

Formare al lavoro in *équipe*: condividere saperi, significati, valori. Un percorso di formazione attraverso l'auto mutuo aiuto e la meditazione

Antonino Frustaglia, Marco Gatti, Piera Monti, Paola Zinna

Istituto "Piero Reclaelli", Sede di Vimodrone (MI)

INTRODUZIONE

Una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) ha bisogno di operatori affidabili, presenti, responsabili, consapevoli, attenti, formati tecnicamente, umanamente e con uno spiccato senso di appartenenza ad essa. Ha inoltre bisogno di ottimizzare e contenere i costi per la sostituzione delle assenze del personale. Questo risultato si può conseguire cercando di aumentare la sensibilità, la responsabilità, il senso di soddisfazione e il senso di appartenenza dei dipendenti. Un tale cambiamento consente di avere personale sempre più presente, contribuendo a contenere gli oneri derivanti dall'impiego di personale proveniente da cooperative per integrazioni o sostituzioni.

Gli operatori, dal loro punto di vista, hanno bisogno di trovare il senso del loro agire quotidiano e motivo di soddisfazione dal loro ruolo all'interno dell'azienda. Hanno necessità di riscoprire i valori profondi che li hanno indotti a scegliere una professione d'aiuto (Alliger e Janak, 1989; Alliger e Tannenbaum, Bennet et al., 1997; Argyris, 1993; Baraldi e Cifalinò, 2009).

Nel presente studio si è sperimentato un percorso applicando la tecnica dell'Auto Mutuo Aiuto associata alla Meditazione. Il percorso è stato attivato per il personale –operatori addetti all'assistenza, infermieri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali e medici– di un reparto di RSA per valutarne gli effetti sulla gestione del reparto, sull'autostima, sul senso di appartenenza e nei rapporti infra ed inter professionali. La ricaduta a distanza attesa è un migliora-

mento della qualità delle attività socio sanitarie percepita anche dai degenti.

OBIETTIVI E SCOPO

Gli obiettivi dell'intervento attuato possono essere così riassunti:

1. Formare il personale a trovare soluzioni condivise in ambito lavorativo e relazionale con l'utilizzo del metodo dell'Auto Mutuo Aiuto associato alla Meditazione.
2. Rinforzare il senso di autostima e fiducia della propria e altrui capacità di affrontare e risolvere problemi operativi e conflitti all'interno del gruppo di lavoro.

I metodi adottati consentono agli operatori che presentano scarsa autostima di acquisire consapevolezza del proprio valore, ossia che *"la mia presenza nell'équipe ha il senso di realizzare al meglio il progetto operativo che abbiamo scelto e condiviso, la mia presenza serve a contribuire a realizzare l'obiettivo che ci siamo proposti"*. La consapevolezza del proprio valore, della responsabilità nella comunità e il patto di impegno contratto con i colleghi, diventano la chiave di accesso alla realizzazione di un'équipe matura e radicata nei valori comuni condivisi. Ciò consente all'azienda la vera fidelizzazione dei collaboratori e, nel contempo, un risparmio economico diretto sui costi del personale. Consente, inoltre, una migliore relazione tra operatori: con il gruppo dirigente vissuto come corresponsabile, con gli ospiti e i loro familiari percepiti come alleati. La tecnica dell'Auto Mutuo Aiuto

to (AMA), associata alla Meditazione, orienta gli operatori verso la capacità di esprimere i propri pensieri in modo assertivo e condividere gli obiettivi comuni. In particolare, la meditazione permette di rilevare rapidamente e conoscere i valori, gli scopi ed i significati presenti nel proprio mondo interiore personale (il sé profondo) e, oltre al livello intellettuale, scoprire i propri talenti e condividerli con gli altri operatori affinché divengano "nutrimento" interiore collettivo in grado di far agire in coerenza con essi.

MATERIALI E METODI

Tra agosto e ottobre 2012 si è realizzato un primo ciclo complessivo di 15 incontri a cadenza settimanale, della durata ciascuno di 90 minuti, alternando interventi di condivisione assertiva dei problemi emergenti in reparto attraverso la tecnica AMA e interventi di Meditazione sul proprio mondo interiore, sui valori che reggono la propria esistenza. Il gruppo con cui si è realizzato l'intervento era costituito da tutto il personale (29 operatori) del Reparto I/1 a cui era proposto di partecipare liberamente, nel rispetto dei turni di lavoro, sia agli incontri di AMA che di Meditazione.

