



Barbara Canale

## Una ricerca infermieristica sulla qualità

La qualità e la soddisfazione del cliente sembrano ormai essere una bandiera del mondo produttivo e dei servizi. Che l'argomento sia di grande attualità è dimostrato dalla grande quantità di comunicazioni, ad esso dedicate, che da qualche tempo troviamo su riviste di management, periodici economici, libri di organizzazione, articoli di attualità e nascita di corsi specifici.

Anche in ambito sanitario l'argomento è entrato prepotentemente stante le recenti normative nazionali e locali.

Lo scelta di questa ricerca nasce quindi sotto la spinta di tali istanze. Il tentativo era quello di approfondire l'argomento non solo dal punto di vista delle metodiche applicative del "cosa fare" e del "come farlo", ma anche di quello del "perché farlo" e "per chi farlo" senza i quali si rischia di non raggiungere gli obiettivi preposti.

In ambito sanitario e soprattutto per i suoi operatori l'argomento risulta piuttosto nuovo: un esempio per tutti è che è relativamente diffuso il concetto di *qualità tecnica*, ma è molto più difficile capire il concetto di *qualità del servizio* o di qualità del processo tecnico-organizzativo; per non parlare della *qualità personale* come rapporto del singolo con il proprio ruolo.

Lo scopo di questa ricerca era duplice: da un lato quello di formulare alcune riflessioni ispirate da quanto si trova già scritto in molti autorevoli testi, nella convinzione che solo una maggiore consapevolezza *culturale* a monte dell'operatività può rendere quest'ultima realmente e definitivamente produttiva di determinati vantaggi; dall'altro quello di studiare l'aspetto della *percezione della soddisfazione del cliente* da parte degli operatori stessi, punto di partenza per ogni iniziativa di cambiamento.

Le riflessioni circa gli aspetti culturali

si svilupparono attraverso alcuni filoni che partirono da *dove* si parla di qualità, ed allora occorre riferirsi al processo di aziendalizzazione della sanità italiana e l'evoluzione dei modelli aziendali, offrendo un'immagine dell'ambiente e dell'ambito al quale ci si riferiva; si passava quindi al *per chi*, cioè a chi la qualità era rivolta: il concetto di cliente, il concetto di servizio, la formazione del giudizio del cliente sono questi i punti di unione che individuavano l'obiettivo ultimo della qualità del servizio; il passo successivo era *il come e il perché* fare qualità e prestare attenzione al grado di soddisfazione del cliente; temi specifici quali il concetto di qualità, il perché misurare la qualità e la soddisfazione del cliente, il come misurarla attraverso gli strumenti di misurazione maggiormente conosciuti erano quelli che individuavano le motivazioni di una scelta di qualità, tutto ciò seguiva *la da chi*, ovvero chi si doveva occupare

B. Canale

DDSI, Scuola  
Infermieri "Villa  
Scassi", Genova

di qualità e di soddisfazione del cliente in ambito sanitario e scendendo nello specifico professionale, il ruolo dirigente infermieristico circa tali tematiche, ci si rendeva conto di molti aspetti peculiari di tale ruolo relativamente alla qualità, al cambiamento, alla valutazione, agli strumenti di rilevazione. Si arrivava infine a comprendere il ruolo globale di tutti in quanto solo così si possono ottenere risultati soddisfacenti e duraturi. A questo punto il primo obiettivo di carattere conoscitivo poteva dirsi esaurito; rimaneva quello di carattere sperimentale.

La ricerca mirava a tre sottobiettivi ovvero:

- osservare le inclinazioni della popolazione circa l'aggiornamento professionale;
  - osservare la percezione della propria qualità personale;
  - osservare la percezione della qualità offerta dagli operatori e dall'organizzazione e del grado di soddisfazione del cliente da parte degli operatori stessi.
- Vi era poi un unico fine che era quello di individuare degli indirizzi per un percorso formativo di aggiornamento professionale.

Per questa ricerca ho scelto l'Azienda ospedaliera Villa Scassi per diversi motivi: un primo motivo è che si tratta dell'azienda ospedaliera per la quale lavoro e questo mi è stato di grande aiuto in quanto la conoscenza dell'ambiente mi ha consentito di orientarmi con facilità, un altro motivo è che si tratta di un'azienda ospedaliera relativamente piccola, il che la rende facilmente analizzabile anche da una sola persona, ma è pur sempre un'azienda ospedaliera e quindi rappresenta tutte le caratteristiche peculiari di tale tipo di organizzazione.

### Sintesi della ricerca

Amonte della ricerca è stata effettuata un'intervista al Direttore Generale che ha fornito alcune indicazioni sugli obiettivi aziendali circa la qualità e l'aggiornamento professionale.

Per poter analizzare i professionisti si è utilizzato lo strumento del questionario per ovvi motivi di praticità e semplicità di compilazione. Il questionario da me utilizzato è stato elaborato in diverse parti: per la parte dei dati anagrafici, lavorativi e relativamente al bisogno formativo si è utilizzato parte di un questionario elaborato dal settore formazione del servizio infermieristico della A.S.L. 3 Genovese, utilizzato per l'analisi del bisogno formativo degli operatori operanti in tale A.S.L.; per la parte specifica della percezione della qualità ho utilizzato parte di un questionario elaborato da Richard F. Gerson, fonda-

**Tabella I. Distribuzione di IPe VI per area**

Aree	Unità
- medica	40
- chirurgica	36
- critica	77
- specialità medica	53
- specialità chirurgica	63
- a disposizione	44
<i>Totale</i>	<i>312</i>

tore della Gerson Goodson Inc., società di consulenza manageriale e di marketing che svolge un'intensa attività di formazione; egli ha utilizzato tale strumento per una ricerca sull'argomento percezione della qualità presso un ospedale americano.

