DIRETTORE VERSO INFERMIERE NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<p><i>“Io credo che sia giusto investire dal punto di vista della formazione, della cultura. Sono anziani, hanno molta esperienza e fanno veramente molto, poi è chiaro che più gli insegni, più hanno la possibilità di fare. Io credo che bisogna investire sempre di più su questo tipo di scelta.”</i></p> <p><i>“C’è una volontà di fare un periodo anche negli altri reparti, nelle altre articolazioni, in modo di avere anche dei vantaggi dal punto di vista delle malattie, etc., uno va in un posto e sa già più o meno quello che deve fare, senza dipendere completamente”</i></p> <p><i>“Sugli infermieri ha invece le aspettative di avere sempre del personale preparato e soprattutto affezionato al lavoro. di avere intorno a lui delle persone fidate e affidabili, e soprattutto che amino il loro lavoro, questa è la sua aspettativa maggiore.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Che lavorino molto, punto. Poi in generale che uno faccia il suo lavoro, la volontà è una caratteristica importante.”</i></p> <p><i>“Poi è chiaro che ci sono anche degli aspetti di simpatia sul lavoro, però in linea di massima lui si accorge se una persona ha voglia di fare e capisce quello che sta facendo”</i></p> <p><i>“Io onestamente non lo so, penso che per lui se si riuscisse a fare un qualcosa di più unitario e che funzioni tutto assieme, come avevo detto per la RAD, potrebbe essere una cosa positiva anche per lui, penso che le due cose potrebbero coincidere, non penso che siano molto diverse.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Lui sicuramente ci tiene che si vada d’accordo, a un clima conviviale.”</i></p> <p><i>“Le sue aspettative sono che la gente venga a lavorare volentieri”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Non ha aspettative su queste figure professionali”</i></p> <p><i>“Lo vedo un po’ come la RAD, assente. Più non creare problemi a livello di malattie, infortunio, denunce...più a livello organizzativo che a livello professionale in senso stretto.”</i></p> <p><i>“Sicuramente più alte per l’infermiere che per l’oss, si aspetta collaborazione, si aspetta di avere persone che lavorino con la propria testa, che non facciano le cose perché è un automatismo. Qui in reparto</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<p><i>ci sono alcune cose che si fanno di routine, spesso magari a volte uno dice “Questa cosa l’ho sempre fatta così, continuo a farla così”, però a volte c’è la necessità e il dovere di dover fare delle variazioni sul tema, soprattutto nei confronti del malato. Il malato è un mondo a sé, dipende sempre chi hai di fronte e poi davanti. Avere tanta elasticità mentale, sia nei confronti del malato ma anche nei confronti dei colleghi, degli oss, dei medici, di tutte le persone con cui vieni a contatto.”</i></p> <p><i>“Di lavorare al meglio.”</i></p> <p><i>“Poco, nel senso che a loro basta fare gli interventi, gli interventi sono un numero, tanti numeri ho da fare, se riesco li faccio, il personale lo sfrutto.”</i></p>	
<p><i>“Di crescita, di formazione.”</i></p>	<p>OSS</p>

Nonostante il Direttore sia fisicamente presente nel Comparto Operatorio, alcune testimonianze lo descrivono come una figura assente e distante, del quale è difficile immaginare le aspettative. Anche in questo caso, si ritiene che lui si occupi principalmente di tematiche organizzative a livello aziendale, quindi di produttività ed efficienza nel reparto. Anche questa figura auspica ad una possibile rotazione del personale all’interno delle diverse Unità Operative, ai fini di rendere più agevoli le turnazioni e le sostituzioni.

Nello specifico, il Direttore si aspetta infermieri preparati, formati, volenterosi, disponibili alla collaborazione ma soprattutto fidati, affidabili ed affezionati al proprio lavoro, e che ci tengano a mantenere un clima collaborativo all’interno dell’équipe. All’interno del Comparto Operatorio gli infermieri devono avere molta esperienza, alla quale vanno affiancate conoscenza, consapevolezza, capacità di giudizio ed elasticità mentale.

In generale, l’infermiere del Comparto Operatorio, in particolare quando ricopre il ruolo di strumentista, si distingue per la sua conoscenza tecnica, per la sua rapidità e per la sua capacità di anticipare consapevolmente le necessità del medico in sala operatoria. È un infermiere adeguatamente formato e con molta esperienza, inserito all’interno di un processo di apprendimento costante, che ha capacità di giudizio e di valutazione autonoma delle necessità cliniche. È una persona in grado di comprendere e tollerare livelli alti di tensione, che è consapevole e rispettoso del proprio ruolo e di quello dei colleghi, e che sa distinguere tra le dinamiche interpersonali derivate dai ruoli lavorativi e quelle derivanti dalla relazione vera e propria. Deve essere una persona fidata e affidabile, che si pone con serietà, volontà e passione per il proprio

lavoro, e deve essere consapevole della specificità del suo ruolo, difficilmente sostituibile, e che quindi deve saper negoziare e tollerare le difficoltà nella concessione di ferie e permessi.

Un infermiere del Comparto Operatorio, soprattutto quando ricopre il ruolo di infermiere di sala, deve avere una predisposizione all'empatia ed alla comunicazione con il paziente, poiché il tempo di contatto è limitato ma di impatto fondamentale per la rassicurazione e l'informazione del paziente su ciò che accadrà nel breve e nel lungo termine.

Le capacità relazionali dell'infermiere sono necessarie anche al mantenimento di un buon clima di gruppo, con collaborazione e rispetto verso le diverse figure professionali, poiché una buona intesa tra i membri dell'équipe agevola la riuscita dell'intervento. L'infermiere non deve infatti servire solo il medico, ma deve anche collaborare e guidare l'oss nello svolgimento delle mansioni.

Sarebbe inoltre auspicabile, per incrementare le competenze e migliorare l'efficienza dell'intero reparto di cardiocirurgia, permettere agli infermieri di fare esperienza nelle diverse Unità Operative. Inoltre, poiché la Direzione Aziendale è percepita come assente e distante, è emersa la richiesta di poter partecipare alle discussioni delle decisioni che li riguardano direttamente, non solo ai fini di una migliore organizzazione del lavoro e di gestione del personale, ma anche in termini di incremento della motivazione e di miglioramento qualitativo dell'approccio al lavoro.

LE ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELL'OSS NEL Comparto Operatorio

Tabella 3.27 ASPETTATIVE DA PARTE DELL'INFERMIERE VERSO OSS NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<p><i>“Alcuni aspetti devono essere delegati.”</i></p> <p><i>“Si aspettano, io credo, la collaborazione, tenendo presente che poi dopo mica tutti sono sullo stesso piano o hanno lo stesso livello di preparazione. È chiaro che con determinate persone pretendono un pochino di più perché sanno che si possono fidare, possono delegare alcuni aspetti, ovviamente in seguito alla loro presenza.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Si aiutano tra di loro, hanno aspettative di aiuto reciproco.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“L’infermiere si aspetta sempre la massima collaborazione, però lui non la dà sempre, e l’oss si aspetterebbe più collaborazione dall’infermiere”</i></p> <p><i>“Ci sono alcune che si sostituirebbero all’oss anche per mandarle in ferie, e altre che magari escono e sai, hanno finito di fare l’intervento e lasciano tutto lì, magari l’oss ha 10 container da fare e a loro non gliene frega niente, vanno fuori a bere il caffè”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Loro prendono il nostro materiale e lo portano al magazzino. Qui c’è veramente pochissimo contatto lavorativamente parlando, poi personalmente si va d’accordo.”</i></p> <p><i>“Secondo me l’infermiere si aspetta dall’oss un aiuto, un aiuto reciproco poi alla fine, perché anche l’oss si aspetta che un infermiere esce e dà una mano a loro. Come dicevo prima, è un rapporto che quasi si mischiano le competenze, magari senza che l’oss entri in sala, però fuori, anche quando fanno i pacchettini per le garze, vedo delle infermiere che danno una mano perché sanno che loro magari sono impegnati in altro, si aiutano tra di loro, hanno aspettative di aiuto reciproco.”</i></p> <p><i>“Chi lavora qua è già un po’ di tempo che ha esperienza, e comunque ha la competenza tale da non essere guidata. Deve andare a prendere il paziente alle 8, e anche se noi non siamo presenti come adesso loro riescono a far andare avanti il lavoro che c’è nella sala ferri, man mano che esce il materiale dalla sala, quindi lavato, disinfettato, sterilizzazione. E che nei momenti in cui noi abbiamo bisogno, che</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<i>siano in grado di aiutarci nella maniera più consona.”</i>	
<i>“Più di quello che facciamo non penso possa aspettarsi nient’altro. È difficile rapportarti con alcune infermiere. Ti dico come la vedo io. Io ho 58 anni e mia mamma mi ha insegnato l’educazione, adesso nascono delle figure professionali che si sentono Dio in terra, e non sono nessuno.”</i> <i>“Collaborazione da entrambe le parti”</i> <i>“Noi dobbiamo sempre aspettare le direttive dagli infermieri e dalla caposala”</i> <i>“Che gli togli un po’ di lavoro, che le supportiamo e cerchiamo di fare del nostro meglio per agevolare il loro lavoro.”</i> <i>“Con gli infermieri c’è un buon rapporto, si condivide, c’è un interscambio anche se abbiamo ruoli diversi. Sottolineo che “condividiamo”, non che abbiamo legami relazionali.”</i>	OSS

Le aspettative degli infermieri sugli oss appaiono abbastanza omogenee in tutte le testimonianze, ovvero che ci sia collaborazione e aiuto reciproco, sia tecnico che emotivo. All’interno del comparto infatti si presentano delle necessità che non possono essere rimandate, e quindi le aspettative sono che, almeno in quei casi, si svolgano tali mansioni indipendentemente dal ruolo ricoperto. Nei fatti, però, tali aspettative sono disattese; sembra che la collaborazione sia dovuta all’infermiere da parte dell’oss ma non viceversa, anche se ciò varia molto in base all’individualità ed alle relazioni tra gli operatori. Inoltre è opinione condivisa che spetti all’infermiere delegare e monitorare le attività dell’oss.

Tabella 3.28 ASPETTATIVE DA PARTE DEL COORDINATORE VERSO OSS NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<i>“L’aspettativa maggiore che io avevo come coordinatrice era di essere capita nella mia difficoltà di prendere delle decisioni difficili. E credo che questa sia l’aspettativa maggiore ma che in pochi sono in grado di esprimere. L’aspettativa dal punto di vista professionale è sapere che tu hai tutto personale preparato e competente”</i> <i>“Però io credo che non ci siano delle grandi differenze”</i>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<i>“Che faccia le cose in modo tempestivo.”</i> <i>“Siccome il loro lavoro è abbastanza codificato, che venga svolto.”</i>	MEDICI

<p><i>“C’è l’aspetto comunicativo, loro devono sapere tutto del paziente, quando arriva, se c’è un problema di infezione, perché è fondamentale. Loro si devono “leggere la cartella” come l’infermiere, devono essere a conoscenza del paziente che vanno a prendere, devono conoscere il suo nome”</i></p> <p><i>“Mi fido perché è gente che è qui da una vita”</i></p> <p><i>“Il magazzino lo mettono fuori loro, una banalità ‘Le siringhe servono o no servono?’, e loro se lo gestiscono, anche perché agevoli il loro lavoro, sanno se ne arrivano troppe o poche. È così.”</i></p> <p><i>“È giusto che ci sia anche la collaborazione strumentista-infermiere, perché io faccio la coordinatrice. Loro devono collaborare insieme, perché io domani mi posso rompere un femore e qua deve andare avanti, loro devono sapere quali sono i paletti. Essendo un gruppo maturo loro queste competenze devono averle”</i></p> <p><i>“Loro devono uscire e dare le priorità, e entrambi comunicare per vedere cosa è meglio per il servizio.”</i></p> <p><i>“Qui devi fare un servizio che vada bene per il paziente. Se loro sono sereni, lavorano meglio e lavorano bene, e quindi a cascata ne guadagna il paziente.”</i></p> <p><i>“La collaborazione c’è sempre, ma i ruoli devono essere ben definiti; interscambio nel momento del bisogno però con la chiarezza dei ruoli”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Per quanto riguarda gli oss, che secondo me sono delle aspettative molto superficiali (armadio rifornito, scadenze controllate, garze fatte, stanze pulite-anche se si chiama il servizio in appalto per pulire le sale quindi...-). Non ritengo – o magari non me ne sono accorta io- che nei confronti degli oss abbia delle aspettative così elevate.”</i></p> <p><i>“Probabilmente una delle aspettative, e mi ripeterò all’infinito, è proprio il bene del malato. Si aspetta di interagire con le varie figure, di svolgere al meglio il proprio lavoro, cercando ovviamente di mettere da parte quelli che possono essere gli attriti tra colleghi, e collaborare.”</i></p> <p><i>“Le aspettative per l’oss sono diverse perché noi ne abbiamo di più”</i></p> <p><i>“Nel momento in cui viene meno la figura dell’oss si può aiutare l’oss, tenendo però conto che viene prima il lavoro infermieristico, poi una volta svolta tutta l’attività infermieristica di sostituire o coadiuvare l’oss.”</i></p> <p><i>“È vero, sono bravissime, però è un sovraccarico di lavoro. vorrei più aspettative e riconoscimento di quello che faccio, questo è quello che alle volte vorrei all’interno del comparto, della sala operatoria. Ma non solo nei miei confronti, ma anche nei confronti dei miei colleghi e delle oss, perché delle volte siamo proprio trattati come se fossimo un numero.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Più di quello che facciamo non penso possa aspettarsi nient’altro.”</i></p>	<p>OSS</p>

Magari crescere ancora di più, imparare perché qui tutti i giorni c'è da imparare qualcosa. Io più di quello che do non so se riuscirei. La nostra caposala tanto di cappello, quello che chiediamo, nei limiti cerca di accontentarci, però essendo un gruppo abbastanza grosso, accontenti uno ma ne scontenti un altro, se li vuoi accontentare tutti...”

“Noi dobbiamo sempre aspettare le direttive dagli infermieri e dalla caposala”

“Che si lavori, senza parlare più di tanto, senza obiettare, che si continui a lavorare cercando di fare bene il nostro lavoro, senza obiettare.”

“Sappiamo che ci si aspetta da noi che continuiamo a lavorare senza che ci siano dei grossi problemi, senza creare problemi a nessuno.”

“Non mi sento considerata”

“Non saprei, perché per avere delle aspettative servirebbe un rapporto di scambio, ma qui non c'è possibilità di esprimersi, ci si limita all'esecuzione del compito.”

“Già tra di noi alla base della gerarchia, non c'è possibilità di esprimersi, non c'è possibilità di dialogo.”

“Noi dobbiamo eseguire non solo senza obiettare, ma senza nemmeno parlare.”

Le aspettative sull'oss da parte della coordinatrice infermieristica riguardano essenzialmente lo svolgimento di alcune mansioni tecniche in modo autonomo, tempestivo ed efficace. Gli oss del Comparto Operatorio hanno una marcata esperienza in tale contesto, sono persone motivate ed efficienti, che danno importanza al mantenimento di un buon clima lavorativo, ed in funzione di questo sono disponibili alla collaborazione interprofessionale, in particolare nei confronti delle figure infermieristiche. Di fondamentale importanza è però il rispetto dei reciproci ruoli. Il ruolo dell'oss è inoltre fondamentale nell'accoglienza del paziente, col quale hanno un importante impatto comunicativo e del quale devono conoscere la situazione clinica.

Dalle testimonianze emerge però come in realtà gli oss siano sovraccaricati di mansioni, e come non venga data loro la possibilità “non solo di obiettare, ma nemmeno di parlare”. Emerge che il loro ruolo non viene riconosciuto, e che da loro ci si aspetta la mera esecuzione dei compiti, senza possibilità di opinione.

Tabella 3.29 ASPETTATIVE DA PARTE DEI MEDICI VERSO OSS NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<p><i>“Collaborazione, io credo che collaborino senza grossi problemi. Problemi o attriti interni io non credo che ce ne siano.”</i></p> <p><i>“Loro si aspettano che il personale sia competente, che sia capace, che sia affidabile soprattutto, la maggior aspettativa è l’affidabilità. Stessa cosa ma ovviamente a un livello più basso sugli oss, poi per loro le aspettative sono soprattutto dal punto di vista tecnico”</i></p> <p><i>“Vedere nel personale che collabora con loro nel percorso di cura del paziente la motivazione sia di fondo una delle maggiori aspettative.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Io ho un’idea di queste persone, però sugli oss è un po’ indistinto diciamo.”</i></p> <p><i>“Adesso non voglio banalizzare la figura dell’oss, secondo me essendo un ruolo più quantitativo, che lo faccia bene, in tempi brevi, che non sia di intralcio. che faccia le cose in modo tempestivo.”</i></p> <p><i>“Sia per gli oss ma soprattutto per gli infermieri, è che abbiano un’idea della priorità delle cose, nel senso che chi mette tutte le cose sullo stesso piano (come dare la terapia e dare da mangiare) fa un grosso errore secondo me.”</i></p> <p><i>“In sala operatoria la figura dell’oss è marginale, nel senso che sta fuori. Si occupa di altre cose, va a prendere i pazienti, il sangue o il farmaco che manca. per qualsiasi motivo mi serve qualcosa bisogna chiamarlo o chiamare un altro infermiere, ti porta il necessario ma poi se ne va.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“C’è un’aspettativa di estremo rispetto, questo è assodato, secondo me le considerano delle figure importanti sotto l’aspetto del loro lavoro. Le vorrebbero servizievoli nei loro confronti.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Per quel che vedo io sono nulle. Tranne forse che aspettarsi di trovare le divise pulite, che tra l’altro arrivano dalle lavanderia quindi non è che le lavano loro... Magari trovare gli armadi riforniti di materiale, però secondo me più nulle che presenti.”</i></p> <p><i>“Sicuramente di collaborazione, attenzione a quello che si fa... Sicuramente sono diverse tra oss e infermieri perché loro lavorano più a stretto contatto con l’infermiere che con l’oss, quindi più alte.”</i></p> <p><i>“Ce ne sono poche perché siamo noi che facciamo l’intersezione tra il medico e l’oss”</i></p> <p><i>“Con i medici non hanno contatto.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<p><i>“Aspettative di essere presenti.”</i></p> <p><i>“Nei nostri confronti non saprei proprio, magari che gli porti giù il malato 5 minuti prima. Noi con loro non abbiamo...”</i></p> <p><i>“Che il lavoro sia fatto al meglio possibile, ogni tanto si dice “Guarda che il chirurgo si è lamentato perché non aveva una cosa pronta...”.</i></p> <p><i>Qua le aspettative le hanno, ci conoscono da una vita, si aspettano che noi comunque lavoriamo bene. Penso che la sua speranza...però comunque non te lo dice, non ti dà la caramellina, ogni tanto servirebbe quella caramellina... però se non ti dice niente nell'altro senso va già bene così. Né si lamentano, né ti esaltano. Penso che l'aspettativa però ce l'abbiano, però più sul ruolo che su di te come persona.”</i></p> <p><i>“Un po' di aspettativa ce l'ha anche su di noi, però limitata al ruolo marginale.”</i></p> <p><i>“Non mi sento considerata”</i></p>	OSS
---	-----

Essendoci poche occasioni di contatto con l'oss, dalle testimonianze emerge che i medici non hanno aspettative chiare e definite su tale figura, e di conseguenza che c'è poco riconoscimento del loro ruolo professionale.

Le aspettative, quando presenti, riguardano principalmente efficacia e tempestività nello svolgimento di mansioni tecniche, totale disponibilità nei confronti delle richieste del chirurgo, presenza in caso di necessità. L'oss viene considerata una figura marginale, che svolge ciò che gli viene richiesto ma poi si assenta, non si integra all'interno dell'équipe. Nonostante ciò, da tale figura ci si aspetta comunque motivazione e volontà di collaborazione.

Tabella 3.30 ASPETTATIVE DA PARTE DEI PAZIENTI E FAMIGLIARI VERSO OSS NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<p><i>“I pazienti credo che non si rendano conto di molte differenze, è gente che si prende cura di loro insomma. Loro hanno la percezione di essere seguiti, poi chi li segue io credo faccia poca differenza.”</i></p> <p><i>“L'accoglienza, l'unica aspettativa che hanno”</i></p> <p><i>“E il personale deve essere invece capace di leggere tutti questi segnali come l'unica espressione dell'unico sentimento che loro hanno veramente, cioè la paura della morte e del dolore. Questa è l'unica cosa. Per cui penso che sia da parte dei parenti che dei pazienti l'unica aspettativa che hanno è quella di essere accolti in un ambiente familiare”</i></p>	<p>Direttore DEL Dipartimento e RAD</p>
<p><i>“Forse più che senso professionale in senso stretto si aspetta che sia</i></p>	MEDICI

umano”	
<p><i>“Caratteristiche comunicative e di empatia col paziente quando arriva, anche se il tempo è poco perché sono tempi ristrettissimi, è un passaggio, che io vi vorrei far assistere, perché sono fantastici”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Dell’oss secondo me non se ne preoccupano più di tanto, molti pazienti secondo me la vedono di più come la figura che li ha portati dalla Degenza alla sala operatoria, quasi più una figura di trasporto interno che effettivamente per le mansioni che svolge.”</i></p> <p><i>“In realtà vanno a contatto prima con l’oss, che gli dà la prima rassicurazione perché va prenderlo su. Proprio il passaggio da una camera di Degenza che è un ambiente accogliente rispetto alla sala operatoria viene fatto dall’oss, alla fine, anche se poi dopo loro non intervengono assolutamente quindi è solo un passaggio pratico, secondo me loro ricoprono un grosso ruolo.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Loro ci interrogano, però noi..top secret. Noi li rassicuriamo, le informazioni gliele diamo.”</i></p> <p><i>“Poi magari ti vedono passare e diciamo “Guardi non le posso dire niente perché io sono fuori”, perché non sta a noi, però il primo impatto ce l’hanno con noi, e quindi l’aspettativa è di rassicurarli, metterli a loro agio.”</i></p> <p><i>“Nel momento in cui lo andiamo a prendere il paziente ha già la preanestesia addosso, non è propriamente coscientissimo, capisce e non capisce, gli dobbiamo chiedere se ha tolto la dentiera, se ha tolto le mutande... sperano in noi comunque che le cose vadano bene, però quando dici che li sei solo venuta a prendere e poi lo presenti al suo infermiere di sala che lo seguirà dopo, in genere non pongono tante aspettative. In quel momento affidamento, ma limitata all’arco in cui si viene giù in ascensore. Anche perché veniamo giù con l’infermiere che l’ha seguito fino a quel momento, lui si affida di più all’infermiere che già conosce, piuttosto che a me che sono in quel momento una portantina.”</i></p> <p><i>“Non abbiamo contatti, non so se per chi li incontra è meglio mostrarsi aperti. Secondo me il momento dell’accoglienza è importante, non è un momento secondario, dobbiamo comunicare serenità.”</i></p>	<p>OSS</p>

L’oss è la prima persona del comparto con cui il paziente entra in contatto, poiché colui che lo va a prendere in Degenza prima dell’intervento, ed è anche l’unico, oltre ai medici, che ha contatti, seppur limitati, coi famigliari. In questo caso l’oss ricopre il

ruolo di “portantino”, ma è anche colui sul quale i pazienti e famigliari ripongono le speranze, poiché in tali circostanze per loro il ruolo non fa la differenza. Gli utenti si aspettano di essere informati, supportati, ma soprattutto di essere capiti, rassicurati, nonostante sia breve la loro interazione. Dall’oss si aspettano quindi empatia, contenimento emotivo, rassicurazione.

Tabella 3.31 ASPETTATIVE DA PARTE DELLA RAD VERSO OSS NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<p><i>“Io credo che siano di ottenere dei vantaggi di tipo organizzativo, per esempio la sostituzione di personale infermieristico con oss riguardo determinati aspetti dell’assistenza, e questo consente di risparmiare un po’ di personale, cercando di far fare alle oss alcuni aspetti dell’assistenza che possono essere delegati dal personale infermieristico.”</i></p> <p><i>“Gli oss in questo contesto così tecnologico sono molto distanti dall’assistenziale, sono su mansioni tecniche”</i></p> <p><i>“Sono diventati gestori di tutto quanto serve all’infermiere e al medico per aiutare il paziente.”</i></p> <p><i>“Gli oss sono per la maggior parte demotivati, non coscienti di che cosa significa il loro ruolo all’interno di un’organizzazione complessa come l’ospedale, molto spesso assenteisti, molto spesso si inventano malattie, infortuni, proprio cose che tu dici “Ma veramente? Cose così?”. In più la loro base culturale è veramente molto molto molto scarsa. E una difficoltà comunicativa con alcuni proprio concreta”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Ritengo che le esigenze che la RAD dovrebbe avere, ma che anche le caposala e che secondo me non hanno, è di integrare maggiormente il nostro Dipartimento.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Le aspettative devono essere soprattutto quelle che richiede l’azienda”</i></p> <p><i>“Al giorno d’oggi con la spending review penso siano le malattie, penso che il meglio sia poco assenteismo, però nei nostri ruoli va contrattato, nel senso che devi cercare tante volte, mandando giù dei gozzi grandi coi dipendenti, devi fare un respiro lungo, cercare di parlare e di contrattare. Perché il brutto di questo sistema è che c’è sempre l’asso nella manica che è la malattia. E che con gli organici così all’osso e con dei ruoli così specialistici che non viene nessuno a sostituirti”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Non so. Sempre la collaborazione tra le varie figure penso, magari più alte nei confronti dell’infermiere piuttosto che dell’oss. Anche perché è quasi irreperibile, è sempre molto indaffarata. C’è un po’ di divario.”</i></p> <p><i>“La collaborazione interprofessionale: gli oss aiutano gli infermieri ma</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<i>poi loro non badano.”</i>	
<p><i>“Non te lo so dire, perché non la vediamo mai perché è sempre molto impegnata. È arrivata a un gradino che secondo me chi siamo? Siamo delle pedine.”</i></p> <p><i>“Per noi è una persona che sta lì ma non abbiamo confronto con lei, non ci ha mai detto lavorate bene, lavorate male, cercate di fare il meglio..non ne ho idea.”</i></p> <p><i>“Non so, perché non si sono mai verificati problemi di tipo organico. Io non so nemmeno lei cosa fa. È una figura assente. Immagino che lei si aspetti che tutto funzioni, che non ci siano assenze. Secondo me lei vuole che io vengo, lavoro e basta.”</i></p>	OSS

Tutti gli intervistati concordano nell'affermare che il principale interesse della RAD è che l'oss copra il turno, che faccia poche assenze, e che comprenda che in un contesto così specialistico le possibilità di sostituzione del personale sono limitate. In questo caso quindi le aspettative sono prevalentemente di tipo organizzativo, poiché ancora una volta la Dirigenza viene vista come una figura distante e assente, che non dovrebbe quindi avere aspettative specifiche. Per quel che riguarda le aspettative connesse ad aspetti lavorativi più specifici, la RAD si aspetta che gli oss svolgano quelle mansioni tecniche-operative che vengono loro delegate dall'infermiere, e che sia di supporto al lavoro di medici ed infermieri.

Tabella 3.32 ASPETTATIVE DA PARTE DEL DIRETTORE VERSO OSS NEL Comparto Operatorio

	INTERVISTATO
<p><i>“Cercare di fare una formazione vera, una formazione sul campo come si suol dire. Credo che in questo modo, se il personale si sente seguito e motivato, poi si lavora di più in reparto, ci sono sicuramente delle ricadute positive. Il problema è che ormai, anche dal punto di vista del personale del comparto, ce n'è sempre di meno, quindi qualche problemino ce l'abbiamo dal punto di vista dei numeri.”</i></p> <p><i>“C'è una volontà di fare un periodo anche negli altri reparti, nelle altre articolazioni, in modo di avere anche dei vantaggi dal punto di vista delle malattie, etc., uno va in un posto e sa già più o meno quello che deve fare, senza dipendere completamente”</i></p> <p><i>“Io penso che lui gli oss non sappia neanche che esistano, non sappia neanche cosa sono, non ha nessuna aspettativa”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<i>“Che lavorino molto, punto. Poi in generale che uno faccia il suo lavoro,</i>	MEDICI

<p><i>la volontà è una caratteristica importante. Ora non voglio sminuire un oss rispetto a un medico, però di fatto per gli oss l'aspetto qualitativo è irrilevante.</i></p> <p><i>“Il Direttore ha bisogno molto di delegare certe cose, per cui su chi è parte della base non ha molte aspettative. La base parte già da noi, quindi non credo che su di loro abbia delle aspettative.”</i></p>	
<p><i>“Lui sicuramente ci tiene che si vada d'accordo, a un clima conviviale.”</i></p> <p><i>“Le sue aspettative sono che la gente venga a lavorare volentieri“</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Non ha aspettative su queste figure professionali”</i></p> <p><i>“Lo vedo un po' come la RAD, assente. Più non creare problemi a livello di malattie, infortunio, denunce...più a livello organizzativo che a livello professionale in senso stretto.”</i></p> <p><i>“Di lavorare al meglio.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Cosa può aspettarsi più di quello che facciamo? Non saprei, anche perché io non so se lui sa tutto quello che facciamo, magari sa cosa fanno gli infermieri perché sono più a stretto contatto, però non so cosa possa aspettarsi da noi.”</i></p> <p><i>“È difficile, a volte sembra che non sappia neanche i nostri nomi, a volte eh. Poi dopo magari salta fuori che il primario ha parlato bene di te, che se tu non ci fossi... però lui personalmente non dice niente.”</i></p>	<p>OSS</p>

Nonostante il Direttore sia una persona fisicamente presente nel comparto, non sembra avere grossi contatti con gli oss, tant'è vero che viene descritto come una figura assente, che non ha aspettative su tali figure. Per il Direttore contano maggiormente gli aspetti quantitativi relativi all'efficienza del reparto piuttosto che quelli qualitativi, quindi si aspetta efficienza, volontà e mantenimento di un buon clima di gruppo ai fini di non essere un ostacolo per la “produttività”. Il Direttore si aspetta inoltre personale preparato, che abbia molta esperienza sul campo, e a tal fine vorrebbe che ci fosse un'alternanza di personale nelle tre Unità Operative anche per tale categoria.

In generale, l'oss del Comparto Operatorio è una figura che deve eseguire mansioni puramente tecniche con efficienza e tempestività. È una figura a cui viene delegata (soprattutto dalla coordinatrice e dall'infermiere) un'ingente carico di lavoro, e che deve essere servizievole nei confronti dell'intera équipe. In particolare, l'oss deve collaborare con l'infermiere, accollandosi, se necessario, parte delle mansioni infermieristiche. Questo scambio dovrebbe essere reciproco, ma di fatto non sempre lo

è. L'oss, ai fini del mantenimento di un clima positivo all'interno del gruppo, deve riconoscere e rispettare il ruolo proprio e altrui, ma il suo spesso non viene valorizzato. Questo avviene soprattutto da parte dei medici, coi quali non ha molto contatto; viene infatti considerato una figura marginale all'interno dell'équipe, ma di fatto dall'oss ci si aspetta lo svolgimento di tante e varie mansioni. A questo proposito è importante sottolineare che, mentre i medici definiscono il lavoro dell'oss come puramente tecnico e di scarsa responsabilità, infermieri e coordinatrice riconoscono, in parte, il valore anche clinico dell'attività degli operatori socio-sanitari, sia per ciò che concerne il lavaggio strumentale, sia a proposito dell'accoglienza del paziente.

Le aspettative sono riduttive e aspecifiche anche da parte della Dirigenza, che però è sentita come distante, assente e disinteressata nei confronti di tale figura. Le aspettative di pazienti e famigliari sono le uniche che si differenziano, in quanto per loro l'oss è un punto di riferimento importante prima dell'intervento, e che deve avere spiccate capacità di empatia, sensibilità e rassicurazione.

CONCLUSIONI

Per poter lavorare all'interno del Comparto Operatorio, bisogna essere volenterosi, efficienti, rapidi e con la predisposizione alle attività tecniche. I concetti di volontà e rapidità sono particolarmente ridondanti nelle testimonianze dei chirurghi, mentre gli aspetti di affidabilità ma soprattutto di conoscenza e consapevolezza nello svolgimento del proprio lavoro emergono non solo nelle testimonianze dei medici, ma anche in quelle degli infermieri, della RAD, della coordinatrice. In tale contesto è infatti ritenuto fondamentale avere esperienza alle spalle, ed è necessario essere consapevoli che lavorare in un ambito specialistico comporta difficoltà di sostituzione, e che quindi la concessione di ferie e permessi va costantemente negoziata e spesso viene negata, come emerge nelle testimonianze degli infermieri e della coordinatrice. È inoltre auspicabile avere qualità relazionali che permettano di informare, accogliere le paure e rassicurare in poco tempo il paziente, e che permettano il mantenimento di buone relazioni interpersonali all'interno dell'équipe. Tale aspetto viene solitamente considerato secondario all'interno di un Comparto Operatorio, ma nelle opinioni degli intervistati viene descritto come fondamentale, soprattutto da parte della coordinatrice, ma anche da RAD, infermieri e oss. In particolare la coordinatrice sottolinea tale concetto a proposito dell'infermiere, poiché tale figura ricopre alternativamente due ruoli, ovvero strumentista e infermiere di sala. Se per il primo ruolo sono ritenute fondamentali le abilità e le conoscenze tecniche che permettono di anticipare

consapevolmente le mosse del chirurgo in sala operatoria, in modo da permettere una rapida e “automatica” progressione dell’intervento, per il secondo ruolo sono ritenute indispensabili proprio le capacità comunicative e relazionali dell’infermiere, che permettono di accogliere e contenere le emozioni del paziente e di rassicurarlo.

A proposito dell’équipe di lavoro, sia dall’infermiere che dall’oss ci si aspetta collaborazione reciproca tra le varie figure professionali, ma nei fatti l’oss rispetta e aiuta l’infermiere se necessario, ma non sempre tale comportamento viene ricambiato. Dalle due figure ci si aspetta il riconoscimento e il rispetto di tutti i ruoli professionali, ma, mentre l’infermiere viene considerato parte integrante dell’équipe, l’oss viene considerato una figura marginale, nonostante la molteplicità delle attività che svolge. Ciò riguarda soprattutto le opinioni dei medici, che però hanno scarso contatto lavorativo con tale figura, mentre infermieri e coordinatrice hanno una maggiore considerazione professionale dell’oss. Tale gerarchizzazione dei ruoli, secondo la scala chirurgo-infermiere-oss, si rispecchia anche nelle aspettative di valutazione, che pongono in secondo piano anche la figura della stessa coordinatrice.

Inoltre, la Dirigenza viene vissuta come assente e quasi disinteressata nei confronti di entrambe le figure, e le aspettative riguardano principalmente la presenza sul lavoro e l’efficienza ai fini della funzionalità del reparto, senza però che vi sia una definizione precisa dei criteri che permettono il buon funzionamento del reparto. Poiché in tale comparto è ritenuta fondamentale l’acquisizione continua di esperienze, le aspettative della Dirigenza riguardano quasi unicamente la possibile rotazione del personale sui vari comparti del Dipartimento, non solo ai fini di integrare le conoscenze ma anche di rendere più efficiente la gestione.

3.5.3 Degenza

LE PERCEZIONI SULLA VALUTAZIONE IN Degenza

Tabella 3.32 PERCEZIONI SULLA VALUTAZIONE DEGLI INFERMIERI IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“La valutazione del personale del comparto è compito della caposala e della RAD, poi, per l’amor di Dio, anche noi se ci chiedono qualcosa, qualche informazione, qualche consiglio insomma possiamo darlo, però sono loro che in primis hanno il compito della valutazione del personale.”</i></p> <p><i>“Tutti si allineano alla coordinatrice, diciamo che il momento della valutazione è proprio il momento in cui il coordinatore convoca, istituzionale quindi. Diciamo che il parente e il paziente sono considerati un momento di scarsa valutazione”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Presumo che il loro riferimento sia la caposala. Credo che un po’ si sia perso il riferimento del ruolo di infermiere nei confronti del medico, che però dovrebbe essere il suo riferimento dal punto di vista professionale. Molto spesso dipende dal carisma del medico, a volte si ascolta uno e non si ascolta l’altro, mentre una volta era impossibile andare contro il parere professionale del medico.”</i></p> <p><i>“Soprattutto dal loro riferimento superiore-istituzionale, che sia la caposala, che sia il RAD, non direttamente dalla figura medica, perché, a meno che non si veda una bestialità enorme, un atto per il quale uno possa andare incontro a dei provvedimenti, il medico fa riferimento comunque alla caposala.”</i></p> <p><i>“Penso che loro abbiano molto come immagine di riferimento la caposala, sia dal punto di vista organizzativo che dal punto di vista del loro giudizio. Per quanto riguarda il rapporto con i medici sì, c’è sempre un aspetto... credo che si sentano valutati anche dai medici nella loro attività professionale, però secondo me il loro riferimento principale è la caposala.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Innanzitutto a sé stessi perché ognuno è responsabile del proprio lavoro. Poi io credo che aver soddisfatto un paziente li porta a migliorare nel loro lavoro e a rispondere anche al paziente delle proprie attività. Ogni giorno devi rispondere al paziente di quello che hai fatto, e se lo fai bene hai un feedback, se lo fai male pure penso. Tutti rispondiamo al paziente e a sé stessi.”</i></p> <p><i>“È una valutazione reciproca, i medici valutano gli infermieri e gli infermieri valutano i medici, proprio per lo stretto rapporto che c’è. Poi da me credo, io devo vedere dall’alto tutto, io riesco a vedere attraverso le porte tutto. Sicuramente la valutazione la faccio. Alla fine dell’anno</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>

<p><i>mi viene chiesta la valutazione scritta, purtroppo, e quindi devo rapportarmi con tutti e dare la valutazione anche scritta.”</i></p>	
<p><i>“Nel mio lavoro devo rispondere a tutti, tutti hanno autorità, anche se non si va d’accordo ci si sottomette perché facciamo parte di un sistema nel quale ognuno fa ciò che è di sua competenza. Devo rispondere in primis alla caposala, poi al medico (per mantenere una buona organizzazione, cerco di non scavalcare la gerarchia organizzativa, ma se si verificano dei problemi cerco di risolverli direttamente).”</i></p> <p><i>“Dal paziente ma anche dai colleghi. Ognuno giudica quello che fai e si fa delle opinioni su come lavori. Mi sento valutato da tutti, da medici, caposala, infermieri e oss. Riguardo alla professionalità forse di più dal collega che conosce il tuo lavoro, valuta il tuo lavoro in base alle sue esperienze. Anche dal paziente.”</i></p> <p><i>“C’è una scala gerarchica, devo rispondere anche alla figura del medico. Sono cambiati i tempi, si parla di équipe e di collaborazione, non si dovrebbe sentire il peso di una figura superiore. Qui i medici ci fanno sentire dei collaboratori, e non degli infermieri o oss”</i></p>	<p style="text-align: center;">INFERMIERI</p>
<p><i>“Diciamo che sul campo lavorativo noi rispondiamo all’infermiere, però anche loro contano su di noi, perché siamo tanto in contatto col paziente. Quindi se c’è qualcosa che non va o vediamo qualcosa che non..quindi anche loro...”</i></p> <p><i>“La figura medica valuta l’operato infermieristico? Sì, gli infermieri hanno più contatto col medico.”</i></p> <p><i>“Io lo faccio per me, per loro penso sia uguale, perché poi c’è una catena di montaggio. Poi sono i medici che se la prendono con gli infermieri, noi siamo oss e ce la prendiamo con quelli delle pulizie”</i></p>	<p style="text-align: center;">OSS</p>

Il Direttore, la RAD e i medici sono convinti nell’affermare che sia compito della coordinatrice valutare la condotta degli infermieri, nonostante riconoscano che anche l’opinione del medico possa avere influenza su tale giudizio. Coordinatrice, oss e infermieri hanno idee più discordanti in proposito: l’opinione più diffusa è che sia il medico a valutare l’operato infermieristico, ma emergono anche ipotetiche valutazioni da parte di colleghi (sia oss che infermieri), nonché la convinzione che ognuno debba lavorare secondo la propria moralità ed in funzione del soddisfacimento delle esigenze del paziente.

Tabella 3.33 PERCEZIONI SULLA VALUTAZIONE DEGLI OSS IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“Secondo me no, sono sempre... loro sono sicuramente più in contatto con la caposala che con la RAD, per la suddivisione dei compiti... per l’oss sicuramente è la caposala che è preminente dal punto di vista della valutazione.”</i></p> <p><i>“Per quanto riguarda invece i reparti di Degenza, diciamo che tutti si allineano alla coordinatrice, diciamo che il momento della valutazione è proprio il momento in cui il coordinatore convoca, istituzionale quindi.”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“Chi risponde del personale è la caposala, il Rad e di lì a salire, in un ambito che non è quello medico. C’è una variabilità relazionale, ma non professionale”</i></p> <p><i>“Non lo so, perché li vedo come una figura non dico ambigua, ma non saprei bene definire il loro compito”</i></p> <p><i>“Loro essendo un gradino inferiore, nel senso che svolgono delle competenze diverse rispetto agli infermieri, forse gli stessi infermieri sono per loro una figura di riferimento che può valutare il loro operato e la loro attività.”</i></p>	MEDICI
<p><i>“Innanzitutto a sé stessi perché ognuno è responsabile del proprio lavoro. Poi io credo che aver soddisfatto un paziente li porta a migliorare nel loro lavoro e a rispondere anche al paziente delle proprie attività. Ogni giorno devi rispondere al paziente di quello che hai fatto, e se lo fai bene hai un feedback, se lo fai male pure penso. Tutti rispondiamo al paziente e a sé stessi.”</i></p> <p><i>“Il tipo di lavoro è diverso ma non rispondi alla persona che organizza le cose.”</i></p> <p><i>“Poi da me credo, io devo vedere dall’alto tutto, io riesco a vedere attraverso le porte tutto. Sicuramente la valutazione la faccio. Alla fine dell’anno mi viene chiesta la valutazione scritta, purtroppo, e quindi devo rapportarmi con tutti e dare la valutazione anche scritta.”</i></p>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<p><i>“Anche loro si sentono valutati da noi.”</i></p>	INFERMIERI
<p><i>“Alla figura dell’infermiere, noi ci rapportiamo di più con loro, per qualsiasi cosa io chiedo sempre all’infermiere, non prendo mai una mia... all’infermiere che c’è di turno.”</i></p> <p><i>“Per quel che riguarda i colleghi, penso come ovunque ci sono sempre dei problemi, diciamo che io ho un discreto rapporto con gli infermieri, c’è un rapporto gerarchico e quindi devi essere succube, ma c’è anche con chi hai un rapporto di collaborazione, dipende dalla personalità.”</i></p> <p><i>“Qui si avverte molto la gerarchia.”</i></p> <p><i>“A volte mi meraviglio che la caposala mi valuti in un certo modo”</i></p>	OSS

<i>“Io non mi sento valutata da nessuno, cerco di farlo secondo la mia coscienza. Sì, ti valutano, ma sempre relativamente insomma.”</i>	
--	--

Per quel che concerne la figura dell'oss, le opinioni in proposito sono ancora più confuse. Nonostante emerga l'opinione che possa essere la coordinatrice a stendere il giudizio, e che ognuno dovrebbe lavorare secondo la propria moralità ed in funzione del soddisfacimento del paziente, la figura valutativa preminente risulta essere l'infermiere. Nel caso del ruolo dell'oss, il medico non esprime nessun giudizio.

In generale, nonostante sia in parte riconosciuta la funzione valutativa della coordinatrice, le opinioni sul giudizio del personale rispecchiano un'ipotetica scala gerarchica medico-infermiere-oss. È inoltre da sottolineare come, nonostante il medico sia percepito come colui che può esprimere giudizi professionali sull'infermiere, non valuta, ma soprattutto non conosce, l'attività dell'oss.