Durante gli incontri (realizzati a fine turno del mattino ed inizio turno del pomeriggio al fine di favorire la massima partecipazione) il personale, attraverso la tecnica AMA, ha analizzato i comportamenti personali all'interno del gruppo cercando, con la facilitazione offerta dallo psicologo, soluzioni ai temi emergenti e, con la Meditazione, di individuare i valori che muovono il proprio agire, sia a livello professionale sia personale, condividendo, se desiderato, quanto emerso. Il gruppo è stato valutato all'ingresso, e alla fine del primo ciclo di incontri, con 3 test psicometrici valutativi: *Maslach Burnout Inventory* (MBI), *General Self-Efficacy scale* (GSE) e *Scala per la percezione del Clima Organizzativo* (SCO). Il gruppo di intervento è stato confrontato con un gruppo di controllo individuato nel Reparto I/5 simile per tipologia di servizio, operatori ed ospiti.

I GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO

I primi esempi di AMA risalgono ai testi *self-help* di

Smiles (Smiles, 1859) nel 1859, e successivamente a *Mutual Aid* di Kropotkin nel 1902 (Kropotkin, 1902). È solo nel 1935 che viene costituito il primo gruppo AMA così come è modernamente concepito. Oggigiorno la definizione più utilizzata per un gruppo AMA è quella di Katz e Bender del 1976 (Katz e Bender, 1976): "i gruppi di *self-help* sono strutture di piccolo gruppo, a base volontaria, finalizzate al mutuo aiuto ed al raggiungimento di particolari scopi. Essi sono di solito costituiti da pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel soddisfare bisogni comuni, per superare un comune handicap o problema di vita oppure per impegnarsi a produrre desiderati cambiamenti personali o sociali". Essi, dunque, costituiscono uno spazio e un tempo protetti all'interno dei quali le persone possono confrontarsi portando ognuna i propri vissuti, le proprie emozioni, le proprie opinioni e anche le proprie paure, così che sia possibile, nel reciproco ascolto, aiutarsi aiutando gli altri.

Lo stesso facilitatore non assume un ruolo direttivo, non guida, e nemmeno consiglia, ma è "un mediatore che insegna a mediare, una persona che rende fluida la comunicazione, che trasmette la capacità di arrestare il flusso di coscienza per ragionare, per dare un nome ai disagi, per districare la matassa del conflitto e renderlo riconoscibile e accettabile" (Castiglioni, 2002).

Un esempio di traccia usata come premessa al senso e allo sviluppo degli incontri è stato condividere il senso del comportamento assertivo che si ha quando si affermano i propri punti di vista, senza prevaricare l'altro, ma evitando di essere prevaricati a nostra volta. Essere assertivi ci aiuta a:

- esprimere le nostre emozioni e idee, sviluppando auto-consapevolezza rispetto al modo in cui interagiamo con gli altri;
- ascoltare l'altro, le sue emozioni, le sue opinioni, i suoi obiettivi e i suoi bisogni; risolvere situazioni critiche/confittuali e i problemi relazionali che talvolta si creano.

L'assertività non è dunque il COSA ci diciamo, ma il COME ce lo diciamo (Fig. 1).

LA MEDITAZIONE

La meditazione è un'attitudine naturale che consente di riflettere e di interiorizzare portando ad

ESPERIENZE

uno stato di consapevolezza profondo riguardo al valore che si attribuisce alla vita personale affettiva e professionale.

Vi sono numerose tecniche di meditazione; quella adottata nello studio attuale ha preso lo spunto dalla Meditazione Metodo Trasmuda® e dal Counseling esistenziale dell'Istituto di Scienze Umane ed Esistenziali (ISUE) riadattati e specificati per rispondere alle esigenze del personale socio-sanitario.

RISULTATI

Attraverso i tre test psicometrici utilizzati (Fig. 2) si sono rilevate le modificazioni psicologiche e comportamentali del personale prima e dopo il ciclo delle azioni formative comprendenti l'AMA e la Meditazione. I risultati ottenuti (Graf. 1) ai test nel gruppo di intervento (reparto I/1) sono stati confrontati con quelli del gruppo di controllo (reparto I/5). Gli operatori del gruppo di intervento hanno eseguito i tre test all'inizio (T1) e alla fine dell'attività formativa (T2).

Vengono di seguito riportati i risultati osservati nelle valutazioni ai test per le differenze tra gruppo di intervento e gruppo di controllo secondo l'ordine in cui sono state condotte le analisi statistiche sugli

stessi, effettuate attraverso l'uso del software SPSS versione 13.0 per Windows.