La popolazione in esame si componeva di:

- 7 tra Dirigenti infermieristici, Capi dei Servizi Sanitari Ausiliari e Monitori;
- 22 tra Caposala (A.F.D.) e facenti funzioni caposala;
- 312 tra infermieri professionali e Vigilatrici d'infanzia, questi ultimi suddivisi nei vari settori come illustrato in Tabella I.

Di questa popolazione totale ho preso in considerazione tutti gli infermieri insegnanti Dirigenti, Monitori, Capi dei Servizi Sanitari Ausiliari per un totale di 7; tutti i Caposala (A.F.D.) e facenti funzione per un totale di 22; un terzo degli infermieri professionali e Vigilatrici d'infanzia per ogni reparto e specialità per un totale di 104, costituendo un campione stratificato.

Il metodo di selezione delle unità campione degli infermieri è stato casuale, la consegna è avvenuta in un unico giorno durante il turno di mattina ed è stato chiesto che ad elaborare il questionario fossero i professionisti presenti in quel momento e, se non sufficienti a rappresentare 1/3 del personale operante nel settore, i professionisti del turno del pomeriggio per la quota restante.

Nello stesso giorno sono stati indagati tutti i Caposala e i Dirigenti infermieristici.

Per ciò che concerne le unità sostitutive si è provveduto allo stesso modo: scegliendo un giorno a caso si è individuato, tramite il prospetto a disposizione dei Capi servizio, dove fossero dislocate e si è consegnato il questionario a coloro presenti nel turno di mattina e a coloro presenti nel turno del pomeriggio per la quota restante.

Sono stati consegnati 133 questionari complessivi.

Al ritiro, avvenuto il giorno successivo alla consegna, si sono ottenute risposte da 116 unità rappresentanti l'87%; vedremo in seguito le percentuali di

**Tabella II. Composizione del campione: funzioni**

Funzioni	Unità
CSSA, DAI, Monitori	6
Caposala e fac. funzioni	18
IP, VI	92
<i>Totale</i>	<i>116</i>

**Tabella III. Composizione del campione: appartenenze**

Settori	Campione	
	N.	%
area medica	14	12
area chirurgica	12	10
area critica	28	24
spec. medica	18	16
spec. chirurgica	25	22
dispos. direz.	13	11
servizi	6	5
<i>Totale</i>	<i>116</i>	<i>100</i>

risposta delle diverse categorie professionali e la stratificazione del campione nei diversi settori di appartenenza.

### **Struttura del questionario**

Il questionario, preceduto da una nota di accompagnamento che ne illustrava le finalità e ne assicurava la segretezza, era composto da 16 domande di cui la 16° suddivisa in 23 affermazioni. Erano previste domande a unica scelta, a scelta multipla, chiuse e strutturate; non vi erano domande aperte.

Il questionario si poteva considerare suddiviso in 5 parti; osserviamo la sintesi dei risultati

### **Sintesi dei risultati**

*1ª Parte: INDAGAVA CIRCA LE CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE E LAVORATIVE DEL CAMPIONE*

Per ciò che concerne questa parte riassumiamo i dati più salienti e osserviamo che il campione è piuttosto giovane; soprattutto per ciò che riguarda gli infermieri vi era una prevalenza del sesso femminile. Per ciò che riguarda la posizione funzionale (Tab. II).

Come abbiamo detto in precedenza sono stati consegnati 133 questionari; ne sono pervenuti 116 ossia l'87%.

I 133 questionari consegnati erano così suddivisi:

- 7 a tutti i Capi servizio, Direttori e Monitori (categoria che per comodità chiameremo Dirigenti Infermieristici): di questi il ritorno è stato di 6 ovvero l'86%;
- 22 a tutti i Capo Sala e facenti funzioni: di questi il ritorno è stato di 18 ovvero l'82%;
- 104 agli Infermieri professionali e Vigilatrici di

infanzia dei soli reparti di degenza di questi il ritorno è stato 92 ovvero l'88%.

Gli anni di diploma subiscono le variazioni conseguenti all'età anagrafica del campione. Per ciò che riguarda i settori di appartenenza (vedere Tab. III).

Si osserva una scarsa mobilità interna per tutte le figure professionali che si deduce confrontando l'anno di diploma con la permanenza nello stesso settore dei professionisti.

### *2ª Parte: INDAGAVA SULLA PARTECIPAZIONE E SULL'INTERESSE AD ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEL CAMPIONE*

Questa parte rappresentava altresì il primo sottobiettivo della ricerca ovvero osservare le inclinazioni del campione circa l'aggiornamento professionale.

Dalla sintesi dei risultati di questa sezione emergeva che il campione affermava di aver sostenuto aggiornamento professionale ma risultava che questo era avvenuto in epoche piuttosto recenti soprattutto per ciò che concerne gli infermieri. Osservando le modalità di partecipazione ai corsi si è potuto osservare che per gli Infermieri soprattutto, ma altresì per una discreta percentuale di caposala, l'aggiornamento professionale era avvenuto in sede; solamente i Dirigenti infermieristici dimostravano non solo una varietà di periodi durante i quali avevano sostenuto aggiornamento professionale, ma anche varie modalità con prevalenza di quelle fuori sede. A questo punto l'interesse ricadeva su quali argomenti venivano trattati nei corsi di aggiornamento effettuati; a seguito di ciò veniva indagato l'interesse specifico del campione riguardo argomenti che ritenevano prioritari per l'aggiornamento professionale e gli obiettivi che si intendevano raggiungere con l'aggiornamento stesso; a tal proposito si è osservato una discordanza tra gli argomenti degli aggiornamenti professionali sostenuti e quelli ritenuti prioritari.