LE ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELL'INFERMIERE IN Degenza

Tabella 3.34 ASPETTATIVE DA PARTE DELL'OSS VERSO INFERMIERE IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“È emersa la sensazione da parte degli oss di essere sottovalutati dagli infermieri. È un po' quello che succedeva una volta tra l'infermiere generico e quello professionale, tu fai il lavoro brutto e loro no. Io sono quello che porta il mangiare e porta il pappagallo, l'infermiere è quello che dà la terapia, porta la medicina, non si sporca le mani. È il non essere considerati che va a creare il sintomo, e lo sentono molto.”</i></p> <p><i>“Non credo che loro abbiano molto da chiedere agli infermieri, forse la disponibilità e la chiarezza nel poterli aiutare nel corso della loro attività professionale. Sarà una figura di riferimento, o almeno credo io, per un oss l'infermiere che è con lui di turno.”</i></p>	MEDICI
<p><i>“Sono sempre io che devo mediare e trovare qualcosa che risolva il problema utilizzando tutte le risorse di figure infermieristiche e oss. Quando ci sono delle divergenze io ci devo essere dentro. Ci sono, perché me lo richiedono, ma ci voglio anche essere, perché devi conoscere perfettamente il ruolo e il profilo professionale e i compiti, le mansioni precise, prima di affrontare i problemi.”</i></p>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<p><i>“Insieme costituiamo un'équipe, all'interno della quale io mi relaziono orizzontalmente con tutti (anche se non tutti lo fanno), tra di noi c'è un rapporto di interdipendenza.”</i></p> <p><i>“Collaborazione (ognuno deve fare il proprio lavoro). Io non so quale sia il loro lavoro, ma c'è un protocollo prestabilito. Se possibile, cerco di non disturbarli, preferisco agire da sola o coi miei colleghi, li chiamo solo se necessario, solo se io sono molto impegnata e vedo che loro sono seduti. Dipende inoltre da chi c'è, anche se mi dispiace ammetterlo.”</i></p> <p><i>“Rispetto, dialogo, maturità e capacità di negoziazione. Le aspettative devono essere obiettive, non soggettive. È importante risolvere i problemi, non attaccarsi, perché siamo parte della stessa équipe. Bisognerebbe ascoltare il loro parere, anche se non si fa mai.”</i></p> <p><i>“Io posso dire quello che sento. Più che altro molte volte si lamentano perché vengono considerati una figura inferiore, che noi diamo del lavoro in più da fare a loro per impegnarci in altre terapie. Io personalmente credo di essere abbastanza disponibile con loro, ed è giusto così. Ripeto, per me non ci sono le figure...cerco sempre di</i></p>	INFERMIERI

<p><i>considerare tutti. Loro danno una mano a noi, noi diamo una mano a loro. E ci danno una buona mano. Loro trattano il malato, fanno un'assistenza proprio..l'igiene etc... se un malato è sporco, noi non possiamo fare terapia. Se loro lavorano bene, lavoriamo bene anche noi, è tutta una catena.”</i></p>	
<p><i>“La collaborazione e rispetto della figura. Se si lavora in un certo modo e con un certo dialogo lavoriamo tutti bene.”</i></p> <p><i>“Per quel che riguarda i colleghi, penso come ovunque ci sono sempre dei problemi, diciamo che io ho un discreto rapporto con gli infermieri, c'è un rapporto gerarchico e quindi devi essere succube, ma c'è anche con chi hai un rapporto di collaborazione, dipende dalla personalità.”</i></p> <p><i>“L'infermiere è nato come assistenza sul paziente, ma loro quasi rifiutano di fare l'assistenza sul paziente, sono pochi quelli che accettano di fare assistenza base. A volte noi abbiamo bisogno di aiuto perché siamo solo in due, e a volte loro ti dicono “No, la padella la devi mettere tu perché io ho la laurea e tu no”. Queste affermazioni sono un po' sterili, è vero che l'oss è nato come supporto all'infermiere, ma insieme dovrebbero completare l'assistenza al paziente, invece qui, ma non solo secondo me, è così. C'è questa discriminazione.”</i></p>	<p>OSS</p>

Dalle testimonianze emerge come il rapporto tra oss e infermieri sia conflittuale: nonostante il coordinatore infermieristico cerchi di appianare le discussioni, tutti sono concordi nell'affermare che le maggiori aspettative sull'infermiere da parte dell'oss riguardino il rispetto, il dialogo ed il riconoscimento professionale. Nonostante vengano utilizzati termini come collaborazione, interdipendenza, lavoro di équipe, e nonostante gli intervistati riconoscano il valore e la qualità delle attività svolte dall'oss, emerge come ci si aspetti un rapporto gerarchico tra le due figure, all'interno del quale l'infermiere deve delegare all'oss le mansioni meno “piacevoli” dell'attività assistenziale.

Tabella 3.35 ASPETTATIVE DA PARTE DEL COORDINATORE VERSO INFERMIERE IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“Essere capita nella mia difficoltà di prendere delle decisioni difficili”</i></p> <p><i>“L'aspettativa dal punto di vista professionale è sapere che tu hai tutto personale preparato e competente”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>

<p><i>“Che sia una persona in mezzo a delle persone che stanno male, è la prima cosa. Mi aspetto un certo livello di capacità, che ci devono essere in questa professione. Ora è diventata una laurea, ma il fatto che ci sia una laurea per le tua conoscenze non vale anche per la capacità lavorativa, che non ti viene dato con la laurea. Anche questo ma lo aspetto da tutti i ruoli professionali. Mi aspetto che l’infermiere faccia l’infermiere e non un’altra cosa. Ma soprattutto le capacità relazionali, sensibilità.”</i></p> <p><i>“La coordinatrice si aspetta da loro collaborazione, e che eseguano le direttive date dal medico, anche se il medico ha più contatto con gli infermieri che con l’oss, in maniera tale che il reparto funzioni bene”</i></p> <p><i>“Che si mostrassero anche sensibili, perché non tutti lo sono”</i></p> <p><i>“Se me l’avessi chiesto riguardo al reparto ti potrei dire... secondo me tu le aspettative le puoi avere nel momento in cui devi migliorare alcune cose, è chiaro che teoricamente si può sempre cercare di migliorare.”</i></p> <p><i>“In un reparto che sia abbastanza autonomo e autogestito”</i></p> <p><i>“Le capacità tecniche e relazionali per quanto riguarda l’infermiere”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Prendersi cura di venti pazienti, pre o post operatori, con tutti i loro problemi che sono diversi perché sono persone prima che pazienti. Tutte le loro attività di vita vanno assolutamente svolte, sia che si tratti di igiene, che di bisogni di comunicazione, di cure, terapie”</i></p> <p><i>“Preparazione all’intervento, sia fisica che psicologica, o il rientro dalla Terapia Intensiva, e lì abbiamo un altro trauma”</i></p> <p><i>“Quello è un trauma che qui in reparto piano piano viene smaltito, ma ci sono dei momenti di ‘giù di testa’ che sono anche abbastanza pesanti come assistenza.”</i></p> <p><i>“I miei valori vorrei che diventassero i loro, e non è sempre così perché la maturità di un soggetto rispetto a un altro è diversa. Anche gli anni di servizio e le esperienze che hanno sono diverse, per cui mi rendo conto che ad alcuni chiedo in un modo e ad altri chiedo in un altro, perché è diversa la preparazione. Però mi aspetto tanto da tutti.”</i></p> <p><i>“Il rispetto del paziente”</i></p> <p><i>“Sono sempre io che devo mediare e trovare qualcosa che risolva il problema utilizzando tutte le risorse di figure infermieristiche e oss. Quando ci sono delle divergenze io ci devo essere dentro. Ci sono, perché me lo richiedono, ma ci voglio anche essere, perché devi conoscere perfettamente il ruolo e il profilo professionale e i compiti, le mansioni precise, prima di affrontare i problemi.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“È però importante il tipo di leader: se questo si impone, si lavora male; invece che unire le persone, le si divide. Uno dovrebbe essere rilassato al lavoro, altrimenti uno deve stare sempre in allerta...”</i></p> <p><i>“Lei valuta tutto, sia l’assistenza che la disponibilità a coprire il turno,</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<p><i>la frequenza con cui uno si assenta dal lavoro, il rapporto col paziente. Lei è la figura più presente”</i></p> <p><i>“Penso la professionalità di ogni figura e di ogni persona, la serietà e riuscire a trovare dei gruppi che vadano bene. Credo che sia la marcia in più. Quando un gruppo funziona bene, c’è la collaborazione ed è ben integrato è una marcia in più, io credo in questa cosa. Perché se non c’è sintonia le cose non vanno.”</i></p> <p><i>“Non credo che abbia aspettative diverse, La caposala è come la madre in una famiglia che tutti i giorni vede, vigila e interviene quando ci sono dei problemi. Purtroppo il nostro lavoro è molto stressante e a volte ci sono momenti in cui si perde un po’...”</i></p>	
<p><i>“Di lavorare professionalmente, di svolgere i nostri lavori in modo corretto, di avere un comportamento adeguato con i pazienti.”</i></p> <p><i>“Cerca di mediare tutta la situazione coi medici, con gli infermieri e con noi. Giustamente ogni tanto non riesce ad acquietare tutti, a volte abbiamo degli scontri soprattutto a livello costruttivo, ma dopo finisce lì”</i></p> <p><i>“Io penso che lei chiede a tutti noi di fare il meglio, ognuno con le proprie competenze. Poi se lei da loro si aspetta di più non lo so, secondo me no perché io credo che se ognuno lavora bene, le cose vanno meglio.”</i></p> <p><i>“Quindi un lavoro ben organizzato...”</i></p>	<p>OSS</p>

Dalle testimonianze sono emerse due tipologie di aspettative sugli infermieri da parte del coordinatore infermieristico: la garanzia della funzionalità del reparto e la relazione col paziente.

La prima categoria, che deriva dalle testimonianze di oss e infermieri, include l’efficienza, la presenza sul lavoro, l’autonomia nello svolgimento delle attività anche in sua assenza, e perciò è suo compito gestire in modo efficiente, ed equo, tutto il personale. Per garantire un buon funzionamento del reparto, la coordinatrice si aspetta la collaborazione tra le varie figure, ognuno con le proprie competenze, ed il rispetto dei ruoli professionali. Perciò, vuole essere coinvolta in caso di discussioni o di malfunzionamenti, in modo da poter mediare i conflitti con le varie categorie professionali, sia medici che oss.

La seconda tipologia di aspettative riguarda il rapporto col paziente che soffre, che ha subito un trauma e che lo deve superare. Si aspetta quindi non solo il soddisfacimento per quanto possibile delle sue richieste, ma anche sensibilità, rispetto e riverenza nei confronti della persona. Ciò emerge soprattutto dalle interviste ai medici ed alla

coordinatrice.

Tabella 3.36 ASPETTATIVE DA PARTE DEI MEDICI VERSO INFERMIERE IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“Io credo che collaborino senza grossi problemi. Problemi o attriti interni io non credo che ce ne siano.”</i></p> <p><i>“Il medico ha delle aspettative più sulla capacità dell’infermiere di essere predittore di problematiche”</i></p> <p><i>“Vedere nel personale che collabora con loro nel percorso di cura del paziente la motivazione sia di fondo una delle maggiori aspettative.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Che sia una persona in mezzo a delle persone che stanno male, è la prima cosa. Mi aspetto un certo livello di capacità, che ci devono essere in questa professione. Ora è diventata una laurea, ma il fatto che ci sia una laurea per le tue conoscenze non vale anche per la capacità lavorativa, che non ti viene dato con la laurea. Anche questo ma lo aspetto da tutti i ruoli professionali. Mi aspetto che l’infermiere faccia l’infermiere e non un’altra cosa. Ma soprattutto le capacità relazionali, sensibilità.”</i></p> <p><i>“Che seguano le direttive che io medico posso dare, e che lo facciano bene e senza che io medico debba essere sempre presente. Ovviamente ci deve essere un certo rapporto di fiducia medico-infermiere, io so vedendo il loro operato se sono in grado di fare qualcosa senza che io medico sia presente, soprattutto lo devono fare bene”</i></p> <p><i>“Chiarezza, perché se io dico di fare una cosa e non la fanno mi scade non la figura dell’infermiere ma la persona, o quantomeno onestamente mi devi dire o ‘Non la so fare’ o ‘Non la posso fare’ e provvedo in un altro modo.”</i></p> <p><i>“Io ci penso molto al fatto che devono essere sensibili e accondiscendenti, perché magari il paziente ti fa delle domande che possono essere anche inutili, però se tu ti metti nei loro panni con la paura e la tensione capisci che per te possono essere inutili, ma per loro anche una buona parola, rassicurarli è importante.”</i></p> <p><i>“Quindi soprattutto le aspettative sono relazionali, perché l’atto di pulire o di prendere una vena e dare una terapia la fa chiunque, mentre è proprio la relazione col paziente –perché ogni individuo è fatto a suo modo e ha un proprio carattere- non è sempre ottimale.”</i></p> <p><i>“Sono molto importanti nel rapporto medico-malato, importanti nell’interfaccia medico-malati, fanno da tramite”</i></p> <p><i>“Nella maggior parte dei casi in reparto non c’è un atteggiamento attivo nel risolvere un problema o di chiedermi il perché.”</i></p> <p><i>“Nel reparto non succede, io tante volte mi sono trovato a chiedere</i></p>	<p>MEDICI</p>

<p><i>come andavano dei pazienti e lo stesso infermiere non si ricordava di quel paziente lì e doveva andare a vedere. Questa è una grossa differenza, anche se l'infermiere del reparto è da solo con 10 posti letto, ed è diverso dall'aver solo 2 malati, però se ci sono delle problematiche grosse in un malato tu non puoi non saperle.”</i></p> <p><i>“Mentre in reparto è una casa diversa perché secondo me è proprio l'infermiere di per sé - a parte qualcuno, perché lì cambia proprio il come l'infermiere pensa a sé stesso -, ci sono gli infermieri attivi, che se il paziente ha un problema ti chiamano ma ti chiamano sapendo già secondo loro che cosa potrebbe essere, questo è fondamentale perché loro passandosi le consegne li seguono di più piuttosto che il medico che fa la notte e che magari in reparto non c'è da 20 giorni. Io magari se faccio la notte e c'è bisogno posso curare solo quell'evento lì, però se io non conosco bene la storia del malato rischio di curare solo quell'evento e non curare un problema che dopo 5 ore mi si ripresenta, non capisco la causa. Se invece ho l'infermiere che ragiona e ha un ruolo attivo, allora ovviamente cambia sia per me che per il malato. Invece a volte ci sono infermieri che sono loro stessi i primi a non conoscerlo, ma perché hanno proprio questo ruolo passivo, loro fanno il loro turno ma non sanno che magari due giorni prima il malato ha avuto un problema.”</i></p> <p><i>“Saper bene fare la propria parte – nel senso che io sono dottore ma anche tu infermiere sei laureato, però non spetta a te decidere cosa fare o non fare – però se mi sa dire cosa il paziente ha o non ha, ha l'occhio, capisce...questa è una qualità che in un reparto può servire”</i></p> <p><i>“Il ruolo dell'infermiere è fondamentale nell'aspetto di relazione col paziente e di comprensione del problema clinico che è in atto. Cioè, l'esperienza di un infermiere si valuta e si percepisce anche sulla base della capacità che ha di comprendere la gravità del malato in quel momento, la gravità della situazione clinica e quindi la necessità o meno di contattare un medico.”</i></p>	
<p><i>“Esattamente che ognuno faccia il suo lavoro. Loro hanno un ruolo, gli infermieri hanno un altro ruolo e devono insieme arrivare ad un obiettivo, quindi si aspettano che ognuno sia in grado di fare il proprio lavoro per bene.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>

<p><i>“Ho contatti con i miei colleghi e con gli altri professionisti, insieme costituiamo un’équipe, all’interno della quale io mi relaziono orizzontalmente con tutti (anche se non tutti lo fanno), tra di noi c’è un rapporto di interdipendenza.”</i></p> <p><i>“Che controlliamo, che siamo competenti. Quando io presento loro il paziente, loro si sentono sicuri; noi monitoriamo il paziente anche quando loro sono impegnati. Io li informo su tutto”</i></p> <p><i>“C’è rispetto delle figure sopra di noi, ma per fortuna siamo una squadra. È sottinteso che non possiamo fare cose che deve fare il medico o la caposala, però c’è collaborazione e gioco di gruppo.”</i></p> <p><i>“Le aspettative credo siano la professionalità, lavorare insieme, la serietà, la fiducia.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Rispetto all’infermiere le aspettative sono un po’ più alte, perché l’infermiere ha una responsabilità maggiore rispetto alla nostra. Hanno anche un altro tipo di rapporto perché giustamente si confrontano sempre, hanno più contatto.”</i></p> <p><i>“Forse gli infermieri sono un po’ considerati, ma anche lì dipende, alcuni dottori si mostrano intelligenti, alcuni dottori no. Tengono molto conto della gerarchia, e anche là se il medico dice qualcosa, anche l’infermiere deve dire sempre sì. Se uno dice no, succede un patatrac.”</i></p>	<p>OSS</p>

Il ruolo dell’infermiere nella Degenza è considerato fondamentale da parte dei medici, poiché è colui che deve “farne le veci”. I medici, infatti, non sono sempre presenti nel reparto, quindi si aspettano che l’infermiere sopperisca alle loro mancanze, sia relazionali che cliniche, e che faccia da mediatore tra loro e il paziente.

Innanzitutto si aspettano un infermiere volenteroso, motivato, efficiente ed attivo nel suo ruolo, che si deve avvicinare con serietà al proprio lavoro. L’infermiere deve guadagnarsi la fiducia del medico, quindi deve informarlo ed essere trasparente in caso di problemi, deve essere accondiscendente, oltre ad essere preparato e competente. L’infermiere deve avere l’”occhio clinico”, deve essere in grado di capire in modo tempestivo la gravità clinica del paziente, deve conoscerne la storia medica ed informarne il chirurgo se necessario, ma non deve assolutamente prendere decisioni terapeutiche in autonomia. L’infermiere deve essere collaborativo all’interno dell’équipe, non deve creare problemi né conflitti, deve rispettare i diversi ruoli professionali. Deve inoltre essere in grado di relazionarsi col paziente, deve avere la capacità di accogliere le sue paure e di rassicurarlo, deve essere sensibile alle sue vulnerabilità, ed anche in questo ambito fare le veci del medico che spesso è assente. È importante sottolineare che, mentre i medici esprimono contenuti anche a livello di

relazione col paziente, oss e infermieri riportano solo aspettative di efficienza, collaborazione e competenza professionale.

3.37 ASPETTATIVE DA PARTE DEI PAZIENTI E FAMIGLIARI VERSO INFERMIERE IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“I pazienti credo che non si rendano conto di molte differenze”</i></p> <p><i>“È gente che si prende cura di loro insomma.”</i></p> <p><i>“Diciamo che il parente e il paziente sono considerati un momento di scarsa valutazione, ma più un elemento che non capisce, è meglio che stiano fuori perché devi fare tutte le medicazioni, devi andare a lavare avanti e indietro, lo vedono ancora come un elemento di disturbo, e quindi tendono ancora a non considerarlo a pieno nel loro percorso di valutazione individuale del loro agito.”</i></p> <p><i>“L’accoglienza, l’unica aspettativa che hanno”</i></p> <p><i>“Il personale deve essere invece capace di leggere tutti questi segnali come l’unica espressione dell’unico sentimento che loro hanno veramente, cioè la paura della morte e del dolore. Questa è l’unica cosa. Per cui penso che sia da parte dei parenti che dei pazienti l’unica aspettativa che hanno è quella di essere accolti in un ambiente familiare”</i></p> <p><i>“Per cui l’elemento umano è ciò che fa la differenza, quindi l’accoglienza penso che sia veramente l’unica aspettative che loro hanno. A seguire, essere curati bene, guarire, ma la prima cosa che loro si aspettano è quella.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“La cosa è quella che mi aspetto io, una persona in mezzo a della gente che sta male. Il fatto di essere messo in un letto e di essere trattato come un pacco, un impiccio, quello che ti chiama perché gli serve il pappagallo o gli è caduta la coperta. Il paziente è quello che non si può muovere e ti chiama perché non sta bene, è devastante. Nel paziente degente questa cosa ricade di più sull’infermiere che non sul medico, perché l’infermiere è in contatto continuo, è l’assistenza continua.”</i></p> <p><i>“Hanno un rapporto molto stretto, quindi penso che le aspettative sull’infermiere siano molto alte, soprattutto di sensibilità. Io come medico mi metto sempre nei panni del malato, e capisco che avere un medico, un infermiere o un oss che ti tratta male non è piacevole.”</i></p> <p><i>“E devono essere molto pazienti, che secondo me coi tempi che corrono anche al medico manca, ma proprio assai. Essere accoglienti, mettere a proprio agio il paziente, perché entrare in un ospedale sapendo che sei malato non è piacevole, e se trovi un ambiente poco accogliente... e l’accoglienza chi la fa? Il medico, la caposala, l’infermiere e anche</i></p>	<p>MEDICI</p>

<p><i>l'oss. Se loro sono, non dico benevoli, ma almeno non antipatici è già un passo avanti. Per il clima di serenità e anche di interfaccia umana che a volte viene meno.”</i></p> <p><i>“In reparto i parenti ci sono ma ovviamente notano di più se fanno le cose, per esempio se li alzano, se sono più attivi. In reparto è già lì che si aspetta che il paziente si alzi e vada a casa, notano queste cose. Forse anche in reparto il paziente ha più bisogno dell'aspetto umano, o ce l'hai o non ce l'hai, però il parente ha più questa esigenza.”</i></p> <p><i>“Penso che per molti pazienti la figura dell'infermiere è molto importante, nel senso che se l'infermiere riesce ad essere gentile e comprensivo, si mostra da un punto di vista umano con determinate caratteristiche, sono molto più soddisfatti. Perché a differenza di noi medici che vediamo il paziente solo in alcuni momenti della giornata, gli infermieri sono a stretto contatto tutto il giorno – parlo dei pazienti del reparto – e quindi si aspettano molto.”</i></p> <p><i>“Ma secondo me i famigliari fanno molto affidamento, prestano più importanza all'aspetto medico quando i loro famigliari sono ricoverati in reparto. Poi è logico, fa sempre piacere un infermiere disponibile, cordiale, umano, affettuoso”</i></p>	
<p><i>“Tutte le loro attività di vita vanno assolutamente svolte, sia che si tratti di igiene, che di bisogni di comunicazione, di cure, terapie”</i></p> <p><i>“Il rispetto del paziente me lo aspetto da tutti alla stessa maniera. Mi dà davvero fastidio quando si manca di rispetto, si prende troppa confidenza, quando si comincia a parlare di cose personali, perché il paziente è paziente. Io non mi sono mai permessa di dare del tu a un paziente, non vedo perché tu che sei infermiera, anche se hai un contatto più vicino e devi interagire diversamente... lo puoi fare ugualmente dando del lei. Certe cose non riesco a farle capire. Che si possono fare le cose anche con una certa distanza professionale.”</i></p> <p><i>“Una volta i pazienti erano diversi. Stavano lì nel letto tutto il giorno e quasi si vergognava a chiedere ‘Ho un bisogno’, oggi il paziente ti chiede e ti richiede, se ha suonato il campanello te lo risuona per vedere se sei ancora lì a sua disposizione, perché sono cambiate le esigenze del paziente. Non dico che dobbiamo risolvere tutti i loro capricci, ma tante volte ci proviamo.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Voglio conoscere tutto ciò che lo riguarda, sia per quel che riguarda l'andamento preoperatorio e il protocollo pre e post operatorio da seguire, sia per quel che riguarda le dinamiche famigliari e personali del paziente. Do informazioni al paziente con un linguaggio semplice, perché i termini utilizzati dai medici non vengono sempre ben compresi.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<p><i>“Cerco di fare attenzione al pudore dei pazienti”</i></p> <p><i>“Professionalità, sicurezza, gentilezza. Già hanno i loro problemi personali, io devo farli stare bene e tranquillizzarli, devono essere accolti e accompagnati.”</i></p> <p><i>“Arrivano molto spaventati, quindi cercano rassicurazione sia a livello psicologico che assistenziale, vogliono essere curati in un certo modo. Nel post operatorio, vogliono che la loro Degenza sia il più tranquilla possibile. Si aspettano un rapporto relazionale oltre alla cura. È meglio essere disponibili col paziente piuttosto che avere un approccio freddo.”</i></p> <p><i>“Innanzitutto loro hanno bisogno di avere la fiducia, di rassicurazione. È importante che noi riusciamo ad avere la fiducia anche da parte loro. Capiamo che è un intervento importante, bisogna tranquillizzarli perché è molto particolare il malato cardiocirurgico. È i familiari anche, poi scatta il meccanismo della paura, e dell’informazione. Loro fanno molte domande, e spesso per la fretta non si riesce a fermarsi un attimo e parlare con loro, a dare informazioni. Anche l’orario di visita, detto e ripetuto più di una volta, aiuta a rassicurare. Bisogna un attimo soffermarsi con loro e cercare il dialogo, che a volte ci può essere e a volte no, proprio per motivi di...”</i></p>	
<p><i>“Le persone esterne hanno la percezione dell’insieme, anche come reparto, come erogazione del servizio, perché tutto sommato alla fine qui siamo sempre presenti, nonostante le discussioni che possiamo avere tra di noi. Una nota positiva di questo reparto è che siamo quasi tutti giovani, quindi anche come animazione e impatto per il paziente, è un’impressione.”</i></p> <p><i>“Molti non hanno capito la differenza tra l’oss e l’infermiere, tu entri e ti prendono per quella che gli ha dato la compressa. Loro hanno aspettative come assistenza e chiedono assistenza di qualità alta e poi si riversa su di noi, perché siamo noi che la facciamo la qualità.”</i></p>	<p>OSS</p>

Tutti gli intervistati concordano nell’affermare che il paziente dall’infermiere si aspetta un’assistenza costante e continua, sia fisica che psicologica. L’infermiere deve essere sempre educato, accogliente, rispettoso nei confronti del paziente, deve instaurare una relazione ma mantenere sempre una certa distanza professionale. Deve comprendere che la condizione di dipendenza in cui il paziente si trova può essere umiliante, quindi deve cercare di capire e di soddisfare, se possibile, le esigenze del paziente, sia clinico-terapeutiche, sia igienico-assistenziali, sia emotive, senza mai mancare di rispetto o di cortesia. Deve cercare di rendere la convalescenza del paziente il più serena possibile,

fornendo informazioni, indicazioni terapeutiche e rassicurazioni, fornendo all'utente il giusto grado di attenzione (anche se il carico di lavoro spesso impedisce un pieno soddisfacimento di tutte le esigenze). Pazienti e famigliari si affidano all'infermiere, che deve quindi essere in grado di guadagnarsi tale fiducia. Dalle interviste emerge inoltre un differente punto di vista di pazienti e famigliari: i primi si aspetterebbero di essere assistiti, riponendo la maggior parte delle aspettative nelle dinamiche relazionali, mentre i secondi porrebbero maggiormente l'attenzione sulla qualità delle terapie clinico-riabilitative.

Tabella 3.38 ASPETTATIVE DA PARTE DELLA RAD VERSO INFERMIERE IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“Cercando di far fare alle oss alcuni aspetti dell’assistenza che possono essere delegati dal personale infermieristico.”</i></p> <p><i>“Credo che il professionista infermiere abbia un capitale inespresso ancora tutto da sondare, da conoscere, da sapere. Primo fa tutti, perché essere consapevoli significa poi essere responsabili. Si presuppone una presa di coscienza in tutte le azioni che tu fai, ponderata e molto diversa da quella che è una presa di coscienza legata a dei compiti.”</i></p> <p><i>“È un infermiere che deve dare delle prospettive orientate alla riabilitazione del paziente, e quindi mi aspetto che siano abilissimi dal punto di vista relazionale, motivazionale nei confronti del paziente. Cosa che alle volte purtroppo non è per colpa che gli infermieri sono presi di più dalla routine che dalla analisi dello specifico paziente.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Purtroppo quando sei costretto a gestire del personale (ciò vale anche per la RAD), che non scegli ma ti viene dato, lo devi usare tutto. Ci auguriamo che venga usato in maniera equa, perché c’è il rischio di poter privilegiare alcuni, e non tutto il materiale che hai è marmo, ci sono anche i mattoni, però li devi usare tutti.”</i></p> <p><i>“Non so. Che vengano a lavorare. Che non creino casini quando non vengono o mancano, a livello organizzativo. Perché poi la RAD di fatto qui non c’è, quindi se loro sono presenti, sono efficienti e fanno il loro dovere la avvantaggiano.”</i></p> <p><i>“Uno che lavora in Degenza non può non sapere o non avere idea di quello che succede in Terapia Intensiva.”</i></p> <p><i>“Secondo me se tu riesci a rendere partecipi tutti gli infermieri, e fare un gruppo unico di infermieri, se in reparto ti arriva un paziente non nelle condizioni che ti aspetteresti, è perché ovviamente giù ci sono delle problematiche che se tu non ci hai mai lavorato non puoi conoscere, e viceversa. Secondo me questo aiuterebbe probabilmente a selezionare di</i></p>	<p>MEDICI</p>

<p><i>più alcune figure professionali, perché io sono convinta che lavorare in una struttura con un Dipartimento cuore in cui un'emergenza ci può essere in qualsiasi momento perché ci può essere uno scompenso in pochissimo tempo, secondo me questo aiuterebbe molto.</i></p> <p><i>“Per il reparto, dove le caposala hanno bisogno e hanno difficoltà nel far sì che il personale sia sufficiente, anche per il funzionamento della turnazione, questo è un discorso anche elementare.”</i></p> <p><i>“La mia aspettativa nei confronti della RAD è che crei una maggiore integrazione.”</i></p>	
<p><i>“Che facciano il loro lavoro, che arrivino agli obiettivi. C'è un distacco, perché dall'alto ci si aspetta di lavorare meglio con meno, noi che siamo alla base, parlo del mio gruppo, non riusciamo a fare capire che il paziente rispetto a una volta ha mille richieste in più, quindi bisogna fare mille cose in più rispetto a una volta.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Mi è difficile rispondere, presuppongo che lavoriamo efficientemente, che non facciamo malattie”.</i></p> <p><i>“L'assenteismo, le malattie, la copertura e la regolarità dei turni che garantisca l'assistenza. La disponibilità a coprire i turni.”</i></p> <p><i>“Penso la professionalità di ogni figura e di ogni persona, la serietà e riuscire a trovare dei gruppi che vadano bene. Credo che sia la marcia in più. Quando un gruppo funziona bene, c'è la collaborazione ed è ben integrato è una marcia in più, io credo in questa cosa. Perché se non c'è sintonia le cose non vanno. magari la RAD è più distaccata, non è direttamente interessata.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“La RAD sì, la collaborazione del reparto, che si lavora bene, che magari se c'è una malattia...questo.”</i></p> <p><i>“Per la RAD...io sinceramente la RAD...penso che a loro interessa solo che ci sia il turno, solo quello, perché se tu infermiere sbagli a dare la terapia, a loro degli infermieri...se ne lavano le mani. Perché se tu hai saltato per 5 volte il riposo, che tu sia stanca o no a loro non interessa niente. Se tu sei stanco, l'erogazione del servizio che dai al paziente è scarso, se tu sbagli il problema è il tuo, a loro interessa solo che tu copri il turno. Se a loro interessasse erogare un servizio buono, o almeno discreto, dovrebbero stare attenti a oss e infermieri, mettere un turno più decente. A volte gli infermieri fanno da mattina a notte, a volte smontano e poi saltano il riposo, noi siamo esseri umani, che servizio diamo? Poi sei nervoso, non dormi... già il lavoro a livello di iniziativa non è ben fatto, se poi tu aggiungi questo stress al lavoro, in termini di peso ed orario, ne risenti proprio a livello di testa.”</i></p>	<p>OSS</p>

Tutte le testimonianze concordano sul fatto che le aspettative della RAD riguardino principalmente la presenza al lavoro e la copertura dei turni. Molti intervistati sostengono che la RAD, non essendo fisicamente presente all'interno del reparto, non sia sufficientemente consapevole del carico di lavoro che l'assistenza al paziente comporta. Ritengono inoltre che la numerosità del personale all'interno del reparto non sia sufficiente a coprire tutte le esigenze, e che il servizio erogato risulta spesso scadente dal punto di vista qualitativo. I medici, in particolare, sostengono che per migliorare l'efficienza del reparto, ma anche per incrementare non solo la preparazione ma anche la sostituibilità del personale, la RAD dovrebbe auspicare ad una rotazione degli infermieri all'interno dei diversi comparti del Dipartimento.

Le aspettative della RAD riguardano inoltre il mantenimento di un buon clima di gruppo, e la capacità di motivare il paziente all'adesione alle terapie riabilitative.

Tabella 3.39 ASPETTATIVE DA PARTE DEL DIRETTORE VERSO INFERMIERE IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“Io credo che sia giusto investire dal punto di vista della formazione, della cultura”</i></p> <p><i>“Poi è chiaro che c'è una volontà di fare un periodo anche negli altri reparti, nelle altre articolazioni, in modo di avere anche dei vantaggi dal punto di vista delle malattie, etc., uno va in un posto e sa già più o meno quello che deve fare, senza dipendere completamente”</i></p> <p><i>“Sugli infermieri ha invece le aspettative di avere sempre del personale preparato e soprattutto affezionato al lavoro”</i></p> <p><i>“Le sue aspettative sono sicuramente quelle di avere intorno a lui delle persone fidate e affidabili, e soprattutto che amino il loro lavoro, questa è la sua aspettativa maggiore.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“È la domanda più difficile, vorrei dire la stessa cosa che mi aspetto io, vorrei. Mi riferisco alla professionalità minima, che passa al secondo posto rispetto all'essere una persona in mezzo a persone che stanno male, che non ti insegnano. Devi stare vicino al malato piuttosto che trattarlo come un pacco.”</i></p> <p><i>“Assenti secondo me, perché si conosce il ruolo di queste persone, ma non c'è proprio rapporto tra un primario e un infermiere o un oss soprattutto.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Purtroppo anche il Direttore è lontano, quindi non sentiamo il suo peso sulle spalle. Si aspetta che noi facciamo il nostro dovere, e anche</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>

<p><i>lì io faccio da tramite. Devo eventualmente fare da portavoce, però lo conosco da troppo tempo e so che lui non sopporta quando ci lamentiamo, quando facciamo delle richieste di basso interesse, lui mi dice “Risolviteli i problemi, fai tutto quello che puoi per risolverli”, quindi mi sono abituata a lavorare così.”</i></p> <p><i>“Un’assenza di aspettative”</i></p>	
<p><i>“È assente, presumo che a lui non arrivino certe informazioni, forse per convenienza.”</i></p> <p><i>“Un’ottima assistenza a livello infermieristico, in modo che i pazienti siano i soddisfatti; che faccia il mio lavoro al meglio, senza creare problemi al paziente, come infezioni. IL Direttore si aspetta un’ottima assistenza, ordine, buona organizzazione. Penso che al Direttore interessi il grado o meno di assenteismo. Penso che quello che conti per lui riguardino questioni di bilancio.”</i></p> <p><i>“Un buon funzionamento del reparto. Io lavorando in Degenza, penso innanzitutto l’accoglienza del malato, che spesso ha subito un intervento invasivo, anche dal punto di vista psicologico. Subiscono un trauma sia nel pre che nel post-operatorio, si vede proprio che c’è la depressione, soprattutto post. Quindi penso che si aspetti una buona accoglienza ed assistenza ai pazienti, che comunque hanno bisogno di trovare. Quando c’è armonia nel personale il paziente si vede che è più sicuro, più tranquillo, e risponde anche bene alle cure.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Lui si aspetta che il reparto funzioni, che si collabori.”</i></p> <p><i>“Io penso che lui non si interessa proprio di nulla, proprio zero. Io in otto anni che sono qua l’ho visto quattro volte in reparto.”</i></p> <p><i>“Loro fanno tutto in termini di costi, che in un certo è anche giusto perché sei un’azienda, è ovvio che devi ragionare come uno che dirige un’azienda. Perché alla fine io penso che ognuno ha il suo ruolo, la caposala prende le direttive da una parte che io non so, e ognuno poi si comporta di conseguenza”</i></p> <p><i>“Giustamente il Direttore deve far rientrare... poi non lo so, non so nemmeno chi è il Direttore attualmente”</i></p>	<p>OSS</p>

Il Direttore viene percepito come una figura assente, lontana dal personale, che non vuole essere messo al corrente delle difficoltà del personale poiché si aspetta che sia la coordinatrice ad appianare i conflitti. Le sue aspettative riguarderebbero la funzionalità del reparto, la presenza sul posto di lavoro, e la preparazione e l’efficienza del personale, in un’ottica di riduzione dei costi. Per ciò che riguarda la gestione del personale, auspica ad una rotazione dell’infermiere nelle tre Unità Operative del

Dipartimento, per incrementarne la preparazione professionale. Si aspetta inoltre un infermiere affidabile e degno di fiducia, che assista il paziente con competenza, empatia e rispetto.

L'infermiere nella Degenza ha un ruolo indispensabile, rappresenta l'assistenza costante e continua sul paziente. L'infermiere in tale contesto fa le veci del medico, che spesso non è fisicamente presente, e provvede a tale mancanza sia dal punto di vista relazionale-assistenziale, sia dal punto di vista clinico e terapeutico. L'infermiere deve essere disponibile ad accogliere e soddisfare ogni esigenza del paziente, sia fisiologica che psicologica, è colui che deve motivare e seguire il paziente nel percorso riabilitativo, è colui che lo deve informare e rassicurare nella preparazione all'intervento. L'infermiere deve entrare in relazione col paziente e coi famigliari, ma deve sempre mantenere una certa distanza professionale. Il suo ruolo è fondamentale anche nelle scelte terapeutiche: è colui che conosce nei dettagli la storia medica del paziente, è colui che ha l'"occhio clinico" e che avvisa tempestivamente il chirurgo in caso di complicanze mediche. Per soddisfare tali aspettative, l'infermiere deve essere volenteroso ed efficiente, deve saper eseguire le proprie mansioni in autonomia, deve essere disponibile a saltare il riposo in caso di necessità di sostituzione. Inoltre, per integrare le proprie conoscenze, dovrebbe lavorare non in un solo reparto, ma alternarsi coi colleghi nelle diverse Unità Operative. Per garantire una buona intesa all'interno dell'équipe, l'infermiere deve imparare a riconoscere e rispettare gli altri ruoli professionali, in particolare quello dell'oss, e deve rivolgersi alla coordinatrice in caso di incomprensioni o di conflitti all'interno del gruppo di lavoro. Dalle testimonianze emerge infatti che, nonostante a livello intenzionale gli infermieri siano consapevoli di dover riconoscere e valorizzare il ruolo dell'oss, nei fatti lo considerano come un subordinato cui fare richieste e delegare attività.

LE ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELL'OSS IN Degenza

Tabella 3.40 ASPETTATIVE DA PARTE DELL'INFERMIERE VERSO OSS IN Degenza

	INTERVISTATO
<i>“Si aspettano, io credo, la collaborazione, tenendo presente che poi dopo mica tutti sono sullo stesso piano o hanno lo stesso livello di preparazione. È chiaro che con determinate persone pretendono un pochino di più perché sanno che si possono fidare, possono delegare alcuni aspetti, ovviamente in seguito alla loro presenza.”</i>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<i>“Collaborazione, credo collaborazione nelle loro mansioni quotidiane penso.”</i>	MEDICI
<i>“Sono sempre io che devo mediare e trovare qualcosa che risolva il problema utilizzando tutte le risorse di figure infermieristiche e oss. Quando ci sono delle divergenze io ci devo essere dentro. Ci sono, perché me lo richiedono, ma ci voglio anche essere, perché devi conoscere perfettamente il ruolo e il profilo professionale e i compiti, le mansioni precise, prima di affrontare i problemi.”</i>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<i>“Io sono una persona molto disponibile, vedo che gli altri reparti sono come delle famiglie mentre qui non tutti si trovano a proprio agio.”</i> <i>“Anche loro si aspettano che non vi siano problemi, di lavorare bene. Si aspettano cambiamenti a seconda della convenienza, cambiamenti non solo nel lavoro, ma anche nel comportamento delle persone.”</i> <i>“Quando sei in turno hai bisogno anche di loro, se il collega oss è bravo ti dà una mano anche importante, rispetto a quello che magari si limita a fare solo il suo.”</i>	INFERMIERI
<i>“Perché infermieri pretendono che noi seguiamo il lavoro, ma noi siamo due, ci sono dei giorni che a livello qualitativo proprio non c'è la qualità.”</i> <i>“La parola che loro vogliono sentire dire da noi è “Si. Si, sono pronta per te”. Per qualsiasi cosa, loro vogliono il si.”</i>	OSS

L'aspettativa principale del personale infermieristico sugli oss riguarda la collaborazione, in base alle rispettive competenze, sulle mansioni tecnico-assistenziali. Il ruolo dell'oss e l'importanza della sua attività vengono riconosciuti, ma dalle testimonianze emerge come la relazione tra le due categorie sia conflittuale, in parte a causa dell'atteggiamento di “pretesa” di aiuto da parte degli infermieri (come riportato

dagli oss), ed in parte è dovuta all'eccessivo carico di lavoro attribuito all'oss. In tale conflitto, la coordinatrice svolge il ruolo di mediatore tra le due categorie.