I sentimenti di autoefficacia percepita sembrano correlare negativamente con la sottoscala Esaurimento Emotivo del test *Maslach Burnout Inventory* ($r=-.518$, $p=.010$), e positivamente con la sottoscala Realizzazione Personale del medesimo strumento ($r=.419$, $p=.042$). Essi correlano molto debolmente, e negativamente, con la sottoscala Organizzazione della Struttura della Scala per la Percezione del Clima Organizzativo ($r=-.380$, $p=.067$).

La sottoscala Esaurimento Emotivo correla negativamente con la sottoscala Relazioni coi Colleghi della Scala per la Percezione del Clima Organizzativo ($r=-.402$, $p=.052$), mentre la sottoscala Depersonalizzazione correla negativamente con la sottoscala Realizzazione Personale ($r=-.574$, $p=.003$).

La sottoscala Leadership della Scala per la Percezione del Clima Organizzativo correla positivamente con la sottoscala Relazioni coi colleghi del medesimo strumento ($r=.830$, $p=.000$), mentre la sottoscala Organizzazione della Struttura correla positivamente con la sottoscala Esaurimento Emotivo del test *Maslach Burnout Inventory* ($r=.478$, $p=.018$) e molto debolmente, e negativamente, coi sentimenti di autoefficacia percepiti misurati dal test GSE ($r=-.380$, $p=.067$).

AVERE OBIETTIVI CHIARI:

sapere per che cosa si sta discutendo, evitando di andare "fuori tema" e riportando la conversazione entro i binari, se necessario.

SAPER ASCOLTARE:

essere aperti e ricettivi rispetto alle idee e opinioni altrui. Solo in questo modo è possibile parlare ad un livello paritario.

METTERSI IN GIOCO ED ESPRIMERSI:

essere assertivi significa assumersi il rischio di esporsi, scegliendo consapevolmente di affermare le proprie idee e, se necessario, di saper dire di no.

CRITICARE IN MANIERA COSTRUTTIVA:

le critiche non sono armi per ferire (la persona), ma al contrario straordinarie opportunità di crescita collettiva (la prestazione).

SAPER AMMETTERE I PROPRI SBAGLI:

uno sbaglio è qualcosa che capita di fare, e sul quale non si ha più potere di intervento. Non ammettere uno sbaglio è precludersi la possibilità, per il futuro, di migliorare.

PARLARE IN PRIMA PERSONA:

dire all'altro che LUI fa una certa cosa, per quanto vero, può farlo sentire attaccato e giudicato spingendolo a una reazione difensiva che limita il dialogo. Parlare in prima persona evita questo meccanismo, mettendo il nostro interlocutore di fronte a dei vissuti personali insindacabili, ai quali non potrà che rispondere per quello che sono: la manifestazione di un sentimento derivante dal suo comportamento. Non "tu mi fai star male", ma "quando tu fai questo io mi sento così"; non "non è normale che", ma "io non sono d'accordo".

Figura 1 - Come essere assertivi.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

È una scala finalizzata alla valutazione del burnout nel personale che opera nei servizi socio-sanitari. Lo strumento è composto da 22 item che misurano 3 dimensioni indipendenti della sindrome di burnout, ciascuna individuata da una specifica scala. La frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna scala è saggiata usando una modalità di risposta a 6 punti, i cui estremi sono definiti da "mai" ed "ogni giorno". Inoltre il MBI concepisce il burnout non come una variabile dicotomica che può essere soltanto presente o assente, ma piuttosto come una variabile continua che rispecchia i diversi livelli dei sentimenti in gioco. Le scale che costituiscono il MBI sono: a) esaurimento emotivo, che esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro; b) depersonalizzazione, che misura una risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio; c) realizzazione personale, che valuta la sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri. Il tempo medio stimato per la somministrazione è di circa 10 minuti (Maslach e Jackson, 1981; Singatì e Stefanile, 1991).

General Self-Efficacy Scale (GSE)

È una scala di misurazione del sentimento di autoefficacia percepita sviluppata da Schwarzer e Jerusalem. È composta da 10 item su scala Likert da 0 a 3, dove il punteggio cresce proporzionalmente al crescere dell'autoefficacia percepita dal soggetto. Il punteggio totale così ottenuto ha un range possibile compreso tra 10 e 40 punti, che si ottiene semplicemente sommando le 10 risposte fornite a ciascun quesito. Il tempo medio di somministrazione è di circa 5 minuti (Jerusalem e Schwarzer, 1992).