La Tabella IV ci mostra l'ordine di priorità degli argomenti espressi dalle varie categorie professionali.

L'ultima analisi circa l'aggiornamento professionale prevedeva l'osservazione di quali fossero gli obiettivi che il personale intendeva raggiungere con l'aggiornamento stesso.

Osservando l'ordine di priorità dato nelle risposte dal campione suddiviso nelle tre categorie professionali vediamo come per tutte e tre le categorie i risultati mostrino:

- 1° obiettivo: migliorare la qualità dell'assistenza;
- 2° obiettivo: sviluppare una maggiore competenza

Tabella IV. Ordine di priorità degli argomenti

Preferenze	Dirigenti Inf.	Caposala	Infermieri
1° POSTO	Val. bisogni assist.	Qualità assistenza	Qualità assistenza
2° POSTO	Qualità assistenza Aspetti organizzativi	Val. bisogni assist. Val. bisogni assist.	Qualità assistenza
3° POSTO	Aspetti organizzativi Aspetti amministrativi	Aspetti organizzativi Aspetti organizzativi Val. bisogni assist. Tecniche assist.	Prevenzione Qualità assistenza
4° POSTO	Etica professionale	Etica professionale Val. bisogni assist. Aspetti legislativi	Aspetti organizzativi

professionale;

- 3° obiettivo: sviluppare una maggiore capacità di adattamento ai cambiamenti dell'organizzazione.

*3ª Parte: INTRODUCOVA IL CAMPIONE ALL'ARGOMENTO DELLA QUALITÀ IN MODO GENERICO*

Si trattava di una serie di domande filtro che introducevano in modo generico il campione alla sezione successiva. Troviamo informazioni circa una conoscenza generica sulla qualità del campione, circa le fonti di informazione di tale conoscenza e circa una prima valutazione del grado di importanza attribuito ad argomenti quali la qualità e la soddisfazione del cliente.

È interessante osservare in questa parte il grado di importanza attribuito agli argomenti qualità e soddisfazione del cliente dal personale (Fig. 1).

*4ª Parte: INDAGAVA SUL GRADO DI SODDISFAZIONE PERSONALE DEL CAMPIONE*

In questa parte venivano osservati alcuni aspetti inerenti alla valutazione della soddisfazione personale e della qualità del lavoro del campione.

Possiamo tentare di racchiudere in 4 fasce le 11

affermazioni ed analizzare globalmente i risultati.

La prima fascia indagava la percezione del proprio status circa il grado di apprezzamento del proprio lavoro, la formazione professionale ricevuta e quindi la percezione della propria adeguatezza ed infine il grado di stress percepito.

Emergono l'alto grado di gradimento per la professione e l'adeguatezza della propria formazione associati, però, ad un elevato grado di stress.

La seconda fascia indagava la percezione del clima lavorativo del campione fattore importante per la soddisfazione personale e la qualità delle performance offerte. Troviamo indicazioni circa la percezione del proprio ambiente lavorativo più o meno come collaborativo e cordiale, la percezione dell'interessamento del gruppo al singolo e quindi del supporto reciproco e dell'appartenenza, la percezione del lavoro in équipe, la percezione dell'equa distribuzione del lavoro.

I risultati ci mostrano che complessivamente il personale percepisce il clima lavorativo del proprio settore di appartenenza come collaborativo e cordiale, sperimenta il lavoro di équipe e si ritiene supportato dal gruppo di lavoro. Osservando i risultati nelle

Figura 1. Importanza attribuita

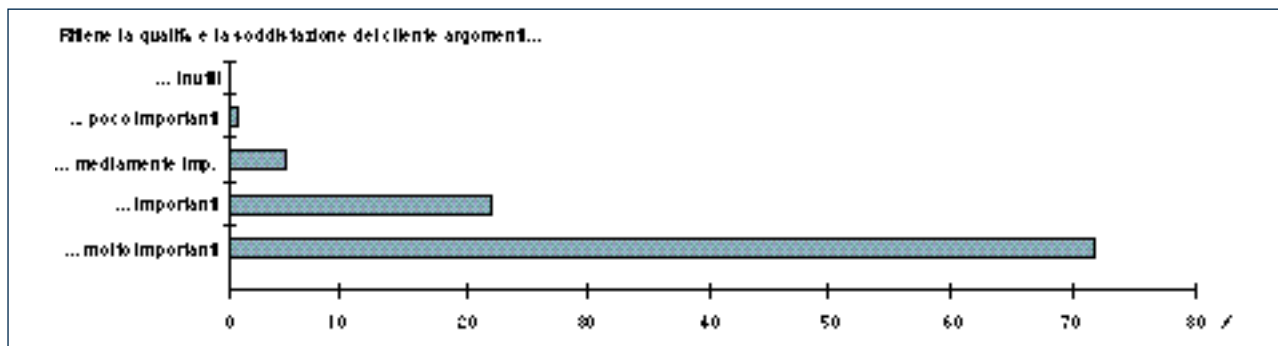
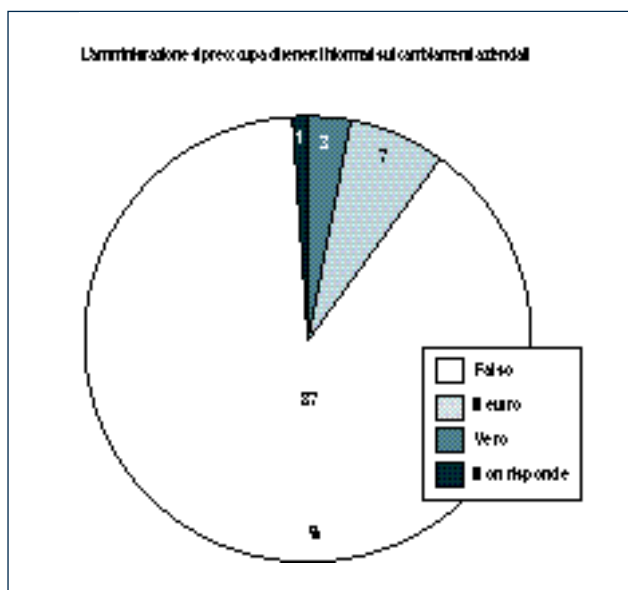