Tabella 3.41 ASPETTATIVE DA PARTE DEL COORDINATORE VERSO OSS IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“Essere capita nella mia difficoltà di prendere delle decisioni difficili”</i></p> <p><i>“L’aspettativa dal punto di vista professionale è sapere che tu hai tutto personale preparato e competente”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Penso la stessa cosa che penso io, purtroppo lei ha in mano un materiale umano che devi conoscere e distribuire in un modo equo, strategicamente.”</i></p> <p><i>“Un oss in un reparto ha la continuità assistenziale”</i></p> <p><i>“Deve avere la capacità di distribuire queste persone, e il suo valore e il suo merito sarà tanto maggiore quanto più sarà capace di distribuire strategicamente le persone.”</i></p> <p><i>“La coordinatrice si aspetta da loro collaborazione, e che eseguano le direttive date dal medico, anche se il medico ha più contatto con gli infermieri che con l’oss, in maniera tale che il reparto funzioni bene”</i></p> <p><i>“Che si mostrassero anche sensibili, perché non tutti lo sono”</i></p> <p><i>“Se me l’avessi chiesto riguardo al reparto ti potrei dire... secondo me tu le aspettative le puoi avere nel momento in cui devi migliorare alcune cose, è chiaro che teoricamente si può sempre cercare di migliorare.”</i></p> <p><i>“Per l’oss visto che ha dei compiti di importanza un pochino inferiore rispetto a quello dell’infermiere, non ti saprei dire, non lo so...il rispetto del malato...”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Non essere professionisti ma esecutori di compiti... forse il fatto di non sentire su di sé la responsabilità, li rende...non so spiegarmi. Hanno un lavoro pesante anche loro, hanno un lavoro di preparazione all’intervento, però non è la parte psicologica la loro, hanno un lavoro più tecnico, come la preparazione della cute piuttosto che la preparazione del cavo orale. Penso che il fatto di non sentire su di sé la responsabilità li agevoli.”</i></p> <p><i>“Secondo me qua loro fanno un bel lavoro rispetto ad altri reparti nel quale l’oss deve cambiare e lavare il paziente, rispondere al campanello per la padella e basta. Qua loro hanno un lavoro più professionalizzante, proprio perché è la preparazione di un paziente</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>

<p><i>all'intervento cardochirurgico, che è comunque un intervento pulito. Credo che li possa rendere soddisfatti del proprio lavoro, rispetto ad altri reparti."</i></p> <p><i>"Tutto passa da me, è tutto filtrato da me. Il medico ha chiesto, io risolvo e faccio da tramite, ogni cosa che c'è mi metto in mezzo, perché è il mio personale e lo devo tutelare io."</i></p> <p><i>"Ovvio che quello che mi aspetto dall'oss è diverso da quello che mi aspetto dall'infermiere, una cosa forse unisce: il rispetto del paziente me lo aspetto da tutti alla stessa maniera"</i></p>	
<p><i>"La coordinatrice si aspetta che l'oss sia di supporto all'infermiere, siamo noi che li coordiniamo al bisogno piuttosto che la coordinatrice. Lei si aspetta che loro facciano bene quello che noi gli chiediamo, siamo noi che siamo a contatto col paziente in prima persona. Se loro fanno male un compito, siamo noi i responsabili del paziente e i primi ad essere richiamati."</i></p> <p><i>"Penso la professionalità di ogni figura e di ogni persona, la serietà e riuscire a trovare dei gruppi che vadano bene. Credo che sia la marcia in più. Quando un gruppo funziona bene, c'è la collaborazione ed è ben integrato è una marcia in più, io credo in questa cosa. Perché se non c'è sintonia le cose non vanno."</i></p> <p><i>"Non credo che abbia aspettative diverse, magari la RAD è più distaccata, non è direttamente interessata. La caposala è come la madre in una famiglia che tutti i giorni vede, vigila e interviene quando ci sono dei problemi. Purtroppo il nostro lavoro è molto stressante e a volte ci sono momenti in cui si perde un po'..."</i></p>	<p style="text-align: center;">INFERMIERI</p>
<p><i>"Di lavorare professionalmente, di svolgere i nostri lavori in modo corretto, di avere un comportamento adeguato con i pazienti."</i></p> <p><i>"Cerca di mediare tutta la situazione coi medici, con gli infermieri e con noi. Giustamente ogni tanto non riesce ad acquietare tutti, a volte abbiamo degli scontri soprattutto a livello costruttivo, ma dopo finisce lì"</i></p> <p><i>"Lei spera sempre che ci sia collaborazione tra noi e infermieri, però sa. Un po' per come è l'organizzazione dei reparti, un po' per la forma mentis che ormai si è formata. Il lavoro è eccessivo."</i></p> <p><i>"Giustamente spesso ci dice di metterci sulla retta via, nel senso che cerca di organizzare al meglio il lavoro e fa in modo che noi lo rispettiamo. Per esempio invece che dare gli ordini a voce li mette per iscritto, così tu li devi fare, tutti li rispettiamo ed è una migliore organizzazione secondo me. Lei si aspetta da noi che facciamo le cose bene. Le aspettative sono di cercare di collaborare, di essere più</i></p>	<p style="text-align: center;">OSS</p>

<p><i>comprensivi tra di noi, è ovvio che si aspetta questo, perché se si crea un clima di attrito alla fine non si arriva da nessuna parte e si lavora solo male. Quindi più collaborazione, ognuno di noi deve mettere la sua parte, da lì nasce la collaborazione, nell'insieme nasce un miglior clima di lavoro e poi va tutto a beneficio del paziente, perché tutto quello che fai nel bene e nel male poi si ripercuote sul paziente.”</i></p>	
---	--

Le aspettative della coordinatrice riguardano principalmente che l'oss si attenga alle sue disposizioni organizzative. L'oss deve rispondere del proprio operato all'infermiere con cui collabora, poiché, non essendo un professionista ma un esecutore di compiti, non ha la responsabilità diretta degli esiti delle proprie attività. Nello specifico, la coordinatrice si aspetta che l'oss collabori in modo continuativo all'assistenza del paziente, occupandosi del lavoro tecnico ma non psicologico. Si aspetta comunque sensibilità e rispetto nell'approccio al malato. Le aspettative riguardano inoltre l'essere coinvolta in caso di divergenze all'interno dell'équipe, divergenze che vengono riportate non solo da oss e infermieri, ma anche dai medici.

Tabella 3.42 ASPETTATIVE DA PARTE DEI MEDICI VERSO OSS IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“Io credo che collaborino senza grossi problemi. Problemi o attriti interni io non credo che ce ne siano.”</i></p> <p><i>“Più delle aspettative di tipo assistenziale-alberghiero, quindi delle cose di un livello ancora più basso, quindi sono convinta che abbiano basse aspettative rispetto al personale oss.”</i></p> <p><i>“La motivazione è di fondo una delle maggiori aspettative.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Mi aspetto una persona che sa stare in mezzo ai malati”</i></p> <p><i>“Il principio rimane lo stesso, può essere diverso il ruolo o la mansione. Mi devo comportare allo stesso modo, avvicinarmi alla persona, anche se ho un compito diverso. La continuità dell'assistenza è uguale. Ci sono degli oss stigmatissimi che ti valgono tanto come degli infermieri nell'assistenza al malato, perché lo sanno confortare, sanno farsi vedere vicini.”</i></p> <p><i>“Non lo so, perché li vedo come una figura non dico ambigua, ma non saprei bene definire il loro compito, perché molto spesso è anche quello di partecipare per esempio alla pulizia del paziente, ma lo potrebbe fare anche l'infermiere credo”</i></p> <p><i>“Però probabilmente la figura dell'oss la vedo come una figura ambigua che potrebbe essere praticata dall'infermiere.”</i></p> <p><i>“Non saprei, perché la vedo come una figura – non dico inutile,</i></p>	<p>MEDICI</p>

<p><i>per carità- però di cui si può fare a meno perché le mansioni le può fare l'infermiere. Magari l'infermiere essendo laureato alcune mansioni non le vuole fare perché le vede riduttive rispetto a quello per cui ha studiato, però insomma l'oss più di portare il cibo, pulire i pazienti e fare qualche altro servizio non fa, almeno qui da noi, poi negli altri reparti non so. Lo vedo più come un inserviente, ecco”</i></p> <p><i>“Quindi soprattutto le aspettative sono relazionali, perché l'atto di pulire o di prendere una vena e dare una terapia la fa chiunque, mentre è proprio la relazione col paziente –perché ogni individuo è fatto a suo modo e ha un proprio carattere- non è sempre ottimale.”</i></p> <p><i>“Che sono molto importanti nel rapporto medico-malato, importanti nell'interfaccia medico-malati, fanno da tramite”</i></p> <p><i>“In Degenza invece ho notato che l'oss tende a fare di più come l'oss di sala operatoria: c'è da mettere un drenaggio? Io ti porto il necessario ma poi me ne vado. Io rimango da solo con l'infermiere come in sala operatoria.”</i></p> <p><i>“Forse in reparto manca un po' quella collaborazione che qua c'è tra oss, infermiere e medico. Qui mi sembra che sia un ingranaggio molto unito rispetto alla Degenza, là il divario tra oss e infermieri è molto più grosso rispetto a quello che c'è qui.”</i></p> <p><i>“In Degenza queste cose non accadono, l'oss è un ruolo molto più periferico. Non ho mai visto un oss essere propositivo e dire...poi anche lì cambia l'atteggiamento di ogni singola persona”</i></p> <p><i>“Qui in reparto sono anche di cose pratiche, per esempio di alzare il paziente.”</i></p>	
<p><i>“Tutto passa da me, è tutto filtrato da me. Il medico ha chiesto, io risolvo e faccio da tramite, ogni cosa che c'è mi metto in mezzo, perché è il mio personale e lo devo tutelare io.”</i></p> <p><i>“Gli oss sono sotto agli infermieri. Cambia la gerarchia, si sente.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Forse le differenze sono rispetto al medico, che è più distaccato. Non c'è un filo diretto col medico, loro collaborano con noi.”</i></p> <p><i>“Le aspettative credo siano la professionalità, lavorare insieme, la serietà, la fiducia.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Il medico con l'oss non ha un contatto o un rapporto di lavoro, ce l'hanno con gli infermieri. Però il medico da noi può</i></p>	<p>OSS</p>

<p><i>pretendere di fare il lavoro corretto, di fare le cose giuste.”</i></p> <p><i>“Beh i medici ci vedono come delle donne delle pulizie”</i></p> <p><i>“Con i medici non è che abbiamo un rapporto, io penso che alcuni non sanno neanche come mi chiamo”</i></p> <p><i>“Poi alla fine non c’è neanche il tempo di fare molte chiacchiere, questo è da tenere presente.”</i></p> <p><i>“Qui c’è molta gerarchia, noi oss siamo l’ultima ruota del carro. I medici non sanno nemmeno il nostro nome, non gli importa, parlano di noi solo in caso di segnalazioni negative”</i></p>	
---	--

Dalle testimonianze emerge come, dal punto di vista dei medici, l’oss abbia un ruolo marginale all’interno dell’équipe, viene visto come colui che esegue i compiti (di scarso valore terapeutico) ma che non interviene in modo attivo all’interno dell’équipe. Medici e oss hanno poco contatto, sia a causa del poco contatto professionale sia a causa delle difficoltà dell’oss nel potersi trattenere con loro, a causa del carico di lavoro. Ciò non toglie che l’oss non goda di alcun tipo di considerazione professionale, viene visto come un inserviente che svolge compiti sgraditi dell’area assistenziale-alberghiera che potrebbero fare gli stessi infermieri, ma che vengono delegati poiché deprofessionalizzanti. Le uniche aspettative “nobilitanti” sono relative alle relazione col paziente, nei confronti del quale ci si aspetta che sia disponibile, sensibile e rispettoso della sua intimità, ed in grado di dare conforto.

Tabella 3.43 ASPETTATIVE DA PARTE DEI PAZIENTI E FAMIGLIARI VERSO OSS IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“I pazienti credo che non si rendano conto di molte differenze”</i></p> <p><i>“È gente che si prende cura di loro insomma”</i></p> <p><i>“L’accoglienza, l’unica aspettativa che hanno”</i></p> <p><i>“Il personale deve essere invece capace di leggere tutti questi segnali come l’unica espressione dell’unico sentimento che loro hanno veramente, cioè la paura della morte e del dolore. Questa è l’unica cosa. Per cui penso che sia da parte dei parenti che dei pazienti l’unica aspettativa che hanno è quella di essere accolti in un ambiente familiare”</i></p> <p><i>“Per cui l’elemento umano è ciò che fa la differenza, quindi l’accoglienza penso che sia veramente l’unica aspettative che loro hanno. A seguire, essere curati bene, guarire, ma la prima cosa che loro si aspettano è quella.”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Hanno un rapporto molto stretto quindi penso che le aspettative siano</i></p>	<p>MEDICI</p>

<p><i>molto alte, soprattutto di sensibilità. avere un medico, un infermiere o un oss che ti tratta male non è piacevole.”</i></p> <p><i>“Io non sono sicuro che pazienti e famigliari avvertano sempre la differenza tra oss e infermiere”</i></p> <p><i>“Chiedono informazioni indistintamente a entrambe le figure, perché la differenza non si conosce. Poi non so se possono avere risposte o meno, a seconda di a chi hanno chiesto. Diciamo che se io fossi un parente mi aspetterei qualcosa di più dall’infermiere che dall’oss, soprattutto perché l’infermiere è quello che poi deve venire vicino al mio caro e poi gli fa qualcosa di “importante”. Le cose importanti le fanno anche gli oss, come la pulizia, però riguardo per esempio alla terapia ho delle aspettative sull’infermiere più alte.”</i></p> <p><i>“E devono essere molto pazienti, che secondo me coi tempi che corrono anche al medico manca, ma proprio assai. Essere accoglienti, mettere a proprio agio il paziente, perché entrare in un ospedale sapendo che sei malato non è piacevole, e se trovi un ambiente poco accogliente... e l’accoglienza chi la fa? Il medico, la caposala, l’infermiere e anche l’oss. Se loro sono, non dico benevoli, ma almeno non antipatici è già un passo avanti. Per il clima di serenità e anche di interfaccia umana che a volte viene meno.”</i></p>	
<p><i>“Hanno un rapporto più tranquillo e sereno col paziente, non devono rispondere di cose difficili, come il post operatorio, “che rischi ho?”... non sono soggetti a questo tipo di domande loro.”</i></p> <p><i>“Il rispetto del paziente me lo aspetto da tutti alla stessa maniera. Mi dà davvero fastidio quando si manca di rispetto, si prende troppa confidenza, quando si comincia a parlare di cose personali, perché il paziente è paziente. si possono fare le cose anche con una certa distanza professionale.”</i></p> <p><i>“Una volta i pazienti erano diversi. Stavano lì nel letto tutto il giorno e quasi si vergognava a chiedere “Ho un bisogno”, oggi il paziente ti chiede e ti richiede, se ha suonato il campanello te lo risuona per vedere se sei ancora lì a sua disposizione, perché sono cambiate le esigenze del paziente. Non dico che dobbiamo risolvere tutti i loro capricci, ma tante volte ci proviamo.”</i></p> <p><i>“In più oltre alle cure? Non lo so forse...di raggiungere... secondo me si aspettano dalla struttura di risolvere i loro problemi di salute, e poi si aspettano da ogni figura la giusta attenzione, cosa che non sempre si riesce a dare.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Innanzitutto loro hanno bisogno di avere la fiducia, di assicurazione. È importante che noi riusciamo ad avere la fiducia anche da parte loro. Capiamo che è un intervento importante, bisogna tranquillizzarli perché</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<p><i>è molto particolare il malato cardiocirurgico. È i familiari anche, poi scatta il meccanismo della paura, e dell'informazione. Loro fanno molte domande, e spesso per la fretta non si riesce a fermarsi un attimo e parlare con loro, a dare informazioni. Anche l'orario di visita, detto e ripetuto più di una volta, aiuta a rassicurare. Bisogna un attimo soffermarsi con loro e cercare il dialogo, che a volte ci può essere e a volte no, proprio per motivi di..."</i></p> <p><i>"L'oss che è molto più a contatto di noi, ha delle mansioni, come l'igiene, nelle quali entra in contatto proprio con l'intimità, e quindi è importante che li facciano sentire a proprio agio, e quindi capita che con loro si aprano anche un po' di più, per esempio dal punto di vista confidenziale."</i></p>	
<p><i>"Di avere tanta pazienza, poi da persona a persona cambiano, non sono tutti uguali. Magari c'è quello che vuole che dai il massimo, devi avere molta pazienza, devi capire il paziente in quale stato si può trovare. I famigliari penso che da noi vogliono che capiamo la situazione, di essere molto vicini, di aiutare la persona nel momento di debolezza, quando devi affrontare un intervento c'è chi può essere più forte e chi magari è più debole. Abbiamo il dovere di cercare di tirarlo su, di fargli affrontare bene l'intervento."</i></p> <p><i>"Quelle sono alte, alcune veramente chiedono troppo, perché scambiano l'ospedale per un albergo a 5 stelle. Oppure a volte mi sembra che alcuni non capiscano la differenza tra la mia figura e quella...neanche degli infermieri...a volte ti chiedono delle cose che devono fare o i famigliari o gli assistenti personali. Noi siamo 2 oss con 36 pazienti, i miracoli non li possiamo fare. Noi ci sforziamo di essere carini e gentili, di rispettare i loro bisogni, però sai viene gente di ogni tipo e di ogni ceto, e ognuno la pensa a modo suo. Quindi devi entrare sempre nella loro testa, è un po' difficile."</i></p> <p><i>"Tu vai rispetto ai loro bisogni, cerchi di soddisfare i loro bisogni, qualunque siano e cerchi di fare l'assistenza come la devi fare."</i></p>	<p>OSS</p>

Nonostante pazienti e famigliari non distinguano tra infermieri e oss, gli intervistati concordano nell'affermare che l'oss è colui che ha una relazione più intima e confidenziale col paziente, dovuta alla mansione che svolge. L'oss deve avere la capacità di mettere il paziente a suo agio, deve acquisire la sua fiducia, deve rassicurarlo e dargli conforto, con gentilezza e pazienza, e senza mai violare la distanza professionale. L'oss deve soddisfare le richieste e fornire informazioni al paziente, ma rispetto all'infermiere è più agevolato poiché non deve rispondere rispetto a fattori che

spesso preoccupano il paziente e i famigliari, come il decorso della malattia.

Tabella 3.44 ASPETTATIVE DA PARTE DELLA RAD VERSO OSS IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“Io credo che siano di ottenere dei vantaggi di tipo organizzativo, per esempio la sostituzione di personale infermieristico con oss riguardo determinati aspetti dell’assistenza, e questo consente di risparmiare un po’ di personale, cercando di far fare alle oss alcuni aspetti dell’assistenza che possono essere delegati dal personale infermieristico.”</i></p> <p><i>“Sugli oss sono gravemente delusa”</i></p> <p><i>“Sono diventati aiutanti molto importanti, perché senza di loro tante manovre non le fanno più perché l’assistenza è stata ridimensionata e di conseguenza adesso la fanno un infermiere e un oss, in tutte le attività.”</i></p> <p><i>“Molto spesso assenteisti”</i></p> <p><i>“In più la loro base culturale è veramente molto molto scarsa. E una difficoltà comunicativa con alcuni proprio concreta”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Come il RAD deve avere la capacità di distribuire queste persone, e il suo valore e il suo merito sarà tanto maggiore quanto più sarà capace di distribuire strategicamente le persone.”</i></p> <p><i>“Non so. Che vengano a lavorare. Che non creino casini quando non vengono o mancano, a livello organizzativo. Perché poi la RAD di fatto qui non c’è, quindi se loro sono presenti, sono efficienti e fanno il loro dovere la avvantaggiano.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Che facciano il loro lavoro, che arrivino agli obiettivi. C’è un distacco, perché dall’alto ci si aspetta di lavorare meglio con meno, noi che siamo alla base, parlo del mio gruppo, non riusciamo a fare capire che il paziente rispetto a una volta ha mille richieste in più, quindi bisogna fare mille cose in più rispetto a una volta.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Penso la professionalità di ogni figura e di ogni persona, la serietà e riuscire a trovare dei gruppi che vadano bene. Credo che sia la marcia in più. Quando un gruppo funziona bene, c’è la collaborazione ed è ben integrato è una marcia in più, io credo in questa cosa. Perché se non c’è sintonia le cose non vanno.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Di essere...di collaborare quando c’è bisogno, nei momenti in cui magari ci possono essere delle malattie o degli infortuni, la RAD pretende quello. Poi in un periodo come questo che di assunzioni non ne fanno, la gente si ammala e quindi la RAD pretende questo, la collaborazione. Se ci sono dei problemi magari saltare un riposo,</i></p>	<p>OSS</p>

<p><i>saltarne anche due.”</i></p> <p><i>“Già la RAD ragiona come azienda. Io dall’azienda mi sento trattata come un numero, non come persona. Ultimamente qui stanno facendo tagli e costi per la crisi, ma alla fine io sono una persona e ho tot forze, più di tanto non posso fare. Loro vogliono che tu rendi, non gliene interessa niente di te. Non gli interessa della mia psicologia, di come mi sento. Non so se sai in molti reparto in che situazione si lavora, quando ti mettono un solo oss per turno su 20 persone. Se loro si aspettano chissà che cosa, qui mica facciamo i miracoli. Noi non ce la facciamo, già così siamo due oss su due reparti e quattro settori, secondo te loro cosa si aspettano se siamo solo in due? Tanto, no? Perché noi siamo super? Loro fanno però un ragionamento aziendale, noi facciamo un ragionamento di qualità di assistenza che poi viene a mancare. Il nostro lavoro è molto fisico, io più di così non ce la faccio.”</i></p>	
--	--

Tutte le testimonianze raccolte concordano nel considerare come prerogativa principale della RAD che l’oss copra il turno, che sia disponibile in caso di sostituzioni e che svolga in modo efficiente e senza creare problemi il proprio lavoro. Ancora una volta, la RAD viene considerata come una figura assente e non consapevole delle esigenze del reparto, con aspettative quasi irrealistiche rispetto alla mole di lavoro che un oss può sopportare, poiché il personale da lei assegnato non è sufficiente a coprire tutte le attività.

Tabella 3.45 ASPETTATIVE DA PARTE DEL DIRETTORE VERSO OSS IN Degenza

	INTERVISTATO
<p><i>“Cercare di fare una formazione vera, una formazione sul campo come si suol dire. Credo che in questo modo, se il personale si sente seguito e motivato, poi si lavora di più in reparto, ci sono sicuramente delle ricadute positive. Il problema è che ormai, anche dal punto di vista del personale del comparto, ce n’è sempre di meno, quindi qualche problemino ce l’abbiamo dal punto di vista dei numeri.”</i></p> <p><i>“Poi è chiaro che c’è una volontà di fare un periodo anche negli altri reparti, nelle altre articolazioni, in modo di avere anche dei vantaggi dal punto di vista delle malattie, etc., uno va in un posto e sa già più o meno quello che deve fare, senza dipendere completamente”</i></p> <p><i>“Io penso che lui gli oss non sappia neanche che esistano”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“È la domanda più difficile, vorrei dire la stessa cosa che mi aspetto io, vorrei. Mi riferisco alla professionalità minima, che passa al secondo posto rispetto all’essere una persona in mezzo a persone che stanno</i></p>	MEDICI

<p><i>male, che non ti insegnano. Devi stare vicino al malato piuttosto che trattarlo come un pacco.”</i></p> <p><i>“Prendere più infermieri piuttosto che oss costerebbe molto di più, quindi c’è la figura dell’oss, perché sicuramente lo stipendio è diverso”</i></p> <p><i>“Assenti secondo me, perché si conosce il ruolo di queste persone, ma non c’è proprio rapporto tra un primario e un infermiere o un oss soprattutto.”</i></p>	
<p><i>“Purtroppo anche il Direttore è lontano, quindi non sentiamo il suo peso sulle spalle. Si aspetta che noi facciamo il nostro dovere, e anche lì io faccio da tramite. Devo eventualmente fare da portavoce, però lo conosco da troppo tempo e so che lui non sopporta quando ci lamentiamo, quando facciamo delle richieste di basso interesse, lui mi dice “Risolviteli i problemi, fai tutto quello che puoi per risolverli”, quindi mi sono abituata a lavorare così.”</i></p> <p><i>“Un’assenza di aspettative”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Un buon funzionamento del reparto. Io lavorando in Degenza, penso innanzitutto l’accoglienza del malato, che spesso ha subito un intervento invasivo, anche dal punto di vista psicologico. Subiscono un trauma sia nel pre che nel post-operatorio, si vede proprio che c’è la depressione, soprattutto post. Quindi penso che si aspetti una buona accoglienza ed assistenza ai pazienti, che comunque hanno bisogno di trovare. Quando c’è armonia nel personale il paziente si vede che è più sicuro, più tranquillo, e risponde anche bene alle cure.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Lui si aspetta che il reparto funzioni, che si collabori.”</i></p> <p><i>“Io penso che lui non si interessa proprio di nulla, proprio zero. Io in otto anni che sono qua l’ho visto quattro volte in reparto. Lui non sa proprio chi sia l’oss, cosa facciamo. Anche se lo incontro di fronte non sa chi sia, che lavoro nel suo reparto.”</i></p> <p><i>“Loro fanno tutto in termini di costi, che in un certo è anche giusto perché sei un’azienda, è ovvio che devi ragionare come uno che dirige un’azienda. Poi non lo so, non so nemmeno chi è il Direttore attualmente”</i></p>	<p>OSS</p>

Dalle testimonianze emerge come il Direttore sia percepito come una figura lontana e disinteressata al benessere del personale, che ragiona, essendo un dirigente aziendale, in termini di efficienza del reparto e di costo economico del personale. Gli intervistati riportano che probabilmente il Direttore non conosce né i compiti né le persone che ricoprono tale ruolo, e si aspetta che sia la coordinatrice a risolvere eventuali situazioni conflittuali. Le aspettative generiche che il Direttore può avere sulla figura dell’oss, è

che collabori con le altre figure professionali e che si dimostri rispettoso ed accogliente nei confronti del malato. Il Direttore afferma di volere personale preparato ed adeguatamente formato, soprattutto in termini di esperienze finalizzate, e per favorire ciò sarebbe forse necessario far ruotare tale figura nelle diverse Unità Operative.

L'oss della Degenza, nonostante svolga un'eccessiva mole di lavoro, viene considerato un membro marginale all'interno dell'équipe, è solo colui che esegue le richieste ma non partecipa attivamente. L'oss è colui che svolge gli aspetti puramente tecnici e sgradevoli dell'assistenza al paziente, mansioni che potrebbero essere svolte dallo stesso infermiere ma che risulterebbero per lui deprofessionalizzanti; l'oss è colui che è stato assunto solamente poiché ha un costo minore rispetto all'infermiere. Ciò è particolarmente rilevante nelle testimonianze dei medici. L'oss deve attenersi rigorosamente alle direttive della coordinatrice, del medico o dell'infermiere, poiché lui non è un professionista ma un esecutore di compiti, e perciò non ha la responsabilità diretta delle sue azioni. L'oss deve inoltre permettere alla coordinatrice di mediare i conflitti con le altre categorie professionali, in particolare con gli infermieri. Nonostante questa percezione, il ruolo dell'oss è ritenuto fondamentale a livello della relazione col paziente, poiché è colui col quale il paziente ha il rapporto più intimo e confidenziale, e quindi deve mostrarsi sensibile, comprensivo e rispettoso del paziente, pur mantenendo una certa distanza professionale. L'oss deve rassicurare e confortare il paziente, deve fornirgli delle corrette informazioni, ed in parte è agevolato dal fatto che le sue competenze e le domande che vengono a lui poste non riguardano argomenti "scottanti" quali la prognosi. Anche in questo caso le figure della RAD e del Direttore sono percepite come distanti e disinteressate, con aspettative quasi irrealistiche rispetto alle esigenze del reparto ed alle possibilità dell'oss di riuscire a soddisfarle tutte. Ancora una volta, per integrare le proprie conoscenze sarebbe auspicabile che l'oss sperimentasse i diversi contesti lavorativi del Dipartimento.

CONCLUSIONI

In generale, si può affermare che all'interno della Degenza il ruolo di oss e infermieri sia fondamentale per quel che riguarda l'assistenza, sia clinica che relazionale, ai pazienti. Entrambi, pur mantenendo una certa distanza professionale, devono creare con l'utente una relazione, devono essere in grado di recepire e soddisfare i bisogni dei pazienti e dei familiari, devono saper rassicurare e dare conforto, nonché fornire le giuste informazioni, ognuno rispetto alle proprie competenze.

Emerge però come i rapporti tra le due categorie siano conflittuali e divergenti, sia dal

punto di vista delle sulla gerarchia sia dal punto di vista della considerazione professionale, e per tale motivo la coordinatrice ricopre il ruolo di mediatore tra le due figure. Tutte le testimonianze concordano sull'esistenza di un sistema che enfatizza la scala gerarchica medico-infermiere-oss, e tale influenzano non sole le aspettative ma anche la considerazione professionale delle due figure. L'infermiere è infatti considerato come superiore all'oss, è colui che gode della fiducia non solo del medico ma anche della coordinatrice, è colui che ha importanti competenze cliniche e che deve essere in grado di decidere quando è il caso di sollecitare e informare il medico delle condizioni del paziente. L'infermiere inoltre potrebbe sostituirsi all'oss, ma ciò non avviene sia per motivazioni di costi economici, sia perché le mansioni dell'oss sarebbero per lui deprofessionalizzanti.

L'oss è invece colui che deve sottostare alle direttive delle altre figure professionali, è colui che non ha autonomia decisionale e che non ha responsabilità diretta delle proprie azioni, è colui che non ha contatto col medico e per questo viene disconosciuto professionalmente. L'oss viene definito come un importante collaboratore dagli infermieri, ma nei fatti è solamente un esecutore di compiti, è percepito come una figura marginale all'interno dell'équipe, che deve sopportare un'ingente carico di lavoro, che comporta mansioni poco rilevanti rispetto al processo di cura.

È interessante sottolineare come la categoria medica da un lato enfatizzi l'infermiere, considerandolo come un proprio sostituto sia dal punto di vista clinico che relazionale, come un collega con cui confrontarsi nelle decisioni terapeutiche; dall'altro lato, i medici (ma anche la coordinatrice) svalutano totalmente l'oss, definendolo come un "inserviente" che deve svolgere i compiti più tecnici e sgradevoli dell'assistenza, sottolineandone la carenza di competenze clinico-terapeutiche e giustificando la loro assunzione in termini di risparmio economico.

La Dirigenza viene percepita come distante da entrambe le categorie professionali, e l'unica aspettativa percepita riguarda la copertura del turno e la collaborazione ai fini di un buon funzionamento del reparto. Per garantire ciò, sarebbe opportuno che il personale infermieristico facesse esperienza nelle diverse Unità Operative del Dipartimento.

3.5.4 Ambulatori

LE PERCEZIONI DI VALUTAZIONE NEGLI Ambulatori

Tabella 3.46 PERCEZIONI SULLA VALUTAZIONE DEGLI INFERMIERI NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>“La valutazione la vedono non come un momento di riflessione e di crescita ma come un giudizio negativo da parte dell’utenza. Poi è chiaro che se dobbiamo scendere nel dettaglio e parlare di valutazione, allora loro si allineano al coordinatore.”</i></p> <p><i>“La valutazione del personale del comparto è compito della caposala e della RAD, poi, per l’amor di Dio, anche noi se ci chiedono qualcosa, qualche informazione, qualche consiglio insomma possiamo darlo, però sono loro che in primis hanno il compito della valutazione del personale.”</i></p> <p><i>“dal coordinatore”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“Come riferimento hanno la caposala, sia dal punto di vista organizzativo che dal punto di vista del loro giudizio; dai medici nella loro attività professionale”</i></p> <p><i>“Da tutti, come tutti. Sia tra di loro, sia dalle altre figure professionali con cui collaborano. Immagino per una questione diretta anche dalla coordinatrice. Alla caposala, e moralmente bisognerebbe dire a sé stessi, ma la frase corretta è alla loro coordinatrice”</i></p>	MEDICI
<p><i>“Dal medico, dal coordinatore e dal paziente, col quale a volte entrano in stretto contrasto. Tutti però vengono prevalentemente valutati da me, il medico dà valutazioni riguardo ad alcune attività e ne discute col responsabile.”</i></p>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<p><i>“Dal medico, senza ombra di dubbio, dai colleghi, perché comunque un po' si intersecano, si intrecciano come cose, e dal paziente, perché il paziente è normale, perché è lui a subire la mia presenza.”</i></p> <p><i>“dalla coordinatrice, e me stessa, mi prendo le mie responsabilità; poi la coordinatrice riferisce alla RAD, la RAD in direzione sanitaria...”</i></p> <p><i>“Prima di tutto a me stessa: sono consapevole del lavoro che faccio, delle mie responsabilità. E dagli utenti, qui sono molto esposta, sono come in una vetrina che tutti osservano.”</i></p>	INFERMIERI
<p><i>“Potrebbe essere l’infermiera, potrebbe essere il medico, potrebbe essere l’utente esterno che ti dice “Questa è maleducata”. Quindi rispondo all’utenza e al medico quando sono nell’Ambulatorio.”</i></p> <p><i>“Io mi sento uguale agli altri, mi sento parte delle mie colleghe; noi ci confrontiamo, anche se non esce fuori da quello”</i></p>	OSS

Nonostante la maggioranza degli intervistati riconosca che la valutazione del personale sia compito del coordinatore infermieristico, nessuno lo afferma con sicurezza. Molti sostengono che sia il medico a dover valutare l'infermiere, in particolare per ciò che concerne l'attività professionale. Altri sostengono che tutti, colleghi, superiori e utenti, compiono una valutazione. È inoltre diffusa l'opinione che ognuno dovrebbe rispondere "alla propria coscienza" del proprio operato, e assumersi la responsabilità delle proprie azioni. Altri descrivono il reparto come "una vetrina che tutti osservano", nella quale l'operatore è sempre esposto ed è sempre costretto a mediare discussioni, a tollerare accuse e lamentele, per evitare scontri al termine del quale "l'operatore ha sempre torto e il cliente ha sempre ragione". A proposito di ciò, l'aspetto che accomuna tutte le testimonianze, indipendentemente dal ruolo esercitato dagli intervistati, è la credenza che sia l'utente a dover valutare il personale. Sia la direzione sanitaria, sia medici, infermieri e oss, sia la stessa coordinatrice, riportano infatti come la valutazione sia vissuta come un giudizio, spesso negativo, da parte degli utenti.

Tabella 3.47 PERCEZIONI DI VALUTAZIONE SUGLI OSS NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>"Gli oss anche qui sono inseriti in questo contesto e sono un po' ibridi, nel senso che sono inseriti per la maggior parte nel PDA, dove rispondono al centralino e prendono gli appuntamenti, per cui anche loro vivono questo forte conflitto con l'utenza, e quando poi si parla di valutazione fanno riferimento al coordinatore."</i></p> <p><i>"loro sono sicuramente più in contatto con la caposala che con la RAD, per la suddivisione dei compiti... per l'oss sicuramente è la caposala che è preminente dal punto di vista della valutazione."</i></p>	Direttore DEL Dipartimento e RAD
<p><i>"Gli stessi infermieri sono per loro una figura di riferimento che può valutare il loro operato e la loro attività."</i></p> <p><i>"Sia tra di loro, sia dalle altre figure professionali con cui collaborano. L'aspetto principale deve essere con chi è responsabile diretto della categoria, anche in questo caso penso sia la coordinatrice."</i></p>	MEDICI
<p><i>"Deve rispondere al paziente per ciò che fa, al medico e anche al coordinatore, prevalentemente sono valutati da me."</i></p>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<p><i>"La caposala, assolutamente. A sé stessa in coscienza, al paziente senza ombra di dubbio, e un po' a tutte le altre figure."</i></p> <p><i>"Dalla coordinatrice, la coordinatrice riferisce alla RAD, la RAD in direzione sanitaria. C'è questo passaggio, e l'ultimo, quello che sta in alto, sa solo quello che gli riferisce quello che sta appena sotto di lui, e basta."</i></p>	INFERMIERI
<p><i>"Potrebbe essere l'infermiera, potrebbe essere il medico, potrebbe essere"</i></p>	OSS

<p><i>l'utente esterno che ti dice "Questa è maleducata". Quindi rispondo all'utenza e al medico quando sono nell'Ambulatorio."</i></p> <p><i>"Logicamente alla caposala perché la individuo come il mio superiore. Sento di dover rispondere in primis a lei, che ha organizzato il mio lavoro... però neanche tanto, diciamo...io le mie cose le faccio, io però la vedo come la persona referente. Secondo: sento di rispondere all'utente. Terzo: alla mia coscienza. Basta, tutto lì."</i></p>	
---	--

Anche per ciò che riguarda gli oss, l'individuazione della figura che deve compiere la valutazione è piuttosto confusa. In questo caso c'è maggiore concordanza sul fatto che la valutazione sia compito della coordinatrice, ma emerge comunque che l'oss deve rispondere del proprio operato alle altre figure professionali, agli utenti, e a sé stesso in coscienza. È significativo che alcuni dei medici, che si sentono in dovere di valutare l'attività professionale degli infermieri, ritengano che spetti all'infermiere valutare l'operato degli oss.

Ciò che caratterizza, rispetto agli altri reparti, le sulla valutazione del personale degli Ambulatori, è il timore del giudizio del pubblico. Nel corso delle interviste è emerso infatti che in passato sono state fatte delle segnalazioni da parte degli utenti, a causa delle quali l'intera équipe di lavoro è stata ripresa, e ciò ha influito sia sulle modalità di relazione col pubblico sia sui rapporti interpersonali all'interno dell'équipe. Forse a causa di tali segnalazioni, è significativo come sia la Direzione Sanitaria, sia la RAD, sia la stessa coordinatrice (ovvero le figure formalmente responsabili di oss e infermieri) identifichino pazienti e famigliari come coloro ai quali il personali deve rispondere e dei quali devono soddisfare le richieste.

LE ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DELL'INFERMIERE NEGLI Ambulatori

Tabella 3.48 ASPETTATIVE DA PARTE DELL'OSS VERSO INFERMIERE NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<i>Collaborazione, in base al livello individuale di preparazione. Si aspettano che vengano loro delegati dei compiti.</i>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<i>“Non credo che loro abbiano molto da chiedere agli infermieri, forse la disponibilità e la chiarezza nel poterli aiutare nel corso della loro attività professionale. Sarà una figura di riferimento.” “Credo che gli oss si sentano l'ultima ruota del carro, credo ci sia una sensazione di carenza di rispetto per quel che riguarda la categoria degli oss, penso vorrebbero una maggiore considerazione del proprio ruolo, del proprio lavoro. A livello interpersonale invece i rapporti, a prescindere dalla variabilità interpersonale, credo siano abbastanza vicini come situazione, credo che la differenza sia proprio nell'aver un certo tipo di rispetto.” “Penso vorrebbero più aiuto, vorrebbero fare delle mansioni anche più infermieristiche... probabilmente vorrebbero più disponibilità per certe cose”</i>	MEDICI
<i>“Quando faccio i turni devo valutare chi spostare nei vari Ambulatori o agli sportelli a seconda delle possibilità, e qui si mettono in gioco delle relazioni tra loro, ma io non posso sbandierare le prescrizioni di tutti...”</i>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<i>“Che tutto funzioni bene, che il paziente venga trattato bene, che ci sia collaborazione tra le varie figure, rispetto, educazione. Se anche la figura dell'oss in principio nasce come supporto al lavoro infermieristico, qui bisogna che non ci siano delle scale “io sono più di te”, “tu sei meno di me”. Qui no. Collaborazione, rispetto per la persona che c'è dietro la divisa, e che si lavori, assolutamente.” “Cambi turno, spiegazioni se hanno bisogno.” “Siamo colleghi, la figura dell'oss qui non esiste, non è un ruolo definito”</i>	INFERMIERI
<i>“Qui sotto certi aspetti si crea il conflitto, per qualcuno c'è la gerarchia, per la maggior parte per fortuna no, siamo colleghi, punto.”</i>	OSS

La maggioranza degli intervistati concorda sul fatto che gli oss si aspettino riconoscimento e considerazione professionale da parte degli infermieri: viene infatti avvertita la gerarchizzazione dei ruoli e delle competenze delle due figure, e ciò ha ripercussioni non solo sull'attività lavorativa ma anche sulle relazioni interpersonali, che spesso sono conflittuali. Se però la Direzione Sanitaria e i medici individuano

nell'infermiere colui dal quale l'oss si aspetta di essere guidato e supportato nello svolgimento dell'attività lavorativa, infermieri e oss preferiscono parlare di aspettative di collaborazione e di riconoscimento reciproco. Gli oss si aspetterebbero non solo disponibilità alla copertura dei turni, ma anche disponibilità al confronto e allo scambio di conoscenze, uno scambio reciproco, volto ad una maggiore funzionalità del reparto.

Tabella 3.49 ASPETTATIVE DA PARTE DEL COORDINATORE VERSO INFERMIERE NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>“L’aspettativa maggiore che io avevo come coordinatrice era di essere capita nella mia difficoltà di prendere delle decisioni difficili. E credo che questa sia l’aspettativa maggiore ma che in pochi sono in grado di esprimere. L’aspettativa dal punto di vista professionale è sapere che tu hai tutto personale preparato e competente”</i></p> <p><i>“Però io credo che non ci siano delle grandi differenze tra oss e infermieri”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“Le aspettative riguardano le capacità tecniche”</i></p> <p><i>“Aspettative molto alte, ma per un motivo di base, comunque lei è la referente, la responsabile e ciò che fanno i tuoi “dipendenti” è comunque una manifestazione delle tue capacità e delle tue competenze.”</i></p> <p><i>“Devono lavorare in modo adeguato, devono essere professionalmente ineccepibili, ineccepibili. Devono essere sempre disponibili. Devono sapere che il loro compito è di estrema importanza, lavorare in un’impresa sanitaria vuol dire farsi carico di tutte quelle problematiche che ci possono essere, e questo può essere estremamente difficoltoso anche come carico. Devono essere professionali e disponibili, fare il loro lavoro con serietà perché se non ci sono loro le cose non funzionano. È un organismo ad ingranaggi e loro ne fanno parte. Non è secondario il lavoro di uno o il lavoro dell’altro, ci deve essere precisione all’interno degli ingranaggi. Serietà e professionalità sono alla base di quello che devono avere tutte le figure professionali”</i></p>	MEDICI
<p><i>“Non mi possono riportare le cose come in realtà non sono, perché le ho provate in prima persona e so di cosa si tratta. Ho provato in prima persona il tipo di mansione, il tipo di carico e il tipo di stress e posso dire che l’infermiera viene sovraccaricata negli Ambulatori soprattutto in termini di stress. Ci sono persone che hanno problemi personali e familiari molto grossi e purtroppo se li portano anche un po’ sul lavoro anche se non dovrebbero”. Si aspetta comprensione della sua situazione, per la difficoltà di gestire le prescrizioni mediche del personale.</i></p>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<p><i>“Che tutto funzioni bene, che il paziente venga trattato bene, che ci sia</i></p>	INFERMIERI

<p><i>collaborazione tra le varie figure, rispetto, educazione. Si intersecano come ruolo, ci sono diverse responsabilità, anche se è normale che l'infermiera sia leggermente un gradino più su"</i></p> <p><i>"Lei ci invia le mail, lei si è liberata dalle responsabilità: ci ha informati. Però non ci lascia autonomi, è una persona molto ansiosa. Io faccio il mio lavoro. Mi chiedono di più? C'è bisogno perché manca qualcuno? Sono disponibile. Punto."</i></p> <p><i>"Si aspetta qualcosa di più dall'infermiere. Poi bisogna vedere com'è il rapporto con la coordinatrice. Anche perché lei non è che si comporti in modo uguale con tutti."</i></p> <p><i>"Lei è caposala ma qui non la rispettano, questo la fa arrabbiare e la demotiva. Lei riceve delle direttive precise. Quando ci incontriamo per delle riunioni non siamo mai tutti presenti, chi ha creato un problema non c'è mai. Qui è proprio il rispetto che manca."</i></p>	
<p><i>"Magari trovarci di più in équipe, fare delle riunioni più spesso visto che non se ne fanno. Forse ci si conoscerebbe anche meglio. Lei fa la figura della caposala, ma molte volte la caposala può anche seguire i consigli di persone che lavorano da anni nello stesso posto. Sarebbe anche una valutazione trovarsi tutti insieme e dirsi "Forse questo è sbagliato", di solito si lavora in équipe."</i></p> <p><i>"Ha aspettative simili per entrambe le categorie"</i></p> <p><i>"Nel momento in cui abbiamo fatto qualcosa di buono, dice "Avete fatto il vostro dovere", che significa? Non esiste. È un rapporto freddissimo."</i></p> <p><i>"Lei si aspetta di più. Ecco perché parlavo del fiato sul collo, quando c'è lei te la vedi sempre dietro e lavori in un clima che non mi piace, perché io devo poter lavorare e poter esprimere anche col paziente"</i></p>	OSS

A proposito delle aspettative sulla componente infermieristica da parte del coordinatore, emerge come vi siano delle grosse difficoltà di gestione del personale, a causa dell'ingente numero di operatori con prescrizioni mediche all'interno del reparto. Chi è a conoscenza di tali circostanze, ritiene che la coordinatrice si aspetti comprensione per le modalità di organizzazione del lavoro e attribuzione delle mansioni ai propri subordinati, modalità che spesso non rispecchiano le competenze e la preparazione degli operatori. In funzione di ciò, la coordinatrice si aspetterebbe un maggiore riconoscimento del proprio ruolo.

Le aspettative della coordinatrice riguardo l'attività lavorativa, secondo le opinioni degli intervistati, potrebbero essere la preparazione tecnico-scientifica, l'autonomia di gestione, l'efficienza, l'affidabilità, la serietà, il rispetto e la soddisfazione delle

esigenze dell'utente. Un aspetto che emerge in diverse testimonianze è la collaborazione interprofessionale: molti ritengono che la coordinatrice si aspetti disponibilità nell'andare incontro alle esigenze dei colleghi e maggiori momenti di condivisione e di confronto tra i professionisti, che forse migliorerebbero anche le relazioni interpersonali. Emerge inoltre che la coordinatrice desidererebbe una maggiore consapevolezza del proprio ruolo all'interno dell'organizzazione, ruolo che richiede impegno in termini di carico e buona capacità di fronteggiare lo stress, e all'interno del quale è necessario mettere da parte, nei limiti delle possibilità, i problemi personali e familiari. Emerge quindi un'ambiguità nelle opinioni degli intervistati: se la Dirigenza, i medici e la coordinatrice sottolineano l'importanza della consapevolezza del proprio ruolo, oss e infermieri lamentano invece la non distinzione tra le aspettative sulle diverse categorie, che porta l'infermiere a svolgere mansioni deprofessionalizzanti.

