

Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie ICONAS

Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale
Metodi e strumenti

Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie ICONAS

Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale
Metodi e strumenti

Accreditamento

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, aprile 2006

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Sistema comunicazione, formazione, documentazione

Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Il documento è stato predisposto all'interno del Progetto "Cittadini, comunità e Servizio sanitario regionale" dell'Area di programma Accreditamento.

La redazione è a cura di

Miriam Bisagni Azienda USL di Piacenza
Sara Capizzi Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Ulrich Wienand Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Renata Cinotti Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Hanno curato la predisposizione dei Capitoli

Loretta Alberani Azienda USL di Ferrara
Roberto Alessandrini Azienda USL di Piacenza
Romana Bacchi Azienda USL di Forlì
Adriano Bavarone Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Laura Biagetti Azienda USL di Bologna
Miriam Bisagni Azienda USL di Piacenza
Paolo Bonatti Azienda USL di Piacenza
Sara Capizzi Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Maria Caroli Azienda USL di Ravenna
Rossana Celegato Azienda ULSS 6 di Vicenza
Renata Cinotti Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Adriano Cracco Azienda ULSS 6 di Vicenza
Laura Donnini Azienda USL di Forlì
Enrico Fabrizi Università di Statistica di Bologna
Maria Cristina Falzoni Azienda USL Ferrara
Renata Ferrari Azienda ULSS 6 di Vicenza
Federica Fiorini Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Carlo Fioruzzi Azienda USL di Piacenza
Davide Furlanis Azienda socio-sanitaria locale 10 Veneto orientale - San Donà di Piave
Antonella Gualdi Azienda USL di Ferrara
Tiziana Leale Azienda sanitaria locale 3 Genovese
Elisa Montanari Azienda USL di Ferrara
Loretta Muraro Azienda USL di Bologna
Lara Nanetti Azienda USL di Bologna
Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Giulio Pioli Azienda sanitaria locale 3 Genovese
Francesca Querin Azienda socio-sanitaria locale 10 Veneto orientale - San Donà di Piave
Paola Scarpellini Azienda USL di Forlì

Giovanni Sessa Azienda USL di Ferrara
Nadia Sinicco Azienda per i servizi sanitari 6 Friuli occidentale - Pordenone
Ester Spinozzi Azienda USL di Forlì
Camilla Testa Azienda USL di Piacenza
Ulrich Wienand Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Fabio Zappin Azienda ULSS 6 di Vicenza
Carmela Zuccarelli Azienda per i servizi sanitari 6 Friuli occidentale - Pordenone

Hanno partecipato al gruppo di lavoro regionale (1999-2000)

Miriam Bisagni Azienda USL di Piacenza - responsabile del gruppo
Ivanna Boni Azienda USL di Modena
Alessandra Dell'Orto Agenzia sanitaria regionale, ora all'Azienda USL di Imola
Loredana Gamberoni Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Gilberto Mussoni Azienda USL di Rimini
Lara Nanetti Azienda USL Bologna Nord, ora Azienda USL di Bologna
Marinella Pievani Azienda USL di Cesena
Ester Spinozzi Azienda USL di Imola, ora all'Azienda USL di Forlì
Paolo Vanelli Azienda USL di Bologna
Ulrich Wienand Agenzia sanitaria regionale, ora all'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