Figura 2. Valutazione percepita



sottoricerca per aree di appartenenza emergono però situazioni problematiche in alcuni settori specifici nei quali il clima non appare così positivo come la media delle risposte. Il clima è un fattore assai importante ed agisce sia sulla qualità delle performance che sulla percezione di empatia dei clienti.

La terza fascia indagava sul grado di coinvolgimento o meglio di informazione sui cambiamenti aziendali e degli obiettivi dell'azienda che il campione riteneva di ricevere. Fattore questo assai importante per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e per il coinvolgimento del personale.

Questo fattore è fondamentale se l'azienda mira ad ottenere un cambiamento verso la cultura della qualità e verso la qualità totale; infatti perché vi possano essere cambiamenti significativi e duraturi occorre coinvolgere ed informare tutti coloro che saranno chiamati al cambiamento; imporre cambiamenti senza motivarne le finalità e gli obiettivi aumenta notevolmente il grado di resistenza al cambiamento, lo scatenarsi di conflitti ed il senso di precarietà e di disagio da parte di coloro che lo subiscono.

Per chi dirige ai diversi livelli risulta assai importante osservare come i dipendenti percepiscano questo aspetto per avere la possibilità di intervenire modificando e migliorando i canali comunicativi e creando eventualmente una rete di referenti, come già è stato sperimentato in alcuni settori; cito ad esempio il D.A.R. 1 della A.S.L. 3 genovese che si occupa di servizi relativi all'assistenza domiciliare e anziani, assistenza disabili e assistenza consultoriale su tutto il territorio genovese, nel quale il dirigente infermieristico ha costituito una rete di referenti dei

vari nuclei dei vari ambiti territoriali per favorire i canali comunicativi e la condivisione degli obiettivi con notevole successo.

I risultati mettono in evidenza, con una percentuale estremamente significativa, che questo è un aspetto assai deficitario; ciò avrà influenze anche su altri risultati che osserveremo in seguito relativamente al futuro aziendale (Fig. 2).

La quarta e ultima fascia indagava la valutazione percepita, intesa non in modo specifico, e comprendente altresì l'autovalutazione. Viene indagata l'autovalutazione in termini di soddisfazione dei propri risultati professionali, veniva richiesto senza specificare da chi, se esistesse una sollecita valutazione della propria performance ed infine veniva richiesto se vi sono riconoscimenti per coloro che sono meritevoli.

Dalla Figura 3 si possono trarre alcune considerazioni: il primo grafico ci mostra come il personale adotti un'autovalutazione e come abbia una buona immagine del proprio operato, il secondo e soprattutto il terzo grafico mettono in evidenza come in realtà o non esista o non venga percepito un sistema di valutazione obiettiva delle performance, questo è un aspetto assai importante sia per ciò che riguarda la motivazione al lavoro, sia per ciò che concerne la qualità del servizio; infatti un sistema di valutazione, oltre che a presupporre alla base la fissazione di obiettivi e di standard, offre altresì la possibilità di migliorare le performance sulla base dei risultati e sul riconoscimento delle situazioni critiche.

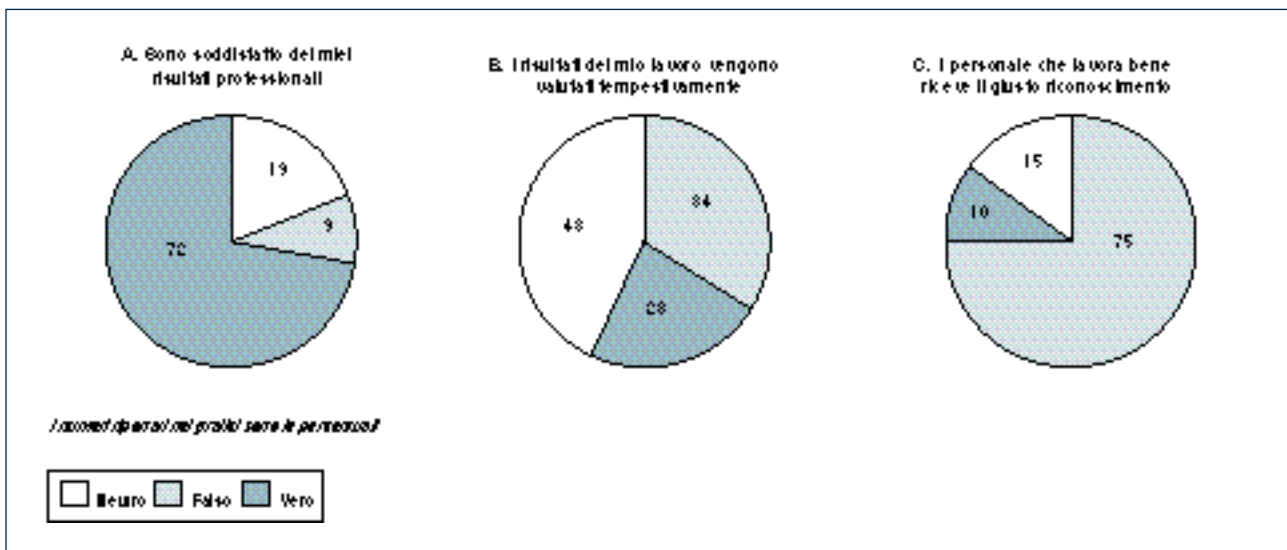
#### 5ª Parte: INDAGAVA SULLA PERCEZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE E DELLA QUALITÀ DELL'AZIENDA DA PARTE DEL CAMPIONE