Scala per la percezione del Clima Organizzativo (SCO)

È una scala formata da 31 item, riferita alla qualità percepita e al buon funzionamento di vari aspetti strutturali e relazionali dell'ambiente di lavoro. È stata sviluppata da Ripamonti, Monzani, Preti e Steca (2011). Le dimensioni indagate dalla stessa sono:

- la leadership (costituita dagli item 1, 3, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 25, 27, 28, 29, 30, 31); questa dimensione si riferisce alla chiarezza degli obiettivi dichiarati e alla corrispondenza tra questi e i provvedimenti presi, alla possibilità di riconoscimenti e alle opportunità di crescita offerte ai componenti della struttura, alla chiarezza nella trasmissione di informazioni, nella pianificazione delle attività e nella presa di decisioni, alla trasparenza nelle relazioni con il responsabile e nei criteri di valutazione e di attribuzione degli incarichi, alla disponibilità di risorse per svolgere la propria attività lavorativa;
- la qualità delle relazioni con i colleghi (costituita dagli item 2, 4, 5, 6, 20, 22, 23, 24), riguarda il grado di collaborazione, stima e fiducia tra i colleghi della struttura;
- l'organizzazione della struttura (costituita dagli item 9, 11, 19, 26), si riferisce alla definizione dei ruoli, delle mansioni e degli orari di lavoro, alla quantità e intensità del lavoro svolto.

Il punteggio per ogni sottoscala va da 1 (sono fortemente in disaccordo) a 5 (sono fortemente d'accordo). Il punteggio totale è dato dalla somma dei punteggi per ciascun item che compongono la singola scala. Il tempo medio di somministrazione è di circa 5 minuti.

Figura 2 - Sintesi descrittiva dei test utilizzati.

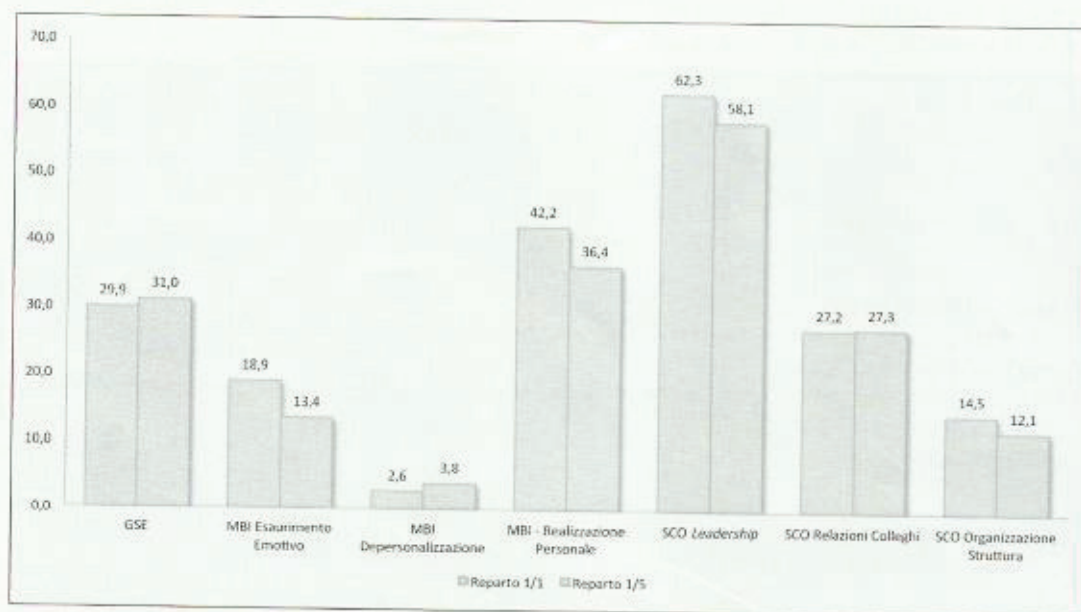


Grafico 1 - Medio dei punteggi iniziali rilevati nei due gruppi, intervento e controllo, posti a confronto.

RELAZIONE DIRETTA TRA AMBIENTE DI LAVORO E VARIABILI CONSIDERATE NEL GRUPPO DI INTERVENTO E DI CONTROLLO

L'analisi delle medie dei punteggi ottenute nei vari test e sottoscale (Graf. 1) dei reparti indagati evidenzia che: il livello dei sentimenti di autoefficacia percepita, misurato attraverso il test GSE, risulta nella norma per entrambi i campioni (media 29.48, deviazione standard 5.13), al pari delle sottoscale l'esaurimento Emotivo (media 20.2, ds 11.3, con valore soglia \leq 21) e la Depersonalizzazione (media 7.0, ds 5.9, con valore soglia \leq 8) del test MBI.