Indice

Sommario	7
Prefazione	9
Prima parte	11
1. Il clima organizzativo come strumento per il benessere nelle organizzazioni	13
1.1. Perché leggere il clima organizzativo	13
1.2. Il clima organizzativo e il contesto	19
2. ICONAS. Indagine sul clima organizzativo nelle Aziende sanitarie	23
2.1. Le organizzazioni sanitarie	24
2.2. L'analisi del clima aziendale	25
2.3. Il concetto di clima organizzativo	26
2.4. Il percorso di progettazione del questionario sul clima	29
2.5. Dove è stato utilizzato lo strumento	31
3. Cosa emerge dai dati: principali risultati	41
4. Le fasi dell'indagine e le peculiarità delle esperienze	57
4.1. L'avvio dell'indagine	57
4.1.1. ... in definizione di <i>budget</i> nell'Azienda USL Bologna Nord	
4.1.2. ... nell'ambito di un progetto di miglioramento della qualità comunicativa e relazionale nell'ospedale dell'Azienda ULSS 6 di Vicenza	
4.1.3. ... nell'esperienza di accreditamento di una nuova struttura ospedaliera dell'Azienda USL di Ferrara	
4.1.4. ... partendo da un modello di eccellenza organizzativa dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara	

4.2.	La somministrazione dello strumento nell'Azienda USL di Ravenna	70
4.3.	L'analisi dei dati nell'Azienda per i servizi sanitari 6 di Pordenone	73
4.4.	La restituzione dei risultati	79
4.4.1.	... nell'esperienza dell'Azienda per i servizi sanitari 6 di Pordenone	
4.4.2.	... nell'esperienza dell'Azienda USL Bologna Nord	
4.5.	Il valore aggiunto delle domande aperte	85
4.5.1.	... nell'esperienza dell'Azienda per i servizi sanitari 6 di Pordenone	
4.5.2.	... nell'esperienza dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara	
4.6.	La gestione degli esiti	92
4.6.1.	... nell'esperienza dell'Azienda socio-sanitaria locale 10 di San Donà di Piave	
4.6.2.	... nell'esperienza dell'Azienda USL di Forlì	
4.7.	La prima esperienza della "seconda volta" nell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara	101
	Seconda parte	107
5.	Costruzione dello strumento e percorso di validazione	109
5.1.	Definizione del disegno di ricerca	109
5.2.	Costruzione dello strumento	110
5.3.	Valutazione dello strumento: pre-test pilota	113
5.4.	Il metodo nello sviluppo dell'indagine	114
5.5.	Validazione del percorso di indagine e dello strumento	116
6.	Indicazioni e avvertenze: commenti dall'esperienza degli autori	119
	Bibliografia	141

Sommario

Proporre alle Aziende sanitarie uno strumento di indagine sul clima organizzativo significa in primo luogo fornire all'organizzazione un modo per rilevare le criticità interne e condurre processi di cambiamento. Il clima organizzativo infatti è un sensore dello "stato di salute" di un'organizzazione collegato alle *performance* aziendali, oltre che a fenomeni quali il *turnover*. Pertanto, l'interesse di chi gestisce è quello di monitorare le dinamiche interne tra i professionisti e il tessuto relazionale, al fine di avere uno sguardo attento e vigile sui delicati processi di gestione delle risorse umane.

Nell'ambito del progetto *Continuous Quality Improvement (CQI)* 1997-2000 dell'Emilia-Romagna co-finanziato dal Ministero della sanità, era già emersa da parte dei responsabili della Qualità e dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna l'esigenza di mettere a disposizione delle Aziende uno strumento agile per la misurazione del clima organizzativo. Nel febbraio 1999 si è costituito - all'interno del progetto CQI - un gruppo di lavoro interaziendale con il mandato di mettere a punto uno strumento per la valutazione del clima organizzativo nelle Aziende sanitarie della regione. Al gruppo hanno partecipato componenti provenienti da 8 Aziende regionali; il lavoro si è svolto attraverso le fasi di:

- ricerca e raccolta di materiali bibliografici e documentali presenti in letteratura;
- definizione e costruzione del modello di indagine;
- sperimentazione per testare la validità dello strumento.