Le successive affermazioni avevano come scopo quello di invitare il campione, più o meno direttamente, ad esprimere pareri circa la percezione della soddisfazione del cliente e della qualità del servizio offerto.

Si è volutamente evitato di circoscrivere le valutazioni al settore lavorativo di appartenenza per evitare che il timore di un qualche riconoscimento, o dell'insorgere di conflitti, o la percezione di conseguenze, portasse le unità campione a modificare le risposte.

Si era comunque consapevole del fatto che questa scelta imponeva in qualche modo al campione di mediare tra ciò che osservava nella propria realtà e l'opinione globale che aveva della struttura ospedaliera; si era anche consapevole del fatto che più o meno inconsciamente si tenda, a grandi linee, ad

Figura 3. Valutazione percepita



estendere l'opinione che si ha della propria realtà anche all'insieme: difficilmente chi ha un'opinione estremamente negativa del proprio settore ne ha una estremamente positiva degli altri e viceversa (teoria dell'euristiche J.M. Darley, S. Glucksberg, R. A. Kinchla "Psicologia" ed. Il Mulino 1993).

Per alcune affermazioni la richiesta era, invece, volutamente centrata sull'intera struttura.

In questa ultima parte si indagavano aspetti quali la visione dell'azienda che il campione percepisce, la percezione del campione della qualità offerta dall'azienda al cliente, la percezione da parte del campione della centralità del cliente e del grado di soddisfazione dello stesso, l'esistenza di criteri di valutazione delle performance. Anche questa sezione può essere divisa in 5 fasce. Offriremo quindi una sintesi dei risultati raccolti nelle varie fasce.

La prima fascia indagava circa la visione che il

campione percepiva quale essere quella offerta dall'azienda all'esterno. Si osservava, quindi, la percezione circa il futuro aziendale e la percezione della fama che ha all'esterno l'azienda (Fig. 4).

Possiamo osservare come il campione non riponga fiducia in un futuro roseo per l'azienda; la percentuale è significativa ed aggiunta alla percentuale di coloro che affermano che ciò sia vero in parte, si raggiunge il 97%.

Sarebbe interessante sapere in che misura il motivo di tale convinzione si basi su fattori interni all'azienda e quanto su fattori esterni più generali relativi al momento storico ed economico della società attuale.

Questo dato fa riflettere anche sul grado di preoccupazione che il personale pare avvertire all'interno dell'attività lavorativa sul proprio futuro; non vanno inoltre dimenticati i risultati ottenuti circa la doman-

