

Stefania Ghiglia¹, Lorenza Garrino², Albina Gargano³, Silvio Raspo⁴, Enrico Pira², Valerio Dimonte²

Le caratteristiche organizzative che influenzano il benessere lavorativo degli operatori di un Centro Alzheimer e di una RSA

¹ Nucleo Alzheimer, Residenza "Mater Amabilis Centro" - Consorzio Socio Assistenziale del cuneese e Coop. Sociale Quadrifoglio di Pinerolo

² Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

³ Master di organizzazione e coordinamento dell'assistenza infermieristica, Università degli Studi di Torino

⁴ Struttura Complessa di Geriatria e Cure intermedie. A.S.O. S. Croce e Carle di Cuneo

RIASSUNTO. La ricerca delle migliori condizioni lavorative e l'accrescimento della soddisfazione lavorativa sono elementi strategici nei processi di cura poiché il benessere lavorativo contribuisce quale fattore decisivo per il buon esito dei trattamenti. L'obiettivo dello studio è descrivere il grado di benessere organizzativo raccogliendo il punto di vista di un campione di infermieri ed operatori socio-sanitari che operano in due differenti strutture di area geriatrica: un Centro Alzheimer ed una RSA. È stato somministrato un questionario anonimo ad un campione composto da un totale di 59 soggetti, di cui 10 infermieri e 49 operatori socio sanitari che operano nelle due diverse strutture. I risultati dello studio mostrano un livello di soddisfazione elevato in entrambe le strutture esaminate. Emerge dalla ricerca che la percezione degli infermieri e degli operatori riguardanti le condizioni lavorative, le occasioni di apprendimento e di formazione, il lavoro in équipe, il riconoscimento dei meriti individuali è positiva. I disturbi del comportamento dei pazienti rappresentano per entrambi i gruppi fonte di fatica lavorativa. Altro aspetto che risulta stressante e faticoso è rappresentato dalle relazioni spesso difficili con i famigliari dei pazienti. Tra gli operatori della struttura RSA emerge la difficoltà e la fatica di lavorare in un setting ambientale inadeguato a supportare il personale nella gestione di particolari disturbi comportamentali, quali il vagabondaggio, le fughe e le cadute. Aspetti quali la retribuzione o l'equilibrio tra lavoro e tempo libero sono rilevanti per i soggetti intervistati, ma non sufficienti a renderli pienamente soddisfatti, se viene a mancare la percezione del riconoscimento del proprio lavoro e della qualità degli sforzi individuali che essi quotidianamente compiono.

Parole chiave: infermiere, operatore geriatrico, benessere organizzativo, soddisfazione lavorativa, stress, burnout.

ABSTRACT. ORGANIZATIONAL FEATURES INFLUENCING HEALTH WORKER'S FULFILLMENT IN AN ALZHEIMER CENTER AND IN A NURSING HOME. The pursuit of the best working conditions and of a rewarding job are pivotal elements in care process cause working satisfaction plays a main role to further the positive treatments outcome. Anonymous questionnaires were administered to 59 subjects (10 nurses and 49 health workers) operating in two different institutions, an Alzheimer centre and a nursing home, in order to describe their personal sensation about work's gratification. Our research shows up, in both institutions, a satisfying perception about working conditions, learning and educational opportunities, teamwork and individual skills recognition. Patients' behavioural disorders and hard relationship with families are source of strain and stress for both groups. The rest home staff complain about the unsuitable environmental conditions which make difficult the managing of particular minor behavioural disorders like wanderings, escapes and falls. Elements as salary and balance between work and free time are relevant for both groups but not adequate to fulfill their expectations if work recognition and individual daily efforts appreciation are lacking.

Key words: nurses, nurses aids, organizational wellbeing, job satisfaction, stress, burnout.

Introduzione

Oggi la promozione della salute è riconosciuta come obiettivo fondamentale nei contesti lavorativi ed ha trovato applicazione in campi diversi, tra cui quello del lavoro e delle organizzazioni. La salute e il benessere organizzativo in ambito sanitario rappresenta un fattore decisivo del buon esito dei trattamenti, per cui la ricerca delle migliori condizioni lavorative, assieme alla prevenzione dei fattori di stress e all'accrescimento della soddisfazione lavorativa diventano elementi strategici negli stessi processi di cura.

Avallone e Paplomatas (1), hanno definito con il termine "benessere o salute organizzativa", l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita ed il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative. Nel loro contributo viene sottolineata la capacità di un'organizzazione non solo di essere efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi, promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico ed alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora.

L'operatore geriatrico, che svolge un'attività a stretto contatto con le persone anziane e con problemi quali la cronicità della malattia e l'ineluttabilità della morte, è particolarmente soggetto all'impegno emotivo tipico delle "helping professions" e rappresenta per eccellenza l'esempio di un lavoratore ad alto rischio di stress e di malessere; il rischio può aumentare ancor di più, in coloro che lavorano in Unità speciali Alzheimer e che sono esposti a contatti prolungati nel tempo con persone affette da deterioramento cognitivo e da gradi diversi di disagio psichico e comportamentale (2). I Nuclei Alzheimer o le "Special Care Units", infatti, sono reparti specifici, deputati alla gestione delle situazioni più "critiche" della malattia, in cui vengono ricoverati pazienti affetti da demenza tendenzialmente più "giovani", con prestazioni cognitive e funzionali meglio conservate, con un minor grado di comorbidità, ma con una maggiore prevalenza/gravità di disturbi del comportamento rispetto ai pazienti degenti ricoverati nei reparti RSA o "Nursing Home", che si fanno, invece, carico della gestione delle fasi più avanzate della malattia, i cui pazienti

risultano invece più “anziani”, maggiormente compromessi sul piano cognitivo, funzionale e della comorbidità, ma con una minor prevalenza/gravità di disturbi comportamentali (3). Per valutare l'efficacia e i costi di questi servizi rispetto alle “nursing home” tradizionali sono quindi stati avviati diversi studi, in cui sembra emergere per i pazienti con demenza in fase avanzata o con disturbi comportamentali, un trend positivo in termini di costo-beneficio, di minor consumo di farmaci (ma non di psicofarmaci) e di un minor ricorso alla contenzione fisica per i Nuclei Alzheimer (4).