Risultano nella norma i punteggi della sottoscala Realizzazione Personale (media 32.5, ds 8.7, con valore soglia \geq 28) 42.21 per il gruppo di intervento e 36.40 nel gruppo di controllo. Nel gruppo di intervento, tuttavia, i punteggi a T1 risultano 1 ds sopra la media della popolazione.

Per quanto riguarda la Scala per la Percezione del Clima Organizzativo, pur in assenza di punteggi normativi, in entrambi i campioni i punteggi ottenuti si situano nel terzo quartile, indicando livelli medio-alti degli indicatori *leadership*, relazioni coi colleghi e organizzazione della struttura.

Non si evidenziano differenze di punteggio statisticamente significative, sebbene interessanti appaiano i risultati ottenuti dal confronto delle medie nei due gruppi alla sottoscala *Realizzazione Personale* del test MBI e alla sottoscala *Organizzazione della Struttura* del test SCO. Queste presentano p-value rispettivamente di .086 e .067, non entro la soglia di attendibilità di .05, ma sicuramente interessanti soprattutto nell'ottica di un nuovo confronto a T3 per il gruppo di intervento (Tab. 1).

AMBIENTE DI LAVORO E VARIABILI CONSIDERATE NEL GRUPPO DI INTERVENTO A T1 E T2

Anche in questo caso, l'analisi delle medie dei punteggi ottenuti restituisce una situazione fondamentalmente invariata rispetto a quanto rilevato precedentemente. Il livello di sentimenti di autoefficacia percepita misurati attraverso il test GSE risulta nella norma sia all'inizio del ciclo che alla fine (media 29.48, ds 5.13), al pari delle sottoscale. Lo stesso risultato è valso per l'Esaurimento Emotivo all'inizio 18,93 ed alla fine del ciclo formativo 16,27 (media 20.2, ds 11.3, con valore soglia \leq 21) e la Depersonalizzazione 2,64 e alla fine del ciclo 1,73 del test MBI. I punteggi della sottoscala Realizzazione Personale 42,21 e 42,91 permangono sopra la media (Graf. 2).

Tabella 1 - Significatività della differenza di punteggi delle variabili di considerate outcome nei due campioni.

Scala/Sottoscala	Significatività
GSE	$\beta = -.146$, $t(22) = -.700$, $p = .491$
MBI - Esaurimento Emotivo	$\beta = .300$, $t(22) = 1.489$, $p = .151$
MBI - Depersonalizzazione	$\beta = -.171$, $t(22) = -.815$, $p = .424$
MBI - Realizzazione Personale	$\beta = .358$, $t(22) = 1.799$, $p = .086$
SCO - Leadership	$\beta = .118$, $t(22) = .557$, $p = .583$
SCO - Relazioni con i Colleghi	$\beta = -.015$, $t(22) = -.071$, $p = .944$
SCO - Organizzazione della Struttura	$\beta = .381$, $t(22) = 1.930$, $p = .067$

Per quanto riguarda la Scala per la Percezione del Clima Organizzativo (SCO), pur in assenza di punteggi normativi, i punteggi ottenuti per Leadership all'inizio 62,29 ed alla fine 61,09; relazioni coi colleghi all'inizio 27,17 e alla fine 27,00; e l'organizzazione di struttura all'inizio 14,50 e a T2 12,91 si situano nel terzo quartile, indicando livelli medio-alti dell'*outcome* misurato.

L'analisi delle medie dei punteggi nei due gruppi, effettuata attraverso regressioni lineari semplici, non evidenzia differenze significative da un punto di vista statistico ($p < 0,05$) (Tab. 2), bensì alcuni punti di interesse. Nei Grafici 3 e 4, nel dettaglio per i singoli test e sottoscale, si osserva la variazione dei punteggi ottenuti nel gruppo di intervento a T1 e T2. In particolare, nel Grafico 3 si osservano i valori medi ottenuti at-