Figura 4. Percezione sul futuro e sulla fama dell'azienda

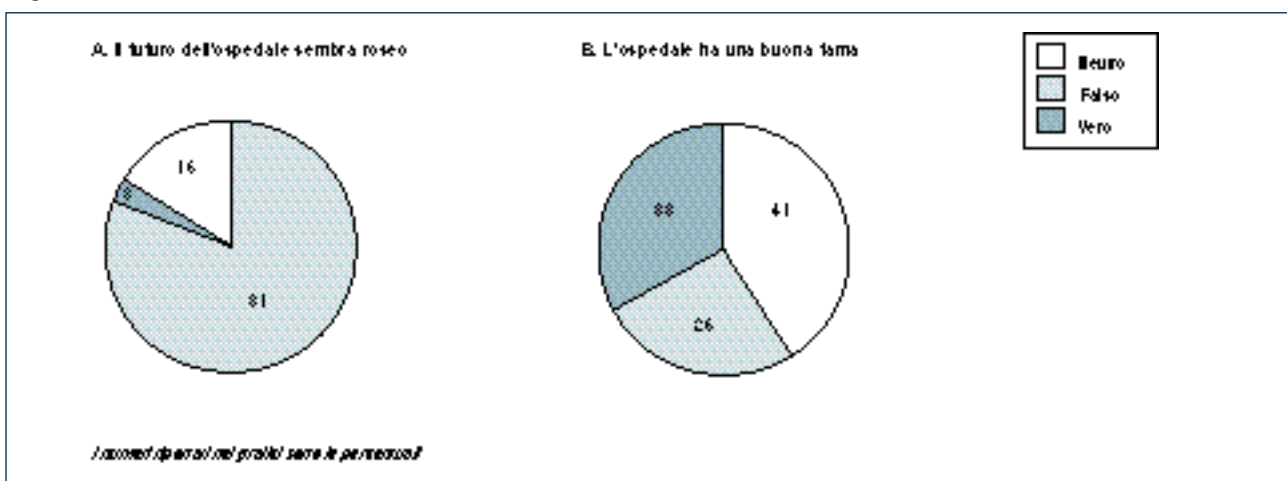
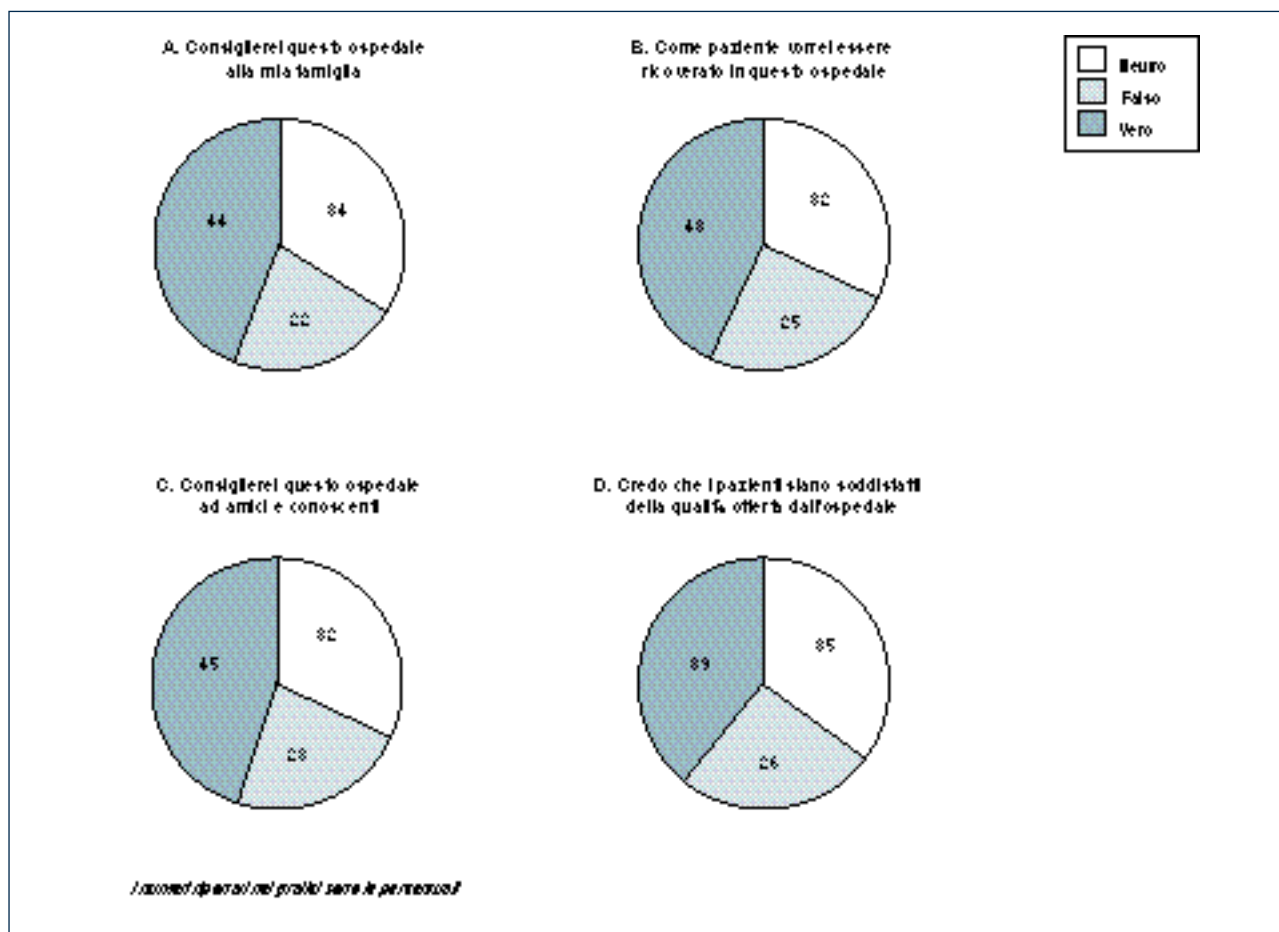


Figura 5. Percezione delle performance aziendali e della soddisfazione del cliente



da sull'informazione dei cambiamenti all'interno dell'azienda che possono giustificare in parte questo clima di precarietà.

Per quello che riguarda la fama dell'ospedale il campione si è suddiviso quasi equamente fra le tre alternative; vedremo in seguito tale corrispondenza con altri aspetti.

La seconda fascia indagava circa la percezione del campione sulla qualità delle performance offerte dall'azienda e sulla soddisfazione del cliente. In questo caso non si è chiesto esplicitamente una valutazione al campione, salvo in un caso, bensì si è richiesta un'identificazione con il cliente (Fig. 5).

Come si può osservare le percentuali delle diverse alternative siano quasi sovrapponibili se ne deduce una certa coerenza nelle risposte. Possiamo osservare come vi sia una apprezzabile percezione della qualità offerta confermata sia dalle risposte alle domande di identificazione con il paziente sia dalle risposte alla domanda diretta.