In queste aree professionali, di conseguenza, le abilità tecniche dell'operatore devono essere accompagnate, sorrette e a volte sostituite da notevoli capacità umane, relazionali e disponibilità personale. Studi recenti hanno confermano che il benessere organizzativo può essere uno dei migliori predittori della performance lavorativa, nonché della soddisfazione sul posto di lavoro. Inoltre, contribuendo a ridurre lo stress nell'ambiente di lavoro, ha limitato i casi di abbandono, assenteismo e burnout, apportando alle organizzazioni stesse anche dei benefici finanziari (5, 6).

Un'altra indagine condotta su un campione stratificato di 3156 infermieri di 21 ospedali dell'Ontario, ha evidenziato che le caratteristiche di leadership nelle singole unità operative hanno effetti positivi diretti sull'impegno organizzativo. Nelle conclusioni dello studio si sottolinea l'importanza della leadership nel creare un ambiente di lavoro basato sull'empowerment che è in grado di migliorare il benessere del personale e fronteggiare le problematiche connesse alla carenza di forza lavoro infermieristica (7).

Per il benessere lavorativo assume un ruolo fondamentale la leadership di chi coordina le attività cliniche che è in grado di influenzare la percezione che gli infermieri hanno circa la propria organizzazione. Garantire, pertanto, la partecipazione degli infermieri ai processi organizzativi, significa non solamente assicurare maggiori spazi di decisione, ma anche offrire nuove opportunità per valorizzare i talenti ed accrescere il benessere degli stessi (8, 9, 10, 11).

Il Coordinatore infermieristico, come figura direttamente coinvolta nella gestione delle risorse umane e anche nella scelta dei modelli organizzativi per l'assistenza, è chiamato a migliorare la qualità dell'assistenza al fine di contribuire al benessere lavorativo volto a prevenire l'esaurimento emotivo dei propri collaboratori, favorendo la soddisfazione lavorativa.

L'obiettivo del presente studio è descrivere il grado di benessere organizzativo, attraverso l'analisi della soddisfazione lavorativa, raccogliendo il punto di vista di un campione di infermieri ed operatori socio-sanitari che operano in due differenti strutture di area geriatrica della città di Cuneo: un Centro Alzheimer ed una RSA.

Materiale e metodi

Le strutture sanitarie con valenza geriatrica prese in esame sono due:

1) *Il Centro Alzheimer* di Cuneo, denominato “Mater Amabilis sezione Centro”, nasce nell'aprile 2009 e conta 50 posti letto. Ospita persone affette da demenza

con gravi disturbi del comportamento ed è suddiviso in 4 Nuclei: il Centro Diurno Alzheimer, il Nucleo Alzheimer Temporaneo e i due Nuclei RSA Alzheimer.

2) *La struttura RSA “S. Antonio”* di Cuneo, conta 60 posti letto, suddivisi in tre Nuclei da 20. Accoglie anziani non autosufficienti, non curabili a domicilio. Ospita anche persone affette da demenza, ma si fa carico della gestione delle fasi più avanzate della malattia, i cui pazienti risultano più “anziani”, maggiormente compromessi sul piano cognitivo, funzionale e della comorbidità, ma con una minor prevalenza/gravità di disturbi comportamentali.

In questa ricerca il campione complessivo è composto da un totale di 59 soggetti, di cui 10 infermieri e 49 operatori socio sanitari che operano in due diverse strutture geriatriche della città di Cuneo: il Centro Alzheimer “Mater Amabilis sezione Centro” e la struttura RSA per anziani “S. Antonio”.

Per questa ricerca di tipo descrittivo ci si è avvalsi di un questionario suddiviso in tre sezioni:

- a) *il Questionario di Soddisfazione Organizzativa* (12): si richiede all'intervistato di esprimere un giudizio riguardo il proprio livello di soddisfazione per ciascuno degli aspetti lavorativi proposti (indagati attraverso venti item), in funzione delle condizioni vissute nella propria azienda. Il livello di soddisfazione viene misurato su di una scala a sette punti: 1=“per nulla soddisfatto”; 7=“completamente soddisfatto”. Nello specifico sono stati sostituiti alcuni degli item proposti che facevano riferimento ad aspetti lavorativi non correlati alle caratteristiche dei servizi presi in considerazione. Nel modello originale del QSO si faceva riferimento ai “benefit integrativi” e alle “opportunità di carriera”, strumenti difficilmente utilizzati nel settore socio-assistenziale. Per tale motivo questi due item sono stati sostituiti con altre due voci: le “relazioni con ospiti” e le “relazioni con i loro familiari”, ovviamente non previste nel modello originale di QSO, ma ritenute estremamente importanti per la nostra indagine. Infine, l'item relativo alla “programmazione e controllo delle attività” è stato modificato in “pianificazione assistenziale e valutazione”.
- b) *Questionario con domande aperte*: viene richiesto agli intervistati di descrivere, in maniera sintetica, gli aspetti maggiormente rilevanti della loro esperienza lavorativa nell'azienda. L'intento di queste domande è stato quello di offrire agli operatori l'occasione di esprimere liberamente la propria interpretazione sugli aspetti e le dinamiche lavorative interne alla propria struttura. In questo modo è stato possibile ampliare lo sguardo oltre agli aspetti proposti con il questionario e favorire l'emergere di dimensioni sottovalutate, invece importanti nel vissuto degli operatori.
- c) *Sezione anagrafica del questionario*: comprende le proprietà degli individui, come età, sesso, ruolo professionale ricoperto, posizione lavorativa, tipologia di contratto, anzianità lavorativa e curriculum formativo. Queste informazioni hanno consentito di qualificare meglio il profilo anagrafico dei rispondenti e di verificare l'esistenza di correlazioni fra alcune di queste caratteristiche e il livello di soddisfazione espresso.

Per l'analisi quantitativa, i dati sono stati raccolti su un foglio di calcolo excel e successivamente elaborati con il programma di elaborazione statistica SPSS versione 15 per windows. Per il confronto univariato tra frequenze è stato utilizzato il test chi quadro o il test esatto di Fisher. È stato poi costruito un modello di analisi multivariata mediante regressione logistica.