Nonostante conceda autonomia nelle modalità di svolgimento delle mansioni lavorative, è opinione condivisa da oss e infermieri che la coordinatrice eserciti un controllo costante ed eccessivo sulle attività eseguite dal personale, mostrando così una scarsa fiducia nei loro confronti. Alcuni degli intervistati lamentano un rapporto distante e distaccato (testimoniato per esempio dal fatto che la maggior parte delle comunicazioni avvengono tramite posta elettronica) che secondo alcuni sarebbe espressione di disinteresse nei confronti delle relazioni interpersonali e di una volontà di "scaricarsi dalle responsabilità". Emerge quindi una nuova ambiguità: da un lato, oss e infermieri lamentano un'eccessiva concessione di autonomia, quasi di disinteresse, da parte della coordinatrice, dall'altro lamentano un eccessivo grado di supervisione nei loro confronti.

Tabella 3.50 ASPETTATIVE DA PARTE DEL MEDICO VERSO INFERMIERE NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>"Collaborazione, io credo che collaborino senza grossi problemi. Problemi o attriti interni io non credo che ce ne siano."</i></p> <p><i>"Loro si aspettano che il personale sia competente, che sia capace, che sia affidabile soprattutto, la maggior aspettativa è l'affidabilità."</i></p> <p><i>"Quando a loro capita l'emergenza che si rendono conto che hanno l'infermiera che sa fare, allora sono tranquilli e poi te lo dicono, se c'eri tu, oppure vanno dalla caposala a dire "Sai, c'era X ed è stata brava", quando invece succede che c'è quello un po' meno bravo, quello un po'</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>

<p><i>anzianotto, quello che non ha mai visto, non ha mai fatto o fa raramente, ci sa fa tanto prendere dal panico ed ecco che loro lo vivono con molta angoscia. Però è una sensazione momentanea che loro vivono, non ce l'hanno come struttura mentale”.</i></p>	
<p><i>“Sono la misurazione della pressione, l’esecuzione dell’ECG, per cui niente di particolarmente impegnativo”.</i></p> <p><i>“Dovere morale, professionalità, disponibilità, passione, competenza. Se uno non è proprio incapace nel suo lavoro ma è una persona che tratta i pazienti nel modo giusto, è molto meglio di uno che fa perfettamente il suo lavoro ma tratta i pazienti con un orologio al polso.”</i></p> <p><i>“Esattamente come l’oss, devono lavorare in modo adeguato, devono essere professionalmente ineccepibili, ineccepibili. Devono essere sempre disponibili. Devono sapere che il loro compito è di estrema importanza, lavorare in un’impresa sanitaria vuol dire farsi carico di tutte quelle problematiche che ci possono essere, e questo può essere estremamente difficoltoso anche come carico. Devono essere professionali e disponibili, fare il loro lavoro con serietà perché se non ci sono loro le cose non funzionano. È un organismo ad ingranaggi e loro ne fanno parte. Non è secondario il lavoro di uno o il lavoro dell’altro, Se voglio fare un esame lo posso fare anche senza l’oss e senza l’infermiere, ma se voglio far entrare le cose in maniera adeguata e corretta e funzionale alla legislazione attuale, ci deve essere precisione all’interno degli ingranaggi. Serietà e professionalità sono alla base di quello che devono avere tutte le figure professionali”.</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Non sempre il medico rispetta non tanto la qualifica, ma la persona, così metti a repentaglio tutto il lavoro professionale non solo della persona ma dell’intera équipe. Magari lo fanno con qualcuno e con un altro no e poi si crea attrito tra le persone”.</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“A seconda del punto in cui ti trovi devi saper eseguire gestire al meglio il tutto. Le loro aspettative sono alte. Si aspettano una gestione autonoma dell’attività”.</i></p> <p><i>“Non c’è un gran rispetto nei nostri confronti. Sia per gli infermieri che per gli oss. Dipende da come gli gira e da chi gli capita in quel momento”.</i></p> <p><i>“Non c’è un gran contatto”.</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<p><i>“Sono diverse dalle aspettative nei confronti degli infermieri, però non le so dire quali siano”.</i></p> <p><i>“Con i medici l’importante è che non gli crei dei problemi, non ti chiedono di più. Poi tenga presente che noi siamo al PDA, siamo il fulcro, se ci fermiamo noi si ferma tutto, perché da noi partono le prenotazioni, le accettazioni. Prima di accedere all’Ambulatorio passano da noi, di conseguenza se ci fermiamo noi diventa un caos. E un po’ di considerazione ce l’hanno”.</i></p>	OSS
---	-----

Tutte le testimonianze sono concordi nell’evidenziare la scarsa considerazione professionale, e secondo alcuni personale, dei medici rispetto agli infermieri degli Ambulatori. Le aspettative dei medici riguarderebbero l’autonomia e l’efficienza nello svolgimento delle attività lavorative, e il possedere alcune competenze tecniche, considerate però di scarsa rilevanza professionale. Gli infermieri sono figure necessarie per l’esecuzione delle visite mediche nel rispetto dei protocolli normativi, ma non sono indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi. Il compito dell’infermiere è quindi collaborare con le altre figure professionali per non interrompere il funzionamento del sistema sanitario, e il loro contributo all’interno dell’organizzazione dipende dalla capacità di relazionarsi con il pubblico piuttosto che dalle competenze cliniche.

Tabella 3.51 ASPETTATIVE DA PARTE DI PAZIENTI E FAMIGLIARI VERSO INFERMIERE NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>“I pazienti credo che non si rendano conto di molte differenze, è gente che si prende cura di loro insomma. Loro hanno la percezione di essere seguiti, poi chi li segue io credo faccia poca differenza.”</i></p> <p><i>“L’accoglienza, l’unica aspettativa che hanno. E il personale deve essere invece capace di leggere tutti questi segnali come l’unica espressione dell’unico sentimento che loro hanno veramente, cioè la paura della morte e del dolore. Questa è l’unica cosa. Per cui penso che sia da parte dei parenti che dei pazienti l’unica aspettativa che hanno è quella di essere accolti in un ambiente familiare. Per cui l’elemento umano è ciò che fa la differenza, quindi l’accoglienza penso che sia veramente l’unica aspettative che loro hanno. A seguire, essere curati bene, guarire, ma la prima cosa che loro si aspettano è quella”.</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“Non è detto che i pazienti riescano sempre a distinguere, sono un po’ confusi in Ambulatorio. I famigliari puntano soprattutto ad avere la prognosi, a parlare con il medico”.</i></p> <p><i>“Professionalità: l’infermiere c’è prima dell’esame, c’è durante e c’è</i></p>	MEDICI

<i>dopo.” “L’aspetto di relazione col pubblico, l’aspetto umano. Per questo dico professionalità, perché proprio manca, non proprio manca ma è quello che si può percepire, l’aspetto umano. Come dare da bere, tirarlo su...”</i>	
<i>“La qualità della prestazione, l’informazione, la cortesia”</i>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<i>“Si aspetta che venga trattato bene, e che comunque una risposta venga data nel modo più esauriente da parte del medico” “Informazioni, pazienza, disponibilità”. “C’è confusione, non vedono diversità tra oss e infermieri.” “Educata, cortese, cordiale”. “Devo mediare e tollerare, evitare di ribattere, perché sei esposto: l’infermiere ha sempre torto, il parente ha sempre ragione. Altrimenti vai nelle grane.”</i>	INFERMIERI
<i>“Sono le stesse che hanno per gli oss, perché è una persona che soffre, mettiamoci nei loro panni.” “La pazienza, il rispetto, capire i bisogni degli altri...”</i>	OSS

Tutti gli intervistati hanno ben chiaro quali siano le aspettative dei pazienti e dei famigliari rispetto alla figura infermieristica: una buona accoglienza. Con tale costrutto si intende la cordialità, l’educazione, la pazienza e la disponibilità nel soddisfare le esigenze dell’utenza e a fornire informazioni e spiegazioni. Gli infermieri devono inoltre mostrarsi empatici e comprensivi, dare dimostrazione di umanità e di vicinanza emotiva nei confronti delle difficoltà fisiche e psicologiche degli utenti. È opinione degli intervistati che l’utenza non distingua la figura dell’infermiere da quella dell’oss, quindi tali aspettative sono estese in generale a tutte le figure non mediche operanti nel reparto.

Tabella 3.52 ASPETTATIVE DA PARTE DELLA RAD VERSO INFERMIERE NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>“Io credo che siano di ottenere dei vantaggi di tipo organizzativo, per esempio la sostituzione di personale infermieristico con oss riguardo determinati aspetti dell’assistenza, e questo consente di risparmiare un po’ di personale, cercando di far fare alle oss alcuni aspetti dell’assistenza che possono essere delegati dal personale infermieristico.”</i></p> <p><i>“credo che il professionista infermiere abbia un capitale inespresso ancora tutto da sondare, da conoscere, da sapere. Si presuppone una presa di coscienza in tutte le azioni che tu fai, ponderata e molto diversa da quella che è una presa di coscienza legata a dei compiti”</i></p> <p><i>“Nel corso del tempo questa politica ha portato alla realizzazione di gruppi che sono tutti eterogenei al ribasso, nel senso che sono tutti demotivati, sono tutti pieni della loro patologia e malattia che alle volte sono patologie minime, quindi le mie aspettative sono un po’ meno alte perché so già che partiamo da una base bassa. Per cui hai bisogno di persone capaci, anche dal punto di vista delle relazioni, perché come dicevo prima negli Ambulatori sono persone malate e che stanno male”.</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Quando c’è un problema devono fare riferimento alla RAD e la vedono anche con timore questa figura”</i></p> <p><i>“La RAD vede aspetti di tipo amministrativo-organizzativo in senso lato. Prima di tutto ritengo che la serietà e la professionalità sia una cosa che venga sempre richiesta comunque a tutti i livelli.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“I primi tempi era molto più presente, ma ora capiamo che ha altre problematiche aziendali da gestire. Comprende le difficoltà di gestione del reparto.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Che tutti si collabori, che tutti ci si rispetti, che si lavori al meglio, e il rispetto del paziente, perché è il paziente che deve avere il meglio. Perché se il paziente è soddisfatto, anche la struttura ne va a beneficiare, e anche tutto il lavoro relazionale.”</i></p> <p><i>“Prima di tutto bisogna guardare l’obiettivo, che è il paziente, che deve essere trattato e valutato clinicamente nel miglior modo possibile, che vada a casa soddisfatto dell’esame eseguito e della risposta ottenuta.”</i></p> <p><i>“Le decisioni noi le dobbiamo prendere così, piovute dall’alto, non dobbiamo avere molte opinioni.”</i></p> <p><i>“Ma non sa niente, sa solo quello che le passa la coordinatrice.”</i></p> <p><i>“Da noi si aspetta un qualcosa di più, in termini di competenze, di attività...”</i></p> <p><i>“La vedo solo quando è convocata perché ci sono dei problemi. La RAD ha delle aspettative alte, perché questo è un ambiente particolare.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<i>“Se una persona non si fa mai vedere per lei va tutto bene”</i>	OSS

La maggioranza degli intervistati rappresenta la RAD come una figura distante dal personale a lei subordinato, e presuppone che le sue aspettative riguardino principalmente la soddisfazione delle richieste dell’utenza piuttosto che le tematiche relative al clima organizzativo e al team di lavoro, tanto è vero che la sua presenza viene avvertita solo in caso si verificano problemi con il pubblico. La RAD è a conoscenza della situazione critica di gestione del reparto a causa delle prescrizioni mediche del personale, ma le sue aspettative riguardo alla collaborazione interprofessionale e alle relazioni interpersonali sono comunque volte alla soddisfazione del paziente. Dalle interviste emerge inoltre che la stima e la considerazione professionale nei confronti degli infermieri degli Ambulatori sono basse.

Tabella 3.53 ASPETTATIVE DA PARTE DEL DIRETTORE VERSO INFERMIERE NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>“Aspettative di avere sempre del personale preparato e soprattutto affezionato al lavoro. Per cui lui ha questa visione molto paterna, nel senso che lui vuole sapere se va tutto bene, le sue aspettative sono sicuramente quelle di avere intorno a lui delle persone fidate e affidabili, e soprattutto che amino il loro lavoro, questa è la sua aspettativa maggiore.”</i></p> <p><i>“io credo che sia giusto investire dal punto di vista della formazione, della cultura. Sono anziani, hanno molta esperienza e fanno veramente molto, poi è chiaro che più gli insegni, più hanno la possibilità di fare. Io credo che bisogna investire sempre di più su questo tipo di scelta.”</i></p> <p><i>“c’è una volontà di fare un periodo anche negli altri reparti, nelle altre articolazioni, in modo di avere anche dei vantaggi dal punto di vista delle malattie, etc., uno va in un posto e sa già più o meno quello che deve fare, senza dipendere completamente”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“Non ne ho idea, assolutamente no.”</i></p> <p><i>“L’aspetto amministrativo aumenta, potrebbe essere un’aspettativa di tipo pratico e di produttività, per cui non so quanto si possa considerare l’aspetto qualitativo del lavoro, ma credo che il termine produttività debba essere messo in mezzo, produttivo e funzionale al progetto, qui</i></p>	MEDICI

<p><i>viene messo in luce l'aspetto più sterile di produttività del Dipartimento. Solo nel momento in cui le cose dovessero non andar bene e non essere soddisfacenti, e dovesse essere la causa di inceppamento del meccanismo.”</i></p>	
<p><i>“Vista l’esigenza economica del paese dice che dobbiamo rimboccarci le maniche utilizzando le risorse disponibili, però poi si lamenta, non lo accetta la situazione del reparto, li vorrebbe tutti giovani.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Qui si lavora per il paziente e tutto deve andare a buon fine, rispetto per il paziente .”</i></p> <p><i>“Io non lo so e non me lo chiedo neanche io so che comunque comunica con la coordinatrice, e la coordinatrice riferisce quello che secondo lei, e poi la RAD quello che secondo lei, e poi dopo la direzione sanitaria quello che secondo lei...Liberarsi da tutte le responsabilità.”</i></p> <p><i>“Da noi si aspetta un qualcosa di più, in termini di competenze, di attività...”.</i></p> <p><i>“Lui qui è di passaggio, passa, lo saluto ma non so neanche se sa chi sono. Non so quali siano le sue aspettative.”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Secondo me lui si aspetta che tutto vada bene, poi se stai bene o se stai male è lo stesso”</i></p> <p><i>“Passa sempre, lui ha il suo ufficio e passa sempre, è nel Comparto Operatorio e lo vediamo. Con Il Direttore abbiamo un rapporto meno... Vorremmo insomma che da queste figure più alte ci fosse più presenza qui, non il semplice fiato sul collo della coordinatrice.”</i></p> <p><i>“L’importante per loro è produrre, fare, produrre... Poi le problematiche che uno incontra in un reparto, non so quanto loro ne siano a conoscenza, se non vogliono vedere le cose o è un sistema in cui siamo tutti costretti a fare così, non lo so.”</i></p>	<p>OSS</p>

Anche il Direttore generale del Dipartimento viene percepito come una figura distante e distaccata dal personale, nonostante la sua vicinanza fisica agli Ambulatori, tanto è vero che è la figura del quale è più difficoltoso immaginare le aspettative. Secondo gli intervistati lui incarna la gestione aziendale dell’ospedale, e, a conferma di ciò, le sue aspettative riguardano la produttività del reparto, in termini puramente quantitativi. L’aspetto qualitativo sembra passare in secondo piano, gli infermieri devono essere efficienti nel non inceppare il “meccanismo ad ingranaggi” che è l’ospedale, devono essere attenti a soddisfare le esigenze del pubblico per evitare reclami e segnalazioni, ma soprattutto devono essere produttivi.

In generale, l’infermiere degli Ambulatori è colui che prima di tutto deve avere capacità di relazionarsi col pubblico, colui che è in grado di accogliere, comprendere e

soddisfare le esigenze di ogni tipo di utente. Tale predisposizione è preponderante rispetto alle competenze scientifiche, tanto è vero che le conoscenze e abilità cliniche dell'infermiere non vengono riconosciute e comunque vengono giudicate di scarso valore all'interno del reparto. L'infermiere è infatti colui che accoglie i pazienti all'accettazione, colui che dà informazioni di carattere tecnico-operativo al paziente, è colui che passa buona parte del suo orario di lavoro al telefono, ricoprendo il ruolo di sportellista e segretario. Anche all'interno dell'Ambulatorio, le attività che permettono di manifestare le proprie competenze professionali sono minime. Anche in quel caso, infatti, le mansioni prevedono il fornire indicazioni tecnico-operative al paziente, il compilare le cartelle cliniche e il prenotare nuovi appuntamenti. Ancora una volta, il ruolo ricoperto è molto più simile a quello di un segretario piuttosto che a quello di un infermiere professionista.

Il compito dell'infermiere è di essere efficiente, di non creare rallentamenti all'interno del sistema. Deve saper gestire autonomamente ed efficacemente la propria attività sotto la supervisione del coordinatore, deve collaborare con gli altri professionisti per il soddisfacimento dell'utente. A questo proposito emerge una prima ambiguità di opinioni, poiché infermieri e oss da un lato lamentano un'eccessiva supervisione da parte della coordinatrice, dall'altro riportano un disinteresse nei confronti delle modalità di svolgimento delle attività da parte della stessa.

L'infermiere deve essere disponibile allo scambio di conoscenze e alla copertura dei turni, deve ubbidire alle direttive imposte da una dirigenza temuta e distante, deve tollerare l'ingente carico di lavoro e deve mettere da parte le difficoltà personali e familiari. La Dirigenza sostiene che l'infermiere dovrebbe essere maggiormente consapevole del proprio ruolo, ma tale ruolo, confuso e deprofessionalizzante, non viene riconosciuto nemmeno dagli altri operatori, in particolare dai medici del reparto.

LE ASPETTATIVE NEI CONFRONTI DEGLI OSS NEGLI Ambulatori

Tabella 3.55 ASPETTATIVE DA PARTE DELL'INFERMIERE VERSO OSS NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>“Alcuni aspetti devono essere delegati”</i></p> <p><i>“Si aspettano, io credo, la collaborazione, tenendo presente che poi dopo mica tutti sono sullo stesso piano o hanno lo stesso livello di preparazione. È chiaro che con determinate persone pretendono un pochino di più perché sanno che si possono fidare, possono delegare alcuni aspetti, ovviamente in seguito alla loro presenza.”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“Collaborazione nelle loro mansioni quotidiane.”</i></p> <p><i>“Aiuto”.</i></p> <p><i>“Il dovere morale può essere percepito un pochettino meno, perché è un lavoro più faticoso, perché spostano, fanno...è un lavoro anche fisico”.</i></p>	MEDICI
<p><i>“Non mi possono riportare le cose come in realtà non sono, perché le ho provate in prima persona e so di cosa si tratta. Ci sono persone che hanno problemi personali e familiari molto grossi e purtroppo se li portano anche un po' sul lavoro anche se non dovrebbero”.</i></p> <p><i>Si aspetta comprensione della sua situazione, per la difficoltà di gestire le prescrizioni mediche del personale.</i></p>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<p><i>“Qui bisogna che non ci siano delle scale.”</i></p> <p><i>“Collaborazione, supporto al lavoro infermieristico.”</i></p> <p><i>“Ci consideriamo colleghe tra di noi. Cambi turno, collaborazione e condivisione delle conoscenze”</i></p>	INFERMIERI
<p><i>“Collaborazione, lavoro in équipe. Maggior interscambio.”</i></p> <p><i>“Io direi che ci completiamo, non mi sento di dire che le colleghe...no. siamo un bel gruppo, non c'è la gerarchia, Non si chiede un ordine, c'è uno scambio tra di noi, anche uno scambio di idee. Io magari a volte do un consiglio per migliorare alcuni aspetti del lavoro, viene accettato dalle colleghe, anche se sono infermiere.”</i></p> <p><i>“Secondo me loro si aspettano tutti tutto dalla nostra figura oss, c'è una disuguaglianza tra di noi. La nostre figura non è mai stata riformata per farci passare dal tecnico al sanitario, loro sono dei laureati per cui noi andiamo a tamponare tante cose. Non siamo trattati benissimo, siamo visti un po' come i servetti. Io non mi sento molto trattata bene, non mi tocca, mi scivola addosso la cosa perché io so quello che faccio, so quello che valgo, non voglio superare le mie competenze, so che il mio ruolo è un ruolo altrettanto importante, non mi sento assolutamente inferiore a nessuno, ho molta stima di me stessa. Andrebbe un attimo passato dal tecnico al sanitario, bisognerebbe formare questa figura, si va sempre avanti. Invece noi siamo sempre rimasti così per comodità degli infermieri, perché loro ci</i></p>	OSS

<i>vogliono tenere così, perché al momento siamo polifunzionali”.</i>	
---	--

Gli intervistati sostengono che gli infermieri si aspettino collaborazione da parte dell’oss nello svolgimento delle mansioni. Sebbene la dirigenza sostenga che spetti all’infermiere delegare alcune delle attività tecniche di sua competenza all’oss, in base alla preparazione dell’operatore che ha a disposizione, oss e infermieri attribuiscono al termine “collaborazione” il significato di complementarità, condivisione, confronto e scambi di opinioni e conoscenze, disponibilità e aiuto reciproco nella risoluzioni dei problemi.

Nonostante queste attribuzioni di vicinanza e scambio, emerge la gerarchizzazione dei ruoli, che, secondo alcuni, rappresenta una delle fonti dei conflitti interpersonali. Gli oss non godono infatti di riconoscimento professionale, ma vengono considerati dei meri esecutori di compiti tecnici e deprofessionalizzanti.

Ancora una volta, emerge un’ambiguità nelle opinioni degli intervistati: per alcuni, in particolare secondo gli infermieri, gli oss sono collaboratori allo stesso livello infermieristico, mentre secondo altri l’oss è un subordinato dell’infermiere. Questa discordanza ha ovviamente delle conseguenze a livello di relazioni interpersonali tra gli appartenenti alle due categorie.

Tabella 3.56 ASPETTATIVE DA PARTE DEL COORDINATORE VERSO OSS NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<i>“L’aspettativa maggiore che io avevo come coordinatrice era di essere capita nella mia difficoltà di prendere delle decisioni difficili. L’aspettativa dal punto di vista professionale è sapere che tu hai tutto personale preparato e competente della quale tu puoi andare a casa, chiudere il tuo ufficetto e dire “Sono tranquilla perché oggi so che in reparto ho x casi difficili ma so che ho x persone capaci”, queste sono le aspettative su entrambe le figure in tutte le Unità Operative.”</i> <i>“Però io credo che non ci siano delle grandi differenze”</i>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<i>“Ha dei compiti di importanza un pochino inferiore rispetto a quello dell’infermiere, non ti saprei dire, non lo so...il rispetto del malato...”</i> <i>“Esattamente quello che mi aspetto dall’infermiere, devono lavorare in modo adeguato, devono essere professionalmente ineccepibili, ineccepibili. Devono essere sempre disponibili. Devono sapere che il loro compito è di estrema importanza, lavorare in un’impresa sanitaria vuol dire farsi carico di tutte quelle problematiche che ci possono essere, e questo può essere</i>	MEDICI

<p><i>estremamente difficoltoso anche come carico. Devono essere professionali e disponibili, fare il loro lavoro con serietà perché se non ci sono loro le cose non funzionano. È un organismo ad ingranaggi e loro ne fanno parte. Non è secondario il lavoro di uno o il lavoro dell'altro. Se voglio fare un esame lo posso fare anche senza l'oss e senza l'infermiere, ma se voglio far entrare le cose in maniera adeguata e corretta e funzionale alla legislazione attuale, ci deve essere precisione all'interno degli ingranaggi. Serietà e professionalità sono alla base di quello che devono avere tutte le figure professionali."</i></p>	
<p><i>"Ci sono persone che hanno problemi personali e familiari molto grossi e purtroppo se li portano anche un po' sul lavoro anche se non dovrebbero." Si aspetta comprensione per le sue difficoltà di gestione.</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>"Si intersecano come ruolo, ci sono diverse responsabilità, è normale che l'infermiera sia leggermente un gradino più su."</i></p> <p><i>"Si aspetta qualcosa di più dall'infermiere. Poi bisogna vedere com'è il rapporto con la coordinatrice. Anche perché lei non è che si comporti in modo uguale con tutti."</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>"Magari trovarci di più in équipe, fare delle riunioni più spesso visto che non se ne fanno. Forse ci si conoscerebbe anche meglio. Lei fa la figura della caposala, ma molte volte la caposala può anche seguire i consigli di persone che lavorano da anni nello stesso posto. Sarebbe anche una valutazione trovarsi tutti insieme e dirsi "Forse questo è sbagliato", di solito si lavora in équipe."</i></p> <p><i>"Non ho ancora capito bene questa cosa, perché è molto variabile il discorso. Dipende dai momenti, dalla necessità. È un po' nebulosa la cosa."</i></p>	<p>OSS</p>

A proposito delle aspettative della coordinatrice sull'oss, emerge l'opinione diffusa che la coordinatrice abbia poca considerazione di tale figura, probabilmente riconducibile al problema delle prescrizioni mediche dei quali gli oss sembrano avvalersi. Nonostante le mansioni svolte da oss e infermieri siano simili, i secondi godono di una maggiore stima e di un maggiore riconoscimento professionale. Emergono quindi le difficoltà di gestione del personale, per le quali la coordinatrice si aspetta comprensione delle prese di decisione, e la necessità di maggiori opportunità di condivisione e di scambio all'interno dell'équipe.

Tabella 3.56 ASPETTATIVE DA PARTE DEL MEDICO VERSO OSS NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>“Collaborazione, io credo che collaborino senza grossi problemi. Problemi o attriti interni io non credo che ce ne siano.”</i></p> <p><i>“Loro si aspettano che il personale sia competente, che sia capace, che sia affidabile soprattutto, la maggior aspettativa è l’affidabilità. Stessa cosa ma ovviamente a un livello più basso sugli oss, poi per loro le aspettative sono soprattutto dal punto di vista tecnico”</i></p> <p><i>“Penso che le aspettative siano sicuramente di tipo relazionale, cioè tu devi fare in modo che le persone che arrivano all’Ambulatorio siano accolte bene, questo è quello che loro prima di tutto si aspettano.”</i></p>	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD
<p><i>“Ho poco contatto con loro, nel senso che sono più guidati nel loro mestiere dagli infermieri.”</i></p> <p><i>“Esattamente quello che mi aspetto dall’infermiere, devono lavorare in modo adeguato, devono essere professionalmente ineccepibili, ineccepibili. Devono essere sempre disponibili. Devono sapere che il loro compito è di estrema importanza, lavorare in un’impresa sanitaria vuol dire farsi carico di tutte quelle problematiche che ci possono essere, e questo può essere estremamente difficoltoso anche come carico. Devono essere professionali e disponibili, fare il loro lavoro con serietà perché se non ci sono loro le cose non funzionano. è un organismo ad ingranaggi e loro ne fanno parte. Non è secondario il lavoro di uno o il lavoro dell’altro. Se voglio fare un esame lo posso fare anche senza l’oss e senza l’infermiere, ma se voglio far entrare le cose in maniera adeguata e corretta e funzionale alla legislazione attuale, ci deve essere precisione all’interno degli ingranaggi. Serietà e professionalità sono alla base di quello che devono avere tutte le figure professionali.”</i></p>	MEDICI
<p><i>“Non sempre il medico rispetta non tanto la qualifica, ma la persona, cos’metti a repentaglio tutto il lavoro professionale non solo della persona ma dell’intera équipe. Magari lo fanno con qualcuno e con un altro no e poi si crea attrito tra le persone.”</i></p>	COORDINATORE INFERMIERISTICO
<p><i>“Non c’è un gran rispetto nei nostri confronti. Sia per gli infermieri che per gli oss. Dipende da come gli gira e da chi gli capita in quel momento.”</i></p>	INFERMIERI
<p><i>“Lavorare in équipe. Un’integrazione, ci vorrebbe più rispetto e considerazione.”</i></p> <p><i>“Così mi metti in difficoltà, io mi sono sentita proprio trattata male. Ma con tutti gli altri medici noi abbiamo un rapporto molto aperto, ci chiamiamo per nome, ci diamo del tu, qui è una famiglia.”</i></p>	OSS

Per quel che riguarda le aspettative dei medici nei confronti degli oss, sembra non

esserci un riconoscimento professionale, che in alcuni casi sfocia in un vero e proprio screditamento della persona. Ciò potrebbe essere dovuto alla mancanza di contatto tra le due figure.

Come per gli infermieri, i medici considerano la presenza dell'oss negli Ambulatori utile ai fini dell'ottemperanza di protocolli normativi, ma non indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi clinici. Inoltre, qualcuno sottolinea che i principi di dovere morale degli oss, occupandosi principalmente di mansioni tecniche, sono meno rilevanti di quelli degli infermieri.

I medici si aspettano dagli oss, come da ogni figura professionale, serietà, efficienza, disponibilità, collaborazione, integrazione e rispetto della propria posizione all'interno dell'équipe.

Tabella 3.57 ASPETTATIVE DA PARTE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI VERSO OSS NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>"I pazienti credo che non si rendano conto di molte differenze, è gente che si prende cura di loro insomma. Loro hanno la percezione di essere seguiti, poi chi li segue io credo faccia poca differenza."</i></p> <p><i>"L'accoglienza, l'unica aspettativa che hanno"</i></p> <p><i>"L'accoglienza. Il personale deve essere invece capace di leggere tutti questi segnali come l'unica espressione dell'unico sentimento che loro hanno veramente, cioè la paura della morte e del dolore. Essere accolti in un ambiente familiare."</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>"Non è detto che i pazienti riescano sempre a distinguere, sono un po' confusi in Ambulatorio."</i></p> <p><i>"Pochi sanno la differenza tra oss e infermiere. C'è il personale medico e il personale non-medico. Il personale non-medico deve accudire."</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>"La qualità della prestazione, l'informazione, la cortesia."</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>"Differenze sì, ma si cerca di non sottolinearle, riguardano soprattutto le mansioni di base. È normale che noi sappiamo dare maggiori informazioni."</i></p> <p><i>"Secondo me non fanno una grossa differenza".</i></p> <p><i>"Risposte."</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>"Accoglienza, "parole dolci", umanità, essere il più gentili possibile, sorridere. Diventa anche molto difficile per la mole di lavoro...tutti hanno fretta."</i></p> <p><i>"Non dico di risolvere i loro problemi, ma di avere delle risposte in breve termine, e cuore. Cerchiamo di aiutare quella persona perché ti rendi conto delle difficoltà con cui raggiungono l'ospedale. Il paziente si aspetta di essere</i></p>	<p>OSS</p>

<p><i>esaudito in quel momento, ha problemi, magari è solo psicologico il problema, però sta male. Da te si aspetta che tu lo aiuti”.</i></p> <p><i>“Il paziente è bisognoso, si aspetta pazienza, comprensione...è in uno stato di bisogno, di essere ascoltato, di essere trattato come una persona”.</i></p>	
---	--

Come per gli infermieri, dai quali gli oss non vengono distinti da parte dell’utenza, dalle interviste emerge chiaramente che pazienti e famigliari si aspettano una buona qualità dell’ accoglienza: cordialità, educazione, pazienza e disponibilità nel soddisfare le esigenze dell’utenza e nel fornire informazioni e spiegazioni. Gli oss devono inoltre ascoltare gli utenti, mostrarsi empatici e comprensivi, devono mostrare umanità e vicinanza emotiva, e devono cercare di andare incontro alle loro necessità e aiutarli nella risoluzione dei problemi.

Tabella 3.58 ASPETTATIVE DA PARTE DELLA RAD VERSO OSS NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>“Io credo che siano di ottenere dei vantaggi di tipo organizzativo, per esempio la sostituzione di personale infermieristico con oss riguardo determinati aspetti dell’assistenza, e questo consente di risparmiare un po’ di personale, cercando di far fare alle oss alcuni aspetti dell’assistenza che possono essere delegati dal personale infermieristico.”</i></p> <p><i>“L’accoglienza. Il personale deve essere invece capace di leggere tutti questi segnali come l’unica espressione dell’unico sentimento che loro hanno veramente, cioè la paura della morte e del dolore. Essere accolti in un ambiente familiare.”</i></p> <p><i>“sugli oss sono gravemente delusa. gli oss sono per la maggior parte demotivati, non coscienti di che cosa significa il loro ruolo all’interno di un’organizzazione complessa come l’ospedale, molto spesso assenteisti, molto spesso si inventano malattie, infortuni, proprio cose che tu dici “Ma veramente? Cose così?”. In più la loro base culturale è veramente molto molto scarsa. E una difficoltà comunicativa con alcuni proprio concreta”</i></p>	<p>DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO E RAD</p>
<p><i>“Quando c’è un problema devono fare riferimento alla RAD e la vedono anche con timore questa figura”.</i></p> <p><i>“Professionalità ed efficacia del proprio ‘parco di giocatori’ è comunque dimostrazione di aver fatto un buon lavoro, immagino che le aspettative siano un po’ più alte da quel punto di vista. Che poi rimangono nell’ambito di professionalità, serietà ed anche produttività”.</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Comprende le difficoltà, cerca il dialogo con gli operatori nei limiti delle sue possibilità”.</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“Prima di tutto bisogna guardare l’obiettivo, che è il paziente, che deve</i></p>	<p>INFERMIERI</p>

<p><i>essere trattato e valutato clinicamente nel miglior modo possibile, che vada a casa soddisfatto dell'esame eseguito e della risposta ottenuta."</i></p> <p><i>"Si intersecano come ruolo, ci sono diverse responsabilità, è normale che l'infermiera sia leggermente un gradino più su."</i></p> <p><i>"Da noi si aspetta un qualcosa di più, in termini di competenze, di attività..."</i></p>	
<p><i>"Collaborazione, lavoro in équipe. Maggior interscambio. Le riunioni non si fanno mai. Il dovere di una caposala e di una RAD è sapere se ci sono dei problemi, ma se tu non vieni mai a chi parli? al muro? Il lavoro di équipe è questo. E questo manca."</i></p> <p><i>"Non siamo mai stati ascoltati. Siamo niente, sono assenti. Una volta c'era più partecipazione, io ho lavorato tanti anni in cardiologia, alle medicine, quello sì, ora c'è indifferenza."</i></p> <p><i>"Di dare sempre di più, è molto esigente. La RAD pretende questo, non dobbiamo dare fastidio e dobbiamo lavorare. Io a volte mi sento come se avessimo il fiato sul collo di queste persone, non è bello. Però faccio il mio lavoro, lo porto a termine, ma almeno un confronto, parliamoci. No, viene qui quando ci sono dei problemi a urlare, non si risolvono così i problemi."</i></p> <p><i>"Non lo so, perché è anche un momento talmente particolare dove hanno delle direttive dall'azienda e dalla direzione, devono sempre un po' più spremerci. A volte ti senti quasi pseudo ricattato, perché adesso siamo in un momento tanto particolare. "Ah non le va bene star qui, vada da un'altra parte", invece stai chiedendo soltanto il giusto, quello che ti hanno detto, che ti hanno promesso, quello che legalmente dovrebbe essere così, ha capito? Qua ti senti fare dei discorsi di questo tipo, capisco le direttive che loro ricevono dall'alto, magari loro non farebbero neanche così"</i></p>	<p>OSS</p>

Dai contenuti delle interviste emerge che la RAD non nutre una forte stima nei confronti degli oss, non solo a livello professionale ma anche personale. Non giudica adeguati né la condotta né il livello culturale degli operatori, e ciò si traduce in pretese di efficienza e di rigida attinenza alle direttive, in non ascolto delle motivazioni del personale. Nelle testimonianze la RAD viene descritta come una figura lontana, indifferente e temuta dai membri dell'équipe, figura che si palesa solo in caso di malfunzionamenti e reclami da parte dell'utenza. Le sue aspettative, che sono comunque di minor rilevanza rispetto alle aspettative che riversa sugli infermieri, riguardano la continuità dell'attività lavorativa e la collaborazione dei membri dell'équipe ai fini del soddisfacimento delle esigenze del paziente.

Tabella 3.59 ASPETTATIVE DA PARTE DEL DIRETTORE VERSO OSS NEGLI Ambulatori

	INTERVISTATO
<p><i>“Cercare di fare una formazione vera, una formazione sul campo come si suol dire. Credo che in questo modo, se il personale si sente seguito e motivato, poi si lavora di più in reparto, ci sono sicuramente delle ricadute positive. Il problema è che ormai, anche dal punto di vista del personale del comparto, ce n’è sempre di meno, quindi qualche problemino ce l’abbiamo dal punto di vista dei numeri.”</i></p> <p><i>“C’è una volontà di fare un periodo anche negli altri reparti, nelle altre articolazioni, in modo di avere anche dei vantaggi dal punto di vista delle malattie, etc., uno va in un posto e sa già più o meno quello che deve fare, senza dipendere completamente”</i></p> <p><i>“Io penso che lui gli oss non sappia neanche che esistano, non sappia neanche cosa sono, non ha nessuna aspettativa”</i></p>	<p>Direttore DEL Dipartimento e RAD</p>
<p><i>“Non ne ho idea, assolutamente no.”</i></p> <p><i>“Ponga le possibilità di errore che possono fare i determinati tipi di figure in secondo piano. Per cui io credo che non ci sia un’aspettativa specifica, un’aspettativa base. Un’aspettativa di puntualità, professionalità e serietà sul posto di lavoro che devono essere mantenute sempre e comunque, a discapito di quelle che possono essere anche le varie situazioni familiari. A prescindere dall’aspettative di professionalità che devono avere tutti i capi a qualsiasi livello, non credo che abbia aspettative specifiche per quella categoria. Solo nel momento in cui le cose dovessero non andar bene e non essere soddisfacenti, e dovesse essere la causa di inceppamento del meccanismo.”</i></p>	<p>MEDICI</p>
<p><i>“Vista l’esigenza economica del paese dice che dobbiamo rimboccarci le maniche utilizzando le risorse disponibili, però poi si lamenta, non lo accetta la situazione del reparto, li vorrebbe tutti giovani.”</i></p>	<p>COORDINATORE INFERMIERISTICO</p>
<p><i>“A loro interessa l’operato nostro, sul paziente.”</i></p> <p><i>“Da noi si aspetta un qualcosa di più, in termini di competenze, di attività...”</i></p>	<p>INFERMIERI</p>
<p><i>“Lui si aspetta che tutto vada bene, poi se stai bene o se stai male è lo stesso.”</i></p> <p><i>“L’importante per loro è produrre, fare, produrre... Poi le problematiche che uno incontra in un reparto, non so quanto loro ne siano a conoscenza, se non vogliono vedere le cose o è un sistema in cui siamo tutti costretti a fare così, non lo so. Per me gli ospedali devono restare ospedali, non diventare aziende. Però, per loro contano i numeri, oggi conta quanto si fa, la quantità e non la qualità. Poi viene anche preteso che sia fatto bene: si cerca, ma non è sempre possibile, anche perché non si può avere cento mani per prendere e una per dare.”</i></p>	<p>OSS</p>

Così come la RAD, anche il Direttore viene visto come una figura distante dall'équipe, della quale è difficile immaginare le aspettative. Gli intervistati concordano sul fatto che gli oss siano una figura di minor rilevanza dal punto di vista della gestione aziendale, e che quindi non ci siano aspettative specifiche rivolte a tale categoria, se non quelle di preparazione, puntualità, serietà ed efficienza. A questo proposito, è ridondante nelle interviste l'aspettativa di produttività: in quanto amministratore di un'azienda con possibilità di risorse limitate, il Direttore sarebbe maggiormente interessato agli esiti numerici dell'attività lavorativa, piuttosto che alle modalità di svolgimento ed al clima relazionale.

La categoria degli oss all'interno degli Ambulatori non gode né di stima né di riconoscimento professionale. L'oss è colui che deve eseguire, efficientemente e senza obiettare, le attività puramente tecniche e deprofessionalizzanti che gli vengono delegate dagli infermieri e dalla coordinatrice, è colui che deve attenersi rigidamente alle normative, è colui che deve subire la gerarchizzazione dei ruoli. Nonostante ciò, ci si aspetta collaborazione con l'infermiere, non solo nell'esecuzione dei compiti ma anche nel confronto e nello scambio di opinioni, nella condivisione di esperienze, nella disponibilità reciproca ad andare incontro alle esigenze dei colleghi. Non c'è chiarezza nelle posizioni reciproche tra oss e infermiere: da un lato, gli infermieri descrivono gli oss come collaboratori validi e competenti; dall'altro, le altre categorie professionali, ma anche gli stessi oss, considerano tale figura come un subordinato dell'infermiere.

Tutte le testimonianze concordano invece nel sottolineare l'impatto che la figura dell'oss può avere sull'utenza: l'oss deve mostrarsi cordiale e disponibile, deve essere empatico e comprensivo, deve cercare di soddisfare, per quanto possibile, le esigenze del paziente. Le aspettative maggiori dell'oss negli Ambulatori non riguardano quindi la competenza clinica, bensì le capacità empatiche e comunicative.

CONCLUSIONI

Prima di analizzare il ruolo di oss e infermieri all'interno degli Ambulatori, occorre sottolineare che una cospicua percentuale degli operatori (17 su 25) è limitato da prescrizioni mediche che impediscono lo svolgimento di alcune mansioni, e ciò comporta difficoltà oggettive nella gestione delle diverse attività, come sottolineato anche in un incontro preliminare con la Direzione sanitaria.. Per tali ragioni, è impossibile una netta distinzione dei compiti attinenti a oss o a infermieri sulla base dei soli ruoli professionali, motivo per cui all'interno degli Ambulatori "tutti fanno tutto", a

seconda delle esigenze.

Un altro fattore da considerare è che sia dal punto di vista della disposizione dei locali all'interno della struttura, sia dal punto di vista della numerosità e della tipologia degli utenti, gli Ambulatori sono disposti in un contesto estremamente caotico: i locali sono dislocati in diversi corridoi e su diversi piani, e dove accedono o passano anche professionisti e utenti provenienti da altri Dipartimenti, motivo per cui gli operatori affermano di sentirsi in una "vetrina che tutti osservano". Tale confusione si rispecchia anche nel rapporto con l'utenza, utenza che è sempre presente e molto esigente, e che in passato ha inviato reclami e segnalazioni alla dirigenza ospedaliera. Non essendo state individuate con chiarezza le cause di tali segnalazioni, ciò ha portato ad un'ulteriore inasprimento delle già precarie relazioni interpersonali tra gli operatori e ha diminuito la considerazione professionale da parte della dirigenza, oltre ad avere incentivato la credenza secondo la quale spetti all'utenza valutare l'efficienza professionale degli operatori.

Tali difficoltà di gestione e di organizzazione si rispecchiano anche nell'ambigua e confusiva definizione dei ruoli di oss e infermieri all'interno del contesto. Nonostante la diversa rilevanza gerarchica e il maggiore riconoscimento sociale del ruolo infermieristico, i due ruoli non presentano specificità, sono confusi e in gran parte sovrapponibili, sia dal punto di vista della preparazione che delle prestazioni.

Innanzitutto, le aspettative più rilevanti, per entrambe le categorie, riguardano le capacità di relazionarsi col pubblico, di accogliere il paziente, di comprenderne le esigenze e di soddisfarle. A tale fine, ci si aspetta da entrambe le figure collaborazione e condivisione tra colleghi, sia in termini di conoscenze e scambi di opinioni, sia in termini di aiuto nelle attività. Inoltre da entrambi ci si aspetta produttività ed efficienza, mettendo in secondo piano esigenze e difficoltà personali, senza una chiara identificazione dei criteri che dovrebbero definire la produttività e l'efficienza. A tale proposito è significativo l'operato della coordinatrice: non essendoci criteri prestabiliti, ella concede autonomia ai propri subordinati rispetto alle modalità di svolgimento delle attività, ma paradossalmente esercita un eccessivo controllo su tali attività. Tale comportamento viene interpretato da una parte degli operatori come disinteresse, da altri come mancanza di fiducia e scarsa considerazione professionale. Emerge inoltre da entrambe le categorie in esame il desiderio di una maggiore condivisione delle problematiche all'interno dell'intera équipe, e il desiderio di maggiore chiarezza nelle richieste da parte della dirigenza.