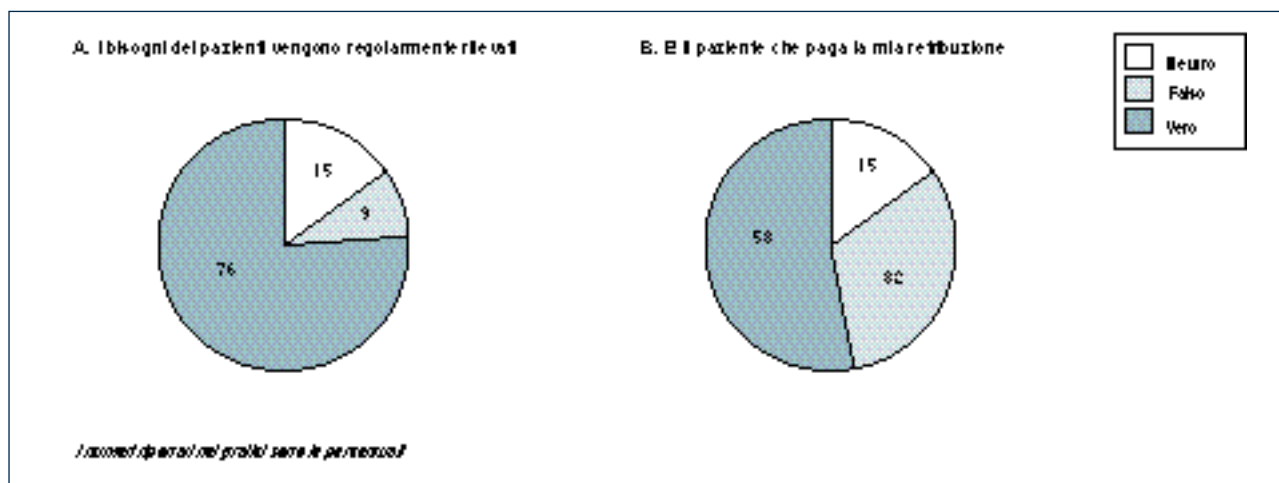
È interessante osservare ciò che accade nel terzo grafico (consiglierei questo ospedale ad amici e conoscenti): presenta un aspetto peculiare in quanto

prima si chiedeva al campione se avrebbe affidato la propria salute e quella dei propri familiari all'azienda, situazioni nelle quali i soggetti entrano molto da vicino e quindi in qualche modo possono fungere da mediatori.

In questo caso si chiede se affiderebbero all'azienda la salute di amici e addirittura conoscenti, quindi non più persone a diretto contatto, ma persone socialmente più distaccate; il che parrebbe, a prima vista, comportare una scelta meno problematica essendovi minor coinvolgimento affettivo; ciò non è del tutto vero, si ricordi che consigliare un qualcosa a qualcuno pone in capo a chi offre il consiglio una certa responsabilità su quelli che poi saranno i risultati e, quindi, se trattasi di sé è molto più facile, per i familiari si ritiene di avere ancora molto margine di intervento personale affinché i risultati si raggiungano, ma nel caso di amici ed ancor più di conoscenti questo aspetto viene meno e quindi ci si affida alla struttura come insieme; ciò prelude ad un giudizio più oculato e soprattutto più staccato dal proprio personale intervento.

La terza fascia indagava circa la percezione del

Figura 6. Percezione della centralità del cliente

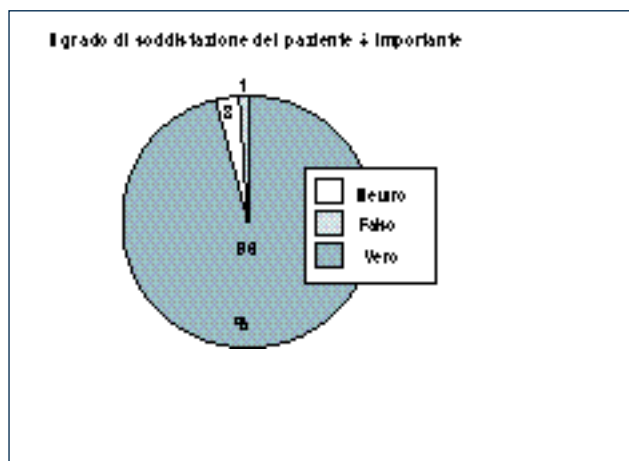


campione della centralità del cliente. Trovavamo in questa parte la percezione del paziente quale cliente e quindi la percezione del grado di attenzione rivolto allo stesso e la percezione della figura del cliente inteso come colui che paga il servizio al quale si rivolge.

La centralità del paziente risulta evidente dalle risposte (Fig. 6), particolarmente riguardo a quella rappresentata dal secondo grafico apparentemente provocatoria che in realtà non aveva questo scopo bensì due finalità:

1. osservare quanto il campione ritenga al centro del servizio il paziente; ovviamente ritenere che il paziente sia colui che in tutto o in parte paga non solo il servizio, ma anche l'operato di chi di lui si occupa, lo pone in una posizione di centralità;
2. osservare la percezione degli operatori della propria attività in termini di erogatori di servizio; ritenere il paziente un utente che paga per un servizio sposta non poco l'immagine del proprio ruolo come professionisti da un ruolo quasi

Figura 7. Importanza del grado di soddisfazione



volontaristico, o pseudomissionario ad un ruolo di professionisti al servizio dei clienti.

La quarta fascia indagava circa l'esistenza di criteri di valutazione dei risultati nell'azienda. Questa parte osservava le risposte del campione circa l'esistenza di un'oggettiva valutazione che prevede a monte la fissazione di standard e di criteri, e l'opinione del campione circa l'opportunità degli stessi. Anche in questo caso i risultati confermano quanto già in precedenza osservato circa la non esistenza di criteri di valutazione ma con percentuali assai più decise: alla domanda "esistono criteri di valutazione della qualità" l'82% del campione risponde falso; interessante è il dato che emerge alla domanda "trovo le valutazioni del mio lavoro molto utili" dove il 69% del campione risponde vero.

La quinta e ultima fascia indagava circa l'importanza attribuita dal campione al grado di soddisfazione del cliente con una domanda diretta.