Nell'analisi qualitativa è stato utilizzato il metodo della Content Analysis (13, 14) che ha permesso di identificare i temi emergenti derivanti dalle domande aperte presenti nel questionario. I questionari sono stati letti più volte per definirne il senso. Le risposte degli intervistati sono state estratte e raggruppate in un testo. La scelta dei temi è avvenuta dopo un confronto e una discussione tra gli autori.

Risultati

Analisi quantitativa

Sono stati consegnati 65 questionari e ne sono stati restituiti e analizzati 59, corrispondenti all'90,7% della popolazione esaminata, nello specifico 33 provenienti (50,7%) dal Centro Alzheimer e 26 (40%) dalla RSA. Dall'analisi dei dati si evincono le principali variabili del campione (tabella I): in entrambe le strutture prese in esame l'83% sono Operatori Socio Sanitari, mentre il restante 17% Infermieri. Questa ripartizione è perfettamente in linea con la ripartizione rilevata a livello nazionale nell'indagine Istat (15). L'89,9% dei rispondenti sono donne, mentre il restante 10,2% uomini. L'età media del personale delle due strutture è 39,6 anni. Nello specifico, per il Centro Alzheimer l'età media è di 36,6 anni e per la RSA è di 43,4 anni.

I lavoratori di nazionalità italiana sono pari al 69,5%, mentre quelli stranieri sono il 27,1%. I lavoratori di nazionalità italiana sono in percentuale nettamente maggiore presso la struttura RSA, poiché il personale O.S.S.

è gestito da un ente pubblico (a differenza del Centro Alzheimer il cui personale è gestito da una cooperativa sociale) e l'accesso avviene tramite concorso che prevede tra i requisiti richiesti la cittadinanza italiana.

Per quanto riguarda l'anzianità lavorativa vi è un grosso divario tra le due strutture prese in esame. Nel Centro Alzheimer il 96,9% di tutto il personale presta servizio presso la struttura da meno di cinque anni, poiché la struttura è stata aperta da poco più di tre anni. Nella RSA, invece, l'73,1% del personale lavora da più di 5 anni.

Rispetto alla tipologia contrattuale, vi è una maggiore concentrazione di rispondenti in corrispondenza del contratto a tempo indeterminato (72,9%) a fronte di un numero più ristretto di contratti a tempo determinato (25,4%). Per quanto riguarda la formazione, il 100% degli infermieri e l'80% degli operatori socio-sanitari dichiara di aver frequentato corsi formativi negli ultimi due anni, su temi legati alle principali problematiche di pazienti che vengono da loro assistiti. Infine, rispetto ai turni di lavoro, il 57,6% svolge i tre turni (compresa la notte) e circa il 68% del personale dichiara che la turnazione è causa di stress in famiglia.

L'analisi delle risposte della prima parte del questionario, relative all'analisi quantitativa del questionario di Cortese, evidenzia in entrambe le strutture, un livello di soddisfazione superiore al valore centrale della scala utilizzata (soddisfazione > 4). Nello specifico, il punteggio medio totale della scala di Cortese è maggiore nel Centro Alzheimer (110.5 ± 20.8), rispetto alla struttura RSA (106.5 ± 14.6). Per il Centro Alzheimer gli item che si collocano agli estremi della scala di soddisfazione sono il "Livello di retribuzione" (4,09 ± 2.02) e le "Relazioni con i pazienti" (6,70 ± 0.46), mentre per l'RSA sono l'"Equilibrio tra lavoro e tempo libero" (4.27 ± 1.43) e la "Relazione con colleghi" (6.08 ± 0.68) (tabella II).

Dopo aver presentato i primi risultati concernenti la misurazione della soddisfazione organizzativa, appare interessante verificare se sussistano delle possibili associazioni

Tabella I. Descrizione del campione dei rispondenti

	Campione Totale	Centro Alzheimer	RSA
TIPO OPERATORE	59	33	26
Infermiere	10 (17%)	5 (15.2%)	5 (19.2%)
O.S.S.	49 (83%)	28 (84.8%)	21 (80.8%)
SESSO (Inf. e O.s.s.)	59	33	26
Maschi	6 (10,2%)	4 (12.1%)	2 (7.7%)
Femmine	53 (89,8%)	29 (87.9%)	24 (92.3%)
Cittadinanza italiana (Inf. e O.s.s.)	59	33	26
Si	41 (69.5%)	18 (54.5%)	23 (88.5%)
No	16 (27.1%)	13 (39.5%)	3 (11.5%)
Nessuna risposta	2 (3.4%)	2 (6%)	
Titolo di studio degli Infermieri	10	5	5
Diploma infermiere scuola regionale	4 (40%)	1 (20%)	3 (60%)
Diploma di Laurea Infermieristica (1° livello)	6 (60%)	4 (80%)	2 (40%)
Anzianità lavorativa nelle strutture presa in esame (Inf. e O.s.s.)	59	33	26
Da 0 a 5 anni	39 (66.1%)	32 (96.9%)	7 (26.9%)
Da 6 a 9 anni	4 (6.8%)	0 (0%)	4 (15.4%)
Da più di nove anni	15 (25.5%)	0 (0%)	15 (57.7%)
Nessuna risposta	1 (1.6%)	1 (3.09%)	

Tabella II. *Principali fonti di soddisfazione e insoddisfazione per i vari gruppi presi in esame*