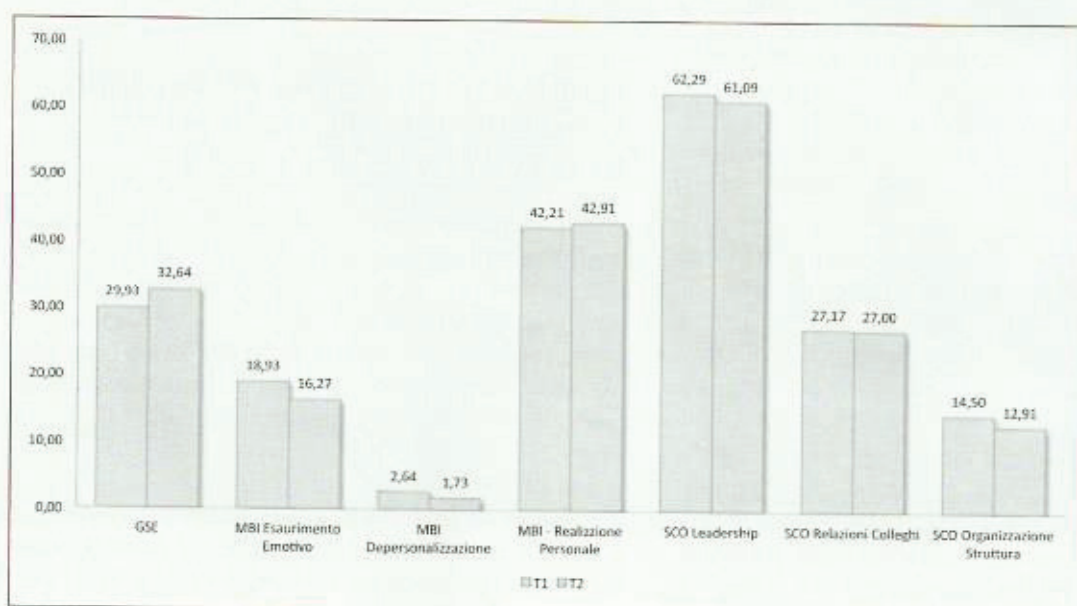


Grafico 2 - Medie punteggi ottenuti dall'analisi del gruppo di intervento a T1 e T2.

Tabella 2 - Significatività della differenza di punteggi delle variabili di *outcome* considerate nei due campioni.

Scala/Sottoscala	Significatività
GSE	$\beta = -.327$, $t(23) = 2.842$, $p = .105$
MBI - Esaurimento Emotivo	$\beta = .300$, $t(22) = .531$, $p = .601$
MBI - Depersonalizzazione	$\beta = .127$, $t(22) = .624$, $p = .539$
MBI - Realizzazione Personale	$\beta = -.059$, $t(22) = -.285$, $p = .778$
SCO - Leadership	$\beta = .031$, $t(22) = .149$, $p = .883$
SCO - Relazioni con i Colleghi	$\beta = .005$, $t(22) = .024$, $p = .981$
SCO - Organizzazione della Struttura	$\beta = .241$, $t(22) = 1.206$, $p = .240$

ESPERIENZE

traverso la *General Self-Efficacy Scale*: 29,93 a T1 e 32,64 a T2. Tale variazione di punteggio medio, pur non essendo statisticamente significativa ($p > .105$), risulta interessante se comparata a quella degli altri *outcome* misurati, soprattutto tenuto conto dei soli 3 mesi di distanza tra una misurazione e l'altra. Un dato degno di nota, dunque, il cui *trend* di crescita andrà valutato più attentamente, ed eventualmente confermato, a T3.

Nel Grafico 4 i valori medi dell'item dell'esaurimento emotivo del *Maslach Burnout Inventory* sono a T1 18,93 e a T2 16,27. Sempre nel Grafico 4 è descritto l'item della realizzazione personale con valori medi di 42,21 a T1 e 42,91 a T2; nello stesso grafico si osserva il livello di depersonalizzazione che dall'iniziale 2,64 diminuisce a 1,73 a T2.

Il Grafico 5 mostra invece l'andamento dei punteggi ottenuti nella Scala per la Percezione del Clima Or-

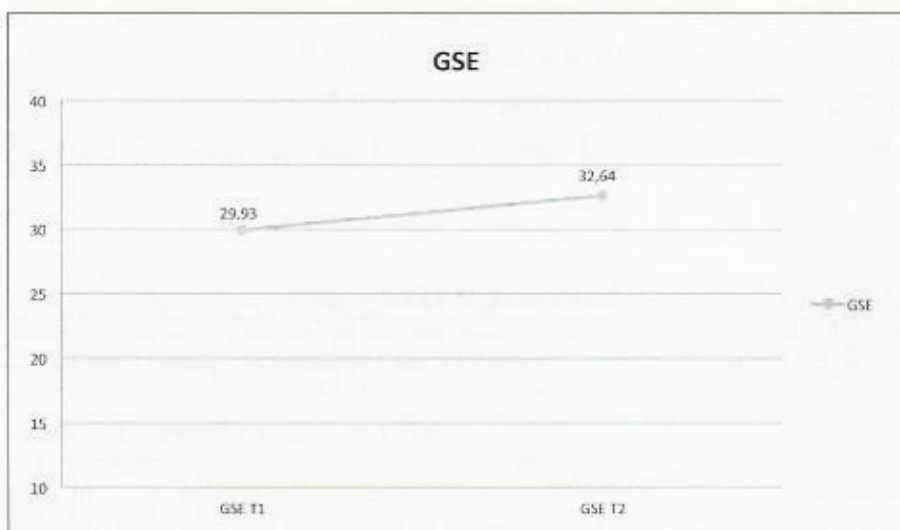


Grafico 3 - Medie dei punteggi al test *General Self-Efficacy Scale* (GSE) a T1 e T2.