I risultati non lasciano dubbi (Fig.7): è interessante confrontare questo grafico con quello relativo alla 3ª parte della ricerca; si può notare la coerenza fra le percentuali di risposta.

## Conclusioni

Questa ricerca è stata fonte per me di molte soddisfazioni e momento di crescita assai importante. La risposta dei professionisti sul tema trattato è stata assai elevata ciò denota un interesse ed una responsabilizzazione sull'argomento molto positivi.

Emergono bisogni formativi, insieme a bisogni organizzativi, che devono essere tenuti in considerazione se si vuole procedere verso quella cultura della qualità tanto necessaria alle aziende sanitarie. Emerge altresì un alto grado di interessamento e di presa di coscienza dell'importanza della qualità da

parte dei professionisti punto di partenza fondamentale per intraprendere qualunque cambiamento. Particolare attenzione va offerta a quegli aspetti problematici che sono emersi quali la valutazione del proprio operato ed il sistema degli incentivi; a questo proposito è interessante osservare come dalle risposte emerga il bisogno degli operatori di ottenere riconoscimenti personalizzati e relativi alle proprie prestazioni e come siano invece demotivanti sistemi di incentivi a pioggia una tantum e senza alcuna valutazione a monte. Altro aspetto fondamentale è quello della condivisione degli obiettivi aziendali e della comunicazione sia *top down* che *bottom up* che appare assai deficitaria ed è invece estremamente importante per il cambiamento. Questi aspetti, assieme a quelli più prettamente di carattere formativo devono essere tenuti in debito conto dal dirigente infermieristico altrimenti ogni attività di cambiamento relativamente ad un processo di miglioramento di qualità sarà destinato a fallire se non in tutto in parte.

### Bibliografia di riferimento

- AA.VV. La valutazione della qualità: una nuova frontiera del SSN. F. Angeli, Milano 1989
- R. Berchi, M. Fontanazza, La semplificazione dei processi aziendali. Etas libri, Milano, 1991
- F. Butera, Il castello e la rete. F. Angeli, Milano, 1990
- F. Butera, A. Failla, Professionisti in azienda. Fondazione IBM Italia, Etas libri, Milano, 1992
- G. Calicchio, R. Mazzeo, La qualità globale: scelta strategica dell'Italcable in un contesto internazionale competitivo. Atti di una giornata di studio, Spoleto, 1991
- M. Cantarelli, Un modello professionale per l'assistenza infermieristica. Milano, 1986
- M. Cantarelli, Management infermieristico. Masson, Milano, 1987
- R. Cavallini, V. Piccinni, Dalla voce dei clienti la via alla qualità totale. L'Impresa n°2, 1991
- F. Crisante, A. Lis, M. Sambin, Statistica per psicologi Giunti, 1990
- CSATA, Miglioramento della qualità. CSATA, 1990
- A.P. Ercolani, A. Oremi, Statistica per la ricerca in psicologia. Il Mulino, Milano, 1979
- L. Gamberoni, A. Lolli, M. Lusignani, L. Pattaro, Management infermieristico. Collana testi per informatori, 1991
- R.F. Gerson, Come misurare la soddisfazione del cliente F. Angeli, Milano, 1995
- R. Grenier, J. Drapeau, J. Deautels, Norme e criteri di qualità dell'assistenza infermieristica. Sorbona, Milano, 1992
- D. Haughette, Il questionario. F. Angeli, Milano, 1990
- K.T. Levigne, The fallacy of zero defects. Thornwood, N.Y., 1989
- K. Lewin, Teoria e sperimentazione in psicologia sociale. Mulino, 1951
- L. Gallino, L'attore sociale. Einaudi, 1987
- A. Mariner-Tomey, Management infermieristico teoria e pratica. Sorbona, Milano, 1992
- W.J. Mc Cabe, Quality methods applied to the business process. Kingston, N.Y., 1988
- R. Mirandola, M. Tuccoli, S. Vaglini, P. de Risi, Sistemi qualità. ETS Editrice, Pisa, 1989
- C. Moeller, Qualità personale. TMI, 1988
- R. Marconcini, Qualità e lavoro. Linea EDP, 1991
- R. Normann, La gestione strategica dei servizi. Etas Libri, Milano, 1985
- R. Price, G. Gaskill, TQM in research. Management Service Quality, 1990
- G.P. Quaglino, Appunti sul comportamento organizzativo. Tirrena Stampatori, 1990
- A. Ricci, Qualità totale per l'azienda: un obiettivo irrinunciabile per il manager. Etas Libri, Milano, 1990
- G. Rovati, Un ritratto dei dirigenti italiani. Fondazione Giovanni Agnelli, Milano, 1991
- G. Rugiardini, Organizzazione d'impresa. Giuffrè, Varese, 1979
- G. Secchi, Corso di formazione informatica Unicopli, 1989
- H. Sontag, Corporate perceptions: a quality primer ASQC, Quality Press, Milwaukee, Wisconsin, 1989
- L. Stanca. Le risorse per l'impresa di qualità Economia e Management, maggio 1992
- A.R. Te n e r, Quality management beyond manufacturing, Total Quality Management: Three Steps to continuous improvement. Addison - Wesley Publish. Co.Inc., 1992
- A. Tosalli, T. Conti, A. Pettigiani, M.G. Pettigiani, La qualità nel servizio. Bariletti, Roma, 1990
- M. Tribus, Quality in R&D - Applying quality management principles. Research Management, 1987
- P. Krugman, L'incanto del benessere. Garzanti, 1995