	Principali fonti di INSODDISFAZIONE	m + d.s.	Principali fonti di SODDISFAZIONE	m + d.s.
Centro ALZHEIMER (OSS + infermieri)	- Livello di retribuzione	4.09 ± 2.02	- Relazioni con i pazienti	6.70 ± 0.46
RSA (OSS + infermieri)	- Livello di retribuzione - Equilibrio tra lavoro e tempo libero	4.27 ± 1.43 4.15 ± 1.51	- Relazione con colleghi	6.08 ± 0.68
Infermieri (C. Alzh. + RSA)	- Occasioni di apprendimento e formazione	4.90 ± 1.28	- Relazione con i colleghi - Relazione con i pazienti	6.70 ± 0.48 6.30 ± 0.48
OSS (C. Alzh. + RSA)	- Livello di retribuzione - Equilibrio tra lavoro e tempo libero	4 ± 1.18 4.17 ± 2.01	- Occasioni di apprendimento e formazione - Relazione con i pazienti	6.26 ± 0.76 6.29 ± 0.89

fra queste variabili (sintetizzate negli item) ed alcune caratteristiche individuali degli operatori intervistati (nazionalità; funzione svolta; tipologia di contratto di lavoro). Nello specifico i dipendenti stranieri (109.7 ± 1.05) dichiarano livelli di soddisfazione superiori ai colleghi italiani (106.1 ± 0.95). Allo stesso modo è possibile individuare una relazione fra tipo di contratto e soddisfazione: i lavoratori inquadrati in tipologie contrattuali più “deboli” (contratto a tempo determinato) sembrano trovare mediamente più soddisfacenti molti aspetti della propria vita lavorativa (115.4 ± 1.56), rispetto a quelli con contratto a tempo indeterminato (105.2 ± 1.48). Dall’analisi multivariata eseguita suddividendo l’intero campione, sulla base del punteggio di Cortese, in due gruppi uguali (al 50° percentile; punteggio = 111) è risultata l’anzianità lavorativa (> a 5 anni), come unico predittore indipendente di insoddisfazione (tabella III). Dai dati della ricerca si evince che il gruppo con un’anzianità lavorativa maggiore o uguale a 5 anni ha un rischio di essere insoddisfatto del 14,5% in più rispetto al gruppo con un’anzianità lavorativa inferiore a 5 anni.

Analisi qualitativa

L’analisi qualitativa ha esplorato il percepito degli operatori relativi all’attività lavorativa dei due gruppi e dall’altra i principali interventi che, secondo gli intervistati, dovrebbero essere messi in atto per migliorare il benessere lavorativo.

Per quanto riguarda gli aspetti di maggiore difficoltà sono emersi tre temi:

- la gestione di pazienti con disturbi del comportamento e di relazione;

- la gestione di pazienti non autosufficienti nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana;
- la gestione delle relazioni con i famigliari dei pazienti. La tabella IV mostra i 16 elementi strutturali organizzati secondo ciascuno dei 3 temi.

La gestione di pazienti con disturbi del comportamento e di relazione

Insieme ai sintomi che coinvolgono le funzioni intellettuali, compaiono i sintomi psichici e comportamentali che rappresentano una delle fonti di maggiore stress e fatica per coloro che prestano assistenza. L’agitazione rappresenta la sintomatologia di più comune riscontro, e può presentarsi in vario modo, da una semplice irrequietezza fisica, all’incapacità di stare fermi, sino a forme più gravi di ansia ed aggressività.

“Comporta molta fatica prendersi cura dei nostri ospiti, non è una fatica fisica, ma mentale ... Ad esempio la signora Maria ogni giorno cammina su e giù per il soggiorno, risistema i cuscini, apre e chiude in continuazione i cassetti della credenza e le porte delle camere, innervosendo tutti gli altri ospiti. Un giorno avemmo un’idea. Andai in lavanderia a prendere tutti gli asciugamani puliti, li raccolsi alla rinfusa e li portai a Maria, chiedendole se poteva piegarli perché noi non ne avevamo il tempo. Lei si mise subito al lavoro e la sua agitazione di lì a poco si calmò” (Int. n° 22).

“Talora, di fronte ad alcune situazioni provo un senso di dispiacere e frustrazione. Un giorno tutti gli ospiti partecipanti alla gita erano seduti, pronti a partire, quando la signora Lucia si avvicinò al minibus ed improvvisamente cominciò ad urlare e scaraventò a terra la borsetta, in un

Tabella III. *Anzianità lavorativa e soddisfazione relativa all’espletamento del proprio lavoro*

ANZIANITÀ LAVORATIVA	Campione suddiviso a metà: al 50° percentile		Totale
	Insoddisfatti	Soddisfatti	
< a 5 anni	7 (29.2%)	17 (70.8%)	24
> a 5 anni	25 (71.4%)	10 (28.5%)	35
	32	27	59

	β	E.S.	R.R.	IC 95%
Anzianità lavorativa > a 5 anni	- 1.92	0.97	0.145	0.02-0.96

Tabella IV. Gli elementi strutturali per ciascun tema che determinano "fatica" lavorativa

TEMA	ELEMENTO STRUTTURALE
La gestione di pazienti con disturbi del comportamento e di relazione	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vagabondaggio ed affaccendamento. ❖ Necessità di supervisione continua. ❖ Tentativi di fuga ed allontanamento ❖ Aggressività fisica. ❖ Aggressività verbale. ❖ Affaticamento mentale al termine del turno di lavoro. ❖ Difficoltà nel comprendere i loro bisogni. ❖ Difficoltà a comprendere i gesti correlati all'assistenza. ❖ Setting ambientale non idoneo.
La gestione di pazienti non autosufficienti nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana	<ul style="list-style-type: none"> ❖ È presente di un sovraccarico lavorativo. ❖ Quando si termina il turno di lavoro si è fisicamente affaticati. ❖ Il soddisfacimento dei bisogni di base in pazienti non autosufficienti e debilitati è "pesante" e "faticoso". ❖ L'assistenza a pazienti ad elevato rischio caduta è impegnativa.
La gestione delle relazioni con i famigliari dei pazienti.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sospettosità e controllo dell'operato del personale. ❖ Clima di sfiducia nei confronti del personale. ❖ I famigliari riversano le loro ansia sul personale.

accesso di rabbia. Noi operatori facemmo del nostro meglio, ma non riuscimmo a calmarla. Infine, passato qualche minuto, esordimmo dicendo: "Allora, andiamo a guardare quelle foto?" Lei si lasciò riaccompagnare al Centro Diurno e gli altri ci seguirono. L'escursione venne annullata, ma tutti si calmarono" (Int. n° 4).

La gestione di pazienti non autosufficienti nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana.

Con la progressione della malattia, la confusione e soprattutto il disorientamento diventano abituali e malgrado la persona sia ancora in grado di svolgere qualche compito, il livello di autonomia si riduce progressivamente. Di conseguenza aumenta la necessità di supervisione ed assistenza.