A seguito della validazione dello strumento (codificato come ICONAS = Indagine di clima organizzativo nelle Aziende sanitarie) si è sviluppata l'attività di diffusione e utilizzo, e dal 2000 al 2004 11 Aziende sanitarie (7 della Regione Emilia-Romagna; Azienda socio-sanitaria locale 10 Veneto orientale di San Donà di Piave; Azienda per i servizi sanitari 6 Friuli occidentale di Pordenone; Azienda sanitaria locale 3 di Genova; Azienda Unità locale socio-sanitaria 6 di Vicenza) hanno misurato il clima organizzativo al loro interno utilizzando il questionario ICONAS.

A quasi sei anni dagli inizi dei lavori, con la banca dati che conta ormai una quota consistente di soggetti rispondenti (n. 8.681) e il dibattito sul clima organizzativo che via via si arricchisce di contributi e prospettive a livello nazionale e internazionale, è emersa l'esigenza e l'opportunità di far conoscere la ricchezza dell'esperienza ICONAS e di diffondere la metodologia di indagine, affinché possa diventare patrimonio comune e uno stimolo alla creazione di un *network* di condivisione di conoscenza tra soggetti interessati a promuovere esperienze di intervento.

Il Dossier si compone di due parti. Nella prima si intende soprattutto dare risalto alla ricchezza del lavoro di ricerca e si propone:

- un'analisi sul tema del clima organizzativo e un *excursus* sui diversi approcci e strategie di intervento (*Capitolo 1*);
- un approfondimento sul *background* dell'indagine a partire dal concetto di clima su cui il gruppo si è basato per la progettazione dell'indagine e la costruzione dello strumento (*Capitolo 2*);
- la presentazione dei principali risultati ottenuti dalle rilevazioni effettuate sino ad oggi e le dimensioni principali che esprimono il fenomeno del clima organizzativo (*Capitolo 3*);
- il racconto dell'esperienza dalla voce degli stessi protagonisti, rispetto alle diverse fasi metodologiche che ciascuna realtà aziendale ha condotto (avvio, somministrazione, elaborazione, restituzione, gestione). Ogni Azienda che ha utilizzato lo strumento dell'analisi di clima organizzativo aveva delle motivazioni peculiari legate allo specifico momento storico che stava attraversando, obiettivi, contesti in cui l'indagine si è calata (*Capitolo 4*).

La seconda parte, più centrata sullo scopo della diffusione della metodologia, presenta:

- la trattazione del percorso sviluppato e intrapreso dal gruppo di lavoro sulla costruzione dello strumento e il percorso di validazione (*Capitolo 5*);
- le riflessioni sui punti di forza e sulle criticità che i responsabili dell'indagine ICONAS hanno ravvisato in merito alle modalità di conduzione nei diversi momenti dell'esperienza; in tal senso esse costituiscono delle indicazioni e avvertenze per la gestione dell'intero processo di analisi di clima organizzativo (*Capitolo 6*).

Prefazione¹

Il mandato iniziale per lo sviluppo di uno strumento specifico e agile per la misurazione del clima organizzativo è stato nell'ambito del progetto *Continuous Quality Improvement* (CQI) dell'Emilia-Romagna, progetto co-finanziato nel 1996 dall'allora Ministero della sanità.

È stata infatti realizzata una comunità di apprendimento dei Responsabili aziendali della qualità, che ha introdotto nelle appena costituite Aziende sanitarie locali competenze e metodi per lo sviluppo della cosiddetta qualità organizzativa e di concepire la sua organizzazione in un sistema i cui elementi potessero essere appurati tramite l'istituto dell'accreditamento (DLgs 502/1992 e successivo riordinamento DLgs 229/1999 art. 8.3).

In questo contesto si è manifestata l'esigenza di mettere a disposizione delle Aziende un metodo per la rilevazione del clima interno, che:

- fosse un forte strumento di comunicazione;
- permettesse un'autodiagnosi dell'organizzazione al fine del miglioramento, individuando le aree critiche di intervento in un'ottica di sviluppo e i casi di successo per farne degli esempi da imitare;
- misurasse e stimolasse il coinvolgimento dei dipendenti nel cambiamento: producesse motivazione nel personale;
- contribuisse a una motivazione nella *leadership*.