Le attività che oss e infermieri svolgono nel contesto sono deprofessionalizzanti per

entrambe le categorie: non solo gli oss si sentono costretti a svolgere mansioni dell'ambito tecnico-operativo che non rispecchiano le proprie competenze, ma anche gli infermieri si trovano a svolgere rilevazioni di parametri semplici e "di poco conto" che screditano la loro preparazione clinica. Ciò comporta una scarsa considerazione professionale, soprattutto da parte del personale medico e della RAD, e ciò è causa di una forte demotivazione. Entrambi i ruoli non godono infatti di riconoscimento sociale all'interno dell'organizzazione, e tale screditamento si allarga spesso anche alla sfera personale. A tale proposito c'è un'ulteriore ambivalenza, soprattutto nei confronti della categoria infermieristica: se da un lato ci si aspetta una piena consapevolezza del ruolo, dall'altro li si costringe a svolgere mansioni tecniche e di segretariato che non solo non sarebbero di loro competenza, ma svalorizzano le loro conoscenze e capacità professionali.

**ASPETTATIVE SULL'INFERMIERE A CONFRONTO: TABELLE
RIASSUNTIVE**

Tabella 3.60 LE ASPETTATIVE DA PARTE DELL'OSS

Terapia Intensiva	Ambulatori
<p>Guida e responsabile degli oss, interdipendenza infermiere-oss, delega attività che valorizzano anche la sua figura professionale.</p> <p style="text-align: center;">INFERMIERE COME “COORDINATORE” DELL'OSS</p>	<p>Gerarchizzazione dei ruoli INFERMIERE COME GUIDA VS Collaborazione e riconoscimento professionale, confronto di conoscenze e scambio reciproco INFERMIERE COME COLLABORATORE</p>
Degenza	Comparto Operatorio
<p>Conflitto oss-infermieri, gerarchia, delega attività deprofessionalizzanti.</p> <p style="text-align: center;">COLLABORAZIONE ATTESA MA IN REALTÀ INFERMIERE COME SUPERIORE</p>	<p>Collaborazione non reciproca con l'oss, desiderio di maggiore valorizzazione professionale dell'oss.</p> <p style="text-align: center;">COLLABORAZIONE MANCATA</p>

Tabella 3.61 LE ASPETTATIVE DA PARTE DEL COORDINATORE E DEI MEDICI

Terapia Intensiva	Ambulatori
<p>Competenza clinica, collaborazione e valorizzazione interprofessionale, capacità relazionali all'interno dell'équipe e col paziente.</p> <p style="text-align: center;">INFERMIERE COME COLLABORATORE DEL MEDICO</p>	<p>Gestione autonoma ed efficiente, disinteresse delle modalità di svolgimento VS Eccessiva supervisione</p> <p style="text-align: center;">Accettazione di attività deprofessionalizzanti VS Acquisizione di consapevolezza del ruolo Condivisione e confronto all'interno dell'équipe, relazione con il pubblico. INFERMIERE COME ESECUTORE DI COMPITI INFERMIERE COME BRAVO GESTORE DEL PAZIENTE</p>

Degenza	Comparto Operatorio
<p>Mediazione tra medico e paziente, competenze cliniche e relazionali, collaborazione ai fini della funzionalità del reparto, rispetto del paziente.</p> <p>INFERMIERE COME SOSTITUTO DEL MEDICO</p>	<p>Fiducia e collaborazione interprofessionale, rispetto delle gerarchie di ruolo, gestione autonoma ed efficace, competenze tecniche e relazionali, tollerabilità allo stress.</p> <p>INFERMIERE COME ASSISTENTE DEL MEDICO E INFERMIERE COME “ACCOMPAGNATORE” DEL PAZIENTE</p>

Tabella 3.62 LE ASPETTATIVE DA PARTE DEI PAZIENTI E DEI FAMIGLIARI

<p>Comunicazione puntuale dal punto di vista clinico, contenimento emotivo, ascolto empatico e soddisfacimento di esigenze specifiche personali</p> <p>INFERMIERE COME FIGURA DI RIFERIMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE E DI SOSTEGNO</p>

Tabella 3.63 LE ASPETTATIVE DA PARTE DELLA RAD E DEL Direttore

<p>Figure assenti.</p> <p>Produttività ed efficienza del reparto, preparazione professionale ed affidabilità, collaborazione interprofessionale e clima di gruppo.</p> <p>Rotazione del personale nei diversi comparti.</p> <p>INFERMIERE COME NUMERO/OPERATORE</p>
--

ASPETTATIVE SULL'OSS A CONFRONTO: TABELLE RIASSUNTIVE

Tabella 3.64 LE ASPETTATIVE VERSO OSS DA PARTE DELL'INFERMIERE

Terapia Intensiva	Ambulatori	Degenza, Comparto Operatorio
<p>Collaborazione e interscambio, conoscenze cliniche, tempestività di reazione, relazione con l'utente.</p> <p>OSS COME INFERMIERE/PROFESSIONISTA</p>	<p>Svolgimento delle attività delegate dall'infermiere</p> <p>OSS COME DIPENDENTE/SUBORDINATO DELL'INFERMIERE</p> <p>VS</p> <p>Condivisione, interscambio</p> <p>OSS COME COLLABORATORE DELL'INFERMIERE</p>	<p>Svolgimento delle attività delegate dall'infermiere, collaborazione non reciproca nelle mansioni tecniche, carico di lavoro eccessivo.</p> <p>OSS COME DIPENDENTE/SUBORDINATO DELL'INFERMIERE</p>

Tabella 3.65 LE ASPETTATIVE DA PARTE DEL COORDINATORE E DEI MEDICI

Terapia Intensiva	Ambulatori
<p>Collaborazione e partecipazione attiva all'interno dell'équipe, preparazione tecnica e clinica, efficienza e tempestività di reazione.</p> <p>OSS COME PROFESSIONISTA INTEGRATO NELL'ÉQUIPE</p> <p>VS</p> <p>Figura in secondo piano rispetto all'infermiere</p> <p>OSS COME FIGURA MARGINALE</p>	<p>Scredito professionale e personale, collaborazione interprofessionale, necessità di maggiore condivisione tra i membri dell'équipe.</p> <p>OSS COME SEGRETARIO e OSS COME FIGURA DI "RAPPRESENTANZA" (non indispensabile)</p>

Degenza	Comparto Operatorio
<p>Ottemperanza delle disposizioni dell'infermiere, mansioni tecnico-assistenziali ma non psicologiche, svalutazione professionale. Contatto col paziente: rispetto, disponibilità, conforto.</p> <p>OSS COME INSERVIENTE</p>	<p>Autonomia, tempestività ed efficacia nelle mansioni tecniche; volontà e disponibilità nell'esecuzione delle richieste, rispetto dei ruoli, accoglienza del paziente.</p> <p>OSS COME PROFESSIONISTA EFFICIENTE</p> <p>VS</p> <p>Sovraccarico di lavoro, impossibilità di obiezione, figura non integrata nell'équipe, carenza di contatti col medico.</p> <p>OSS COME "MANOVALE"</p>

Tabella 3.66 LE ASPETTATIVE DA PARTE DEI PAZIENTI E FAMIGLIARI

<p>Empatia, contenimento emotivo e capacità di mettere a proprio agio il paziente nella relazione assistenziale, caratterizzata da maggiore intimità rispetto alla relazione instaurata con l'infermiere.</p> <p>OSS COME FIGURA DI RIFERIMENTO PSICOLOGICO-ASSISTENZIALE</p>

Tabella 3.67 LE ASPETTATIVE DA PARTE DELLA RAD E DEL Direttore

<p>Figure assenti. Mancanza di aspettative specifiche.</p> <p>Produttività ed efficienza del reparto, collaborazione interprofessionale e clima di gruppo, . Rotazione del personale nei diversi reparti, formazione sul campo.</p> <p>INFERMIERE COME NUMERO/OPERATORE</p>

3.5.4 Confronto tra i quattro contesti

ANALISI DELLE INTERVISTE DEI DIVERSI COMPARTI: ASPETTI DI SIMILARITÀ

Ciò che più di tutto accomuna le aspettative su oss e infermieri è la relazione coi pazienti e coi parenti: in tutte le Unità Operative ci si aspetta personale cordiale e rispettoso ma soprattutto empatico e comprensivo, che sappia accogliere e confortare le sofferenze e le paure dell'utente, che sappia informare e instaurare delle relazioni adatte alle circostanze, ognuna con la sua specificità. In particolare, per quanto riguarda l'oss, risulta significativa la relazione "intima" con il paziente per la tipologia di assistenza e l'importanza di metterlo a proprio agio in un'ottica di alleviamento della condizione di vulnerabilità. L'infermiere è invece visto come colui che può dare importanti informazioni cliniche ed indicazioni terapeutiche, e che può chiarire e semplificare alcuni concetti che spesso nella comunicazione col medico non vengono ben compresi da pazienti e famigliari.

In Degenza la principale aspettativa rispetto alle due figure professionali è la soddisfazione dei bisogni fisici e psicologici del paziente, che comporta rispetto ma anche un certo grado di intimità e confidenzialità, nonché empatia e sensibilità. In tale contesto oss e infermieri instaurano una relazione anche col parente, relazione che prevede non solo lo scambio di informazioni cliniche ma anche sostegno emotivo. Tale aspetto, relativo al rapporto con i famigliari, è presente in misura maggiore in Terapia Intensiva, quando le condizioni del paziente sono critiche. In tale reparto la relazione si fa più intensa soprattutto col parente, data la presenza continua degli operatori al letto del paziente che spesso è incosciente, e dato il maggior bisogno di informazione e di conforto del famigliare in tale situazione critica. Negli Ambulatori le aspettative principali sono la cortesia nell'ascoltare e nel soddisfare le richieste del paziente, la pazienza e l'imperturbabilità di fronte alle reazioni, a volte aggressive e pretenziose dell'utenza, la disponibilità nel fornire informazioni. Nel Comparto Operatorio il famigliare non è presente, ma oss e infermieri hanno un importante ruolo nell'accoglienza del paziente, nel fornire spiegazioni, nel contenere la paura e nel rassicurarlo.

Va sottolineato che spesso ancora oggi nel contesto sanitario il dialogo col paziente viene dato per scontato oppure viene considerato superfluo. Negli ultimi anni sono

state invece pubblicate numerose ricerche che evidenziano i vantaggi anche dal punto di vista clinico di una efficace comunicazione tra operatore sanitario e paziente: non solo determina una migliore qualità percepita dell'assistenza prestata (Coulter, 2002), incrementa l'efficacia nella prevenzione e nella promozione della salute e produce maggiore adesione del paziente alla terapia (Lowes, 1998), ma influisce notevolmente su parametri clinici quali salute emotiva, risoluzione dei sintomi, controllo del dolore, pressione arteriosa, livelli glicemici (Simpson, 1991).

Un altro aspetto che accomuna entrambe le categorie professionali dei diversi reparti è la percezione di assenza e di disinteresse da parte del vertice aziendale, e infatti le possibili aspettative di tali figure sono risultate le più difficili da esprimere nelle interviste. La quasi totalità delle testimonianze concorda sull'assenza di aspettative specifiche sui due ruoli indagati da parte della Direzione, se non in termini di preparazione, efficienza e produttività per quel che riguarda il Direttore, e in termini di basso assenteismo e copertura del turno da parte della RAD. Le uniche eccezioni sono emerse nelle testimonianze delle persone che interagiscono direttamente con tali figure: nel Comparto Operatorio, del quale il Direttore è chirurgo, sono emerse le aspe

ttative di un buon clima di lavoro, mentre per la RAD le diversificazioni sono emerse nella Terapia Intensiva (comparto del quale è stata recentemente coordinatrice) a proposito di integrazione nell'équipe, competenza professionale e motivazione. Ciò fa presupporre che il contatto diretto con i vertici influisce non solo sulla conoscenza delle aspettative, ma ha anche dei riscontri in termini di rapporti interprofessionali e di soddisfazione e riconoscimento del ruolo. A conferma di ciò, il desiderio di avere contatti diretti con la direzione e di venire coinvolti nella conoscenza e nell'analisi rispetto alle prese di decisioni aziendale, attraverso una buona comunicazione, è emerso nelle testimonianze, in particolare negli Ambulatori e da parte del coordinatore del Comparto Operatorio. Sarebbe inoltre utile che la direzione esplicitasse con chiarezza quali siano gli obiettivi da raggiungere e i criteri di valutazione, in modo da facilitare la suddivisione del lavoro e la chiarificazione dei ruoli professionali.

A proposito di similarità e ambiguità fra ruoli, emerge come i ruoli di oss e infermiere siano particolarmente simili in Terapia Intensiva e negli Ambulatori, mentre siano maggiormente differenziati nel Comparto Operatorio e nella Degenza. Nel primo caso, l'indifferenziazione è particolarmente positiva in termini di valorizzazione professionale, collaborazione interprofessionale, clima di gruppo. Forse ciò è dovuto alla necessità di dover reagire tempestivamente nell'emergenza, situazione nella quale

si è orientati esclusivamente al compito e certe distinzioni di categoria ostacolerebbero la riuscita dell'intervento. In tale reparto è particolarmente sentita l'appartenenza a un gruppo di lavoro, nel quale ognuno è valorizzato nelle sue competenze e trascende da esse; è ben chiaro l'obiettivo comune di tutti i professionisti e si collabora per esso, senza il bisogno di ricorrere a mansionari e protocolli. Nonostante, in generale, nei contesti organizzativi il non riconoscere la figura gerarchicamente superiore potrebbe avere conseguenze non del tutto positive per il personale, tuttavia in questo contesto emergenziale la definizione chiara degli obiettivi da parte di tutta l'equipe è risultato essere un punto di forza e sembrerebbe colmare la presenza di una gerarchia non chiaramente definita.

Anche negli Ambulatori oss e infermieri ricoprono ruoli indifferenziati, ma in questo caso con ricadute negative. In tale contesto la diversificazione delle competenze è resa impossibile dalle prescrizioni mediche degli operatori, e ciò comporta l'impossibilità di una definizione non ambigua di ruolo. Tale contesto è "*deprofessionalizzante*" per entrambe le categorie, poiché il loro ruolo si avvicina maggiormente a quello di "segretario" piuttosto che a quello di un professionista con competenze cliniche e sanitarie. Le attività richieste sono prettamente operative, e anche le mansioni infermieristiche sono considerate di scarsa rilevanza clinica. In questo caso, la categoria professionale maggiormente svalutata è l'infermiere. A fronte di tale ambiguità di ruolo, i professionisti cercano di focalizzarsi sul benessere del paziente per l'organizzazione dell'attività e per dare significato allo svolgimento dei propri compiti.

Nel Comparto Operatorio e nella Degenza le due categorie professionali sono chiaramente distinte, ma ciò comporta anche una forte distinzione a livello gerarchico. In entrambi i casi l'infermiere è a stretto contatto col medico, gode di un'elevata considerazione professionale, poiché possiede un'ampia conoscenza clinica, considerazione con la quale il medico si confronta e nella quale ripone fiducia, ed inoltre dispone di una parziale autonomia decisionale. Gli oss di entrambi i reparti, considerati ad un livello gerarchicamente inferiore all'infermiere, sono invece sovraccaricati di lavoro, sono responsabili di numerose attività tecniche e devono eseguire le richieste di tutte le figure professionali, dell'infermiere in particolare. Se, però, nel Comparto Operatorio godono di riconoscimento professionale (in parte dovuto ai numerosi anni di esperienza, e in parte dovuto ad attività tecniche ma che comunque comportano un discreto livello di responsabilità e autonomia), nella Degenza gli oss sono completamente svalutati professionalmente, vengono considerati

gli esecutori delle mansioni “sgradevoli” dell’assistenza, sono coloro che devono soddisfare le richieste di tutti e non godono di nessuna autonomia. In generale, tale svalorizzazione nei confronti degli oss avviene soprattutto da parte del medico, ad eccezione della Terapia Intensiva nella quale le due figure sono in diretto contatto. A questo proposito, si potrebbe ipotizzare che lo scarso contatto, e quindi la non conoscenza diretta del ruolo, potrebbe essere causa di tale svalutazione. A conferma di ciò, va sottolineato che gli oss di Terapia Intensiva sono in stretto contatto non solo col medico, ma conoscono personalmente anche la RAD: si può quindi ipotizzare che il rapporto diretto col “superiore” può influire sulla soddisfazione personale e sul clima di gruppo. È opportuno specificare che intermini di considerazione da parte del “superiore” bisognerebbe includere anche la relazione col coordinatore, ma dalle interviste è emerso che raramente il coordinatore non è riconosciuto come tale. I professionisti ricercano l’approvazione di chi identificano come diretto superiore e supervisore delle attività, che spesso si traduce in una ricerca di approvazione del medico da parte dell’infermiere e in una ricerca di conferme dall’infermiere per quel che riguarda l’oss. Ciò emerge chiaramente nel Comparto Operatorio ma è presente anche nell’analisi delle testimonianze raccolte in Degenza.

ANALISI DELLE INTERVISTE DEI DIVERSI COMPARTI: ASPETTI DI DIFFERENZIAZIONE

In generale, è evidente che gli infermieri godono di una più elevata considerazione professionale rispetto agli oss, in particolare da parte di medici e coordinatori. Ad eccezione degli Ambulatori, nel quale l’infermiere viene svalutato proprio perché ricopre il ruolo dell’oss, gli infermieri sono considerati dei professionisti competenti ed efficienti, in grado di collaborare e confrontarsi col medico, in grado di gestire autonomamente il proprio lavoro e quello dell’oss, e in grado di fornire spiegazioni e relazionarsi adeguatamente con pazienti e famigliari.

Gli oss, al contrario (ad eccezione della Terapia Intensiva nel quale sono stimati poiché svolgono mansioni infermieristiche), sono svalutati professionalmente, in particolare dalle figure mediche, che spesso non sono nemmeno a conoscenza della vastità delle loro mansioni. Dal punto di vista medico, gli oss svolgono solo mansioni operative “di poco conto”, e vengono identificati più per l’azione di per sé che per la competenza alla base dello svolgimento di tale compito. I medici prendono in considerazione l’oss solo nel caso in cui una loro necessità non venga esaudita, e ne sottostimano il carico di

lavoro. Come già sottolineato, ad eccezione della Terapia Intensiva in cui oss e medico sono entrambi presenti, oss e medico raramente entrano in contatto, se non negli Ambulatori, quando l'oss svolge il ruolo di segretario. Si può quindi ipotizzare che una delle possibili cause della svalutazione professionale sia lo scarso contatto e la non conoscenza specifica del ruolo.

Un'altra delle possibili spiegazioni è la personificazione della mansione, in quanto spesso i medici identificano l'oss come colui che si occupa solo della nutrizione o dell'igiene del paziente, attività "di poco conto" dal punto di vista medico. In realtà tali mansioni vengono svolte in collaborazione con l'infermiere, e vengono sottostimate le conseguenze che un adempimento scorretto di tali attività può avere. A conferma di ciò, va sottolineato che tali mansioni vengono svolte dall'oss anche in Terapia Intensiva, dove l'oss è stimato professionalmente, ma in tale contesto l'oss svolge anche mansioni "infermieristiche e professionalizzanti".

A conferma di tali ipotesi, è necessario considerare che l'ambito in cui la figura dell'oss è maggiormente svalutata è la Degenza, contesto nel quale l'operatore socio-sanitario non solo si occupa esclusivamente di "mansioni di serie B", ma, a causa dell'ingente carico di lavoro, non ha il tempo né la possibilità di relazionarsi col medico, nonostante la presenza fisica di tale figura.

3.7 Risultati/2 Analisi delle frequenze rispetto al sistema di aspettative

Oltre all'analisi del contenuto, sono state analizzate le frequenze con le quali le diverse categorie di aspettative venivano riportate dalle diverse figure professionali intervistate. Tale analisi potrebbe infatti essere indicativa del peso delle categorie di aspettative emerse rispetto al ruolo indagato. I conteggi sono stati fatti mediante il programma di elaborazione informatica di dati qualitativi MAX-QDA. I dati sono stati analizzati sia rispetto alla categoria professionale alla quale l'intervistato apparteneva, sia confrontando le frequenze di aspettative su oss ed infermieri nel contesto di riferimento.

Analisi delle frequenze delle categorie di aspettative divise per figura professionale al quale l'intervistato appartiene

Di seguito verranno illustrate le frequenze di tipologie di aspettative, prendendo in considerazione prima la figura dell'infermiere, e successivamente, l'operatore socio-sanitario.

Nella prima riga di ogni tabella verrà riportata la categoria professionale alla quale l'intervistato appartiene, mentre nella seconda riga verrà riportato il contesto di riferimento. Le tipologie di aspettative sono state suddivise in due macrocategorie: le aspettative clinico-assistenziali si riferiscono ai contenuti dell'attività lavorativa, mentre le aspettative emotive-relazionali si riferiscono alla capacità di modulare le proprie emozioni e di instaurare relazioni adeguate con le diverse tipologie di interlocutore.

Le aspettative sull'infermiere

TABELLA 3.68 – Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte del Direttore e della RAD sull'infermiere nei diversi contesti sono riportate nelle interviste.

DIRETTORE E RAD						
		TERAPIA INTENSIVA	AMBULATORI	COMPARTO OPERATORIO	DEGENZA	TOT
Aspettative clinico-	Preparazione clinica :	6	7	8	6	27
	Attività tecnico-assistenziali:	2	2	4	2	10
	Autonomia:	1	1	1	1	4
	Rapidità/produttività/efficienza:	0	0	0	0	0
	TOTALE	9	10	13	9	41
Aspettati ve	Consapevolezza/affidabilità	7	7	7	6	27
	Relazioni interprofessionali	4	2	4	3	13
	Relazione con pazienti e famigliari	4	4	3	4	15
	TOTALE	15	13	14	13	55

Come già emerso dall'analisi dei contenuti, le aspettative da parte dei vertici aziendali sono piuttosto simili e generalizzate nei vari contesti: come illustrato in tabella, non emergono differenze significative di frequenza tra i vari contesti, anche se sono riportati più frequentemente gli aspetti relazionali.

TABELLA 3.69– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte dei medici sull’infermiere nei diversi contesti sono riportate nelle interviste.

MEDICI						
		TERAPIA INTENSIVA	AMBULATORI	COMPARTO OPERATORIO	DEGENZA	TOT
Aspettative clinico-	Preparazione clinica :	6	2	4	2	14
	Attività tecnico-assistenziali:	3	6	1	1	11
	Autonomia:	3	0	0	1	4
	Rapidità/produttività/efficienza:	2	4	6	4	16
	TOTALE	14	12	11	8	45
Aspettative	Consapevolezza/affidabilità	1	5	7	1	14
	Relazioni interprofessionali	3	2	7	4	16
	Relazione con pazienti e famigliari	8	10	3	16	37
	TOTALE	12	17	17	21	67

Complessivamente, le aspettative più frequenti da parte dei medici riguardano l’aspetto relazionale. Inoltre, le aspettative di autonomia sono nulle, ad eccezione della Terapia Intensiva: i medici, infatti, spesso considerano gli infermieri come loro subordinati, i quali devono eseguire le richieste, possedendo autonomia decisionale solo in rare eccezioni. Nella Degenza, le aspettative clinico-terapeutiche emergono con frequenza inferiore, mentre le aspettative relazionali sono riportate con frequenza maggiore. È interessante evidenziare, inoltre, che in Degenza le aspettative assistenziali sull’infermiere sono quasi nulle: in tale contesto, infatti, i medici considerano l’assistenza al paziente una mansione “deprofessionalizzante” per l’infermiere. Nel Comparto Operatorio le aspettative più frequenti riguardano la rapidità, l’affidabilità e la collaborazione: tali dati sono dovuti alla stretta relazione di fiducia tra chirurgo e strumentista necessaria per la riuscita dell’intervento. Non stupisce, invece, che negli Ambulatori le aspettative di preparazione clinica siano poco frequenti, mentre le aspettative di relazione con l’utenza sono quelle riportate più frequentemente. La Terapia Intensiva è il contesto dove la preparazione clinica viene nominata più frequentemente, ed infatti in tale contesto è indispensabile, dal punto di vista medico, che l’infermiere sia in grado di reagire consapevolmente e tempestivamente di fronte all’emergenza.

TABELLA 3.70– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte del coordinatore sull’infermiere nei diversi contesti sono riportate nelle interviste.

COORDINATORE						
		TERAPIA INTENSIVA	AMBULATORI	COMPARTO OPERATORIO	DEGENZA	TOT
Aspettative clinico- assistenziali	Preparazione clinica :	1	1	3	1	6
	Attività tecnico-assistenziali:	3	1	2	1	7
	Autonomia:	1	0	0	0	1
	Rapidità/produttività/efficienza:	0	1	0	3	4
	TOTALE	5	3	5	5	18
Aspettative emotive relazionali	Consapevolezza/affidabilità	0	2	5	0	7
	Relazioni interprofessionali	3	2	9	1	15
	Relazione con pazienti e famigliari	2	1	3	2	8
	TOTALE	5	5	17	3	30

In generale, non emergono particolari differenze contestuali rispetto alle aspettative da parte del coordinatore, anche se le aspettative di tipo relazionale vengono riportate, complessivamente, con frequenza maggiore. L'unico dato significativo emerge nel Comparto Operatorio: le aspettative emotivo-relazionali emergono in numero nettamente superiore rispetto alle aspettative tecniche. Nonostante in tale Unità Operativa le aspettative caratteristiche riguardino le competenze tecniche nell'affiancamento del chirurgo, dal punto di vista del coordinatore sono indispensabili le competenze relazionali, in particolare relative alla collaborazione interprofessionale. Dalle interviste sono infatti emerse diverse criticità nelle relazioni con il medico ma soprattutto con l'oss, ed il coordinatore viene chiamato ad appianare tali divergenze.

TABELLA 3.71– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte degli infermieri sull’infermiere nei diversi contesti sono riportate nelle interviste.

INFERMIERI						
		TERAPIA INTENSIVA	AMBULATORI	COMPARTO OPERATORIO	DEGENZA	TOT
Aspettative clinico- assistenziali	Preparazione clinica :	0	2	2	3	7
	Attività tecnico-assistenziali:	3	1	2	4	10
	Autonomia:	3	2	1	1	7
	Rapidità/produttività/efficienza:	5	7	3	6	21
	TOTALE	11	12	8	14	45
Aspettative relazionali	Consapevolezza/affidabilità	0	1	1	3	5
	Relazioni interprofessionali	8	7	10	6	31
	Relazione con pazienti e famigliari	5	9	4	9	27
	TOTALE	13	17	15	18	63

Nelle interviste rivolte agli infermieri, le aspettative più frequentemente riportate riguardano gli aspetti relazionali, sia a proposito della collaborazione interprofessionale che per la relazione con pazienti e famigliari. L’infermiere ricopre infatti il ruolo di mediatore all’interno dell’équipe, senza particolari differenze di contesto. A proposito delle aspettative clinico-terapeutiche, è interessante notare che le aspettative riportate più frequentemente riguardino l’efficienza, piuttosto che la preparazione clinica.

TABELLA 3.72– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte dell'oss sull'infermiere nei diversi contesti sono riportate nelle interviste.

OSS						
		TERAPIA INTENSIVA	AMBULATORI	COMPARTO OPERATORIO	DEGENZA	TOT
Aspettative clinico-	Preparazione clinica :	2	0	1	3	6
	Attività tecnico-assistenziali:	2	0	0	1	3
	Autonomia:	0	0	0	0	0
	Rapidità/produttività/efficienza:	2	2	2	4	10
	TOTALE	6	2	3	8	19
Aspettati ve	Consapevolezza/affidabilità	0	0	2	3	5
	Relazioni interprofessionali	0	2	2	5	9
	Relazione con pazienti e famigliari	2	3	1	1	7
	TOTALE	2	5	5	9	21

Per quel che riguarda le aspettative sull'infermiere riportate dagli oss, non emergono differenze a livello complessivo tra le aspettative cliniche e relazionali. Come emerge dalla tabella, le aspettative di tipo assistenziale sono quasi nulle, poiché l'oss sente di doversi occupare personalmente delle mansioni “deprofessionalizzanti”, nonostante le attese di collaborazione, che spesso non vengono rispettate.

Le aspettative sull'oss

TABELLA 3.73– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte del Direttore e della RAD sull'oss nei diversi contesti sono riportate nelle interviste.

DIRETTORE E RAD						
		TERAPIA INTENSIVA	AMBULATORI	COMPARTO OPERATORIO	DEGENZA	TOT
Aspettative clinico- assistenziali	Preparazione clinica :	3	3	3	3	12
	Attività tecnico-assistenziali:	6	4	4	4	18
	Autonomia:	2	1	2	2	7
	Rapidità/produttività/efficienza:	1	2	2	2	7
	TOTALE	12	10	11	11	44
Aspettati ve emozionive	Consapevolezza/affidabilità	2	2	4	3	11
	Relazioni interprofessionali	2	2	2	1	7
	Relazione con pazienti e famigliari	2	5	3	3	13
	TOTALE	6	9	9	7	31

Le aspettative sull'oss riportate dai vertici aziendali riguardano soprattutto le attività tecniche, in particolare l'assistenza al paziente e la necessità di una migliore preparazione clinica. Vengono però riportate frequentemente anche le aspettative di tipo relazionale, sia nei confronti dei colleghi che dei pazienti. Non sono presenti differenze significative tra i contesti: ricordiamo, infatti, che le aspettative da parte dei vertici sono riportate in maniera generale e aspecifica, soprattutto da parte del Direttore.

TABELLA 3.74– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte dei medici sull’oss nei diversi contesti sono riportate nelle interviste.

MEDICI						
		TERAPIA INTENSIVA	AMBULATORI	COMPARTO OPERATORIO	DEGENZA	TOT
Aspettative clinico-	Preparazione clinica :	1	1	0	0	2
	Attività tecnico-assistenziali:	5	4	8	5	22
	Autonomia:	0	0	0	0	0
	Rapidità/produttività/efficienza:	2	3	6	3	14
	TOTALE	8	8	14	8	38
Aspettati ve	Consapevolezza/affidabilità	1	5	2	0	8
	Relazioni interprofessionali	2	2	3	1	8
	Relazione con pazienti e famigliari	4	1	0	9	14
	TOTALE	7	8	5	10	30

Come illustrato in tabella, le aspettative sull’oss riportate dai medici riguardano le attività tecniche ed assistenziali, nonché l’efficienza e la rapidità di esecuzione. È infatti emerso che in alcuni contesti i medici hanno rare opportunità di contatto con gli operatori socio-sanitari, e non conoscendone il ruolo li identificano con le mansioni svolte. Emergono comunque aspettative di tipo relazionale, in particolare con il paziente. Nonostante non vi siano differenze significative tra i vari contesti, è interessante notare come negli Ambulatori un solo medico abbia nominato la relazione tra oss e paziente, che è invece ritenuta un’aspettativa fondamentale da parte di tutte le categorie professionali intervistate in tale contesto. Nella Degenza, è confermata anche dalla frequenza delle aspettative la percezione generale che il medico veda nell’oss colui che si occupa solo di mansioni tecniche e di assistenza al paziente; tale dato era già emerso nell’analisi dei contenuti. Nel Comparto Operatorio, i medici non hanno riportato aspettative di relazione con il paziente: tale dato conferma la non conoscenza del ruolo da parte dei chirurghi, in quanto l’oss ricopre un’importante funzione nell’accoglienza al paziente e nel sostegno ai famigliari, come emerso dalle interviste. Bisogna inoltre sottolineare che nessun medico ha riportato aspettative di autonomia nei confronti dell’oss.

TABELLA 3.75– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte del coordinatore sull’oss nei diversi contesti sono riportate nelle interviste.

COORDINATORE						
		TERAPIA INTENSIVA	AMBULATORI	COMPARTO OPERATORIO	DEGENZA	TOT
Aspettative clinico-	Preparazione clinica :	0	0	3	0	3
	Attività tecnico-assistenziali:	4	0	1	1	6
	Autonomia:	0	0	1	0	1
	Rapidità/produttività/efficienza:	0	0	0	1	1
	TOTALE	4	0	5	2	11
Aspettati ve	Consapevolezza/affidabilità	2	0	5	0	7
	Relazioni interprofessionali	4	4	5	0	13
	Relazione con pazienti e famigliari	1	0	2	2	5
	TOTALE	7	4	12	2	25

Come illustrato in tabella, i coordinatori danno maggior peso alle aspettative di tipo relazionale piuttosto che a quelle tecniche, in particolare rispetto alla collaborazione interprofessionale. È infatti emerso che, soprattutto nei contesti in cui vi è una rivalità tra oss ed infermieri, i coordinatori devono mediare le incomprensioni tra le diverse figure professionali. Solo nei contesti nei quali gli oss svolgono mansioni clinicamente rilevanti, quali la Terapia Intensiva ed il Comparto Operatorio, i coordinatori riportano aspettative di affidabilità e di consapevolezza del proprio ruolo.

TABELLA 3.76– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte degli infermieri sull'oss nei diversi contesti sono riportate nelle interviste.

INFERMIERI						
		TERAPIA INTENSIVA	AMBULATORI	COMPARTO OPERATORIO	DEGENZA	TOT
Aspettative clinico- assistenziali	Preparazione clinica :	5	3	2	1	11
	Attività tecnico-assistenziali:	3	3	5	3	14
	Autonomia:	2	0	1	1	4
	Rapidità/produttività/efficienza:	4	3	1	3	11
	TOTALE	14	9	9	8	40
Aspettative relazionali	Consapevolezza/affidabilità	0	0	0	0	0
	Relazioni interprofessionali	3	6	7	2	18
	Relazione con pazienti e famigliari	4	3	2	1	10
	TOTALE	7	9	9	3	28

Per quel che riguarda le aspettative sull'oss riportate dagli infermieri, complessivamente hanno maggiore rilevanza le aspettative di tipo assistenziale rispetto a quelle relazionali. Emergono però delle differenze tra i singoli contesti. In Terapia Intensiva gli infermieri si aspettano competenze cliniche oltre che assistenziali, nonché competenze relazionali sia nei confronti degli altri professionisti che dei pazienti. In tale contesto l'oss è infatti ritenuto parte integrante dell'équipe, che con il proprio operato contribuisce alla funzionalità del gruppo di lavoro. Negli Ambulatori le aspettative tecnico-cliniche e relazionali vengono riportate con uguale frequenza, in quanto in tale contesto oss ed infermieri ricoprono lo stesso ruolo, che prevede sia lo svolgimento di mansioni operative che la disponibilità nei confronti di utenti e colleghi. Anche nel Comparto Operatorio la frequenza tra le due macrocategorie di aspettative è la stessa, ma viene dato un peso maggiore all'efficienza nelle mansioni tecniche ed alla collaborazione interprofessionale. Ricordiamo però che in tale contesto la collaborazione non è reciproca: gli infermieri si aspettano aiuto da parte dell'oss, ma non sono disposti a ricambiare. A proposito della Degenza, le aspettative degli infermieri riguardano l'efficienza nell'assistenza base al paziente, ma le aspettative relazionali sono poco frequenti: in tale contesto l'oss è infatti percepito dagli infermieri come colui al quale delegare le mansioni deprofessionalizzanti, ma che non ha rilevanza all'interno del gruppo di lavoro né incidenza rispetto al processo di cura del paziente.

TABELLA 3.76– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte degli oss sull’oss nei diversi contesti sono riportate nelle interviste

OSS						
		TERAPIA INTENSIVA	AMBULATORI	COMPARTO OPERATORIO	DEGENZA	TOT
Aspettative clinico-	Preparazione clinica :	0	0	1	1	2
	Attività tecnico-assistenziali:	1	1	2	7	11
	Autonomia:	0	0	0	0	0
	Rapidità/produttività/efficienza:	5	6	10	9	30
	TOTALE	6	7	13	17	43
Aspettati ve	Consapevolezza/affidabilità	2	0	2	0	4
	Relazioni interprofessionali	4	7	7	6	24
	Relazione con pazienti e famigliari	2	8	6	5	21
	TOTALE	8	15	15	11	49

Le aspettative riportate dagli oss rispetto alla propria categoria professionale, non presentano ingenti differenze di frequenza complessiva tra l’aspetto tecnico e l’aspetto relazionale. In generale, gli oss sostengono che da loro ci si aspetti efficienza e rapidità nello svolgimento delle mansioni tecniche (il peso dato all’esclusività delle mansioni di tipo assistenziale è particolarmente significativo in Degenza, come illustrato in tabella) e disponibilità alla relazione sia con i colleghi che con i pazienti.

Le aspettative su infermieri ed oss nelle diverse Unità Operative

Di seguito verranno riportate le frequenze di ogni categoria di aspettative, mettendo a confronto le attese su infermieri ed oss nei diversi contesti.

Per ogni tabella verranno elencate, in riga, le categorie di aspettative, raggruppate in macrocategorie: aspettative clinico-assistenziale ed aspettative emotivo-relazionali. In colonna verranno elencate, per infermiere ed oss, la frequenza di nomina delle aspettative, in relazione alla figura professionale dell’intervistato.

TABELLA 3.77– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte di tutte le figure coinvolte sull'oss e sull'infermiere in Terapia Intensiva

TERAPIA INTENSIVA																	
		INFERMIERE						OSS						TOT			
Aspettative clinico-assistenziali	Preparazione clinica	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	24	
		1	5	6	1	0	2	15	2	1	1	0	5	0	9		
	Attività tecnico-assistenziali	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	32	
		1	1	3	3	3	2	13	3	3	5	4	3	1	19		
	Autonomia	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	12	
		1	0	3	1	3	0	8	1	1	0	0	2	0	4		
	Rapidità/produttività/efficienza	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	21	
		0	0	2	0	5	2	9	1	0	2	0	4	5	12		
	TOTALE		45						44						89		
	Aspettative emotive-relazionali	Consapevolezza/affidabilità	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	15
			0	7	1	0	0	0	8	1	1	1	2	0	2	7	
		Relazioni interprofessionali	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	33
			0	4	3	3	8	0	18	1	1	2	4	3	4	15	
		Relazione con pazienti e famigliari	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	34
			0	4	8	2	5	2	21	0	2	4	1	4	2	13	
	TOTALE		47						35						82		

Per quel che riguarda la Terapia Intensiva, non vi sono differenze significative sulle frequenze complessive di aspettative cliniche e relazionali; solo le aspettative di relazione sono leggermente inferiori per l'operatore socio-sanitario. Prendendo in

considerazione le aspettative cliniche, la frequenza di aspettative sulla preparazione clinica e sull'autonomia è maggiore per l'infermiere, mentre l'oss viene più frequentemente associato ad aspettative di tipo assistenziale. Si può però affermare che non vi siano categorie di aspettative specifiche dell'uno o dell'altro ruolo. La stessa affermazione si può fare a proposito delle aspettative di tipo relazionale: nonostante la necessità di instaurazione di un rapporto con gli utenti venga reiterata più frequentemente a proposito della figura infermieristica, le categorie di aspettative relazionali sono presenti per entrambe le figure esaminate.

TABELLA 3.78– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte di tutte le figure coinvolte sull'oss e sull'infermiere negli Ambulatori

AMBULATORI																	
		INFERMIERE						OSS						TOT			
Aspettative clinico-assistenziali	Preparazione clinica	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	19	
		0	7	2	1	2	0	12	2	1	1	0	3	0	7		
	Attività tecnico-assistenziali	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	22	
		1	1	6	1	1	0	10	3	1	4	0	3	1	12		
	Autonomia	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	4	
		1	0	0	0	2	0	3	1	0	0	0	0	0	1		
	Rapidità/produttività/efficienza	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	28	
		0	0	4	1	7	2	14	2	0	3	0	3	6	14		
	TOTALE		39						34						73		
	Aspettative emotive-relazionali	Consapevolezza/affidabilità	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	22
			0	7	5	2	1	0	15	1	1	5	0	0	0	7	
		Relazioni interprofessionali	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	36
			0	2	2	2	7	2	15	1	1	2	4	6	7	21	

	Relazione con pazienti e famigliari	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	44
		0	4	10	1	9	3	27	0	5	1	0	3	8	17	
	TOTALE	57							45							102

Complessivamente, si può affermare che all'interno degli Ambulatori le aspettative prevalenti siano di tipo relazionale. Non emergono differenze rilevanti tra i ruoli sulle aspettative tecnico-assistenziali, nonostante la preparazione clinica sia reiterata più frequentemente rispetto all'infermiere: tale dato è riconducibile al fatto che oss ed infermieri, in tale contesto, ricoprono lo stesso ruolo. Gli aspetti relazionali vengono reiterati con maggiore frequenza rispetto alla figura infermieristica, in particolare per ciò che concerne l'interazione con l'utenza e la consapevolezza del ruolo professionale. Le aspettative di collaborazione interprofessionale sono invece più frequenti rispetto all'oss. A proposito della relazione con l'utenza, che è emerso come aspetto fondamentale per entrambi i ruoli professionali, è interessante notare che gli oss riportano tale aspettativa più frequentemente rispetto al proprio ruolo che rispetto alla figura infermieristica, e la stessa cosa fanno gli infermieri. I medici, invece, riportano l'aspetto di relazione con il pubblico come fondamentale per la figura infermieristica, mentre tale aspettativa è pressoché assente rispetto all'operatore socio-sanitario.

TABELLA 3.79– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte di tutte le figure coinvolte sull'oss e sull'infermiere nel Comparto Operatorio

COMPARTO OPERATORIO																	
		INFERMIERE						OSS						TOT			
Aspettative clinico-assistenziali	Preparazione clinica	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	27	
		3	5	4	3	2	1	18	2	1	0	3	2	1	9		
	Attività tecnico-assistenziali	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	29	
		1	3	1	2	2	0	9	3	1	8	1	5	2	20		
	Autonomia	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	6	
		1	0	0	0	1	0	2	1	1	0	1	1	0	4		
	Rapidità/produttività/efficienza	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	30	
		0	0	6	0	3	2	11	2	0	6	0	1	10	19		
	TOTALE		40						52						92		
	Aspettative emotive-relazionali	Consapevolezza/affidabilità	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	35
			0	7	7	5	1	2	22	1	3	2	5	0	2	13	
		Relazioni interprofessionali	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	56
			1	3	7	9	10	2	32	1	1	3	5	7	7	24	
		Relazione con pazienti e familiari	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	27
			0	3	3	3	4	1	14	0	3	0	2	2	6	13	
	TOTALE		68						50						118		

Nonostante una lettura superficiale del contesto potrebbe far pensare che nel Comparto Operatorio le competenze tecnico-cliniche dovrebbe essere predominanti, a livello complessivo vengono menzionate più frequentemente le aspettative emotivo-relazionali. Le aspettative di tipo tecnico sono maggiormente frequenti rispetto

all'operatore socio-sanitario, in particolare per quel che riguarda l'efficienza nelle mansioni pratico-operative, mentre l'infermiere viene più spesso associato alla preparazione clinica. Bisogna però sottolineare che, a differenza degli altri reparti, la preparazione clinica e la consapevolezza professionale vengono menzionate anche rispetto all'oss: dal contenuto delle interviste era infatti emerso che gli oss del comparto operatorio devono necessariamente essere preparati ed avere alle spalle anni di esperienza, poiché le loro mansioni comportano conoscenza dei rischi ed assunzione di responsabilità. Le aspettative emotivo-relazionali sono invece menzionate più frequentemente (in particolare da medici e coordinatore) rispetto alla figura infermieristica, in termini di affidabilità e collaborazione interprofessionale: lo strumentista, infatti, deve affiancare il chirurgo all'interno della sala operatoria, e deve inoltre supervisionare l'operato dell'oss nell'attività di sterilizzazione. Bisogna ancora una volta evidenziare che tali aspettative sono comunque presenti anche rispetto all'operatore socio-sanitario.