"Il momento dell'igiene mattutina ed il cambio di abiti è sempre estremamente difficile. Gradualmente ho compreso l'importanza di alcune strategie che hanno modificato la mia qualità di vita lavorativa e quella dei nostri ospiti. Ad esempio, invece di chiedere alla Sig.ra Caterina: 'che cosa vuoi metterti oggi?' Stendo sul letto due tipi di abbigliamento e le chiedo quale preferisce indossare" (Int. n° 2).

"Il Sig. Giuseppe è così agitato che non riesce neanche a star seduto il tempo di un pasto. Ma gli fa piacere prendere un panino e mangiarselo mentre cammina" (Int. n° 34).

La gestione delle relazioni con i famigliari dei pazienti

Con la progressione dei sintomi la malattia assume le caratteristiche di "malattia familiare", con tutte le conseguenze che questo comporta: nuovi oneri assistenziali, nuove dinamiche e ruoli. Nella fase terminale della malattia l'inversione dei ruoli può portare il caregiver a vivere un forte senso di angoscia o di colpa, con il rimorso di non aver fatto abbastanza.

"È faticoso prendersi cura dei malati, ma ancora di più dei loro famigliari ... sono persone che vivono forti sensi di colpa e che talvolta riversano il loro disagio su noi operatori".

"Non riesco a spiegarmelo, ma quando il Sig. Luigi non sta bene sua moglie riesce sempre a comprendere che cosa non va in lui. Talvolta i miei colleghi appaiono infastiditi ...".

In relazione, invece, ai principali interventi che, secondo gli intervistati, dovrebbero essere messi in atto per migliorare il benessere lavorativo, sono emersi tre temi:

- interventi incentrati sull'ambiente e sui luoghi di cura;
- interventi incentrati sulla relazione e sul lavoro di équipe;
- interventi incentrati sulla formazione del personale.

La tabella V mostra i 9 elementi strutturali organizzati secondo ciascuno dei 3 temi.

Interventi incentrati sull'ambiente e sui luoghi di cura

La maggior parte dei disturbi del comportamento non sarebbero l'espressione diretta del deficit cognitivo causato dalla malattia, ma bensì l'espressione di una domanda sbagliata che l'ambiente rivolge alla persona con demenza; in qualche modo un prodotto dell'ambiente più che della malattia.

"Nelle nostre RSA per meglio prenderci cura degli ospiti che assistiamo e migliorare contestualmente la nostra qualità lavorativa sarebbe importante lavorare in ambienti architettonicamente adeguati e con caratteristiche volte a compensare i deficit cognitivi e comportamentali dei pazienti; ad esempio: pavimenti di colore uniforme, vie di fuga allarmate, percorsi per il wandering, ausili per ri-orientare il paziente nello spazio e nel tempo, ecc..".

Interventi incentrati sull'operatore e sul lavoro di équipe

Il lavoro di équipe costituisce un punto di forza nello stile di lavoro di un gruppo. La capacità di integrare competenze professionali diverse per garantire ricchezza, unitarietà e coerenza degli interventi, attraverso il lavoro multidisciplinare, può rappresentare un aspetto fondamentale per la qualità dell'assistenza agli anziani ed il benessere

Tabella V. *Gli elementi strutturali per ciascun tema, volti a migliorare il benessere organizzativo*

TEMA	ELEMENTO STRUTTURALE
Interventi incentrati sull'ambiente e sulle risorse	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Garantire un margine di autonomia decisionale e una partecipazione attiva agli obiettivi. ❖ Pianificare i livelli di intervento; fornire agli operatori programmi chiari e ben definiti.
Interventi incentrati sulla relazione e sul lavoro di équipe	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aumentare la collaborazione e l'integrazione tra le figure professionali. ❖ Migliorare la condivisione delle informazioni. ❖ Aumentare la motivazione del personale, attraverso un sistema premiante.
Interventi incentrati sulla formazione del personale	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Formazione incentrata sulle strategie relazionali nell'équipe di lavoro. ❖ Formazione incentrata sulle strategie relazionali con il paziente anziano e demente. ❖ Formazione incentrata sulla gestione della persona demente con disturbi del comportamento. ❖ Formazione incentrata sulla corretta movimentazione del paziente.

del gruppo di lavoro. In geriatria la “tecnologia” sono gli operatori e la qualità della care può essere garantita principalmente dalla loro capacità di prendersi cura dei pazienti. Lo stress e la frustrazione connessi a questo compito oneroso, fattori che possono essere accentuati dall'impreparazione e dall'inadeguatezza, il rapporto dispendioso con i caregiver, motivi riguardanti l'organizzazione del lavoro, sono tutti elementi che possono contribuire a mettere a repentaglio le energie dell'operatore e la sua tenuta nel tempo.

“Lavorare in un gruppo di lavoro ti permette di suddividere il peso e la fatica della presa in carico dei pazienti e dei loro famigliari”.

“Lavoriamo quotidianamente a contatto con persone che necessitano della nostra assistenza continua ... il nostro benessere influisce inevitabilmente sul loro benessere e sulla qualità della cure che eroghiamo.”

Interventi incentrati sulla formazione del personale

Il ruolo della formazione assume un aspetto centrale, poiché diventa un passaggio necessario per acquisire conoscenze teoriche ed abilità pratiche in grado di offrire all'operatore la tranquilla conoscenza del proprio ruolo, affrontando senza ansie e frustrazioni le difficoltà che la professione presenta nei diversi luoghi di cura. Inoltre, può assumere un ruolo di “protezione” rispetto agli stress indotti dalla professione.

“Partecipare a corsi di formazione o a giornate di formazione sul campo mi permette di acquisire nuove conoscenze e competenze ed essere più forte e preparato a fronteggiare le problematiche lavorative quotidiane”.

“La formazione che acquisisco quotidianamente sul campo rappresenta per me una boccata di ossigeno che mi ristora e mi ricarica”.

Discussione

Alla luce dei risultati della ricerca condotta emergono alcune considerazioni significative.

Nel complesso, i risultati dello studio mostrano un livello di soddisfazione elevato in entrambe le strutture

esaminate, anche se risulta maggiore presso il Centro Alzheimer, in cui più del 90% del personale dichiara di essere soddisfatto del proprio lavoro e di non volerlo cambiare.