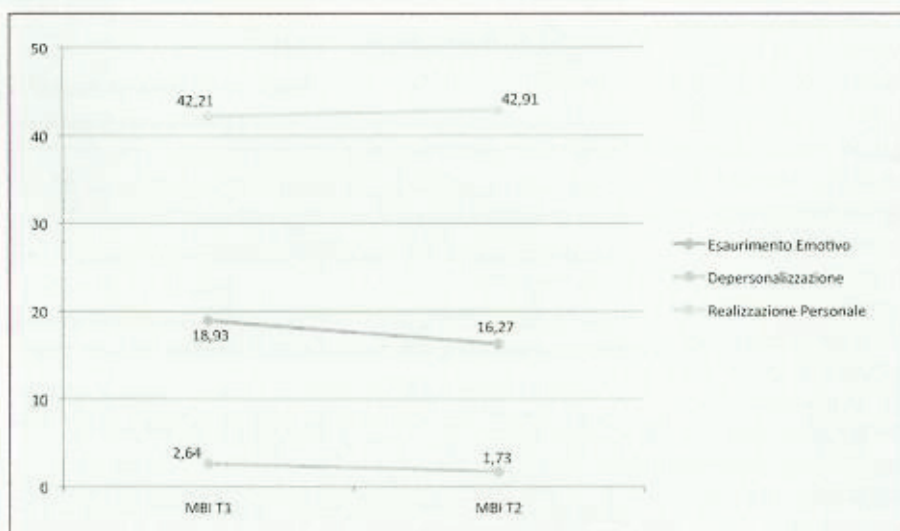


Grafico 4 - Medie dei punteggi del test *MBI* esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale a T1 e T2.

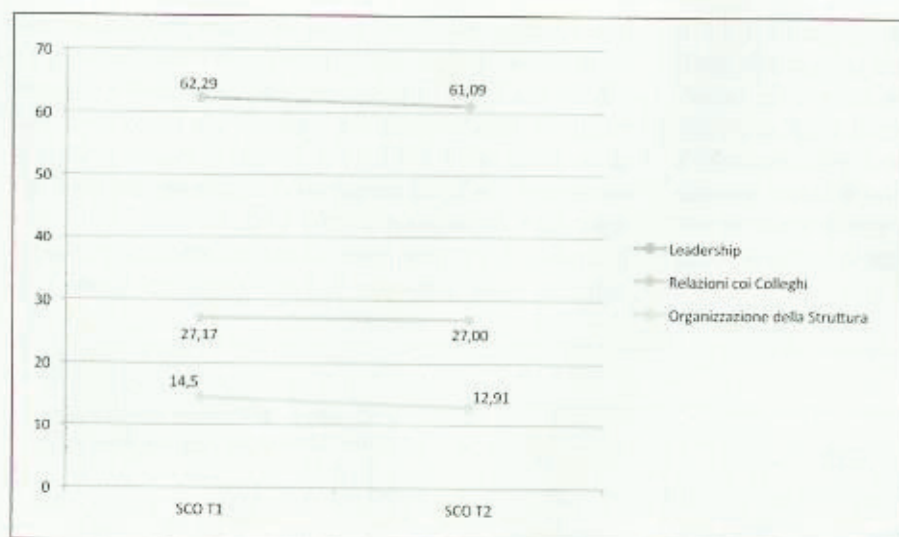


Grafico 5 - Mezie dei punteggi della Scala per la Percezione del Clima Organizzativo (SCO) a T1 e T2.

ganizzativo (SCO). Inaspettatamente, questi diminuiscono, pur trattandosi di variazioni non statisticamente significative caratterizzate da p-value rispettivamente di .883, .982, .240.