TABELLA 3.80– Frequenza con cui le diverse tipologie di aspettative da parte di tutte le figure coinvolte sull'oss e sull'infermiere in Degenza

DEGENZA																
		INFERMIERE						OSS						TOT		
Aspettative clinico-assistenziali	Preparazione clinica	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	20
		1	5	2	1	3	3	15	2	1	0	0	1	1	5	
	Attività tecnico-assistenziali	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	29
		1	1	1	1	4	1	9	3	1	5	1	3	7	20	
	Autonomia	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	6
1		0	1	0	1	0	3	1	1	0	0	1	0	3		
Rapidità/produzione/efficienza	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	35	
	0	0	4	3	6	4	17	2	0	3	1	3	9	18		
TOTALE		44						46						90		

	Aspettative emotive-relazionali	Consapevolezza/affidabilità							Relazioni interprofessionali							16
		Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	Direttore	RAD	Medici	Coordinato	Infermieri	Oss	TOTALE	
		0	6	1	0	3	3	13	1	2	0	0	0	0	3	
		1	2	4	1	6	5	19	1	0	1	0	2	6	10	29
		0	4	16	2	9	1	32	0	3	9	2	1	5	20	52
	TOTALE	64							33							97

Complessivamente non emergono differenze significative nell'enumerazione complessiva delle aspettative cliniche rispetto a quelle relazionali. Per ciò che concerne il confronto tra infermieri ed oss, non vi sono differenze sulla frequenza totale delle aspettative clinico-terapeutiche, mentre le aspettative relazionali vengono menzionate con una frequenza doppia rispetto alla figura infermieristica. Scendendo nei particolari, le aspettative rispetto alla preparazione clinica sono maggiori per l'infermiere, mentre le aspettative rispetto a mansioni di tipo assistenziale vengono riportate più frequentemente nei confronti dell'oss; non emergono invece differenze a proposito dell'autonomia e dell'efficienza lavorativa. Per quel che riguarda le aspettative relazionali, nonostante siano riportate anche rispetto all'operatore socio-sanitario, sono associate con frequenza nettamente superiore all'infermiere, sia in termini di consapevolezza e di collaborazione interprofessionale, che di relazione con l'utenza. Tali differenze di aspettative di relazione sia con l'utente che con i colleghi sono dovute, in particolare, alle testimonianze di medici ed infermieri, come illustrato in tabella. I dati non fanno che confermare la svalutazione professionale dell'operatore socio-sanitario da parte di medici ed infermieri, i quali lo associano a compiti assistenziali ed alla relazione con l'utenza, considerandolo però una figura di rilevanza inferiore rispetto agli altri ruoli professionali.

Grafico riassuntivo figura oss con frequenza di aspettative prevalenti



Grafico riassuntivo figura infermieristica frequenze di aspettative prevalenti



I dati emersi rispetto alla frequenza di enumerazione delle categorie delle interviste non fanno che confermare i risultati dell'analisi dei contenuti: le aspettative riportate con frequenza maggiore sono già emerse come caratteristiche dei ruoli in esame, in tutti i contesti. Inoltre, l'analisi della tipologia di aspettative in relazione alla categoria professionale dell'intervistato ha confermato, in parte, i contenuti immaginati nell'assunzione dei punti di vista delle diverse categorie professionali.

PARTE QUARTA

2^ STUDIO

Le osservazioni



4.1 Gli obiettivi della ricerca

L'obiettivo del presente studio era la rilevazione dei comportamenti effettivi messi in atto da oss ed infermieri, attraverso l'osservazione dei comportamenti attuati, e delle interazioni fra le diverse figure professionali e delle riunioni di équipe.

4.2 Metodologia

Griglie d'osservazione

Sulla base dei contenuti emersi dalle interviste, sono state costruite delle checklist di osservazione strutturata, che avevano come oggetto:

- le interazioni con le diverse figure professionali e con gli utenti;
- le attività svolte da operatori socio-sanitari ed infermieri nei due contesti.

Tali griglie sono state successivamente sottoposte ai coordinatori infermieristici per verifica della pertinenza, e validate mediante l'osservazione simultanea da parte di due osservatori. In seguito, le interviste sono state condotte da un singolo osservatore. Ogni osservazione ha avuto la durata di 30 minuti. Le osservazioni sono state condotte mediante shadowing, tecnica nella quale il ricercatore segue il soggetto in tutte le attività ed in tutti i contesti in cui si reca, come se fosse la sua ombra, ma senza intervenire (McDonald, 2005). Lo *shadowing* è oggi molto utilizzato negli studi relativi alle organizzazioni, per esempio, nell'analisi dei comportamenti e delle interazioni (Orton, Marcella, Baxter, 2000; Perlow, 1999; Bonazzi, 1998).

Le griglie d'osservazione/check list (in appendice) sono state strutturate:

- 1 griglia d'osservazione relativa alla interazioni con le diverse figure professionali. In colonna sono indicate le tipologie di interazione, in riga le categorie di interlocutore. La stessa griglia è stata utilizzata per tutte le quattro U.O (es: esegue le richieste, Chiede parere professionale, Non fornisce informazioni quando richieste, Propone soluzioni/iniziative, Fornisce aiuto)
- 1 griglia relativa alle attività svolte dall'infermiere (es: somministrazione terapia/manovre, monitoraggio parametri, trasporto strumenti/materiali) e 1 griglia per le attività svolte dall'oss nell'U.O. in Terapia Intensiva (igiene del paziente, alimentazione, sterilizzazione/pulizie);
- 1 griglia relativa alle attività svolte dall'infermiere (es: mobilitazione del paziente, medicazioni, somministrazione terapia) e 1 griglia per le attività svolte dall'oss nell'U.O in Degenza (es: trasporto pazienti, cambio lenzuola, distribuzione vitto);

- 1 griglia unificata sia per le attività svolte dall'infermiere sia che quelle svolte dall'oss in Comparto Operatorio (es: prepara strumenti/materiali, passa paziente nel passa malati, accompagna paziente in sala, prepara i ferri)
- 1 griglia unificata sia per le attività svolte dall'infermiere sia che quelle svolte dall'oss negli Ambulatori (es: predisposizione ambulatorio/materiale, inserimento dati nelle cartelle, aiuta paziente a vestirsi/svestirsi)

4.3 Partecipanti

Complessivamente sono state condotte 69 osservazioni.

Negli Ambulatori sono state condotte 14 osservazioni, delle quali 7 relative alla figura infermieristica e 7 relative all'operatore socio-sanitario. Tutti i partecipanti erano donne.

Nel Comparto Operatorio sono state condotte 13 osservazioni, delle quali 6 relative alla figura infermieristica e 7 relative all'operatore socio-sanitario. 4 partecipanti erano uomini e 9 erano donne.

Nella Degenza sono state condotte 20 osservazioni, delle quali 10 relative alla figura infermieristica e 10 relative all'operatore socio-sanitario. 2 partecipanti erano uomini e 18 erano donne.

Nella Terapia Intensiva sono state condotte 22 osservazioni, delle quali 12 relative alla figura infermieristica e 12 relative all'operatore socio-sanitario. 5 partecipanti erano uomini e 17 erano donne.

4.4 Elaborazione dei risultati

I dati sono stati elaborati mediante il programma statistico SPSS (versione 18.0). In particolare, è stato effettuato il confronto tra valori medi attraverso il T test per campioni indipendenti.

Sono stati presi in considerazione i valori medi del numero di comportamenti osservati nei 30 minuti di osservazione e la forma della distribuzione delle osservazioni. Per quel che riguarda l'analisi delle interazioni, il numero medio di ciascun comportamento è stato considerato rispetto alla persona (medico, coordinatore, infermiere, oss, paziente, familiare) verso cui veniva messo in atto.

4.5 Risultati, le osservazione nei quattro contesti

Di seguito verranno illustrati i risultati dell'elaborazione dei dati relativi alle osservazioni.

Per ogni contesto, verranno confrontati i dati relativi all'analisi delle interazioni di infermieri ed oss con le diverse figure professionali. Successivamente, verranno

illustrate le categorie di attività più frequenti e maggiormente caratterizzanti le figure di infermiere ed oss.

Terapia intensiva

Tabella 4.1– Frequenza delle interazioni di infermieri ed operatori socio-sanitari nella Terapia Intensiva							
RUOLO		MEDICO	COORDINATORE	INFERMIERE	OSS	PAZIENTE	FAM.
INF.	Range	1-7	1-8	2-38	1-21	2-35	
	Media	4.00 (DS=2.32)	3.71 (DS=3.15)	10.25 (DS=10.94)	5.75 (DS=7.32)	13.75 (DS=12.87)	
	% soggetti	92	58	100	67	67	0
OSS	Range	1-3	1-4	1-17	2-16	1-6	
	Media	1.67 (DS=1,54)	1.50 (DS=1.22)	6.10 (DS=4.89)	8.5 (DS=5.01)	3.67 (1.86)	
	% soggetti	30	60	100	60	60	0

Come può notare dalla tabella 4.1, in Terapia Intensiva sono emerse differenze significative sulle interazioni complessive di oss ed infermieri con il coordinatore (la media dell'infermiere è pari a 3.71 con deviazione di 3,15; la media dell'oss è 1,50 con deviazione standard pari a 1,22; $t(11)=1,61$, $p=.001$) e col paziente (la media dell'infermiere è 13,75 con deviazione standard pari a 12,87; la media dell'oss è pari a 3,67 con deviazione standard di 1,86; $t(12)=1,88$, $p=.000$). L'operatore socio-sanitario presenta, inoltre, un numero significativamente inferiore di interazioni col medico, in particolare per quel che riguarda il fornire di informazioni (l'infermiere presenta una media di 2.75 con deviazione di 0.96; la media dell'oss è 1 con deviazione standard pari a 0; $t(5)=3.09$, $p<.05$). I dati confermano, quindi, che l'infermiere ricopre il ruolo di mediatore all'interno dell'équipe. L'oss, invece, viene coinvolto in misura minore da medici e coordinatore, avendo come riferimento principale l'infermiere.

Tabella 4.2– Frequenza delle attività svolte da infermieri ed operatori socio-sanitari nella Terapia Intensiva

RUOLO	Infermiere			Oss		
	RANGE OSSERVATO	VALORE MEDIO (DS=)	% DI LAVORATORI	RANGE OSSERVATO	VALORE MEDIO (DS=)	% DI LAVORATORI
<i>Monitoraggio parametri</i>	1-10	5.80 (DS=3.36)	83%			
<i>Predisposizione letti/apparecchiature</i>	1-12	5.10 (DS=4.23)	83%	1-21	7.71 (DS=8.30)	70%
<i>Somministrazione terapia</i>	1-11	4.00 (DS=3.43)	75%			
<i>Trasporto materiale</i>	1-8	4.60 (DS=2.51)	42%	1-13	6.00 (DS=5.10)	50%
<i>Igiene paziente</i>	1-2	1.33 (DS=0.58)	25%	1-2	1.33 (DS=0.58)	30%
<i>Rifornimento magazzino</i>				2-8	4.20 (DS=3.03)	50%

In Terapia Intensiva, le osservazioni hanno avuto luogo durante le riunioni d'équipe, il giro visite, l'igiene, l'accoglienza ed il trasferimento dei pazienti, il rifornimento dei magazzini. In generale, si può affermare che i compiti dell'infermiere riguardano il monitoraggio dei parametri vitali del paziente, la somministrazione di terapie, l'assistenza e la compilazione delle cartelle cliniche, mentre l'oss si occupa dell'assistenza al paziente, del rifornimento dei magazzini e del riordino del reparto. Come si vede dalla tabella, le suddivisioni di mansione tra oss ed infermieri non è rigida: nonostante rimangano attività specifiche di ogni categoria professionale (come il monitoraggio dei parametri e la somministrazione della terapia per l'infermiere, ed il rifornimento del magazzino per l'oss), emerge l'intensa collaborazione tra le due categorie nello svolgimento delle varie attività. In particolare, si nota come, in caso di necessità, anche l'infermiere compie attività pertinenti all'operatore socio-sanitario, come il trasporto dei materiali e la predisposizione delle apparecchiature, senza però sentirsi svalutato professionalmente.

I dati delle osservazioni confermano i dati già emersi nelle interviste di mappatura di ruolo: nonostante l'infermiere ricopra il ruolo di mediatore tra l'oss e le altre figure professionali, l'operatore socio-sanitario entra in contatto con tutti i membri dell'équipe, ed è coinvolto attivamente nei momenti di confronto interprofessionale.

Tale volontà di collaborazione si rispecchia anche nella condivisione delle attività tra oss e infermiere, condivisione che però non sfocia nell'invischiamento tra le due figure professionali.

Comparto operatorio

Tabella 4.3 – Frequenza delle interazioni di infermieri ed operatori socio-sanitari nel Comparto Operatorio							
RUOLO		MEDICO	COORDINATORE	INFERMIERE	OSS	PAZIENTE	FAM.
INF.	Range	1-19	3	5-18	1-10	2-9	
	Media	6.83 (DS=6.91)	3 (DS=0)	10 (DS=5.15)	4 (DS=5.20)	4,33 (DS=4.04)	
	% soggetti	100%	33%	83%	50%	50%	
OSS	Range	2-3	2-5	1-34	2-30	2-5	2
	Media	2.5 (DS=0.7)	3.25 (DS=1.7)	19.57 (DS=13.73)	15 (DS=10.84)	3.50 (DS=2.12)	2 (DS=2)
	% soggetti	29%	57%	100%	71%	29%	14%

Come illustrato in tabella, sono emerse differenze significative tra le due figure professionali nel totale delle interazioni con l'infermiere, maggiore per l'operatore socio-sanitario (l'infermiere presenta una media di 10 con deviazione standard pari a 5.15, mentre l'oss presenta una media di 19.57 con deviazione standard di 13.73; $t(10) = -1.47$, con $p < .01$). In particolare, la differenza è significativa a proposito del fornire informazioni all'infermiere (l'infermiere presenta una media di 2 con deviazione standard pari a 1, mentre l'oss presenta una media di 4.43 con deviazione standard di 4.28; $t(8) = -.94$, con $p = .05$). È inoltre notevole la differenza di interazione con l'oss: essendo molto rigida la suddivisione delle mansioni, gli oss hanno maggiori opportunità di interazione durante lo svolgimento delle attività, che spesso svolgono in autonomia, senza la supervisione dell'infermiere, al quale si rivolgono in caso di necessità. È inoltre evidente la differenza di interazioni col medico, nettamente superiore per l'infermiere. I dati confermano i risultati delle interviste di mappatura di ruolo, ovvero che gli oss hanno scarsi contatti col medico, e per qualsiasi necessità fanno riferimento all'infermiere, piuttosto che al coordinatore.

Tabella 4.4 – Frequenza delle attività svolte da infermieri ed operatori socio-sanitari nel Comparto Operatorio

RUOLO	Infermiere			Oss		
	RANGE OSSERVATO	VALORE MEDIO	% DI LAVORATORI	RANGE OSSERVATO	VALORE MEDIO	% DI LAVORATORI
<i>Prepara strumenti/materiali</i>	3-11	7 (DS=3.65)	67%	1-4	2 (DS=1.73)	43%
<i>Predisposizione tavolo operatorio</i>	1-10	5.5 (DS=6.36)	33%	1	1 (DS=0)	14%
<i>Lavaggio ferri</i>	1-2	1.5 (DS=.7)	33%	1-13	7 (DS=8.48)	29%
<i>Preparazione paziente (vestizione...)</i>	3-5	4 (DS=1.41)	33%	4	4 (DS=0)	14%
<i>Riordino sala operatoria</i>	1-2	1.25 (DS=.5)	67%	2	1 (DS=0)	14%
<i>Trasporto paziente</i>	1	1 (DS=0)	33%	1	1 (DS=0)	29%
<i>Trasporto materiale</i>	1-4	2.4 (DS=1.14)	83%	3-12	4.5 (DS=4.95)	43%
<i>Riordino biancheria</i>				1-7	3 (DS=3.46)	43%
<i>Pulizie</i>				4-13	8.5 (DS=6.36)	29%

Nel Comparto Operatorio, le osservazioni hanno avuto luogo durante l'accoglienza del paziente, la fase preliminare dell'intervento all'interno della sala operatoria, la sterilizzazione dei ferri e il rifornimento del magazzino. In generale, gli infermieri svolgono le attività all'interno della sala operatoria, predisponendo gli strumenti assistendo il chirurgo; l'oss, invece, si occupa della sterilizzazione degli strumenti, del rifornimento dei magazzini e del riordino e pulizia del reparto. Come illustrato in tabella, non emergono differenze significative a proposito delle attività a contatto col paziente, sia per quel che riguarda il trasporto che per la preparazione all'intervento, ed infatti tale mansioni sono svolte da oss ed infermieri in stretta collaborazione. A proposito delle attività tecnico-operative, emergono differenze significative nel lavaggio dei ferri: l'infermiere presenta una media di 1,5 con deviazione standard pari a .7, mentre l'oss presenta una media di 7 con deviazione standard di 8.48; $t(3)=-1.19$, con $p<.001$. A questo proposito, nelle interviste di mappatura di ruolo è emerso che la sterilizzazione dei ferri è un'attività che oss ed infermiere dovrebbero svolgere insieme, uno svolgendo le attività di pulizia e l'altro di supervisione; è inoltre emerso che le aspettative di collaborazione reciproca sono disattese, poiché l'infermiere pretende di

essere aiutato nelle attività di propria pertinenza, ma non è disponibile a ricambiare la disponibilità. Tali conclusioni emergono anche dall'analisi delle osservazioni: oltre alla minore dedizione rispetto alla sterilizzazione dei ferri, gli infermieri non collaborano alle attività di riordino e di pulizia, pertinenti all'oss. L'operatore socio-sanitario, invece, partecipa alla predisposizione ed al riordino della sala operatoria, attività che, in base a quanto emerso dall'analisi delle interviste, spetterebbero principalmente all'infermiere di sala.

L'osservazione delle attività all'interno del comparto operatorio confermano quanto emerso dalle interviste di mappatura di ruolo, ovvero che l'oss ha scarse opportunità di contatto col medico, e vede nell'infermiere il proprio superiore, sia per quel che riguarda la risoluzione di problematiche che per lo svolgimento delle attività. Le aspettative di collaborazione interprofessionale sono disattese, tranne che per le attività che prevedono il contatto col paziente.

Degenza

Tabella 4.5– Frequenza delle interazioni di infermieri ed operatori socio-sanitari nella Degenza							
RUOLO		MEDICO	COORDINATORE	INFERMIERE	OSS	PAZIENTE	FAM.
INF.	Range	1-20	2-11	1-55	1-13	3-38	1-26
	Media	8.87 (DS=6.31)	5,00 (DS=3.22)	22.40 (DS=18.20)	5.44 (DS=5.03)	14.50 (DS=10.85)	7.86 (DS=8.90)
	% soggetti	80	60	100	90	100	70
OSS	Range	1-3	1-5	3-23	2-21	1-43	1-10
	Media	2 (DS=1.41)	3,00 (DS=1.58)	13.33 (DS=7.45)	6.86 (DS=6.44)	12,37 (DS=14.14)	5,00 (DS=3.78)
	% soggetti	20	50	90	70	80	70

In Degenza, non ci sono differenze significative sul totale delle interazioni di infermieri ed oss con le altre figure professionali, anche se ci sono notevoli differenze di frequenza a proposito delle interazioni coi medici: gli infermieri presentano infatti una media di interazioni complessive pari a 8,87 (range da 1 a 20, deviazione standard pari a 6,31, comportamento messo in atto dal 80% dei soggetti), mentre gli oss presentano una media pari a 2 (range da 1 a 3, deviazione standard pari a 1,41, comportamento

messo in atto dal 20% dei soggetti). La mancanza di contatto tra medici ed oss era già emersa dalle interviste. Sono inoltre minori le interazioni degli oss con gli infermieri, in parte a causa del ritmo intenso di lavoro che gli oss devono sostenere, e che quindi riduce le possibilità di interazione informale, ed in parte a causa della segregazione tra le due figure professionali.

Tabella 4.6 – Frequenza delle attività svolte da infermieri ed operatori socio-sanitari nella Degenza						
RUOLO	Infermiere			Oss		
	RANGE OSSERVATO	VALORE MEDIO (DS=)	% DI LAVORATORI	RANGE OSSERVATO	VALORE MEDIO (DS=)	% DI LAVORATORI
<i>Monitoraggio parametri</i>	2-14	6.75 (DS=3.88)	80%			
<i>Predisposizione letti/apparecchiature</i>				1-13	4.33 (DS=3.67)	90%
<i>Somministrazione terapia</i>	1-23	7.28 (DS=8.46)	70%			
<i>Trasporto materiale</i>	1-4	2,00 (DS=1.73)	30%	1-16	7.83 (DS=5.45)	60%
<i>Igiene paziente</i>	5	5,00 (DS=0.00)	10%	1-4	2.75 (DS=1.26)	40%
<i>Rifornimento magazzino</i>				2-6	3.83 (DS=1.47)	60%
<i>Assistenza paziente</i>	1-6	3,00 (DS=2.45)	40%	1-5	2.75 (DS=1.73)	70%
<i>Distribuzione vitto</i>				2-16	8.40 (DS=5.32)	50%

Nella Degenza sono state conteggiate le attività svolte durante il giro visite, la somministrazione delle terapie, l'accoglienza di nuovi pazienti, l'igiene e la distribuzione del vitto. In generale, gli infermieri si occupano del monitoraggio dei parametri, della somministrazione della terapia e della compilazione delle cartelle cliniche dei pazienti; gli oss, invece, si occupano dell'assistenza al paziente, della distribuzione del vitto, del riordino dei materiali e della predisposizione delle apparecchiature. La suddivisione delle mansioni all'interno del reparto appare piuttosto rigida: le mansioni ad "esclusivo" svolgimento dell'infermiere sono il monitoraggio dei parametri e la somministrazione della terapia, mentre la predisposizione delle apparecchiature, il rifornimento del magazzino e la distribuzione del vitto sono compito dell'operatore socio-sanitario. Sebbene la suddivisione di mansione potrebbe apparire funzionale alla gestione del personale, appare come in realtà tale rigida distinzione

vada ad accrescere la svalutazione professionale dell'operatore socio-sanitario: per fare un esempio, se l'infermiere ha bisogno di uno strumento, ne delega all'oss il trasporto, anche se l'oss è impegnato in altre attività; tale dato emerge anche dai valori in tabella. Dalle interviste è inoltre emerso che infermieri ed oss dovrebbero occuparsi insieme dell'igiene dei pazienti (va sottolineato che tale mansione viene considerata deprofessionalizzante da medici ed infermieri), ma dalle analisi dei dati è emerso che solo il 10% degli infermieri della degenza ha svolto tale compito durante le osservazioni. Bisogna inoltre sottolineare che gli oss, causa l'ingente carico di lavoro, hanno rare opportunità di pause e scambi informali, mentre agli infermieri sono concesse molte interruzioni.

Si può quindi affermare che le osservazioni hanno confermato i dati emersi dalle interviste: in un sistema di distinzione gerarchica, si pone particolare enfasi sulla distinzione non solo delle mansioni ma anche delle ruoli professionali. Essendo considerati "sostituti del medico", gli infermieri pongono particolare attenzione nell'evitare mansioni deprofessionalizzanti, a scapito della funzionalità del reparto. Gli oss, appartenendo all'ultimo gradino della gerarchia, non sono invece ammessi ai momenti di scambio e di confronto interprofessionale: le loro attività riguardano lo svolgimento rapido e continuativo di tutte le mansioni tecnico-operative delegate.

Ambulatori

Tabella 4.7– Frequenza delle interazioni di infermieri ed operatori socio-sanitari negli Ambulatori							
RUOLO		MEDICO	COORDINATORE	INFERMIERE	OSS	PAZIENTE	FAM.
INF.	Range	1-13	1	1-24		2-38	1-50
	Media	3.8 (DS=5.17)	1 (DS=0)	12.8 (DS=11.05)		14.71 (DS=14.02)	12.29 (DS=18.15)
	% soggetti	71%	14%	71%		100%	100%
OSS	Range	1-12	6	1-11	1	1-26	
	Media	4.57 (DS=3.99)	6 (DS=0)	3.17 (DS=3.92)	1 (DS=0)	8.14 (DS=8.67)	
	% soggetti	100%	14%	86%	43%	100%	

A proposito degli Ambulatori, sono presenti delle differenze significative nel totale delle interazioni con la figura infermieristica se confrontata con le altre Unità Operative

(l'infermiere presenta una media pari a 12.8 con deviazione standard pari a 11.05, mentre l'oss presenta una media di 3.17, con deviazione standard pari a 3.92; $t(9)=2.01$, $p<.01$). Emergono, inoltre, differenze significative rispetto all'interazione col paziente, sia di tipo formale (l'infermiere presenta una media pari a 3.5 con deviazione standard pari a 2.12, mentre l'oss presenta una media di 1.33, con deviazione standard pari a .58; $t(3)=1,81$ con $p<.01$), che informale (l'infermiere presenta una media pari a 5.33 con deviazione standard pari a 5.86, mentre l'oss presenta una media di 2.25, con deviazione standard pari a .5; $t(5)=1.08$, $p=.01$). È importante considerare che, rispetto agli altri contesti esaminati, le interazioni coi pazienti sono molto più frequenti, per entrambe le figure professionali. Inoltre, bisogna sottolineare che le osservazioni hanno avuto luogo all'interno dei singoli ambulatori, e probabilmente le maggiori frequenze di interazioni tra infermieri sono dovute al fatto che alcune visite mediche prevedevano la presenza di due infermieri. Le interazioni col medico, invece, sono più frequenti per l'oss, ma anche questo dato potrebbe difendere dalle circostanze in cui hanno avuto luogo le osservazioni.

Tabella 4.7 – Frequenza delle attività svolte da infermieri ed operatori socio-sanitari negli Ambulatori

RUOLO	Infermiere			Oss		
	RANGE OSSERVATO	VALORE MEDIO (DS)	% DI LAVORATORI	RANGE OSSERVATO	VALORE MEDIO (DS)	% DI LAVORATORI
<i>Predisposizione ambulatorio/materiale</i>	1-6	2.29 (DS=1.7)	100%	1-5	2.17 (DS=1.47)	86%
<i>Pulizia ambulatorio</i>	1-4	2 (DS=1.73)	43%	1-2	1.33 (DS=.58)	43%
<i>Vestizione paziente</i>	1-4	2.2 (DS=1.3)	71%	1	1 (DS=0)	43%
<i>Predisposizione esame (holter, gel...)</i>	1-6	2.83 (DS=2.48)	86%	1-3	1.83 (DS=.75)	86%
<i>Inserimento dati</i>	1-9	3.33 (DS=3.39)	86%	1-8	3.17 (DS=2.56)	86%
<i>Attività cliniche (medicazioni, controllo parametri...)</i>	1	1 (DS=0)	57%			
<i>Sterilizzazione strumenti</i>	3	3 (DS=0)	14%	2	2 (DS=0)	14%
<i>Attività telefoniche</i>	3-4	3.5 (DS=.7)	29%	1-4	2.67 (DS=1.53)	43%

<i>Attesa visita</i>	<i>durante</i>	3	3 (DS=0)	14%	2	2 (DS=0)	29%
--------------------------	----------------	---	----------	-----	---	----------	-----

Nello specifico, sono state osservate le visite all'interno degli Ambulatori dove vengono eseguiti il montaggio degli holter, le ecografie ed il controllo dei pace-maker. In generale, le attività di entrambe le figure prevedono l'accoglienza del paziente, la richiesta di dati e l'applicazione degli strumenti diagnostici. Solo in alcuni casi è presente il medico: in queste situazioni, il compito di oss ed infermieri è attendere la progressione della visita medica, preparare il materiale, riordinare l'ambulatorio. Solo quando il medico non è presente, sono gli operatori a rispondere alle domande dei pazienti e dei famigliari. Oss ed infermieri, inoltre, si occupano dell'accettazione dei pazienti, della prenotazione di incontri e del rilascio di informazioni: per questo motivo, forse, vengono spesso identificati come "segretari", piuttosto che come professionisti con competenze clinico-terapeutiche.

Dall'analisi dei dati emergono differenze significative nella vestizione del paziente (l'infermiere presenta una media pari a 2.2 con deviazione standard pari a 1.3, mentre l'oss presenta una media di 1, con deviazione standard pari a 0; $t(6)=1,54$ con $p<.05$) e nella predisposizione del paziente all'esame (l'infermiere presenta una media pari a 2.83 con deviazione standard pari a 2.48, mentre l'oss presenta una media di 1.83, con deviazione standard pari a .75; $t(10)=.94$ con $p<.01$). Inoltre, vi sono differenze nel numero totale di visite seguite nel corso dell'osservazione (l'infermiere presenta una media pari a 1.71 con deviazione standard pari a 1.25, mentre l'oss presenta una media di 1, con deviazione standard pari a 0; $t(12)=1.51$ con $p=.001$) e una differenza che tende alla significatività nella pulizia degli ambulatori (l'infermiere presenta una media pari a 2 con deviazione standard pari a 1.73, mentre l'oss presenta una media di 1.33, con deviazione standard pari a .58; $t(4)=.63$ con $p=.06$). Tali dati potrebbero però essere riconducibili al tipo di contesto nel quale hanno avuto luogo le osservazioni: oss ed infermieri si alternano nella gestione dei diversi ambulatori, ed ognuno prevede ritmi di lavoro e possibilità di interazione differenti. In generale, si può affermare che le attività tra le due figure non differiscano in termini di qualità.

4.6 Conclusioni

I dati raccolti dalle osservazioni non fanno che confermare le criticità già emerse dall'analisi delle interviste di mappatura di ruolo. Nei contesti dove è radicata la percezione di gerarchia tra i ruoli, come la Degenza ed il Comparto Operatorio, la

suddivisione di mansione è rigida e la collaborazione tra oss ed infermiere non è reciproca. Negli Ambulatori, invece, l'indifferenziazione dei ruoli viene alimentata dall'indifferenziazione di mansione; entrambe le figure, inoltre, svolgono mansioni maggiormente inerenti l'ambito segretariale, piuttosto che l'ambito clinico. Solo in Terapia Intensiva, dove i ruoli sono risultati essere chiari ed entrambi valorizzati, viene mantenuta la suddivisione rispetto ai compiti, ma tale distinzione è flessibile e modulabile in base alle esigenze contestuali e interprofessionali.

Può, inoltre, essere significativo il confronto tra i contesti di Degenza e Terapia Intensiva: sebbene i ruoli e le mansioni richieste dai due contesti siano pressoché le stesse, nel secondo le distinzioni sono molto meno rigide e vi è un'intensa collaborazione su tutte le attività, anche su quelle "deprofessionalizzanti". Inoltre, il lavoro degli oss nella Degenza richiede un carico decisamente più ingente: 2 oss devono assistere 36 pazienti, contro i 9 della Terapia Intensiva. Paradossalmente, gli oss di Terapia Intensiva sono percepiti come maggiormente efficienti e competenti, come emerso dalle interviste.

Tutto ciò conferma che non può essere la mansione di per sé la causa della valorizzazione o svalorizzazione della figura professionale e della mancanza di collaborazione, ma è necessario un approccio più complesso basato sul ruolo per valutare ed intervenire sulle conflittualità fra queste figure.

PARTE QUINTA

SECONDA FASE

Due casi specifici, Degenza e Terapia Intensiva



Nella seconda fase sono stati messi a confronto i professionisti sanitari di due U.O. di Terapia Intensiva e U.O. di Degenza).

In totale, per quanto riguarda i due contesti, sono state condotte 18 interviste. Per quanto riguarda la distribuzione sulla base del genere, 9 partecipanti erano uomini e 9 erano donne. L'età media dei partecipanti era 42 anni. In particolare, sono state intervistate le seguenti figure:

- Direttore del Dipartimento a cui le due U.O. afferiscono (1 intervista);
- Responsabile Assistenziale del Dipartimento a cui le due U.O. afferiscono (1 intervista);
- Medici del Comparto Operatorio (4 interviste);
- Coordinatore Infermieristico U.O. Degenza (1 intervista);
- Infermieri U.O. Degenza (3 interviste);
- Operatori Socio-Sanitari U.O. Degenza (3 interviste);
- Coordinatore Infermieristico U.O. Terapia Intensiva (1 intervista);
- Infermieri U.O. Terapia Intensiva (2 interviste);
- Operatori Socio-Sanitari U.O. Terapia Intensiva (2 interviste).

Per quanto riguarda l'osservazione, sono state condotte 42 osservazioni, 20 in Degenza e 22 in Terapia Intensiva. Complessivamente, in Degenza sono stati osservati 10 infermieri e 10 oss, per un totale di 2 uomini e 18 donne. In Terapia Intensiva sono stati osservati 12 infermieri e 10 oss, per un totale di 5 uomini e 17 donne.

Verranno esaminati i dati raccolti attraverso le interviste prima nell'U.O. di Terapia Intensiva ed, in seguito nell'U.O. di Degenza. Per ogni Unità Operativa verranno analizzati tre aspetti: le percezioni rispetto al sistema di valutazione dell'oss e dell'infermiere, il sistema di aspettative sull'infermiere e il sistema di aspettative sull'oss.

In ultimo verranno presentati i dati sintetici rispetto alle osservazioni condotte in queste due Unità Operative.

5.1 U.O. di Terapia Intensiva

Una prima sezione dell'intervista legata alla *valutazione*, come sopra descritto, chiedeva di identificare la figura dalla quale oss e infermieri si sentono valutati ed alla quale sentono di dover rispondere nel proprio agito professionale.

	Contenuto delle interviste
VALUTAZIONE DELL'INFERMIERE	<i>"Vengo valutato da chiunque. Dai miei colleghi, perché c'è un lavoro di équipe. Dagli oss, perché lavorano con noi e quindi fanno parte di noi. Ai medici, alla caposala." (Infermiere1)</i> <i>"In realtà i membri dell'équipe sono sempre tutti presenti, quindi l'infermiere viene sempre visto e valutato." (Coordinatore infermieristico)</i>
VALUTAZIONE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO	<i>"A tutta l'équipe, a partire dall'infermiere perché l'infermiere lavora con te, nel momento in cui c'è collaborazione si fida di te." (Oss1)</i> <i>"L'oss deve rispondere principalmente al coordinatore ed agli infermieri, ma anche ai medici perché in questo reparto sono molto presenti." (Coordinatore infermieristico)</i>

Come illustrato da alcuni esempi, emerge come in Terapia Intensiva non venga identificata un'unica figura referente. Sia oss che infermieri, infatti, sentono di dover rispondere a tutti i membri dell'équipe di lavoro, indipendentemente dalla posizione gerarchica occupata. Particolarmente significativo è il fatto che l'infermiere, comunemente identificato come professionista di posizione superiore rispetto all'oss, affermi di sentirsi valutato anche da tale figura, con la quale opera in stretta collaborazione.

TABELLA 5. 2. Analisi del contenuto relativo alle aspettative sull'infermiere nell'U.O. di Terapia Intensiva		
Categoria professionale di cui l'intervistato ha assunto il punto di vista	Tipologia di aspettative rivolte all'infermiere in Terapia Intensiva	Aspetti di sintesi
OSS	<p><i>"Si aspettano valorizzazione e comprensione, e sicuramente un atteggiamento in positivo di chi vuole conseguire un ordine e un'azione." (Infermiere)</i></p> <p><i>"Sicuramente da parte degli infermieri c'è una guida su certe cose, ed è importante la collaborazione." (Medico)</i></p>	INFERMIERE COME COORDINATORE E DELL'OSS
COORDINATORE	<p><i>"Quotidianamente tutta l'équipe si riunisce al momento del briefing, incontro durante il quale si discute insieme delle problematiche organizzative e dell'andamento delle diverse attività." (Coordinatore infermieristico)</i></p> <p><i>"Che facciamo bene il nostro lavoro, che facciamo lavoro di gruppo, che ci sia armonia nel gruppo, perché se ci sono dei contrasti diventa difficile, anche per il paziente stesso, vivere in armonia." (Infermiere)</i></p>	INFERMIERE COME MEDIATORE NELL'ÉQUIPE
MEDICI	<p><i>"Il medico è una presenza molto costante, però non possiamo vedere tutto in ogni momento, è l'infermiere ci dà degli input, ci pone in allarme. E dal punto di vista umano, la capacità di lavorare in team, ha un grandissimo ruolo in ambito critico. Una cosa che apprezzo molto è la capacità di entrare in relazione con i pazienti, perché spesso qui i pazienti vivono in solitudine." (Medico)</i></p> <p><i>"In questa unità operativa danno molta autonomia a noi infermieri, credo che abbiano una buona aspettativa. Affidano il paziente nelle nostre mani, questa è una buona cosa." (Infermiere)</i></p>	INFERMIERE COME COLLABORATORE DEL MEDICO

Per quanto riguarda il sistema di aspettative sull'infermiere all'interno dell'U.O. di Terapia Intensiva, l'infermiere di Terapia Intensiva gode di un'elevata considerazione professionale da parte di tutte le figure con cui interagisce, non solo per l'ottima preparazione clinica, ma anche per la cooperazione e condivisione con tutti i membri del gruppo di lavoro. Dall'infermiere, infatti, non ci si aspetta solo una diretta collaborazione col medico, ma anche una sorta di "tutoraggio" sulla figura dell'oss. L'operatore socio-sanitario vede infatti nell'infermiere una possibile guida nello svolgimento delle attività assistenziali, oltre ad identificarlo come il proprio responsabile. L'interdipendenza all'interno del gruppo di lavoro è anche tra le principali aspettative espresse dal coordinatore, oltre alla preparazione clinica, alla serietà ed all'efficienza nell'organizzare e nello svolgere le varie attività.

Anche i medici hanno delle aspettative molto alte sugli infermieri di Terapia Intensiva, poiché ritengono che tale ruolo sia fortemente impegnativo in termini di carico e di stress, e che solo gli infermieri più competenti e appassionati, riescano a superare questa sorta di "autoselezione". L'infermiere è colui che assiste costantemente il paziente e ne conosce approfonditamente la storia clinica, è colui col quale il medico si confronta nel prendere le decisioni terapeutiche ed è il professionista che in

situazioni di emergenza deve prendere tali decisioni in autonomia. Secondo i medici è fondamentale, in questo contesto, la capacità di riconoscere le condizioni di criticità clinica, e la conseguente rapidità e tempestività di reazione. In questi casi ci si aspetta non solo che l'infermiere esegua le direttive del medico, ma anche che riesca a coordinare, di conseguenza, le attività dell'oss. Per i medici le capacità relazionali dell'infermiere sono importanti per la necessità di un confronto all'interno dell'équipe, ma anche per il rapporto che si deve instaurare col paziente. A questo proposito, va sottolineato che l'infermiere è fondamentale nel mediare la relazione non solo con il paziente, ma anche coi famigliari: essendo sempre fisicamente presente al letto del paziente, è la figura principale cui si fa riferimento per avere sia informazioni cliniche, che per conforto e contenimento emotivo.

Per quel che concerne le aspettative da parte dei vertici aziendali, il Direttore del Dipartimento è percepito come una figura assente e quasi disinteressata al personale, poiché non ha con i dipendenti un contatto diretto. Nella sua testimonianza, invece, il Direttore afferma di aspettarsi infermieri adeguatamente formati, affidabili e che svolgano il proprio lavoro con serietà e passione ed esprime molte attese che riguardano la produttività e l'efficienza del reparto:

Il Responsabile Assistenziale Dipartimentale, a differenza del Direttore, è percepito come maggiormente presente e sensibile rispetto alle esigenze del reparto. Ciò potrebbe dipendere dal fatto che in passato il RAD ha ricoperto il ruolo di coordinatore infermieristico nell'U.O., e ne conosce personalmente i dipendenti, nonché le modalità organizzative. Le aspettative da parte di tale figura riguardano soprattutto la condivisione all'interno dell'équipe di lavoro e la collaborazione tra le varie figure professionali, che si concretizzano, per esempio, nella co-costruzione di obiettivi e nell'elaborazione collettiva del lutto. Il RAD si aspetta inoltre competenza, consapevolezza e responsabilità da parte del personale, nonché una formazione adeguata rispetto alla situazione emergenziale.

TABELLA 5. 3 Analisi del contenuto relativo alle aspettative sull'operatore socio-sanitario nell'U.O. di Terapia Intensiva		
Categoria professionale di cui l'intervistato ha assunto il punto di vista	Tipologia di aspettative rivolte all'operatore socio-sanitario in Terapia Intensiva	Aspetti di sintesi
INFERMIERI	<p><i>"L'infermiere lavora con te, nel momento in cui c'è collaborazione si fida di te, perché noi oss alcune cose non le possiamo fare, non sono nel mansionario, ma l'occhio clinico c'è." (Oss)</i></p> <p><i>"Alla fine non si tratta di fare delle cose per alleggerire il loro lavoro, ma di fare delle cose per incrementare il benessere e la professionalità." (Oss)</i></p>	OSS COME PROFESSIONISTA
COORDINATORE	<p><i>"C'è una forte integrazione tra oss e infermieri. Gli oss godono di un'alta considerazione e di un giudizio molto positivo: è una figura sulla quale si fa molto affidamento." (Coordinatore infermieristico)</i></p> <p><i>"Rendere l'équipe più avviata e più unita, se anche l'oss ha l'occhio clinico, anche per lei va tutto a buon fine, prima di tutto per il paziente, ma anche perché quando si lavora bene si crea un buon risultato, qualsiasi problema viene affrontato al meglio secondo me." (Oss)</i></p>	OSS COME PROFESSIONISTA INTEGRATO NELL'ÉQUIPE
MEDICI	<p><i>"L'oss sta lì con noi e dà sempre una grossa mano, è molto presente, e quando si fanno delle procedure invasive è molto importante." (Medico)</i></p> <p><i>"Magari la prima figura che viene in mente al medico se deve chiedere qualcosa è l'infermiere, non l'oss; è un po' messo in secondo piano." (Infermiere)</i></p>	OSS COME PROFESSIONISTA INTEGRATO NELL'ÉQUIPE vs OSS COME FIGURA MARGINALE
UTENTI	<p><i>"Per loro è difficile anche distinguere le figure professionali, noi non è che ci teniamo particolarmente a distinguere, noi crediamo appunto alla logica del gruppo." (Infermiere)</i></p> <p><i>"Per pazienti e famigliari, l'aspetto della relazione umana è fondamentale." (Medico)</i></p>	OSS COME FIGURA DI RIFERIMENTO PSICOLOGICO-ASSISTENZIALE
RAD E DIRETTORE	<p><i>"Io ho lottato tantissimo affinché gli oss, da mere persone che facevano le pulizie, diventassero persone accanto all'infermiere nell'assistenza al paziente critico in terapia intensiva." (RAD)</i></p> <p><i>"Cercare di fare una formazione vera, una formazione sul campo come si suol dire. Credo che in questo modo, se il personale si sente seguito e motivato, poi si lavora di più in reparto." (Direttore)</i></p> <p><i>"Il Direttore si aspetta che tutto funzioni bene sia da parte del medico, sia da parte dell'infermieristico che dagli oss. Ne giova il reparto e poi il paziente che è la cosa fondamentale." (Oss)</i></p>	OSS COME OPERATORE EFFICIENTE

Per quanto riguarda il sistema di aspettative sull'oss all'interno dell'U.O. di Terapia Intensiva oss ed infermiere lavorano a stretto contatto, per cui una delle aspettative principali sull'operatore socio-sanitario riguarda la collaborazione, l'interscambio tra le due figure professionali. Nonostante le mansioni dell'oss siano prettamente di tipo tecnico-operativo, in Terapia Intensiva l'operatore viene coinvolto anche nella cura del paziente: ad esempio, ci si aspetta che possieda l'*occhio clinico* (ovvero la capacità di notare e valutare eventuali variazioni nei parametri del paziente), abilità che, nonostante non faccia parte delle normative di responsabilità dell'oss, facilita un

corretto monitoraggio del paziente. L'oss di Terapia Intensiva viene quindi formato anche per attività che vanno oltre la sua figura professionale, ma che gli permettono di guadagnarsi la fiducia da parte dei colleghi e la concessione di autonomia nello svolgimento dei propri compiti. Inoltre, l'oss è coinvolto e partecipa attivamente alle riunioni d'équipe, essendo considerato un professionista preparato e competente, non solo da infermieri e coordinatore ma anche dai medici. A questo proposito, nonostante la aspettative riguardino essenzialmente mansioni di tipo tecnico-operativo, i medici si aspettano un oss presente e attivo, in grado di supportare non solo il lavoro dell'infermiere ma anche il loro. Gli oss in Terapia Intensiva vengono quindi riconosciuti come parte integrante dell'équipe.