È stato istituito un gruppo di lavoro *ad hoc* cui hanno partecipato componenti provenienti da 8 Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, che avevano già condotto al proprio interno esperienze sulla rilevazione del clima aziendale, della soddisfazione dei dipendenti, della motivazione o di identificazione dei valori aziendali. Le competenze prevalenti erano sociologiche e psicologiche. Era presente inoltre, come componente dell'Agenzia sanitaria regionale il Responsabile regionale del progetto CQI (anni 1997-2000).

È stato predisposto un primo questionario, che è stato applicato in uno studio pilota presso l'ospedale di Castelfranco Emilia nell'Azienda USL di Modena; ne è seguito un ulteriore processo di validazione e conseguente revisione.

L'esperienza e i consigli per l'uso sono stati registrati in un apposito Sussidio ASR.² Da quel momento lo strumento è stato offerto a chi lo richiedeva con la sola condizione che i risultati conseguiti confluissero in una banca dati unica. L'obiettivo era infatti rafforzare i contenuti dello strumento proposto sottoponendolo a monitoraggio continuativo.

¹ A cura di Renata Cinotti, responsabile Area di programma Accreditamento, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.

² http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/accreditamento/pr_cittadini/pubblicazioni/iconas.htm

Ciò è avvenuto con 11 Aziende, regionali ed extraregionali, che sono state coinvolte anche nella formulazione dei giudizi e degli ulteriori miglioramenti proposti nel presente *Dossier*.

Sono passati 6 anni dall'inizio del lavoro e sono moltissime le persone da ringraziare per il contributo che hanno apportato: se ne trova un elenco in testa al Dossier medesimo.

Vorrei però ringraziare in modo particolare alcune persone: Miriam Bisagni che ha tenuto sotto controllo le richieste, l'utilizzo e le registrazioni in banca dati dalla sua sede di lavoro presso l'Azienda USL di Piacenza; Ulrich Wienand che ha coordinato il gruppo iniziale di progetto; Alessandra Dell'Orto che lo ha assistito e ha sviluppato il *database* nonché curato l'organizzazione di tutti gli strumenti di contorno nel primo Sussidio; Augusta Nicoli e Sara Capizzi, che hanno ripreso in mano i lavori e documentato lo stato dell'arte in funzione della costruzione di un *Dossier* "definitivo".

A me il compito, in tutti questi anni, di tenere dietro a questo prodotto, di insistere con tutti perché il percorso e le lezioni apprese venissero documentate e rese disponibili a un gruppo di possibili utilizzatori assai più vasto. E ciò non tanto e non solo per riconoscere il buono del lavoro fatto, quanto per dare sostanza vera al valore della collaborazione e del supporto reciproco nella rete degli operatori del Servizio sanitario nazionale, che supera ampiamente i confini della giurisdizione regionale.

Questo *Dossier* nasce con l'intento di dare visibilità alla rete che si è costituita tra le Aziende che hanno attivato percorsi di analisi di clima organizzativo, utilizzando lo strumento ICONAS. Oltre alle opportunità di aggregarsi e allargare un sistema informale di relazioni, ricco di opportunità di confronto, scambio e miglioramento, si intendeva raggiungere attraverso la rete la possibilità di:

- perfezionare ulteriormente lo strumento e i percorsi metodologici;
- favorire gli scambi delle azioni di miglioramento che si sono dimostrate efficaci.

Per accedere alla rete e poter utilizzare lo strumento e il pacchetto di istruzioni è necessario contattare la dott.ssa Miriam Bisagni che coordina il gruppo regionale Clima organizzativo, il quale si colloca all'interno del Progetto Cittadini, comunità e servizio sanitario regionale dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Area Accreditamento. Si richiede alle Aziende/strutture sanitarie interessate di conferire i propri dati al *database* comune al fine di rafforzare la base campionaria e sviluppare percorsi di miglioramento dello strumento.