I disturbi del comportamento rappresentano per entrambi i gruppi fonte di fatica lavorativa. Tali manifestazioni comportamentali costituiscono molto spesso una vera e propria reazione difensiva del malato da qualcosa da cui si è sentito minacciato. Questo comportamento può mettere in grave difficoltà emotiva e pratica chi si prende cura. Assistere a reazioni violente può essere molto impegnativo, tanto più se non è comprensibile cosa l'abbia scatenata (16). Diventa, pertanto, fondamentale far comprendere al gruppo di lavoro che tali reazioni del malato fanno parte della malattia e non dell'individuo stesso (17). Nello specifico, presso il Centro Alzheimer, nonostante gli operatori dichiarino che i disturbi comportamentali dei pazienti rappresentino una delle principali fonti di stress l'item della scala di Cortese, relativo alla relazione con l'utenza, ha ottenuto il punteggio di soddisfazione più alto. Potrebbe significare che lo sviluppo di competenze specifiche connesse con l'esperienza lavorativa, e parallelamente, formativa consenta agli operatori di tollerare meglio situazioni potenzialmente stressanti, facilitando l'adattamento al proprio ruolo. La *tolleranza* ha, infatti, fondamenti differenti rispetto a quella dei caregivers perché non legata all'affettività ed all'educazione, ma alla professionalità. Tolleranza significa sopportare il “disordine” comportamentale del paziente e le richieste e le lamentele fuori luogo dei famigliari, ambedue condizioni che si presentano frequentemente nell'ambito psicogeriatrico. La tolleranza è costituita innanzitutto dalla sopportazione, nonché dall'entità e dalla durata dell'esposizione allo stress. È una dote innata, ma, proprio perché tale, è molto variabile fra operatori e negli stessi operatori nel tempo. Quello che dovrebbe rendere uniforme la tolleranza (prerequisito fondamentale in un team) è l'interpretazione del comportamento del paziente. La comprensione dell'“altro” è la parte curativa della tolleranza, cioè il mantenere il giusto distacco dagli eventi e allo stesso tempo il fondamento di ogni strategia terapeutica. Quanto tale aspetto possa essere controllato dalla formazione non è noto, ma certamente almeno una

parte delle difficoltà viene superata da insegnamenti che inducano a comprendere le cause dei comportamenti clinici e gli approcci curativi più appropriati (2). Altro aspetto che risulta stressante e faticoso, per entrambi i gruppi e per entrambe le figure professionali prese in esame, è rappresentato dalle relazioni spesso difficili e poco gratificanti con i familiari dei pazienti. I familiari che assistono un malato affetto da demenza sono spesso preda di sensi di colpa, dovuti a una vastissima gamma di sentimenti ed emozioni: risentimento, paura, preoccupazione, sfiducia, timore di non essere adeguati o di aver fatto gravi errori. Il familiare si sente in colpa per il disagio che prova di fronte al malato, perché si arrabbia o ha degli scatti d'ira; si sente in colpa quando il malato perde sempre di più le sue capacità; si sente in colpa quando è costretto a pensare a sé stesso oppure quando è costretto ad affidare il malato ad altri. È importante che i familiari sappiano che queste emozioni, a volte laceranti, sono comuni e solo la consapevolezza può aiutare a superarle (18, 19). La gestione di queste relazioni necessita e comporta l'acquisizione di specifiche competenze relazionali ed educative dei professionisti.

A differenza di tutte le relazioni che instauriamo nella nostra vita sociale, nelle quali ricerchiamo e ci attendiamo "reciprocità", la relazione di aiuto che instauriamo con il paziente e con i suoi familiari, si caratterizza per, la più o meno consapevole, mancanza di questa aspettativa. Sembrerebbe dunque, che chi presta aiuto, si "offra" unilateralmente, senza chiedere o attendersi alcun ritorno. Una relazione di questa natura si presenta asimmetrica, quindi assai sbilanciata e squilibrata; per queste ragioni richiede un enorme sforzo emotivo e anche notevoli doti di equilibrio personale. Ma c'è ancora un aspetto che rende più gravosa questa relazione: il fattore tempo. Per mantenere in vita relazioni d'aiuto con pazienti e familiari, viene richiesta continuità e sistematicità, cioè una capacità quotidiana. Pertanto, in mancanza di riconoscenza da parte del familiare e del paziente, una forma sostitutiva di "risarcimento" è rappresentata dall'aver riconoscimenti per ciò che si fa, da parte dei collaboratori e dei superiori che può esplicitarsi attraverso sistemi di responsabilizzazione e coinvolgimento, maggiore autonomia e discrezionalità (2). Dai risultati emersi dalla ricerca tale aspetto risulta particolarmente sviluppato nel sistema organizzativo del Centro Alzheimer i cui livelli di soddisfazione risultano elevati per ciò che concerne l'autonomia, la discrezionalità e il riconoscimento dei meriti individuali.

Tra gli operatori della struttura RSA, invece, emerge la difficoltà e la fatica di lavorare in un setting ambientale inadeguato a supportare il personale nella gestione di particolari disturbi comportamentali, quali il vagabondaggio, le fughe e le cadute. Ciò dimostra che lo spazio fisico rappresenta un elemento cardine dell'approccio protesico-terapeutico: piccole modifiche tese a rendere l'ambiente maggiormente sicuro, interpretabile e usufruibile per i malati, ha buoni risultati sullo stress, a conferma della relazione dinamica esistente tra gli elementi della protesi di cura: spazio (architettura, arredo, tecnologia), persone (operatori e volontari, ecc.) e programmi (attività e progetti). I luoghi assumono importanza sempre maggiore per

il raggiungimento degli obiettivi cura, man mano che i pazienti manifestano un livello sempre più marcato di fragilità fisica, psicologica e sociale (20). Gli ambienti possono diventare elemento determinante per il raggiungimento degli obiettivi di salute oppure essere, al contrario causa di peggioramento delle condizioni psicofisiche dei pazienti (20). Da ultimo, il confronto tra la soddisfazione dello staff operante secondo un modello protesico all'interno del Centro Alzheimer e quella dello staff operante all'interno delle RSA, conferma che il modello protesico, per la sua capacità di coinvolgere sia gli elementi principali che di contesto della cura, rappresenta una scelta tesa a promuovere non solo il benessere del malato, ma anche di chi del malato si occupa (21).