Dall'analisi delle testimonianze, emerge come pazienti e famigliari non distinguano la figura dell'oss da quella dell'infermiere. Soprattutto nei casi di pazienti lungodegenti, l'oss deve essere in grado di instaurare una relazione con il paziente e con i parenti, deve offrire conforto e contenimento emotivo, deve dare risposte, per ciò che gli compete, alle domande che gli vengono poste, oltre, ovviamente, ad offrire una buona qualità dell'assistenza.

Per quel che riguarda le aspettative da parte del vertice, il RAD ha delle aspettative piuttosto alte sugli oss di Terapia Intensiva e questo viene percepito sia dagli oss che dagli infermieri. Il RAD si aspetta delle persone non solo competenti ma anche motivate, che affianchino attivamente l'infermiere nell'assistenza al paziente e che se ne accollino parte del lavoro, non solo per alleggerirne il carico di lavoro, ma anche per conferire valore alla propria categoria professionale. Il Direttore del Dipartimento viene, invece, percepito come una figura distante e disinteressata al personale, ed infatti, dall'analisi delle testimonianze, è emersa un'assenza quasi totale di aspettative specifiche. Il Direttore, invece, nella propria testimonianza esprime aspettative molto generali, che possono indirettamente coinvolgere la figura dell'oss, rispetto all'efficienza del reparto, in termini di produttività e di buona formazione delle figure professionali esaminate.

5.2 U.O. di Degenza

TABELLA 5.4. Analisi del contenuto relativo alle percezioni di valutazione di infermieri e operatori socio-sanitari in Degenza	
Contenuto delle interviste	
VALUTAZIONE DELL'INFERMIERE	<i>“Penso da noi medici e dalla caposala ovviamente. Sicuramente dal medico nell’arco della professionalità quotidiana” (Medico)</i> <i>“Ognuno giudica quello che fai e si fa delle opinioni su come lavori. Mi sento valutato da tutti, da medici, caposala, infermieri e oss. Anche dal paziente.” (Infermiere)</i>
VALUTAZIONE DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO	<i>“Chi risponde del personale è la caposala, il RAD e di lì a salire, in un ambito che non è quello medico.” (Medico)</i> <i>“Alla figura dell’infermiere: noi ci rapportiamo di più con loro, per qualsiasi cosa io chiedo sempre all’infermiere.” (Oss)</i>

Per quel che riguarda la valutazione degli infermieri, il Direttore, il RAD e i medici affermano che sia compito del coordinatore valutare la condotta degli infermieri, nonostante riconoscano che anche l’opinione del medico possa avere influenza su tale giudizio. Coordinatore, oss e infermieri hanno idee più discordanti in proposito: l’opinione più diffusa è che sia il medico a valutare l’operato infermieristico, ma emergono anche ipotetiche valutazioni da parte di colleghi (sia oss che infermieri), nonché la convinzione che ognuno debba lavorare secondo la propria moralità ed in funzione del soddisfacimento delle esigenze del paziente.

Per quel che concerne la figura dell’oss, le opinioni in proposito sono ancora più confuse. Nonostante emerga l’opinione che possa essere il coordinatore infermieristico a stendere il giudizio, e che ognuno dovrebbe lavorare secondo la propria moralità ed in funzione del soddisfacimento del paziente, la figura valutativa preminente risulta essere l’infermiere. In generale, nonostante sia in parte riconosciuta la funzione valutativa del coordinatore infermieristico, le opinioni sul giudizio del personale rispecchiano un’ipotetica scala gerarchica medico-infermiere-oss. È inoltre da sottolineare come, nonostante il medico sia percepito come colui che può esprimere giudizi professionali sull’infermiere, non valuta, ma soprattutto non conosce, l’attività dell’oss.

TABELLA 5. 5 Analisi del contenuto relativo alle aspettative sull'infermiere nell'U.O. di Degenza		
Categorie professionali di cui si assume il punto di vista	Tipologia di aspettative rivolte all'infermiere in Degenza	Aspetti di sintesi
OSS	<p><i>"Si aspettano che al bisogno diamo una mano. Si aspettano collaborazione e rispetto." (Infermiere)</i></p> <p><i>"Sono sempre io che devo mediare e trovare qualcosa che risolva il problema utilizzando tutte le risorse di infermieri e oss." (Coordinatore infermieristico)</i></p> <p><i>"L'oss è nato come supporto all'infermiere, ma insieme dovrebbero completare l'assistenza al paziente, invece qui c'è questa discriminazione." (Oss)</i></p>	<p>INFERMIERE COME COLLABORATORE vs INFERMIERE COME SUPERIORE</p>
COORDINATORE	<p><i>"Prendersi cura di venti pazienti, con tutti i loro problemi che sono diversi perché sono persone prima che pazienti. Tutte le loro attività di vita vanno assolutamente svolte, sia che si tratti di terapie, che di bisogni di comunicazione." (Coordinatore infermieristico)</i></p> <p><i>"La coordinatrice si aspetta da loro collaborazione, e che eseguano le direttive date dal medico, anche se il medico ha più contatto con gli infermieri che con l'oss, in maniera tale che il reparto funzioni bene." (Medico)</i></p> <p><i>"Lei valuta tutto, sia l'assistenza che la disponibilità a coprire il turno, la frequenza con cui uno si assenta dal lavoro, il rapporto col paziente. Lei è la figura più presente" (Infermiere)</i></p>	<p>INFERMIERE COME CAREGIVER EFFICIENTE</p>
MEDICI	<p><i>"Che eseguano le direttive che io medico posso dare, e che lo facciano bene e senza che io medico debba essere sempre presente." (Medico)</i></p> <p><i>"Pensano di più alla parte medica, quindi al grado qualitativo dell'assistenza, a non creare infezioni, di capire come sta il paziente, si aspettano un occhio clinico nell'individuare il più tempestivamente possibile i problemi." (Infermiere)</i></p>	<p>INFERMIERE COME SOSTITUTO DEL MEDICO</p>
UTENTI	<p><i>"Devono essere molto pazienti, accoglienti, mettere a proprio agio il paziente." (Medico)</i></p> <p><i>"Cercano rassicurazione sia a livello psicologico che assistenziale, vogliono essere curati in un certo modo." (Infermiere)</i></p>	<p>INFERMIERE COME FIGURA DI RIFERIMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE E DI SOSTEGNO</p>
RAD E DIRETTORE	<p><i>"L'assenteismo, le malattie, la copertura e la regolarità dei turni che garantisca l'assistenza" (Infermiere)</i></p> <p><i>"È un infermiere che deve dare delle prospettive orientate alla riabilitazione del paziente." (RAD)</i></p> <p><i>"Purtroppo anche il direttore è lontano, quindi non sentiamo il suo peso sulle spalle" (Coordinatore infermieristico)</i></p> <p><i>"Io credo che sia giusto investire dal punto di vista della formazione, della cultura... Poi è chiaro che c'è una volontà di fare un periodo anche negli altri reparti." (Direttore)</i></p>	<p>INFERMIERE COME OPERATORE CHE RICOPRE UN TURNO</p>

Per quanto riguarda il *sistema di aspettative sull'infermiere* dalle testimonianze emerge come il rapporto tra oss e infermieri sia conflittuale: nonostante il coordinatore infermieristico cerchi di appianare le frequenti discussioni, tutti sono concordi nell'affermare che le maggiori aspettative sull'infermiere da parte dell'oss riguardino il

rispetto, il dialogo ed il riconoscimento professionale. Nonostante vengano utilizzati termini come *collaborazione*, *interdipendenza*, *lavoro di équipe*, e nonostante gli intervistati riconoscano il valore e la qualità delle attività svolte dall'oss, emerge come ci si aspetti in realtà una relazione gerarchica tra le due figure, all'interno della quale l'infermiere deve delegare all'oss le mansioni più spiacevoli dell'attività assistenziale.

Nell'analisi delle testimonianze dal punto di vista del coordinatore infermieristico e dei medici, sono state individuate due tipologie di aspettative: la garanzia della funzionalità del reparto e la relazione col paziente. La prima categoria, che deriva dalle testimonianze di oss e infermieri, include l'efficienza, la presenza sul lavoro, l'autonomia nello svolgimento delle attività, la collaborazione tra le varie figure ed il rispetto dei ruoli professionali. Il ruolo dell'infermiere nella Degenza è considerato fondamentale soprattutto dai medici, poiché è percepito come colui che deve *farne le veci*. L'infermiere deve, infatti, possedere l'*occhio clinico*, deve essere in grado di capire in modo tempestivo la gravità clinica del paziente, deve conoscerne la storia medica ed informarne il chirurgo se necessario, ma non deve assolutamente prendere decisioni terapeutiche in autonomia. I medici, infatti, non sono sempre presenti nel reparto, quindi si aspettano che l'infermiere sopperisca alle loro mancanze, sia relazionali che cliniche, e che faccia da mediatore tra loro e il paziente. Tutti gli intervistati concordano, infatti, nell'affermare che il paziente dall'infermiere si aspetti un'assistenza costante e continua, sia fisica che psicologica. Pazienti e famigliari si affidano all'infermiere, che deve quindi essere in grado di ricambiare tale attesa, fornendo informazioni, indicazioni terapeutiche, ma soprattutto rassicurazioni.

A proposito delle aspettative da parte del vertice aziendale, tutte le testimonianze concordano sul fatto che riguardino principalmente la presenza al lavoro e la copertura dei turni. Molti intervistati sostengono che il RAD, non essendo fisicamente presente all'interno del reparto, non sia sufficientemente consapevole del carico di lavoro che l'assistenza al paziente comporta. Ritengono inoltre che la numerosità del personale all'interno del reparto non sia sufficiente a coprire tutte le esigenze, e che il servizio erogato risulti spesso scadente dal punto di vista qualitativo. Il Direttore viene percepito come una figura ancora più distante, che non vuole essere messo al corrente delle difficoltà dei dipendenti poiché si aspetta che sia il coordinatore infermieristico ad appianarne i conflitti. Le sue aspettative riguarderebbero solo la funzionalità del reparto, la presenza sul posto di lavoro, e la preparazione e l'efficienza del personale, in un'ottica di riduzione dei costi. I medici, inoltre, sostengono che per migliorare l'efficienza del reparto, ma anche per incrementare non solo la preparazione ma anche

la sostituibilità del personale, la Direzione dovrebbe auspicare ad una rotazione degli infermieri all'interno dei diversi comparti del Dipartimento.

Nelle interviste rivolte alla Direzione, emerge però come il vertice non abbia in realtà delle aspettative prettamente di tipo "aziendale": per esempio, il RAD si aspetta dall'infermiere il mantenimento di un clima collaborativo all'interno dell'équipe e la capacità di motivare il paziente all'adesione alle terapie riabilitative; il Direttore, invece, pone particolare enfasi sull'affidabilità dell'infermiere, riferendosi in particolare all'empatia ed al rispetto del paziente, oltre che alla preparazione clinica.

TABELLA 5.6 Analisi del contenuto relativo alle aspettative sull'operatore socio-sanitario nell'U.O. di Degenza		
Categorie professionali di cui si assume il punto di vista	Tipologia di aspettative rivolte all'operatore socio-sanitario in Degenza	Aspetti di sintesi
INFERMIERI	<i>"Si aspettano cambiamenti non solo nel lavoro, ma anche nel comportamento delle persone." (Infermiere)</i> <i>"Perché gli infermieri pretendono che noi seguiamo il lavoro, ma noi siamo due, ci sono dei giorni che a livello qualitativo proprio non c'è la qualità." (Oss)</i>	OSS COME DIPENDENTE DELL'INFERMIERE
COORDINATORE	<i>"Non sono professionisti ma esecutori di compiti. Non è la parte psicologica la loro, hanno un lavoro più tecnico. Penso che il fatto di non sentire su di sé la responsabilità li agevoli." (Coordinatore infermieristico)</i> <i>"La coordinatrice si aspetta che l'oss sia di supporto all'infermiere, siamo noi che li coordiniamo al bisogno piuttosto che la coordinatrice. Lei si aspetta che loro facciano bene quello che noi gli chiediamo, siamo noi che siamo a contatto col paziente in prima persona. Se loro fanno male un compito, siamo noi i responsabili del paziente e i primi ad essere richiamati." (Infermiere)</i>	OSS COME ESECUTORE DI COMPITI
MEDICI	<i>"Non saprei, perché la vedo come una figura – non dico inutile- però di cui si può fare a meno perché le mansioni le può fare l'infermiere. Magari l'infermiere essendo laureato alcune mansioni non le vuole fare perché le vede riduttive rispetto a quello per cui ha studiato. Lo vedo più come un inserviente, ecco" (Medico)</i> <i>"Qui c'è molta gerarchia, noi oss siamo l'ultima ruota del carro. I medici non sanno nemmeno il nostro nome, non gli importa, parlano di noi solo in caso di segnalazioni negative." (Oss)</i>	OSS COME INSERVIENTE
UTENTI	<i>"Non sono sicuro che pazienti e famigliari avvertano sempre la differenza tra oss e infermiere." (Medico)</i> <i>"L'oss ha delle mansioni, come l'igiene, nelle quali entra in contatto proprio con l'intimità, e quindi è importante che li facciano sentire a proprio agio. Capita che con loro si aprano anche un po' di più, per esempio dal punto di vista confidenziale." (Infermiere)</i> <i>"Hanno un rapporto più tranquillo e sereno col paziente, non devono rispondere di cose difficili, come il post operatorio, "che rischi ho?"... non sono soggetti a questo tipo di domande loro." (Coordinatore infermieristico)</i>	OSS COME FIGURA DI RIFERIMENTO PSICOLOGICO-ASSISTENZIALE

Per quanto riguarda il sistema di aspettative sull'oss in Degenza l'aspettativa

principale del personale infermieristico sugli oss riguarda la cooperazione, in base alle rispettive competenze, sulle mansioni tecnico-assistenziali. Il ruolo dell'oss e l'importanza della sua attività vengono riconosciuti, ma dalle testimonianze emerge come la relazione tra le due categorie sia conflittuale, in parte a causa dell'atteggiamento di "pretesa" di aiuto da parte degli infermieri (come riportato dagli oss), ed, in parte, è dovuta all'eccessivo carico di lavoro attribuito agli operatori socio-sanitari. In tale conflitto, il coordinatore svolge il ruolo di mediatore tra le due categorie.

Le aspettative del coordinatore riguardano principalmente l'ottemperanza delle disposizioni organizzative, e, nello specifico, che l'oss collabori in modo continuativo all'assistenza del paziente, occupandosi del lavoro tecnico ma non psicologico. L'oss deve inoltre rispondere del proprio operato all'infermiere con cui collabora, poiché, non essendo un professionista ma un esecutore di compiti, non ha la responsabilità diretta degli esiti delle proprie attività. Anche dal punto di vista dei medici, l'oss ha un ruolo marginale all'interno dell'équipe, viene visto come colui che esegue i compiti (di scarso valore terapeutico) ma che non interviene in modo attivo all'interno del gruppo di lavoro. Medici e oss hanno infatti poche occasioni di contatto, e forse per questo motivo l'operatore socio-sanitario viene professionalmente squalificato da parte dei medici, poiché percepito come un inserviente che svolge compiti sgradevoli dell'area assistenziale che potrebbero fare gli stessi infermieri, ma che vengono delegati poiché deprofessionalizzanti. Le uniche aspettative qualificanti sono relative alle relazioni col paziente. Infatti, nonostante pazienti e famigliari non distinguano tra infermieri ed oss, è opinione condivisa che l'operatore socio-sanitario abbia una relazione intima e confidenziale col paziente che le altre categorie professionali non riescono ad avere, in parte dovuta alle mansioni assistenziali che svolge. L'oss deve mostrarsi sensibile alla vulnerabilità del paziente, deve infondere conforto e rassicurazione, nonché soddisfare richieste e fornire informazioni. A questo proposito, l'operatore socio-sanitario è agevolato rispetto alla figura infermieristica, poiché non deve rispondere rispetto a fattori che spesso preoccupano il paziente ed i famigliari, come il decorso della malattia.

Prendendo invece in considerazione le aspettative da parte della Direzione Aziendale, è percezione comune che le prerogative principali dei vertici siano la copertura del turno, il costo economico del personale e l'efficienza lavorativa. Ancora una volta, la Direzione viene considerata assente, disinteressata rispetto al benessere dei dipendenti, e non consapevole delle esigenze del reparto, con aspettative quasi

irrealistiche rispetto alla mole di lavoro che un operatore può sopportare. Il Direttore afferma, invece, di volere personale adeguatamente formato, soprattutto in termini di esperienze finalizzate, ed auspica una rotazione di tale figura nelle diverse Unità Operative per incrementare la preparazione professionale.

5.3 I risultati dell'osservazione: confronto fra le due Unità Operative

I risultati mostrano che in Degenza non ci sono differenze significative sul totale delle interazioni di infermieri ed oss con le altre figure professionali, anche se ci sono notevoli differenze di frequenza a proposito delle interazioni coi medici: nei trenta minuti di osservazione gli infermieri presentano infatti una media di interazioni complessive con il medico maggiori rispetto all'oss. In questo senso, la mancanza di contatto tra medici ed oss era già emersa dalle interviste. In Terapia Intensiva, invece, non ci sono differenze fra oss e infermiere rispetto alla frequenza di interazioni con il medico.

In Tabella 1 (in appendice) sono illustrate le attività più frequentemente svolte nelle due U.O. dalle due categorie professionali. In particolare, nella Degenza sono state conteggiate le mansioni svolte durante il giro visite, la somministrazione delle terapie, l'accoglienza di nuovi pazienti, l'igiene e la distribuzione del vitto. In Terapia Intensiva sono state invece osservate le riunioni d'équipe, il giro visite, l'igiene, l'accoglienza ed il trasferimento dei pazienti, il rifornimento dei magazzini.

Come si vede dalla Tabella 1 (in appendice), le mansioni richieste alle due categorie professionali nelle due U.O. sono piuttosto simili, però dai risultati emerge come in Terapia Intensiva sia meno rigida la suddivisione dei compiti. Ad esempio, in entrambi i contesti, infermieri ed operatori socio-sanitari si occupano in stretta collaborazione dell'igiene dei pazienti (va sottolineato che tale mansione viene identificata come "compito dell'oss"), anche se dai dati emerge come solo il 10% degli infermieri della Degenza abbia svolto tale compito durante le osservazioni, contro il 25% degli infermieri di Terapia Intensiva. Per quel che riguarda le mansioni tecnico-operative, come la predisposizione e la sistemazione delle lenzuola, in Degenza la ripartizione dei compiti tra oss ed infermieri è molto rigida: in un sistema di distinzione gerarchica, l'infermiere è molto attento a non compiere mansioni per lui "deprofessionalizzanti", tant'è vero che la frequenza e la percentuale di infermieri che svolgono tali attività sono molto basse, come si vede dalla tabella. Per esempio, se si presenta la necessità di prendere del materiale o di spostare uno strumento, il più delle volte l'infermiere

delega tale compito all'operatore socio-sanitario, anche se oss ed infermiere stanno operando insieme. Tale rigida suddivisione non è invece presente in Terapia Intensiva dove la percentuale di infermieri che svolgono tali compiti non differisce dalla percentuale dell'oss (83% per la predisposizione dei letti, contro il 70% dell'oss; 42% per il trasporto materiale, contro il 50% dell'oss).

Anche questi dati confermano i contenuti emersi dalle interviste, ovvero che in Degenza la suddivisione delle mansioni è rigida e che l'infermiere, essendo percepito come un superiore dell'oss, si sente in dovere di delegare le attività "deprofessionalizzanti". In Terapia Intensiva ciò è presente in misura minore, ed il coinvolgimento dell'oss all'interno dell'équipe avviene non solo mediante una minore delega di attività, ma anche attraverso il coinvolgimento nelle interazioni.

Analizzando i dati sono stati presi in considerazione i valori medi dei comportamenti di interazione di oss e infermieri con tutte le figure dell'Unità Operativa (medico, coordinatore, infermiere, oss, paziente, familiare). Nelle tabelle, sono esposti i risultati suddivisi per posizione lavorativa. In particolare, sono stati presi in considerazione i valori medi delle dimensioni osservate nei 30 minuti di osservazione e la forma della distribuzione delle osservazioni.

Tabella 5.7

	U. O.	RUOLO		MEDICO	COORDINATORE	INFERMIERE	OSS	PAZIENTE	FAMIGLIARE
INTERAZIONI	Degenza	INFERMIERE	Range	1-20	2-11	1-55	1-13	3-38	1-26
			Media	8.87 (DS=6.31)	5.00 (DS=3.22)	22.40 (DS=18.20)	5.44 (DS=5.03)	14.50 (DS=10.85)	7.86 (DS=8.90)
			% soggetti	80	60	100	90	100	70
		OSS	Range	1-3	1-5	3-23	2-21	1-43	1-10
			Media	2 (DS=1.41)	3,00 (DS=1.58)	13.33 (DS=7.45)	6.86 (DS=6.44)	12,37 (DS=14.14)	5,00 (DS=3.78)
			% soggetti	20	50	90	70	80	70
	Terapia Intensiva	INFERMIERE	Range	1-7	1-8	2-38	1-21	2-35	
			Media	4.00 (DS=2.32)	3.71 (DS=3.15)	10.25 (DS=10.94)	5.75 (DS=7.32)	13.75 (DS=12.87)	
			% soggetti	92	58	100	67	67	0
		OSS	Range	1-3	1-4	1-17	2-16	1-6	
			Media	1.67 (DS=1,54)	1.50 (DS=1.22)	6.10 (DS=4.89)	8.5 (DS=5.01)	3.67 (1.86)	
			% soggetti	30	60	100	60	60	0

Come illustrato in Tabella 5.1, nell'U.O. di Degenza ci sono differenze tra operatori socio sanitari ed infermieri nella frequenza complessiva delle interazioni con le diverse figure professionali e con gli utenti. In particolare, gli infermieri hanno maggiori

contatti col medico (la media delle interazioni tra medico ed infermiere è pari a 22,40; la differenza con l'oss, che presenta una media pari a 2, è statisticamente significativa, con $t(7,872)=2,811$, $p>.05$), con gli infermieri (la media degli infermieri è pari a 22,40, la media dell'oss è pari a 13,33; $t(12,189)=1,447$, $p>.05$) e coi famigliari del paziente (l'infermiere presenta una media di 7,86, mentre per l'oss è 5; $t(8,104)=0,782$, $p>.05$).

Per quel che riguarda l'U.O. di Terapia Intensiva, l'infermiere ha una frequenza maggiore di interazioni col coordinatore (la media dell'infermiere è 3,71, quella dell'oss è 1,5; $t(8,01)=1,716$, $p>.01$), col medico (media pari a 4, contro 1,67 dell'oss; $t(7,12)=2,413$, $p>.01$), con gli infermieri (media pari a 10,25, mentre l'oss ha una media pari a 6,1; $t(15,792)=1,18$, $p>.05$) e col paziente (media di 13,75, mentre l'oss presenta una media pari a 3,67; $t(7,388)=2,186$, $p>.05$). L'operatore socio-sanitario, invece, presenta una maggiore frequenza di interazione con altri oss (media pari a 8,5, mentre la media dell'infermiere è pari a 5,75; $t(11,948)=-0,833$, $p>.05$).

La differenza tra le interazioni dell'oss nei due contesti è significativa solo a proposito dei contatti con l'infermiere (la media in Degenza è pari a 13,33, mentre in Terapia Intensiva è 6,1; $t(13,584)=2,473$, $p>.01$) e con i pazienti (la media in Degenza è pari a 12,37, in Terapia Intensiva è 1,86; poiché $t(7,322)=1,722$, $p>.05$).

Appare quindi come l'oss, in generale, abbia meno contatti dell'infermiere con gli altri membri dell'équipe e con gli utenti. In entrambi i contesti è l'infermiere che fa da mediatore tra l'oss e le altre figure, quindi la differenza di considerazione professionale dell'operatore socio-sanitario nei due contesti non è riconducibile al fatto che sia l'infermiere la figura di riferimento principale.

Tabella 5.8

		ATTIVITÀ	RANGE OSSERVATO	VALORE MEDIO	% DI LAVORATORI	
ATTIVITÀ	Degenza	INFERMIERE	Somministrazione terapia	1-23	7.28 (DS=8.46)	70%
			Compilazione cartella clinica	2-14	6.75 (DS=3.88)	80%
			Rilevamento parametri	1-6	4.33 (DS=1,86)	60%
			Assistenza paziente	1-6	3.00 (DS=2.45)	40%
			Igiene paziente	5	5.00 (DS=0.00)	10%
			Trasporto materiale	1-4	2,00 (DS=1.73)	30%
	OSS	Predisposizione letti	1-13	4.33 (DS=3.67)	90%	
		Trasporto materiale	1-16	7.83 (DS=5.45)	60%	
		Distribuzione vitto	2-16	8.40 (DS=5.32)	50%	
		Assistenza paziente	1-5	2.75 (DS=1.73)	70%	

Terapia Intensiva		Igiene paziente	1-4	2.75 (DS=1.26)	40%
		Rifornimento magazzino	2-6	3.83 (DS=1.47)	60%
	INFERMIERE	Monitoraggio parametri	1-10	5.80 (DS=3.36)	83%
		Predisposizione letti	1-12	5.10 (DS=4.23)	83%
		Somministrazione terapia	1-11	4.00 (DS=3.43)	75%
		Trasporto materiale	1-8	4.60 (DS=2.51)	42%
		Igiene paziente	1-2	1.33 (DS=0.58)	25%
	OSS	Predisposizione letti	1-21	7.71 (DS=8.30)	70%
		Trasporto materiale	1-13	6.00 (DS=5.10)	50%
		Igiene paziente	1-2	1.33 (DS=0.58)	30%
		Rifornimento magazzino	2-8	4.20 (DS=3.03)	50%

In tabella 5.2 sono illustrate le attività più frequentemente svolte nelle due U.O. dalle due categorie professionali. In particolare, nella Degenza sono state conteggiate le mansioni svolte durante il giro visite, la somministrazione delle terapie, l'accoglienza di nuovi pazienti, l'igiene e la distribuzione del vitto. In Terapia Intensiva sono state invece osservate le riunioni d'équipe, il giro visite, l'igiene, l'accoglienza ed il trasferimento dei pazienti, il rifornimento dei magazzini.

Come si vede dalla tabella, le mansioni richieste alle due categorie professionali nelle due U.O. sono piuttosto simili, però dai risultati emerge come in Terapia Intensiva sia meno rigida la suddivisione dei compiti. Per fare un esempio, in entrambi i contesti, infermieri ed operatori socio-sanitari si occupano in stretta collaborazione dell'igiene dei pazienti. Di conseguenza, non può essere la mansione di per sé la causa della valorizzazione o svalorizzazione del ruolo professionale. In entrambi i contesti permane la suddivisione di mansione (per esempio, il monitoraggio dei parametri rimane pertinenza dell'infermiere, ed il rifornimento dei magazzini rimane compito dell'oss), ma in Terapia Intensiva la suddivisione dei compiti è meno rigida. Come esempio, si può considerare la voce che in tabella è indicata come *Trasporto materiale*: in Degenza, se si presenta la necessità di prendere del materiale o di spostare uno strumento, il più delle volte tale compito viene delegato all'operatore socio-sanitario, anche se oss ed infermiere stanno operando insieme. In Terapia Intensiva tale distinzione è meno rigida, ed infatti la differenza di frequenza tra oss ed infermieri su tale voce è minore. A conferma di ciò, nell'analisi delle interazioni è emerso come la frequenza con cui l'infermiere fa delle richieste all'oss è significativamente maggiore in Degenza rispetto alla Terapia Intensiva (le rispettive medie sono pari a 2,17 e 1; $t(5)=2,445, p>.05$).

5.4 Conclusioni

Cercando di sintetizzare i risultati per ogni Unità Operativa, possiamo affermare che in Terapia Intensiva sia l'oss che l'infermiere godono di un'elevata considerazione professionale. Ciò è dovuto non solo alla preparazione clinica ed alla consapevolezza professionale che permette ad entrambi di valutare, ognuno rispetto alle proprie competenze, le condizioni cliniche del paziente, ma anche all'elevato livello di cooperazione all'interno dell'équipe, che consente un intervento efficace anche in caso di emergenza. Questo conferma il radicale cambiamento che ha investito questi professionisti, in particolare gli infermieri, nel corso degli ultimi anni.

Le due figure lavorano a stretto contatto, sono tra loro interdipendenti, ed è meno rimarcata la gerarchizzazione dei ruoli, che è invece molto presente nell'U.O. di Degenza. Anche per quel che concerne la valutazione, sia oss che infermieri sentono di dover rendere conto all'intera équipe del proprio operato, e non solo alla figura che identificano come superiore. In Terapia Intensiva c'è un contatto diretto tra oss e medici, e solo in questo contesto i medici riconoscono e valorizzano gli oss come categoria professionale, nonostante l'infermiere rimanga per loro il primo punto di riferimento.

A differenza di quanto avviene in Terapia Intensiva, all'interno della Degenza, nonostante il ruolo di oss e infermieri sia percepito come fondamentale per quel che riguarda l'assistenza ai pazienti, prevalgono rapporti conflittuali tra le due categorie, a causa di un sistema di aspettative contrastanti che intensifica la percezione di una gerarchia medico-infermiere-oss e di una diversa considerazione professionale fra le due figure. Per tale motivo il coordinatore ricopre il ruolo di mediatore tra le due categorie. L'infermiere è infatti considerato come superiore dell'oss, è colui che gode della fiducia non solo del medico ma anche del coordinatore, è colui che ha importanti competenze cliniche e che deve essere in grado di decidere quando è il caso di informare il medico delle condizioni del paziente. L'infermiere inoltre potrebbe sostituirsi all'oss, ma ciò non avviene sia per motivazioni di costi economici, sia perché le mansioni dell'oss sarebbero per lui deprofessionalizzanti.

L'oss è, invece, colui che deve sottostare alle direttive delle altre figure professionali, è colui che non ha autonomia decisionale e che non ha responsabilità diretta delle proprie azioni, è colui che non ha contatto col medico e per questo viene disconosciuto professionalmente. L'oss viene definito come un importante

collaboratore dagli infermieri, ma nei fatti è solamente un esecutore di compiti, è percepito come una figura marginale all'interno dell'équipe, che deve sopportare un'ingente carico di lavoro e deve svolgere mansioni poco rilevanti rispetto al processo di cura.

È interessante sottolineare che la categoria medica enfatizza l'infermiere, considerandolo come un proprio sostituto sia dal punto di vista clinico che relazionale, mentre svaluta totalmente l'oss, definendolo come un "inserviente" che deve svolgere i compiti più sgradevoli dell'assistenza, sottolineandone la carenza di competenze clinico-terapeutiche e giustificandone l'assunzione in termini di risparmio economico.

Facendo un confronto fra le due Unità Operative per ogni ruolo esaminato, si può affermare che in entrambi i contesti il ruolo dell'infermiere è considerato fondamentale ed è molto valorizzato, non solo per le competenze cliniche ma anche per quelle relazionali. Non si può affermare lo stesso dell'operatore socio-sanitario. Sia in Terapia Intensiva che in Degenza l'oss si occupa di mansioni di tipo operativo-assistenziali delegate dall'infermiere ed eseguite in stretta collaborazione con questo, ma la considerazione professionale della figura nelle due U.O. è completamente diversa. Mentre nel primo contesto l'oss viene percepito come professionista con una propria autonomia ed una propria responsabilità, con conoscenze non solo tecnico-operative ma anche cliniche, e viene considerato indispensabile per garantire l'efficienza e la tempestività della reazione in caso di emergenza, in Degenza viene considerato come un semplice esecutore di compiti di scarsa rilevanza clinica, anche se nei fatti svolge un'ingente quantità di attività.

Nonostante le attività svolte siano pressoché le stesse nei due contesti, l'oss della Degenza viene completamente squalificato professionalmente, soprattutto dai medici. Se in Terapia Intensiva le aspettative prevedono un oss sempre presente e disponibile, figura attiva e partecipe e quindi parte integrante dell'équipe, in Degenza viene percepito come una figura marginale, che esegue le richieste ma non si integra. A testimonianza di ciò, in Terapia Intensiva l'oss viene coinvolto e partecipa attivamente alle riunioni d'équipe, mentre in Degenza partecipano a tali incontri solo medici, infermieri e coordinatore.

L'analisi delle osservazioni conferma i contenuti già emersi dalle interviste, ovvero che in Degenza è presente una distinzione gerarchica del ruolo, che si manifesta non solo nella rigorosa suddivisione dei compiti, ma anche nelle tipologie e nel coinvolgimento nelle interazioni delle due figure professionali in esame. In Terapia Intensiva tale rigida distinzione è molto meno presente, l'operatore socio-sanitario

viene maggiormente coinvolto nelle interazioni con gli infermieri, ma soprattutto è meno frequente la delega all'oss di quelle attività tecnico-operative che anche l'infermiere è in grado di svolgere.

Questo, tuttavia, non si traduce in confusione dei ruoli, perché, quando le aspettative sul ruolo sono più chiare e definite, svolgere delle attività più "squalificanti" non viene percepita come una minaccia per la propria categoria professionale.

Sintetizzando i risultati ottenuti, si può quindi affermare che in Terapia Intensiva i ruoli di operatore socio-sanitario ed infermiere sono più chiari e definiti, nonostante tra la due figure ci sia una parziale sovrapposizione tra le attività svolte. Nella Degenza, invece, i ruoli e le attività appaiono come più differenziati, ma con un sistema di aspettative conflittuali. In particolare, l'attesa di collaborazione in Degenza tra oss ed infermieri viene completamente disattesa poiché una parte dei medici e degli infermieri vede l'oss come dipendente dall'infermiere stesso, ma ci sono discordanze rispetto all'ipotetica scala gerarchica medico-infermiere-oss. Inoltre, non c'è accordo a proposito della posizione ricoperta dal coordinatore infermieristico, che dovrebbe essere il diretto superiore di oss e infermieri, e tutto questo causa alte conflittualità.

Al contrario, in Terapia Intensiva l'assenza di una forte gerarchia è percepita come chiara e condivisa anche perché diventa prioritario l'obiettivo di reagire come équipe di fronte all'emergenza.

Come oss e infermieri si collocano all'interno dell'équipe è riproposto anche nelle aspettative di valutazione. Infatti, in Terapia Intensiva, oss e infermieri si collocano allo stesso livello, si sentono parte di un unico gruppo di lavoro, ed infatti si sentono valutati da tutti i membri dell'équipe, indipendentemente dalla posizione gerarchica che ricoprono. In Degenza, invece, oss e infermieri sono molto ancorati alla propria categoria professionale ed alla gerarchia delle rispettive posizioni, ed infatti, nonostante la consapevolezza della valutazione formale ad opera del coordinatore, le percezioni di valutazione ripropongono l'ipotetica scala gerarchica medico-infermiere-oss. Tale gerarchia dovrebbe oggi risultare superata, in quanto i modelli di cura recenti si focalizzano su un approccio terapeutico nel quale tutti i membri dell'équipe apportano le proprie specifiche competenze, ma, in assenza di chiarezza di aspettative sul ruolo, i professionisti si ancorano a vecchi modelli culturali. Il fatto che il coordinatore sia identificato, solo in parte, come superiore, può essere proprio dovuto all'attività di continua mediazione tra le categorie professionali. Nella Terapia Intensiva, invece, la figura del coordinatore viene messa in secondo piano. In generale, nei contesti organizzativi il non riconoscere la figura gerarchicamente superiore potrebbe avere

conseguenze non del tutto positive per il personale; tuttavia, in questo contesto emergenziale, la definizione chiara degli obiettivi da parte di tutta l'equipe è risultato essere un punto di forza e sembrerebbe colmare la presenza di una gerarchia non chiaramente definita.

Un aspetto che invece accomuna le categorie professionali di entrambi reparti è la percezione di assenza e di disinteresse da parte del vertice aziendale, ed infatti le possibili aspettative di tali figure sono risultate le più difficili da esprimere. Tale considerazione è accentuata dal fatto che le schede di valutazione del personale, estremamente generiche e quindi poco significative, sono le stesse con cui vengono valutati tutti i dipendenti ospedalieri. Le eccezioni sono emerse nelle testimonianze delle persone che conoscono personalmente i dirigenti: per i dipendenti di Terapia Intensiva è risultato più facile esprimere le aspettative da parte del RAD (in termini di integrazione dell'equipe, competenza professionale e motivazione), poiché in passato il RAD ha ricoperto il ruolo di coordinatore infermieristico del reparto. Ciò fa presupporre che il contatto diretto con i vertici può influire sulla consapevolezza e sulla chiarezza del ruolo. A fronte di questa percezione di assenza e disinteresse della Direzione Assistenziale da parte delle figure intervistate nelle Unità Operative, i vertici, RAD in particolare, sostengono di essere invece presenti e soprattutto consapevoli delle esigenze e delle criticità dei vari reparti.

La percezione di assenza del vertice aziendale, unita alla mancanza di chiarezza sui ruoli professionali e sui criteri valutativi, ha come conseguenza che il personale del reparto si organizza autonomamente secondo le modalità che ritiene più consone alle proprie esigenze, col rischio che ciascun lavoratore si trovi a ricoprire il proprio ruolo a seconda di caratteristiche e proprie sensibilità personali, a volte accentuando aspettative di per sé contrastanti. In Terapia Intensiva, sapendo che le aspettative del vertice sono focalizzate sulla collaborazione interprofessionale e sulla valorizzazione di tutti i ruoli, viene organizzata l'attività lavorativa sulla base di tali criteri, enfatizzando il lavoro d'equipe e la cooperazione e condivisione da parte di tutte le figure professionali. In Degenza, invece, non avendo ricevuto indicazioni precise sul proprio ruolo, il lavoro viene organizzato sulla base di una gerarchia dei ruoli e rigide distinzioni delle mansioni che non sono tanto la causa della svalorizzazione dell'oss, quanto la sua conseguenza; dove, invece, i ruoli sono ben definiti e gli obiettivi del proprio lavoro sono chiari, svolgere una mansione non pertinente alla propria professione non viene vissuta come una minaccia per la propria categoria, ma stimola anzi la collaborazione interprofessionale, intesa come interscambio e cooperazione reciproci.

CONCLUSIONI FINALI

Il concetto di qualità della risorsa umana ha assunto nel tempo significati articolati e complessi, in particolare, in relazione all'evolversi del concetto di "produttività". Considerando la prestazione lavorativa, infatti, si tende più a valorizzare l'efficacia, cioè l'aspetto della qualità complessiva, che non l'efficienza che si connette invece più elementi a elementi quantitativi. Quando si fa riferimento alla qualità della risorsa umana si tende a pensare a capacità di gestire nella sua complessità un ruolo organizzativo piuttosto che a una somma di particolari abilità.

La mancanza di una adeguata conoscenza delle risorse umane comporta conseguenze, a più livelli, per i sistemi organizzativi (Levati *et al.* 2001). Se si colloca l'analisi delle risorse umane in una prospettiva in cui si possano cogliere le interrelazioni tra le competenze di una persona e le competenze richieste da un ruolo, diventa più agevole intervenire in termini formativi ed esperienziali per collegare questi due elementi. La conoscenza delle risorse umane, inoltre, agisce sulla cultura organizzativa da due punti di vista: offre ai professionisti una griglia di lettura della realtà e cambia l'ottica, attraverso la quale, le persone vivono i processi che le coinvolgono. In sintesi l'aspetto conoscitivo delle risorse umane acquista il suo significato più pregnante in una concezione che sostiene il momento conoscitivo come premessa di qualsiasi intervento e quindi qualsiasi discorso di gestione dei cambiamenti culturali nell'organizzazione.

In questa ottica di conoscenza e valorizzazione delle risorse umane, l'obiettivo del presente lavoro era esaminare due ruoli cruciali del contesto sanitario focalizzandosi sul concetto di ruolo molto spesso dato per scontato o confuso con le attività svolte dai professionisti

Qui di seguito sono riportate alcune riflessioni conclusive emerse dai dati raccolti nel contesto sanitario organizzativo (4 U.O.) preso in esame nel percorso di tesi.

Una **prima considerazione** riguarda il fatto che il ruolo è contesto-specifico. In tutte le U.O. gli infermieri, ad eccezione degli Ambulatori nel quale sono svalutati perché ricoprono il ruolo dell'oss, hanno un'elevata considerazione professionale; tuttavia, il ruolo è giocato in modo diverso cioè, a parità di compiti, i ruoli messi in atto sono differenti. Qui di seguito saranno delineati i diversi significati emergenti rispetto alla figura professionale infermieristica nei vari contesti.

Gli infermieri sono considerati dei professionisti competenti ed efficienti, in grado di collaborare e confrontarsi col medico, in grado di gestire autonomamente il proprio lavoro e quello dell'oss, e in grado di fornire spiegazioni e relazionarsi adeguatamente con pazienti e famigliari.

In Terapia Intensiva, l'infermiere è fondamentale nel mediare le relazioni interprofessionali tra medici ed oss, ma anche le relazioni con l'utenza. L'infermiere è colui che coordina e monitora, ma soprattutto valorizza l'operato dell'oss, assiste il medico e lo informa sulle condizioni del paziente; infine, l'infermiere è il punto di riferimento di pazienti e famigliari in termini di comunicazione di informazioni ed assistenza. In Terapia Intensiva l'infermiere possiede una preparazione specifica per il contesto emergenziale, sa riconoscere le condizioni di criticità e sa reagire di conseguenza, in modo tempestivo ed efficace. L'infermiere è, inoltre, in grado di elaborare rapidamente il lutto, condividendo l'esperienza coi colleghi e mantenendo un clima positivo all'interno dell'équipe.

Nella Degenza, l'infermiere è percepito quasi come un sostituto del medico, poiché deve farne le veci con l'utente, sia dal punto di vista clinico che relazionale, cercando di motivarne l'adesione terapeutica. L'infermiere, oltre all'ottima preparazione clinica, deve avere la capacità di comprendere ed accogliere tutte i bisogni del paziente, sia clinico-fisiologici che psicologici. L'infermiere deve inoltre coordinare e monitorare l'operato dell'oss, anche se questa supervisione non è sempre condivisa ed è causa di conflittualità tra le due categorie.

Nel Comparto Operatorio, l'infermiere si distingue per la preparazione tecnica, per la rapidità di reazione e per la capacità di tollerare livelli elevati di stress, che consentono un affiancamento efficace del chirurgo durante l'intervento. Sono inoltre indispensabili le abilità relazionali, che consentono l'accoglimento ed il contenimento dell'emotività del paziente, ma necessarie anche al mantenimento della collaborazione e del rispetto verso le diverse figure professionali. L'infermiere non deve infatti servire solo il medico, ma deve anche collaborare e guidare l'oss nello svolgimento delle mansioni.

Negli Ambulatori, gli infermieri si distinguono non tanto per la preparazione clinica, ma per la cortesia e l'empatia nell'accogliere il paziente. In tale contesto, infatti, l'infermiere ricopre spesso il ruolo di segretario, fornendo informazioni e rilevando parametri clinici di scarso valore terapeutico, che non lo distinguono dalla figura dell'oss. Le principali aspettative sull'infermiere riguardano l'efficienza e la produttività, ai fini di non creare rallentamenti nel sistema Ambulatoriale. A differenza degli altri contesti, negli Ambulatori è l'infermiere la figura maggiormente svaloriata, a causa dell'impossibilità di differenziazione dei ruoli dovuta alle prescrizioni mediche del personale.

Per quanto riguarda, invece, l'operatore socio-sanitario, ad eccezione della Terapia

Intensiva, questa figura viene svalorizzata ed assimilata a mero esecutore di compiti senza autonomia né responsabilità. In tutti i contesti è l'infermiere che ne coordina e ne monitora l'operato, ma ciò, quando tale subordinazione non è accettata o si affianca ad ulteriori criticità organizzativa, può essere causa di conflittualità tra le diverse categorie professionali. Anche per quanto riguarda tale figura professionale il ruolo è contesto-specifico.