Prima parte

1. Il clima organizzativo come strumento per il benessere nelle organizzazioni³

1.1. Perché leggere il clima organizzativo

Si cercherà in questo Capitolo di esporre le diverse ragioni che dovrebbero motivare un'organizzazione sanitaria a considerare tra i propri strumenti di gestione anche la lettura del clima organizzativo.

Nella letteratura del settore si intende per clima organizzativo l'insieme di percezioni individuali; viene cioè rilevata la dimensione soggettiva dell'organizzazione. In particolare si coglie l'insieme di percezioni soggettive socialmente condivise dai membri di un'organizzazione, il cui contenuto riflette sensazioni, vissuti, stati d'animo presenti sul lavoro, nelle relazioni tra individui e con l'organizzazione stessa. Esso comprende sia le percezioni relative alla struttura, sia le percezioni dei rapporti e delle attività che si instaurano internamente alla struttura. Il clima spesso varia in rapporto alle diverse aree della stessa organizzazione e ha un notevole effetto sui soggetti appartenenti al gruppo di lavoro; incide per esempio sulla loro partecipazione o estraniamento, nonché sulla soddisfazione lavorativa e sulla socializzazione al lavoro; rappresenta dunque un importante indicatore su cui è possibile intervenire concretamente.

Il concetto di clima ha una storia frammentata, è entrato nella letteratura psicologica a partire dagli anni '60 ed è stato successivamente applicato ai più diversi tipi di organizzazione. Misurare il clima non significa analizzare le organizzazioni come oggetti, ma cogliere il punto di vista dei soggetti che le compongono.

Si espongono ora per punti chiave le ragioni, cercando di mettere in luce le connessioni che fanno del clima organizzativo uno strumento significativo per rilevare il buon funzionamento di un'organizzazione. Ci si riferisce specificatamente a quegli ambiti di ricerca che hanno empiricamente evidenziato e confermato relazioni significative tra il costruito del clima organizzativo con il benessere lavorativo e le *performance*.

1.1.1. Organizzazione e benessere

È con Rosen (1986) che si comincia a sottolineare l'importanza che rivestono aspetti quali il clima organizzativo e la cultura organizzativa sulla salute nelle organizzazioni lavorative. Raymond, Wood e Patrick (1990) introducono il termine di *occupational health psychology*, indicando una nuova materia interdisciplinare nata dal convergere della psicologia della salute e della sanità pubblica negli ambienti di lavoro.

³ A cura di Maria Augusta Nicoli e Sara Capizzi, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.

Nella Tabella 1 viene fornito un quadro riepilogativo della nascita e dello sviluppo della psicologia della salute organizzativa a partire dalle più significative elaborazioni sul tema del rischio negli ambienti di lavoro. Gli autori ripercorrono i cambiamenti avvenuti considerando l'approccio alla sicurezza, la concezione della salute, il tipo di causalità e i suoi effetti, e le conseguenti strategie di intervento.

La svolta sul piano degli strumenti di misura e sulle strategie di intervento rispetto al legame tra organizzazione e salute è riconducibile all'introduzione delle norme comunitarie recepite in Italia con il Decreto n. 626 del 1994. Il modello culturale introdotto pone l'organizzazione al centro della gestione della sicurezza, mette in risalto aspetti ritenuti fino ad allora secondari. Si propone infatti un passaggio da un concetto di sicurezza - che ha nell'ambiente fisico di lavoro e nel singolo individuo il campo di intervento - a un concetto che porta il lavoro organizzato al centro dell'interesse per la prevenzione. Secondo Avallone e Paplomatas (2005), in base a come il lavoro è organizzato, alle scelte e alle decisioni organizzative adottate, possono realizzarsi le condizioni di pericolo o di rischio per il benessere fisico, ma anche psichico, dei lavoratori. È a partire da questo specifico legame che l'ambito di interesse e di intervento si amplia a un più generale benessere psichico e sociale oltre che fisico dei lavoratori e si analizzano i processi organizzativi oltre che tecnici.