Per ciò che concerne il lavoro di équipe, dai risultati del presente lavoro, nel Centro Alzheimer, rispetto alla RSA, si evidenzia tra il personale un minor grado di soddisfazione nella relazione tra i colleghi e nella collaborazione e nell'integrazione tra i membri dell'équipe. Tale aspetto potrebbe essere conseguenza del fatto che il gruppo di lavoro del Centro Alzheimer è relativamente "giovane" e, pertanto, non ancora sufficientemente maturo e coeso. È bene ricordare che il lavoro di équipe costituisce un punto di forza, che acquisisce ancora più valore in ambito geriatrico, dove la tecnologia è rappresentata dagli operatori e dalle loro capacità di prendersi cura dei pazienti. La capacità di integrare competenze professionali diverse per garantire ricchezza, unitarietà e coerenza degli interventi, attraverso il lavoro multidisciplinare svolto in gruppo, rappresenta un aspetto fondamentale per la qualità dell'assistenza agli anziani dementi e, pertanto, un modello irrinunciabile di lavoro a cui tendere (22).

Infine, non meno importante risulta anche creare programmi di formazione manageriale e di sviluppo per il personale di coordinamento e di supervisione, dedicando particolare attenzione a quegli aspetti del ruolo che creano maggiori difficoltà ai professionisti. I supervisori possono essere sollecitati ad elaborare uno stile più consultivo e a sviluppare maggiore attenzione e apertura alle indicazioni dei dipendenti per far sì che i lavoratori percepiscano l'interesse nei confronti delle loro idee e dei suggerimenti (23). La formazione diventa quindi un passaggio necessario per acquisire conoscenze teoriche ed abilità pratiche in grado di offrire all'operatore la tranquilla coscienza del proprio ruolo, affrontando senza ansie e frustrazioni le difficoltà che la professione presenta nei diversi luoghi di cura (19). Dai risultati della ricerca si è, infine, evidenziato chiaramente sull'intero campione che l'anzianità lavorativa può incidere negativamente sul grado di soddisfazione lavorativa. Anche Cortese (12) riscontra delle correlazioni simili nel suo lavoro di standardizzazione del QSO e riconduce tali particolarità al momento evolutivo caratterizzante alcuni contesti organizzativi italiani. Le aspettative che i lavoratori assumono al momento della loro entrata nel mondo del lavoro e che strutturano durante la loro vita lavorativa, si vedono progressivamente erose (24). Infatti, per i soggetti con più alta anzianità, sebbene tendenzialmente inquadrati con contratti più stabili, il passato risulta idealizzato e tratteggiato in termini di minori carichi di lavoro, maggiore sicurezza del posto, migliori

relazioni interne, più elevato benessere, mentre il presente risulta svalutato e caratterizzato in termini negativi. Tale dato non sembra, però, essere sempre confermato dalla letteratura (25).

Occorre ancora sottolineare alcuni importanti limiti dello studio. Il primo consiste nella ridotta quota d'infermieri che è stato possibile coinvolgere nell'indagine. Tale aspetto è riconducibile alle caratteristiche delle équipes multidisciplinari che operano all'interno delle Residenze socio-sanitarie, in cui vi è una netta prevalenza di personale O.S.S. Un secondo limite dello studio consiste nel rischio di indurre risposte socialmente opportune, quando la percezione dell'anonimato non è ritenuta essere garantita e i lavoratori hanno timore di poter essere identificati e di subire ritorsioni da parte dell'amministrazione. Infine, un ulteriore limite, comune ai questionari autosomministrati, più evidente nel caso in cui l'adesione alla partecipazione sia totalmente facoltativa, è quello di ottenere basse percentuali di risposte da parte dei soggetti poco interessati all'argomento o scettici sulle reali possibilità di cambiamento. Relativamente, invece, alla scelta metodologica di associare all'analisi quantitativa del questionario di Cortese (12) quella qualitativa con domande aperte, possono essere utili alcune riflessioni. L'analisi qualitativa consente di accertare dimensioni personali scarsamente rilevabili con domande a risposta chiusa. Mediante questo approccio è possibile accedere più in profondità alle percezioni dei lavoratori, circa l'utilizzo delle proprie capacità e degli strumenti utilizzati per il raggiungimento dei propri obiettivi. Si può, pertanto, ritenere che l'integrazione fra approcci quantitativi e qualitativi possa garantire una migliore descrizione e comprensione del "senso" del fenomeno studiato.

Conclusioni

L'intento di questa indagine è stato quello di descrivere e studiare il grado di benessere organizzativo, attraverso l'analisi della soddisfazione lavorativa, raccogliendo il punto di vista di un campione di infermieri ed operatori socio-sanitari che operano in due differenti strutture di area geriatrica della città di Cuneo, cercando di mettere in evidenza, le variabili che rendono un contesto lavorativo "attraente" per il personale che vi opera.

Le aspettative degli operatori, le motivazioni e il loro conseguente atteggiamento rappresentano uno dei fattori decisivi del buon esito dei trattamenti, per cui la ricerca di condizioni di benessere e di soddisfazione lavorativa, diventano elementi strategici negli stessi processi di cura. Tale aspetto assume un significato ancora più forte e più pieno in ambito psicogeriatrico, in cui la qualità della presa in carico è determinata in modo decisivo dall'abilità non solo professionale, ma anche relazionale ed umana degli operatori. In tale ambito, si può affermare che la "tecnologia" è rappresentata dagli operatori stessi e la qualità delle cure può essere garantita principalmente dalla loro capacità di prendersi cura dei pazienti. Per tutti questi motivi appare chiaro come l'équipe di lavoro necessiti di attenzione, cura e manutenzione.