La Terapia Intensiva è l'unico contesto in cui l'oss viene riconosciuto e valorizzato professionalmente da parte di tutti i membri dell'équipe. Nonostante spetti comunque all'infermiere delegare le attività all'operatore socio-sanitario, la chiarezza delle aspettative e la considerazione professionale reciproca permettono che questa gerarchia non sia causa di conflittualità, bensì alimenti l'integrazione e la collaborazione all'interno dell'équipe. Nonostante le sue mansioni siano prettamente di tipo tecnico-assistenziale, l'oss è coinvolto anche nel processo di cura del paziente, nel rispetto delle proprie competenze. L'operatore socio-sanitario è considerato un professionista anche dai medici, anche se il fatto che il punto di riferimento principale del medico rimanga l'infermiere alimenta, secondo alcuni, la percezione di marginalità dell'oss all'interno del gruppo di lavoro.

Nella Degenza, invece, l'oss è totalmente svalorizzato ed identificato per le mansioni assistenziali deprofessionalizzanti che svolge, e tale declassamento avviene soprattutto ad opera dei medici. La conflittualità con l'infermiere si esprime nella rigida distinzione delle mansioni e nel sovraccarico di attività che vengono delegate; ciò è in forte contrasto con le aspettative di collaborazione e cooperazione dichiarate da infermieri e medici. L'unico aspetto che valorizza l'operatore socio-sanitario è la relazione intima e confidenziale che riesce ad instaurare col paziente.

La situazione è molto simile all'interno del Comparto Operatorio: anche in tale contesto l'operatore socio-sanitario è identificato come un mero esecutore di compiti, nonostante svolga in modo rapido ed efficiente un'ingente mole di lavoro e nonostante gli vengano affidate attività che comportano autonomia e responsabilità. Il ruolo viene sottostimato soprattutto da parte del personale medico, e ciò comporta un forte desiderio di distinzione del ruolo da parte degli infermieri, che si concretizza nella suddivisione rigida delle mansioni e nella disattesa delle aspettative di collaborazione. Un minimo di professionalità viene acquisita rispetto all'accoglienza al paziente.

Negli Ambulatori, l'operatore socio-sanitario acquisisce maggiore considerazione professionale per il ruolo di segretario piuttosto che per le sue conoscenze. Le attese principali riguardano infatti le modalità di accoglienza dell'utente, la cortesia e la

disponibilità nel fornire informazioni, piuttosto che le competenze cliniche. Ci si aspetta inoltre una gestione rapida ed autonoma delle attività delegate, ai fini di non creare rallentamenti nel ritmo di successione delle visite Ambulatoriali. Le criticità in termini di clima interprofessionale, in questo caso, non riguardano tanto i contrasti con la categoria infermieristica, quanto l'indifferenza mostrata dal vertice aziendale rispetto alle difficoltà di gestione del personale causate dalle prescrizioni mediche degli operatori.

La **seconda riflessione**, che scaturisce dai dati, si connette con l'ambiguità e la conflittualità dei ruoli emergenti nei differenti contesti presi in esame.

Fatta eccezione per l'U.O di Terapia Intensiva, le aspettative sui ruoli esaminati non sono chiare né condivise. In particolare, sono emerse ambiguità soprattutto relative al reciproco posizionamento tra infermieri ed operatori socio-sanitari: parte delle testimonianze vedono le figure come ordinate gerarchicamente, altre testimonianze definiscono oss ed infermieri come professionisti di pari livello. Questa incertezza di posizione si rispecchia nelle aspettative di valutazione, in quanto in nessuna delle Unità Operative è emerso chiaramente a quale figura spetti il compito di valutare oss ed infermieri.

A proposito di similarità e ambiguità fra ruoli, emerge come i ruoli di oss ed infermiere siano particolarmente simili in Terapia Intensiva e negli Ambulatori, mentre siano maggiormente differenziati nel Comparto Operatorio e nella Degenza. Nel primo contesto citato, l'indifferenziazione è particolarmente positiva in termini di valorizzazione professionale, collaborazione interprofessionale, clima di gruppo. In tale reparto è particolarmente sentita l'appartenenza ad un'équipe di lavoro, nella quale ognuno è valorizzato nelle proprie competenze e trascende da esse. La necessità di una reazione tempestiva in eventuali situazioni emergenziali definisce in modo chiaro l'obiettivo per cui tutti i professionisti devono collaborare, mettendo in secondo piano la necessità di ricorrere ad inesistenti mansionari e protocolli. Nonostante nei contesti organizzativi il non riconoscere la figura gerarchicamente superiore potrebbe avere conseguenze non del tutto positive per il personale, in questo contesto emergenziale la definizione chiara degli obiettivi da parte di tutta l'équipe è risultato essere un punto di forza e sembrerebbe colmare la presenza di una gerarchia non chiaramente definita.

Anche negli Ambulatori oss e infermieri ricoprono ruoli indifferenziati, ma in questo caso con ricadute negative. In tale contesto la diversificazione delle competenze è resa impossibile dalle prescrizioni mediche degli operatori, e ciò comporta l'impossibilità di una definizione non ambigua di ruolo. Tale contesto è *deprofessionalizzante* per

entrambe le categorie, poiché il loro ruolo si avvicina maggiormente a quello di 'segretario' piuttosto che a quello di un professionista con competenze cliniche e sanitarie. Le attività richieste sono prettamente tecnico-operative, e anche le mansioni infermieristiche sono considerate di scarsa rilevanza clinica. In questo caso, la categoria professionale maggiormente svalutata è l'infermiere. A fronte di tale ambiguità di ruolo, i professionisti cercano di focalizzarsi sul benessere del paziente per l'organizzazione dell'attività e per dare significato allo svolgimento dei propri compiti.

Nel Comparto Operatorio e nella Degenza le due categorie professionali sono chiaramente distinte, ma ciò comporta anche una forte distinzione a livello gerarchico. In entrambi i contesti l'infermiere è a stretto contatto col medico, gode di un'elevata considerazione professionale, poiché possiede un'ampia conoscenza clinica, con la quale il medico si confronta e nella quale ripone fiducia, ed inoltre dispone di una parziale autonomia decisionale. Gli oss di entrambi i reparti, considerati ad un livello gerarchicamente inferiore all'infermiere, sono invece sovraccaricati di lavoro, sono responsabili di numerose attività tecniche e devono eseguire le richieste di tutte le figure professionali, dell'infermiere in particolare. Se, però, nel Comparto Operatorio godono di un minimo riconoscimento professionale (in parte dovuto ai numerosi anni di esperienza, e in parte dovuto ad attività tecniche ma che comunque comportano un discreto livello di responsabilità e autonomia), nella Degenza gli oss sono completamente svalutati professionalmente, vengono considerati gli esecutori delle mansioni sgradevoli dell'assistenza, sono coloro che devono soddisfare le richieste di tutti e non godono di nessuna autonomia. In generale, tale svalorizzazione nei confronti degli oss avviene soprattutto da parte del medico; in Terapia Intensiva, dove non vi è squalifica professionale, le due figure sono in diretto contatto. A questo proposito, si potrebbe ipotizzare che lo scarso contatto, e quindi la non conoscenza diretta del ruolo, potrebbe essere causa di tale svalutazione.

Nonostante molti affermino che la gerarchia concettuale tra medico-infermiere-oss sia stata debellata, tale modello di pensiero è ancora molto presente nell'agito professionale, sia in termini di suddivisione del lavoro, di autonomia e di consultazione professionale. Lo stereotipo dell'infermiere come "professionista di serie B" è stato superato nel corso negli anni, ma tale pregiudizio è ora riproposto sull'operatore socio-sanitario, ed è diffuso soprattutto nella classe medica. La valorizzazione professionale dell'infermiere non deriva solo dall'attuale delega delle mansioni tecnico-assistenziali all'oss, ma soprattutto dallo stretto contatto e

collaborazione tra medico ed infermiere, in termini di confronto e interscambio su argomenti clinico-terapeutici, che anni fa erano prerogativa esclusiva del medico.

Il trasferimento del pregiudizio sull'operatore socio-sanitario non può essere dovuto solo al range di attività, poiché le mansioni delegate sono simili in ogni contesto esaminato e spesso sono condivise con l'infermiere. . Una possibile spiegazione potrebbe essere lo scarso contatto relazionale coi medici, che spesso confondono il ruolo professionale con l'insieme delle mansioni svolte.

Nei diversi contesti, ciò che accomuna le aspettative su oss ed infermieri è la relazione coi pazienti e coi parenti: in tutte le Unità Operative ci si aspetta personale cordiale e rispettoso, ma soprattutto empatico e comprensivo, che sappia accogliere e confortare le sofferenze e le paure dell'utente, che sappia informare e instaurare delle relazioni adatte alle circostanze, ognuna con la sua specificità. In particolare, per quanto riguarda l'oss, risulta significativa la relazione "intima" con il paziente e l'importanza di metterlo a proprio agio in un'ottica di alleviamento della condizione di vulnerabilità. L'infermiere è invece visto come colui che può dare importanti informazioni cliniche ed indicazioni terapeutiche, che può chiarire e semplificare alcuni concetti che spesso nella comunicazione col medico non vengono ben compresi da pazienti e famigliari.

A questo proposito, in Degenza la principale aspettativa rispetto alle due figure professionali è la soddisfazione dei bisogni fisici e psicologici del paziente, che comporta rispetto ma anche un certo grado di intimità e confidenzialità, nonché empatia e sensibilità. In tale contesto oss ed infermieri instaurano una relazione anche con il parente, la quale prevede non solo lo scambio di informazioni cliniche ma anche sostegno emotivo. Tale aspetto, relativo al rapporto con i famigliari, è presente in misura maggiore in Terapia Intensiva, quando le condizioni del paziente sono critiche. In tale reparto la relazione si fa più intensa soprattutto col parente, data la presenza continua degli operatori al letto del paziente che spesso è incosciente, e dato il maggior bisogno di informazione e di conforto del famigliare in tale situazione critica. Negli Ambulatori le aspettative principali sono la cortesia nell'ascoltare e nel soddisfare le richieste del paziente, la disponibilità nel fornire informazioni, la pazienza e l'imperturbabilità di fronte alle reazioni, a volte aggressive e pretenziose, dell'utenza. Nel Comparto Operatorio il famigliare non è presente, ma oss e infermieri hanno un importante ruolo nell'accoglienza del paziente, nel fornire spiegazioni, nel contenere la paura e nel rassicurare, nonostante il breve lasso di tempo a disposizione.

La **terza riflessione** sui risultati di questa ricerca riguarda l'assenza e il disinteresse del vertice aziendale e tale aspetto accumuna entrambe le categorie professionali dei diversi reparti. La quasi totalità delle testimonianze concorda sull'assenza di aspettative specifiche sui due ruoli indagati da parte della Direzione, se non in termini di preparazione, efficienza e produttività per quel che riguarda il Direttore, e in termini di basso assenteismo e copertura del turno da parte del RAD. Le uniche eccezioni sono emerse nelle testimonianze dei dipendenti che interagiscono direttamente con tali figure: nel Comparto Operatorio, del quale il Direttore è chirurgo, sono emerse le aspettative di un buon clima di lavoro, mentre per il RAD le diversificazioni sono emerse nella Terapia Intensiva (comparto del quale è stato coordinatore) a proposito di integrazione nell'équipe, competenza professionale e motivazione.

Nell'analisi eseguita è emerso che il contatto diretto coi vertici influisce non solo sulla conoscenza delle aspettative, ma ha anche dei riscontri in termini di rapporti interprofessionali e di soddisfazione e riconoscimento del ruolo. A conferma di ciò, il desiderio di avere contatti diretti con la Direzione e di sentirsi coinvolti nelle prese di decisione aziendale, attraverso una buona comunicazione, è emerso nelle testimonianze, in particolare negli Ambulatori e da parte del coordinatore del Comparto Operatorio. La Direzione dovrebbe infatti esplicitare con chiarezza quali siano gli obiettivi da raggiungere e i criteri di valutazione, in modo da facilitare la suddivisione del lavoro e la chiarificazione dei ruoli professionali.

Per dare un esempio di quanta incidenza può avere per un lavoratore la definizione chiara degli obiettivi da parte del superiore, bisogna ricordare che gli oss di Terapia Intensiva - che, ribadiamo, sono gli unici riconosciuti come professionisti - sono in stretto contatto non solo col medico, ma conoscono personalmente anche il Responsabile Assistenziale Dipartimentale: si può quindi ipotizzare che il rapporto diretto col "superiore" può influire sulla soddisfazione personale e sul clima di gruppo, e questo è ulteriormente confermato dal fatto che in Degenza la svalorizzazione da parte del medico ha comportato squalifica e conflittualità estesa a tutto il gruppo di lavoro. È opportuno specificare che in termini di considerazione da parte del "superiore" bisognerebbe includere anche la relazione col coordinatore, ma dalle interviste è emerso che raramente il coordinatore è riconosciuto come tale. I professionisti ricercano l'approvazione di chi identificano come diretto superiore e supervisore delle attività, che spesso si traduce in una ricerca di approvazione dal medico da parte dell'infermiere e in una ricerca di conferme dall'infermiere per quel che riguarda l'oss. Nonostante a livello formale l'organigramma dell'Azienda

Ospedaliera appaia ben chiaro e definito, oss e infermieri, ma anche gli altri professionisti intervistati, sono molto confusi riguardo a chi sia il loro diretto superiore: non sanno a chi debbano rispondere del proprio operato, non sanno chi abbia come compito la loro valutazione, ma soprattutto non conoscono i criteri sulla base dei quali vengono valutati.

Una **quarta considerazione** concerne la percezione di valutazione. È, infatti, emerso, dall'area dell'intervista, come il coordinatore infermieristico venga messo in secondo piano, e come il ruolo gerarchicamente preminente in tutte le Unità Operative sia quello del medico. Non essere in contatto con la figura che si individua come proprio superiore, e quindi il non essere da questi considerati a livello professionale, ha delle grosse ripercussioni non solo sulla soddisfazione lavorativa dell'operatore socio-sanitario, ma anche sulle relazioni all'interno del gruppo di lavoro. Se il medico, non essendo a conoscenza del ruolo reale che l'oss ricopre, identifica tale figura solo in base alle mansioni di tipo tecnico-assistenziale che svolge, l'intero gruppo di lavoro sarà influenzato da tale percezione. A conferma di tali ipotesi, l'ambito in cui la figura dell'oss è maggiormente svalutata è la Degenza, contesto nel quale l'operatore socio-sanitario, a causa dell'ingente carico di lavoro, non ha né il tempo né la possibilità di relazionarsi col medico. Quest'ultimo, di conseguenza, identifica tale figura come quella che si occupa esclusivamente delle attività assistenziali deprofessionalizzanti, e gli infermieri condividono la visione del loro 'superiore', rendendo ancora più rigida la suddivisione delle mansioni ed alimentando la percezione di gerarchia tra i ruoli professionali. Un'ulteriore conferma di tale ipotesi si evince dall'analisi delle interviste raccolte in Terapia Intensiva, dove l'operatore socio-sanitario è considerato un professionista a tutti gli effetti: in tale contesto oss ed infermieri lavorano a stretto contatto e condividono buona parte delle attività, che, tra l'altro, sono le stesse svolte in Degenza.

Dalle analisi delle interviste è emerso che esiste una scheda di valutazione a cadenza semestrale o annuale, che viene compilata ufficialmente dal coordinatore, ma sulla quale tutti si sentono in potere di esprimere un giudizio. Diversi partecipanti hanno affermato di giudicare inadeguata dal momento che i criteri, astratti e generali utilizzati sono gli stessi con cui vengono valutati tutti i professionisti di tutti i reparti, nonché gli stessi Dirigenti. Tale indefinitezza e generalizzazione degli obiettivi ha come inevitabile conseguenza che ogni figura professionale dia un'interpretazione soggettiva non solo al proprio ruolo, ma anche alla gerarchia organizzativa: ecco che gli infermieri

individuano nel medico il loro superiore, gli oss sentono di dipendere dall'infermiere, con la conseguenza che si diffonde la convinzione di dover rispondere del proprio operato in primis al paziente. Tale gerarchizzazione non è solo una reminiscenza di un vecchio concetto culturale, i professionisti danno tale interpretazione della valutazione perché sono quelle le figure che danno loro una definizione chiara e concreta degli obiettivi da raggiungere. In realtà i professionisti sono consapevoli che tale convinzione sia sbagliata, e ciò emerge chiaramente dalla varietà e indefinitezza delle risposte, ma non hanno altri mezzi cui fare riferimento, perciò si allineano ai vecchi modelli culturali. Inoltre, le aspettative di valutazione rispecchiano le ambiguità emerse rispetto al reciproco posizionamento di oss ed infermieri all'interno dell'équipe. In Terapia Intensiva, oss ed infermieri si collocano allo stesso livello, si sentono parte di un unico gruppo di lavoro, ed infatti si sentono valutati da tutti i membri dell'équipe, indipendentemente dalla posizione gerarchica che ricoprono. Negli Ambulatori, oss ed infermieri si considerano colleghi di pari livello, ma non riconoscono l'autorità del coordinatore: seguendo le indicazioni del vertice, che impone come obiettivo da raggiungere la soddisfazione del paziente al fine di evitare ulteriori reclami e segnalazioni, rivolgono all'utente le proprie aspettative di valutazione. In Degenza e nel Comparto Operatorio, invece, oss ed infermieri sono molto ancorati alla propria categoria professionale ed alla gerarchia delle rispettive posizioni, ed infatti, nonostante la consapevolezza della valutazione formale ad opera del coordinatore, le percezioni di valutazione ripropongono l'ipotetica scala gerarchica medico-infermiere-oss. Tale struttura dovrebbe oggi risultare superata, in quanto i modelli di cura recenti si focalizzano su un approccio terapeutico nel quale tutti i membri dell'équipe apportano le proprie specifiche competenze; tuttavia, in assenza di chiarezza di aspettative sul ruolo, i professionisti si ancorano ai vecchi modelli culturali. Il fatto che il coordinatore sia identificato, solo in parte, come superiore, può essere proprio dovuto all'attività di continua mediazione tra le categorie professionali.

La mancanza di criteri valutativi ha come conseguenza anche la percezione di distanza e di disinteresse da parte del vertice. Oss ed infermieri vorrebbero una relazione diretta col vertice, ma sono consapevoli dell'inattuabilità reale di tale relazione; basterebbe forse concedere loro una reale possibilità di essere ascoltati, e dare definizioni chiare, concrete, ma soprattutto specifiche per la tipologia di ruolo e di contesto. Oppure, forse, basterebbero delle modalità comunicative più efficienti e coinvolgenti.

La percezione di assenza del vertice aziendale, unita alla mancanza di chiarezza sui ruoli professionali e sui criteri valutativi, ha come conseguenza che il personale di ogni

reparto si organizza autonomamente secondo le modalità che ritiene più consone alle proprie esigenze, col rischio che ciascun lavoratore si trovi a ricoprire il proprio ruolo a seconda di caratteristiche e proprie sensibilità personali, a volte accentuando aspettative di per sé contrastanti. In Terapia Intensiva, sapendo che le aspettative del vertice sono focalizzate sulla collaborazione interprofessionale e sulla valorizzazione di tutti i ruoli, viene organizzata l'attività lavorativa sulla base di tali criteri, enfatizzando il lavoro d'équipe e la cooperazione e condivisione da parte di tutte le figure professionali. In Degenza, invece, non avendo ricevuto indicazioni precise sulle aspettative, hanno focalizzato l'organizzazione del lavoro sulla base di ciò che avevano a disposizione: posizione gerarchica dei ruoli e rigide distinzioni di mansione. La marcata suddivisione delle mansioni tra le diverse categorie professionali non è quindi la causa della svalorizzazione dell'oss, ma ne è piuttosto la conseguenza: dove i ruoli sono ben definiti e gli obiettivi del proprio lavoro sono chiari, svolgere una mansione non pertinente alla propria professione non viene vissuta come una minaccia per la propria categoria, ma stimola anzi la collaborazione interprofessionale, intesa come interscambio e cooperazione reciproci, come accade in Terapia Intensiva.

Un **riflessione conclusiva** che rappresenta il filo conduttore di questo elaborato concerne il costrutto di ruolo. In un contesto come quello ospedaliero è controproducente una rigida attinenza al concetto di mansione, non solo perché l'obiettivo primario è la cura di una persona, ma anche perché sono necessarie attività che richiedono un intervento tempestivo. In certe circostanze non ci si può rifiutare poiché un'attività non fa parte del proprio "registro di attività". la collaborazione tra i diversi professionisti diviene, quindi, indispensabile, ognuno nel ricoprire un ruolo anche complesso che apporta una competenza indispensabile e non secondaria rispetto al lavoro dell'altro. Ciò nonostante ancora oggi l'importanza di certe mansioni è sottostimata, i medici si attengono alla considerazione professionale in base alle attività eseguite: ciò che si avvicina alle competenze mediche è importante, ciò che si allontana da esse è secondario. Siamo di fronte ad una personificazione gerarchica della mansione: il medico è la guarigione, l'infermiere è la cura, l'oss è l'assistenza base. Ma quando tali distinzioni rigide di mansioni vengono superate, quando il contatto diretto tra i professionisti aumenta, quando si conosce la tipologia e la qualità delle attività svolte, il pregiudizio diminuisce. Quando ci si confronta direttamente, quando ci si riunisce all'interno dell'équipe ed a ogni figura viene data la possibilità di conoscere gli obiettivi e le motivazioni alla base dei propri compiti, aumenta non solo la considerazione professionale, ma anche il senso di appartenenza all'équipe, la volontà

di collaborazione e la soddisfazione personale, nonché la qualità dell'assistenza.

Anche il significato del termine "collaborazione" assume diverse sfumature a seconda del modello di pensiero preminente nel contesto lavorativo. Per esempio nel contesto Ambulatoriale tale aspetto è vissuto in modo ambivalente, per quanto riguarda la figura professionale infermieristica la collaborazione con gli oss è vissuta come interscambio continuo e reciproco sia in termini di conoscenze professionali che di aiuto concreto per lo svolgimento delle attività. Le altre figure professionali connettono, invece, gli aspetti di collaborazione come guida ma anche di subordinazione in merito al livello gerarchico. Nelle Unità Operative di Degenza e Comparto Operatorio le attese sono di una collaborazione reciproca e interscambio ma in realtà tale aspettativa viene disattesa con frequenza nella quotidianità lavorativa in quanto l'infermiere si pone come "coordinatore e superiore" dell'oss. Tale aspetto di direttività dell'infermiere nei confronti dell'oss è presente anche in Terapia Intensiva ma con una "premessa relazionale" differente: il riconoscimento professionale reciproco e la partecipazione attiva al lavoro di équipe rendono forti le relazioni interprofessionali mettendo in secondo piano le modalità direttive dell'infermiere nei confronti dell'oss.

A volte i professionisti perdono di vista gli obiettivi del proprio lavoro, e non avendo ricevuto formazione adeguata su come muoversi all'interno dell'ospedale, si attengono a ciò che hanno a disposizione: "mansionari" rigidi e non funzionali agli obiettivi, e disposizioni sull'irrealistica gerarchia tra le figure professionali. Nelle testimonianze è emerso come già nel tutoraggio ai tirocinanti viene trasmessa l'idea di una gerarchia non presente e di attinenza rigida a mansionari oggi inesistenti, con il rischio che anche i professionisti futuri porranno l'accento sull'ottemperanza dei protocolli piuttosto che alle reali esigenze lavorative.

Come è già stato sottolineato dall'analisi delle interviste, anche il paziente è cambiato nel corso degli anni: se una volta era timoroso nel chiedere aiuto e nel fare richieste, oggi è sempre più pretenzioso e bisognoso di informazione, attenzione e conforto. Come parecchie testimonianze hanno riportato, al paziente non interessa il tipo di ruolo ricoperto, lui esige l'esaudimento delle richieste, nei limiti del possibile. Di conseguenza, agli operatori sanitari viene richiesto di ricoprire ruoli molto più complessi rispetto al passato. Negli ultimi anni si è infatti modificata la cornice di riferimento sanitaria rispetto alla relazione con il paziente. Il nuovo approccio di cura, definito patient-oriented, deriva dal modello biopsicosociale, che considera il concetto di salute non solo in termini di benessere fisico, ma come l'interazione di varie componenti (biologica, psicologica, ambientale, stile di vita, organizzazione sanitaria)

che il professionista sanitario deve prendere in considerazione.

Inoltre, il ruolo di oss e infermiere, già specifico per il contesto e per la tipologia di organizzazione, è reso ancora più complesso e difficilmente oggettivabile dalla pregnanza della relazione col paziente, che comporta una continua ridefinizione delle aspettative in relazione alla tipologia di utente col quale si interagisce.

Concludendo, possiamo affermare che una mappatura dei ruoli, come quella che è stata presentata, può consentire di rilevare i possibili conflitti e le ambiguità (Levati e Saraò, 2010) per poter intervenire in modo specifico oppure per tenere conto e implementare politiche di governance in modo consapevole ed efficace.

In questo senso, in un'ottica di sviluppo delle risorse umane, fare maggiore chiarezza rispetto alla definizione dei ruoli esaminati, soprattutto nei contesti dove ci sono maggiori conflittualità, permetterebbe di identificare profili di competenze adeguati a ricoprire i ruoli in modo da poter impostare nuovi interventi in termini di adeguatezza delle risorse umane presenti. Questo potrebbe essere utile soprattutto nelle organizzazioni sanitarie dove la valorizzazione delle competenze dei professionisti diviene fondamentale per il processo di cura (D'Andreamatteo, Ianni, Rotondo, Sargiacomo, 2010).

BIBLIOGRAFIA

- Acker G.M. (2004). The effect of organizational conditions (role conflict, role ambiguity, opportunities for professional development and social support) on job satisfaction and intention to leave among social workers in mental health care. *Community Mental Health Journal*. 40(1): 65-74.
- Appelbaum S., Goransson L. (1997). Transformational and adaptive learning within the learning organization: a framework for research and application. *Learning organization*, 4, 115-128. , 4, 115-128.
- Barron D., West E. (2005). Leaving nursing: an event-history analysis of nurses' careers. *Journal of Health Services & Policy*. 10 (3):150-157.
- Bartram D. (2005). The great eight competencies: a criterion-centric approach to validation. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 90, 6, 1185-1203.
- Belcari G., Mele T. (2003). Knowledge management e aziende sanitarie pubbliche: l'esperienza della Asl di Pisa. *Mecosan*, 45, 59-75.
- Bonazzi G. (1998). La qualità come routine. Creazione di eventi e strategie cooperative alla Fiat Mirafiori. *Rassegna italiana di sociologia*, 39(2), 181-202.
DOI: 10.1423/2485
- Boudreau J. W., Ramstad P. (2007). Beyond hr: the new science of human capital. Boston.
- Bugun J., Kaissi A. (2004). Uncertainty in healthcare organization: myth or reality? *Healthcare Management Review*, 29 (1): 31-39.
- Buttignon F. (1996). Le competenze aziendali: profili di analisi, valutazione e controllo. Utet, Torino.
- Costa G., Camuffo A. (1993). Human resource management, in Hermel Ph.
- Costa G., Gianecchini M. (2009). Risorse umane. Persone, relazioni e valore (2a ed.). McGraw-Hill, Milano.
- Cooper P. R. (1988). Parallel structure recognition with uncertainty: Coupled segmentation and matching. In *Proceedings of IEEE International Conference on Computer Vision*, pages 287--290.
- Cox T. , Griffiths A. J. (1995). "The assessment of psychosocial hazards at work". In M.J. Winnubust e CL Cooper: *Handbook of Work and Health Psychology*. Chilster:

Wiley e Sons.

Corbetta P. (1999). Metodologia e tecniche della ricerca sociale. Collana "Strumenti".

Coulter A.U. (2002). After Bristol: putting patients at the centre. «BMJ», 324, pp. 648-651.

D'Addio L. (2004). Modelli Organizzativi, Nursing Job Organization. *G Gerontol* 2004;52:454-458.

D'Andreamatteo A., Ianni L., Rotondo F., Sargiacomo M. (2010). La mappatura delle competenze nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso dell'Asl di Pescara. *Management ed economia sanitaria*, 76, 109-136.

Del Vecchio M. (2000). La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche. *Azienda pubblica*, 13, 159-168.

De Pietro C. (2005). Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane: contesto, politiche, strumenti. McGraw-Hill, Milano.

Dewe P. (2000) Measures of coping with stress at work: a review and critique. In P. Dewe, M.

Drucker P. F. (1994). Post-capitalist society. *Harperbusiness*

Drucker P F. (1985). The discipline of innovation. , *Harvard Business Review* 63(3):67-72.

Edvisson L., Malone M. (1997). Intellectual capital. Piatckus, London.

Favretto G. (1994). Lo stress nelle Organizzazioni. Il Mulino, Bologna.

Frese M. (1999). Psychological approaches to micro-enterprises in Africa. Greenwood.

Grebner S., Semmer N.K., Elfering A. (2005). Working Conditions and Three Types of Well-Being: A Longitudinal Study With Self-Report and Rating Data. *J Occup Health Psych*, 10 (Suppl 1):31-43.

Gerli F. (2002). La nuova formazione manageriale: competenze, metodi ed esperienze. Carocci, Roma.

Griego O., Geroy G., Wright P. (2000). Predictors of learning organizations: a human resource development practitioner's perspective. *The Learning Organization* , vol. 7 no.1, pp.5.

Guthrie G., Petty R. (2000). Intellectual Capital: australian annual reporting practice. *Journal of Intellectual Capital*, 1 (3): 241-251.

Hunter e Hunter (1984). Revisited: interview validity for entry-level jobs. *Journal of Applied Psychology*, vol 79(2), apr 1994, 184-190.

- Hurtz M., Donovan J. (2000). Personality and job performance: the big five revisited. *Journal of applied psychology*, vol 85(6), dec 2000, 869-879.
- Hsu L., Wang C. (2012). Clarifying the effect of intellectual capital on performance: the mediating role of dynamic capability. *British Journal Of Management*, 23(2), 179-205.
- Jones E.E. (1990). *Interpersonal Perception*. WH Freeman and Co.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1992). The Balance scorecard - measures that drives performance. *Harvard business review*, 70 (1): 71-79.
- Kutanis T., Ozen R. (2009). Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey. *Nursing & Health Sciences*, Vol 11(4).
- Levati W., Sarao' M. (2001). *Psicologia e sviluppo delle risorse umane nelle organizzazioni*. Franco Angeli, Milano.
- Lowes R. (1998), Patient-centered care for better patient Adherence, *Family Practice Management*, March.
- Mayo E., Roethlisberger F. J., Barard C. (2002). Ideologia e politiche per il rendimento e per la soddisfazione nel lavoro. *L'impresa plurale*, fascicolo 10.
- Marr B., Gray D., Neely A. (2003). Why do firms measure their intellectual capital *Journal of intellectual capital*.
- Mazzara B. (2002). "I metodi qualitativi: una sfida e un'occasione di riflessione per le scienze umane e per le discipline psicologiche." In B. Mazzara (Ed.), *Metodi qualitativi in Psicologia Sociale*. Carocci, Roma.
- McCaughrin W. C., Mattammal M. (2003). Perfect storm: Organizational management of patient care under natural disaster conditions, *Journal of Healthcare Management*, 48 (5): 295-308.
- McDonald S., (2005). Studying actions in context: a qualitative shadowing method for organizational research. *Qualitative Research*, Vol. 5, No. 4, 455-473. DOI: 10.1177/1468794105056923
- Mintzberg H. (1980). Structure in 5's: a synthesis of the research on organization design. *Management Science*, 26(3), 322-341.
- Morgan G., (1999). *Images. Le metafore dell'organizzazione*. Franco angeli, Milano.
- Mouritsen J. (1998). Driving growth: economic value added versus intellectual capital. *Management Accounting Research*, volume 9, issue 4, pages 461-482.
- Orton R., Marcella R., Baxter G. (2000). An observational study of the information seeking behaviour of Members of Parliament in the United Kingdom. *Aslib*

- Proceedings*, 52(6), pp.207-217. DOI: 10.1108/EUM00000000007015
- Perlow L. A.(1999). The time famine: toward a sociology of work time. *Administrative Science Quarterly* , 44(1), 57 - 81. DOI: 10.2307/2667031
- Pezzani F. (2003). L'accountability nelle amministrazioni pubbliche.: Egea, Milano
- Putman R.D., Leonardi R., Nanetti R. Y. (1993). La tradizione civica nelle regioni italiane. Mondadori, Milano.
- Reeves J., Boreham N. (2006). What's in a vision? Introducing an organisational learning strategy in a local authority's education service. *Oxford Review of Education* , vol 32 no 4.
- Salgado, Jesus F. (1997) The five factor model of personality and job performance in the European community. *Journal of applied psychology*, vol 82(1), 30-43.
- Salvage J. (1985). The Politics of Nursing. London: Heinemann.
- Sarchielli G. (2003). Psicologia del lavoro. Il Mulino, Bologna
- Senge P. (1990). The fifth discipline. *Doubleday: currency*.
- Shein P. (1980). Le culture d'impresa. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Simpson M.J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. «*BMJ*», 303, pp. 1385-1387.
- Stewart T. A. (1997). Intellectual capital: the new wealth of organizations. *Nicholas brealey publishing ltd*, London.
- Sweet S.J. e Norman I.J., (2008). The nurse-doctor relationship: a selective literature review. *Journal of Advance Nursing*, 22 (1), pp. 1-199
- Sulk L., Smith F. (2005). citati in Dewe, P. and C.L. Cooper (2007). "Coping research and measurement in the context of work related stress" in G.P. Hodgkinson and J. Kevin Ford (eds) *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. 22, pp.141-191.
- Thornley C. (2000). A question of competence? Re-evaluating the roles of the nursing auxiliary and health care assistant in the NHS. *Journal of Clinical Nursing*, 9, pp. 45-458. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2000.00398.x.
- Vittadini G. (2004). Capitale umano: la ricchezza dell'europa. Guerini e Associati, Milano.
- Wagner J.A., Hollenbeck J.R. (1992). Management of organizational behavior. *Englewood Cliffs*. New York.
- Yang C., Lin C. (2009). Does intellecutal capital mediate the relationship between

HRM and organizational performance? Perspective of a healthcare industry in Taiwan.
The International Journal Of Human Resource Management, 20(9), 1965-1984.

Vaccani R. (2007). *Le insidie. Stress, mobbing e dintorni. Le insidie intangibili degli ambienti lavorativi.* Etas.

Zwarenstein M., Goldman J., Reeves S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes.
Cochrane Database System Review.

APPENDICE

TRACCIA DELL'INTERVISTA A INFERMIERI E OSS

AREE D'INDAGINE:

4. Area delle ATTIVITÀ:

- Mi potrebbe descrivere una sua giornata tipo? Come si svolge? Che attività compie abitualmente presso questa u.o.?

5. Area RELAZIONALE:

- Con chi entra in relazione nello svolgimento della attività?

6. GERARCHIA e VALUTAZIONE:

- Da chi dipende? A quali figure deve rispondere del suo operato?
- Da chi viene valutato rispetto al suo lavoro?
- E invece l'oss/l'infermiere da chi è valutato e con quali criteri?

7. Sistema di ASPETTATIVE:

1. Cosa si aspettano da Lei:

- 1.6.1** il Direttore Medico del Dipartimento?
- 1.6.2** La RAD del Dipartimento?
- 1.6.3** il Coordinatore Infermieristico dell'U.O.?
- 1.6.4** il medico di reparto?
- 1.6.5** gli OSS?/gli infermieri?
- 1.6.6** i pazienti ed i famigliari dei pazienti?

TRACCIA DELL'INTERVISTA AL MEDICO U.O.

AREE D'INDAGINE:

1. GERARCHIA e VALUTAZIONE

- Mi sa dire da chi dipende un infermiere?
- A quali figure deve rispondere del suo operato secondo lei un infermiere?
- Da chi viene valutato?

- Mi sa dire da chi dipende un oss?
- A quali figure deve rispondere del suo operato secondo lei un oss?
- Da chi viene valutato?

2. Sistema di ASPETTATIVE:

- Mi saprebbe dire, come medico di reparto, cosa si aspetta da un infermiere?
- Cosa si aspettano:
 - Il Direttore Medico del Dipartimento?
 - La RAD del Dipartimento?
 - Il Coordinatore Infermieristico dell'U.O.?
 - Gli OSS?
 - I pazienti ed i famigliari dei pazienti?

- Mi saprebbe dire, come medico di reparto, cosa si aspetta da un oss:
 - Il Direttore Medico del Dipartimento?
 - La RAD del Dipartimento?
 - Il Coordinatore Infermieristico dell'U.O.?
 - Gli infermieri??
 - I pazienti ed i famigliari dei pazienti?

**TRACCIA DELL'INTERVISTA AL COORDINATORE INFERMIERISTICO, ALLA RAD E AL
Direttore DIPARTIMENTALE**

AREE D'INDAGINE:

1. Area delle ATTIVITÀ:

- Mi potrebbe descrivere una giornata tipo un infermiere di questa u.o.?
- Mi potrebbe descrivere una giornata tipo di un oss di questa u.o.?

2. Area RELAZIONALE:

- Con chi entra in relazione nello svolgimento della attività un infermiere?
- Con chi entra in relazione nello svolgimento della attività un oss?

3. GERARCHIA e VALUTAZIONE:

- Mi sa dire da chi dipende un infermiere?
- A quali figure deve rispondere del suo operato secondo lei un infermiere?
- Da chi viene valutato? Sulla base di quali criteri viene valutato un infermiere?

- Mi sa dire da chi dipende un oss?
- A quali figure deve rispondere del suo operato secondo lei un oss?
- Da chi viene valutato? Sulla base di quali criteri viene valutato un oss?

Sistema di ASPETTATIVE:

- Mi saprebbe dire, secondo lei, cosa si aspetta da un infermiere:
 - il Direttore Medico del Dipartimento?
 - la RAD del Dipartimento?
 - il Coordinatore Infermieristico dell'U.O.?
 - il medico di reparto?
 - i pazienti ed i famigliari dei pazienti?

- Mi saprebbe dire, secondo lei, cosa si aspetta da un oss:
 - il Direttore Medico del Dipartimento?
 - la RAD del Dipartimento?
 - il Coordinatore Infermieristico dell'U.O.?
 - il medico di reparto?
 - i pazienti ed i famigliari dei pazienti?

Checklist relativa alle interazioni

Tabella 1– Checklist relativa alla interazioni con le diverse figure professionali.

In colonna sono indicate le tipologie di interazione, in riga le categorie di interlocutore. La stessa griglia è stata utilizzata per tutte le U.O.

Ruolo:.....Genere.....Contesto:.....Data:.....Orario:.....							
...							
INTERAZIONE	MEDICO	COORDINATORE	INFERMIERE	PAZIENTE	FAMILIARE	OSS	Note
Esegue le richieste							
Non esegue le richieste sul momento							
Fa delle richieste							
Chiede aiuto per mansioni tecniche							
Chiede parere professionale							
Riporta una situazione/problematICA							
Fornisce aiuto anche se non richiesto							
Non fornisce informazioni quando richieste							
Fornisce informazioni							
Propone soluzioni/iniziative							
Fornisce aiuto							
Interazione formale							
Interazione informale							
Ascolta lamentele							
Esprime lamentele							

Check-list relativa alle attività svolte nell'U.O. di Terapia Intensiva

Tabella 2 - Check-list relativa alle attività svolte dall'infermiere nell'U.O. di Terapia Intensiva.

Attività svolta dall'infermiere	Frequenza con cui l'attività viene messa in atto	Note
Somministrazione terapia/manovre		
Trasporto strumenti/materiali		
Monitoraggio parametri		
Prelievo liquidi / medicazioni		
Riabilitazione post-operatoria (svezzamento dal respiratore...)		
Igiene paziente		
Trasporto materiali/strumenti		
Sistemazione paziente/letto/strumenti		
Vestizione famigliari		
Alimentazione		
Telefono		
Pause		
Velocità	Bassa Media Alta	

Tabella 3 - Check-list relativa alle attività svolte dall'operatore socio-sanitario nell'U.O. di Terapia Intensiva.

Attività svolta dall'operatore socio-sanitario	Frequenza con cui l'attività viene messa in atto	Note
Igiene paziente		
Alimentazione		
Sterilizzazione/pulizie		
Rifornimento carrelli/magazzino		
Biancheria		
Controllo bombole respiratore		
Sistemazione paziente/letto/fili		
Trasporto materiali/strumenti		
Telefono		
Pause		
Velocità	Bassa Media Alta	

Check-list relativa alle attività svolte nell'U.O. di Degenza

Tabella 4 - Check-list relativa alle attività svolte dall'infermiere nell'U.O. di Degenza.

Attività svolta dall'infermiere	Frequenza con cui l'attività viene messa in atto	Note
Somministra la terapia (N farmaci)		
Somministra la terapia (N pazienti)		
Mobilizzazione del paziente		
Monitoraggio parametri		
Prelievi		
Medicazioni		
Assistenza al paziente (nutrizione, etc)		
Igiene		
Prenotazione esami		
Preparazione materiali/strumenti		
Telefono		
Cartella/scheda paziente		
Trasporto materiale		
Pause		
Velocità	Bassa Media Alta	

Tabella 5 - Check-list relativa alle attività svolte dall'operatore socio-sanitario nell'U.O. di Degenza.

Attività svolte dall'operatore socio-sanitario	Frequenza con cui l'attività viene messa in atto	Note
Igiene del paziente		
Assistenza paziente (imboccare, padella...)		
Trasporto pazienti		
Dieta/Distribuzione vitto		
Preparazione della cute/del cavo orale		
Mobilizzazione/deambulazione del paziente		
Cambio lenzuola		
Sterilizzazione ferri		
Magazzino/biancheria		
Consegne al laboratorio		
Telefono		
Cartella/scheda paziente		
Trasporto materiale		
Pause		
Velocità	Bassa Media Alta	

Check-list relativa alle attività svolte nell'U.O. Ambulatori

Tabella 6 - Check-list relativa alle attività svolte dall'infermiere e dall'oss nell'U.O. Ambulatori

Attività svolta dall'infermiere	Frequenza con cui l'attività viene messa in atto	Note
Predisposizione ambulatorio/materiale		
Pulizia ambulatorio		
Aiuta paziente a vestirsi/svestirsi		
Predisposizione paziente all'esame (gel, montaggio/smontaggio holter)		
Inserimento dati nelle cartelle		
Esami/lettura parametri (ECG, ecografie, misurazione pressione, esami non invasivi)		
Attività cliniche (medicazioni esami invasivi, controllo pacemaker, controllo defibrillatori, inserimento batterie pacemaker)		
Sterilizzazione strumenti/N teli imbustati		
Sistemazione farmaci		
Uscita dall'ambulatorio (sterilizzazione, inserimento dati, chiamata paziente)		
N pazienti/N visite		
Rispondere al telefono/telefonare		
N Accettazioni /N prenotazioni		
Smistamento posta		
Velocità	Bassa Media Alta	
Pause		

Check-list relativa alle attività svolte nell'U.O. Comparto Operatorio

Tabella 7 - Check-list relativa alle attività svolte dall'infermiere e dall'oss nell'U.O. Comparto Operatorio

Attività svolta dall'infermiere	Frequenza con cui l'attività viene messa in atto	Note
Prepara strumenti/materiali		
Preparazione paziente (vestiti...)		
Passa paziente nel passa malati		
Controlla moduli consenso informato		
Monitoraggio paziente		
Accompagna paziente in sala		
Predisporre ferri sul tavolo operatorio		
Porta fuori i ferri		
Lava/asciuga i ferri		
Controlla i ferri		
Lava lo strumentario utilizzato		
Riordina sala operatoria		
Accende autoclave		
Preparazione letti		
Pulisce la sala operatoria		
Porta materiale in sala operatoria		
Controlla scadenze farmaci		
Va in magazzino/farmacia/avis/laboratorio		
Riordina biancheria		
Trasporto paziente		
Fax/telefono		
Velocità	Bassa Media Alta	
Pause		