A questo proposito è interessante ricordare che i primi interventi orientati a migliorare la salute nei luoghi di lavoro risalgono agli anni '40 e '50. I programmi di *counseling* per i dipendenti, sorti a seguito degli esperimenti condotti da Elton Mayo (1933) alla Western Electric negli anni '30, sono tra le prime iniziative in tal senso. Essi si basavano sull'idea che le organizzazioni avrebbero dovuto prestare maggiore attenzione ai sentimenti e alle preoccupazioni dei propri lavoratori, imparando a gestire anche gli aspetti emotivi.

È tuttavia negli anni '60 e '70 con gli studi sullo stress e sui fattori lavorativi che lo determinano - i cosiddetti rischi psicosociali - che l'interesse si estende dalla conoscenza e cura dello stato di salute psicofisica dei lavoratori allo studio dei meccanismi lavorativi che la influenzano. A questi studi risalgono i più recenti programmi di intervento che - rispetto alle prime iniziative - rivolgono maggiore attenzione alle caratteristiche del contesto di lavoro oltre che a dimensioni strettamente individuali e soggettive.

Sembra molto utile riportare gli schemi riassuntivi di Avallone e Paplomatas (2005) per meglio sintetizzare i livelli e le strategie degli interventi possibili. Gli autori fanno riferimento alla letteratura sullo stress lavorativo citando la definizione della Commissione europea (1999): "Lo stress lavorativo è un insieme di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiologiche ad aspetti avversi e nocivi del contenuto del lavoro, dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro", in cui si evidenziano due fonti dello stress, una riconducibile agli *stressor* ambientali (contenuto del lavoro, organizzazione, ambiente) e l'altra alla valutazione soggettiva degli *stressor* quali mediatori delle reazioni psicofisiche individuali. Il modello proposto è interessante e permette di visualizzare i livelli in cui collocare gli interventi e i risultati attesi in relazione alle fonti dello stress.

Così gli interventi a livello organizzativo sono diretti a individuare i fattori lavorativi che causano stress e a intervenire sul cambiamento della struttura e delle pratiche organizzative, dei fattori fisici e ambientali. A questo livello si collocano, per esempio, gli interventi di *job design*, di ristrutturazione dell'organizzazione del lavoro e delle condizioni di lavoro, le politiche di selezione e gestione del personale, la formazione e lo sviluppo organizzativo.

A livello dell'interfaccia individuo-organizzazione, gli interventi mirano a migliorare l'adattamento persona-ambiente e le relazioni sul lavoro. I contenuti vanno dalla modifica del carico di lavoro e del livello di autonomia lavorativa al grado di partecipazione e alle relazioni tra colleghi.

Gli interventi a livello individuale propongono il potenziamento delle risorse dell'individuo per fronteggiare meglio lo stress. Si elaborano proposte di aiuto ai dipendenti in ambiti quali il *coping* o la gestione di tecniche per la riduzione dei sintomi dello stress lavorativo. I principali contenuti degli interventi sono, per esempio, le tecniche di *time management* , la terapia cognitiva, le tecniche di rilassamento, il *counseling* , ecc.