Emerge dalla ricerca che la percezione degli infermieri e degli operatori nei confronti di quegli aspetti che si collegano ai fattori motivanti (contenuti del lavoro; le relazioni con i pazienti; le occasioni di apprendimento, il riconoscimento dei meriti individuali; etc.) è positiva, ad indicare che la soddisfazione dei lavoratori dipende in maniera rilevante dalla natura stessa della professione scelta e del lavoro svolto. A conferma di questo, aspetti quali la retribuzione o l'equilibrio tra lavoro e tempo libero agiscono sulle necessità del lavoratore, ma non sono sufficienti a renderlo pienamente soddisfatto, se viene a mancare la percezione del riconoscimento del proprio lavoro e della qualità degli sforzi individuali che egli quotidianamente compie.

Risulta fondamentale che il Coordinatore si impegni con il proprio contributo a realizzare per il proprio team di lavoro un ambiente di lavoro salubre, orientato al benessere organizzativo e alla prevenzione del *burnout* nello staff, attraverso l'attuazione di particolari raccomandazioni (26) quali: costruire relazioni e fiducia, creare luoghi di lavoro "empowering", creare un ambiente che supporti lo sviluppo e l'integrazione della conoscenza, guidare e sostenere il cambiamento e bilanciare valori e priorità in competizione (27). I Coordinatori hanno dunque un duplice compito: di ricercare la loro stessa soddisfazione e di realizzare quella del personale di cui hanno il coordinamento, attraverso una riduzione dello stress a livelli accettabili, anzi, addirittura stimolanti e considerando il proprio gruppo di lavoro un'authentic ed essenziale "risorsa" non soltanto da utilizzare, ma di cui aver cura con tutti i mezzi (28).

Bibliografia

- 1) Avallone F, Paplomatas A. Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi. Milano, Raffaello Cortina 2005.
- 2) Asioi F, Trabucchi M. Assistenza in psicogeriatrica. Manuale di "sopravvivenza" dell'operatore psicogeriatrico. Rimini, Maggioli Editore 2009.
- 3) Nobili A, Piana I, Balossi L, Tettamanti M, Trevisan S, Lucca U. Pazienti con demenza: studio di confronto tra pazienti con demenza degenti in reparti di Residenze Sanitarie-Assistenziali e in Nuclei Alzheimer della Regione Lombardia: differenze ed evoluzione dei principali outcome clinici. *R&P* 2006; 22: 196-215.
- 4) Gerdner LA, Beck CK. Statewide survey to compare services provided for residents with dementia in Special-Care Unit and non-Special-Care Unit. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2001; 16: 289-295.
- 5) Kelliath T, Morris R. Job satisfaction Among Nurses. *J Nurs Adm* 2002; 32: 648-654.
- 6) Violante S, Benso PG, Gerbaudo L, Violante B. Correlazione fra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari. *G Ital Med Lav Ergon* 2009; 31: 36-44.
- 7) Laschinger HK, Finegan J, Wilk P. Context matters: the impact of unit leadership and empowerment on nurses' organizational commitment. *J Nurs Adm* 2009; 39: 228-235.
- 8) Bobbio A, Manganelli Rattazzi AM, Muraro M. Empowering Leadership Style in ambito sanitario. Uno studio sul coordinatore infermieristico. *G Ital Med Lav Ergon* 2007; 29: 37-49.
- 9) Bulgarelli G, Cerullo F, Chiari P, Ferri P, Taddia P. Caratteristiche delle organizzazioni di successo. Gli "Ospedali Magnete". *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2006; 25: 29-34.
- 10) De Lucia P, Lavia B, Deroma L, Palese A. Ospedali Magnete ed ospedali non magnete: effetti sui pazienti, sul personale infermieristico e sull'organizzazione. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2008; 27: 210-216.

- 11) Upenieks V. What constitutes successful nurse leadership? A qualitative approach utilizing Kanter's theory of organizational behaviour. *J Nurs Adm* 2002; 32: 622-632.
- 12) Cortese CG. Prima standardizzazione del questionario di soddisfazione organizzativa (QSO). *Risorsa Uomo* 2001; 8: 331-349.
- 13) Graneheim UH, Ludman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today* 2004; 24: 105-112.
- 14) Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15: 1277-1288.
- 15) Network non autosufficienza. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rimini: Maggioli Editore 2009.
- 16) Donald P. et al. Stati di agitazione nei pazienti affetti da demenza. Guida pratica alla diagnosi e al trattamento. Roma, CIC Edizioni Internazionali 2005.
- 17) Trabucchi M. Le Demenze. Milano, UTET2000.
- 18) Tognetti A. Caregiver: problems in the care. *G Gerontol* 2004; 52: 505-510
- 19) Vitali SF, Guaita A, Lionello V. Il monitoraggio dei livelli di stress nello staff e nei famigliari all'interno dei Nuclei RSA: metodologia e risultati. *G Gerontol* 2005; 53: 350-354.
- 20) Jones M. Gentlecare: un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer. Roma, Carrocci Faber 2005.
- 21) Guaita A. I Nuclei Speciali di Cura per i malati di Alzheimer ed altre demenze: indicatori di qualità dell'intervento. *G Gerontol* 2000; 48, 42-47.
- 22) Villani D. Qualità e metodologia nei Nuclei Alzheimer. Bollettino trimestrale dell'AIMA, IX 1997 (3-4).
- 23) Pellegrino F. La sindrome del burnout. Torino, Centro Scientifico Editore 2000.
- 24) Wilson B, Squires M, Widger K, Cranley I, Tourangeau A. Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce. *J Nurs Manag* 2008; 16: 716-723.
- 25) Agnelli I, Saggiotti D, Zotti AM. Benessere organizzativo in sanità. La rilevazione di clima in un'Azienda Sanitaria Piemontese. *G Ital Med Lav Erg Suppl B, Psicol* 2010; 32: B10-B16.
- 26) RNAO. Developing and Sustaining Nursing Leadership. Leadership best practice guideline, Ontario 2006.
- 27) Utriainen K, Kynga S H. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *J Nurs Manag* 2009; 17: 1002-1010.
- 28) Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione per l'infermiere con funzioni manageriali. Milano, McGraw Hill 2002.

Corrispondenza: Stefania Ghiglia, Centro Alzheimer, Residenza "Mater Amabilis Centro", corso Brunet n. 8, 12100 Cuneo, Italy - Consorzio Socio Assistenziale del cuneese e Coop. Sociale Quadrifoglio di Pinerolo - E-mail: stefania.ghiglia@csac-cn.it