CONCLUSIONI

Le riflessioni degli operatori, il livello di consapevolezza e il benessere lavorativo esplicitato durante gli incontri e nel comportamento in reparto, incoraggiano a proseguire lo studio per valutare quale possa essere l'impatto economico di questa nuova proposta di formazione che ha coinvolto, complessivamente, la maggior parte degli operatori a cui l'iniziativa era rivolta (oltre il 60% ha partecipato alla metà degli incontri fermandosi anche oltre l'orario di servizio), con miglioramenti osservati e autonferiti nella qualità delle relazioni tra operatori sia sul piano professionale sia personale. I risultati economici di gestione ordinaria (costo per la sostituzione del personale assente, frequenza delle assenze, ecc.) nel reparto sperimentale rispetto al reparto di controllo non sono, allo stato attuale della sperimentazione, significativi. Tuttavia il trend evidenziato nelle ultime settimane di sperimentazione fa intravedere una riduzione delle assenze per malattia, con relativo risparmio nella sostituzione del personale (costo che incide del 70% circa sul bilancio dell'azienda sede della sperimentazione).

BIBLIOGRAFIA

- Alliger GM, Janak EA. Kirkpatrick's Levels of Training Criteria: Thirty Years Later. *Personnel Psychology* 1989; 42:331-342.
- Alliger GM, Tannenbaum SI, Bennett W, Trave H, Shotland A. A Meta-Analysis of the Relations Among Training Criteria. *Personnel Psychology* 1997; 50: 341-358.
- Argyris C. Knowledge for action: A guide to overcoming barriers to organizational change. Jossey-Bass San Francisco 1993.
- Baraldi S, Cifalino A. Training programs and performance measurement: Evidence from healthcare organizations. *Journal of Human Resource Costing and Accounting* 2009; 13 (4): 294-315.
- Smiles S. Self-help. John Murray Londra, 1859.
- Kropotkin P. Mutual Aid: a factor of evolution. William Heinemann, Londra, 1902.
- Katz AH, Bender EI. The strength in us. Self-help grows in the modern world Franklin Watts New York, 1976.
- Castiglioni M. L'auto-aiuto: avvisi ai naviganti, in Tognetti Bordogna M., (a cura di), Promuovere i gruppi di self-help. Franco Angeli Milano, 2002.
- Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach Burnout Inventory. Consulting Psychologists Press 1981.
- Sirigatti S, Stefanile C. Maslach Burnout Inventory in Italia alla luce dell'analisi fattoriale confirmatoria. *Bollettino di Psicologia Applicata* 1991; 200: 39-45.
- Jerusalem M, Schwarzer R. Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere 1992.
- Ripamonti CA, Monzani D, Preti E, Steca P. La realtà ospedaliera: analisi dei fattori coinvolti nel benessere dei medici e degli infermieri. *Rassegna di psicologia* 2011; 28(2), 69-84.

Valutazione di una strategia di interventi multipli e specifici nella riduzione delle cadute dei pazienti in un ospedale per acuti: uno studio controllato e randomizzato

A cura del gruppo di lavoro *Journal Club Collegio Ipasvi Milano-Lodi-Monza e Brianza: Anna Castaldo, Loris Bonetti, Stefano Mantovani, Camilla Boeri, Gaetano De Angelis, Andrea Galbiati, Giorgio Carniel, Paola Gobbi, Miriam Magri, Giovanni Muttillo*

Ang E, Mordiffi SZ, Wong HB. **Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial.** *J Adv Nurs* 2011 Sep;67(9):1984-92. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05646.x. Epub 2011 Apr 20.

Quesito/obiettivo dello studio

Valutare l'efficacia di una strategia di intervento mirata a ridurre il numero di cadute per i pazienti ad alto rischio.

Disegno dello Studio:

Studio Controllato e Randomizzato (*Randomised controlled trial-RCT*) della durata di 8 mesi, con una randomizzazione a blocchi e allocazione nascosta (*allocation concealed*). Tutti i pazienti sono stati analizzati nel gruppo originale di randomizzazione (*intention-to-treat analysis*).

Setting

Otto reparti di medicina di un ospedale di Singapore.

Partecipanti/Pazienti

Criteria di inclusione

Pazienti ammessi nei reparti di medicina:

- di età \geq 21 anni;
- identificati ad alto rischio di caduta attraverso la scala di valutazione di Hendrich (*Hendrich II Falls Risk model*)(1) con un punteggio \geq 5

Criteria di esclusione

Pazienti ricoverati prima dell'inizio dello studio;

Pazienti che erano caduti prima di una valutazione del rischio.

Intervento

Nel **gruppo di controllo** i pazienti ricevevano dagli infermieri di reparto l'assistenza abituale, secondo le linee guida ospedaliere basate sulle raccomandazioni ministeriali: valutazione dei fattori di rischio, campanello alla portata del paziente, spondine (a tre quarti), letto basso, braccialetto colorato al polso del paziente e notifica sulla scheda posta alla testata del letto per identificarlo a rischio di caduta, brevi