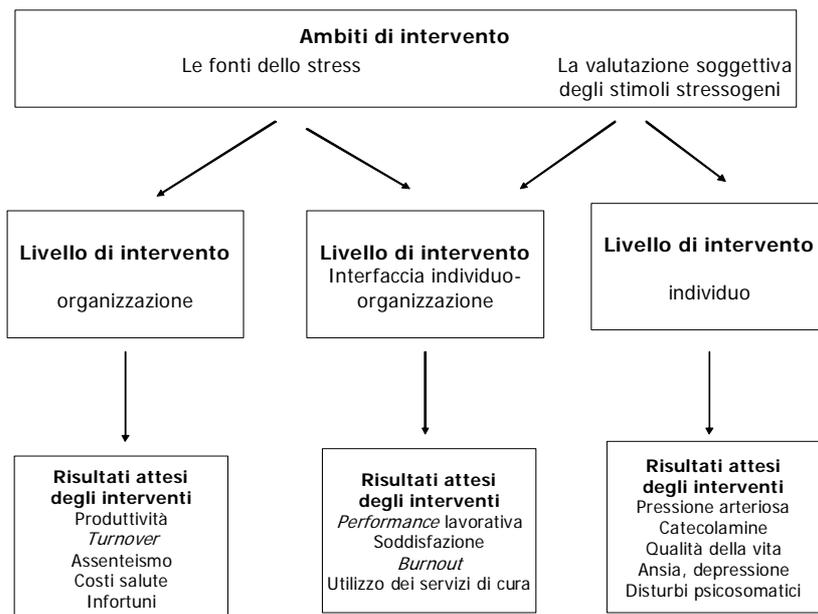
Come emerge dalla recente letteratura e dalle pubblicazioni della European Agency for Safety and Health at Work (2002) sulle buone pratiche di gestione dello stress e dei rischi psicosociali, l'orientamento è quello di attivare pratiche dirette all'organizzazione anziché puntare sull'individuo. Si distinguono inoltre due tipologie di interventi:

- interventi socio-tecnici centrati prevalentemente su cambiamenti di aspetti oggettivi-strutturali dell'ambiente di lavoro (per esempio orario lavorativo, livelli gerarchici);
- interventi psicosociali che mirano a produrre cambiamenti della percezione che i lavoratori hanno del proprio contesto di lavoro, attraverso strategie quali l'aumento del grado di partecipazione, di supporto sociale e miglioramento della comunicazione.

Tabella 1. Le diverse strategie di intervento in funzione dei differenti approcci alla sicurezza, della concezione della salute e del tipo di causalità (tratto da Avallone e Papolomas, 2005)

Periodo	Approccio alla sicurezza	Concezione della salute	Tipo di causalità e caratteristiche degli effetti	Strategia di intervento
Anni '30-'40	Valutazione delle condizioni di lavoro che costituiscono rischio di infortunio	Prevalentemente fisica. Primaria importanza del fattore umano e degli aspetti motivazionali	Concezione meccanicistica. Causalità lineare. Conseguenze in termini di danno fisico	Incentrata sulla cultura del danno
Anni '50-'60	Lavoratore visto come soggetto attivo che interagisce con l'ambiente di lavoro. <i>Job design</i> , selezione e addestramento del personale	Interesse verso gli aspetti mentali della salute	Interazione individuo/ambiente. Permane causalità lineare. Conseguenze come danno, anche mentale sull'individuo	Prevalentemente incentrata sulla cura dei danni fisici e mentali
Anni '70	Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. Potenziamento della <i>health protection</i>	Fattori biologici psicologici e sociali coinvolti nella genesi della malattia	Centratura sull'individuo, ma è maggiormente valutata l'interazione tra lavoro/individuo/contesto	Centratura sulla prevenzione
Anni '80-'90	Dalla <i>health protection</i> alla <i>health promotion</i> . Formazione, partecipazione e coinvolgimento delle persone	Maggiore conoscenza e attenzione ai fattori organizzativi che minacciano la salute	Inizio approccio sistemico. Conseguenze in termini di malessere psicofisico, valutate anche per l'organizzazione	Sviluppo per l'approccio preventivo e introduzione del concetto di promozione della salute
Fine anni '90 e nuove prospettive	Importanza della cultura della sicurezza e connessione con la qualità del lavoro. Ricerche sui nuclei culturali delle organizzazioni altamente affidabili	Salute non come assenza di malattia ma come stato di benessere psicofisico	Approccio sistemico e causalità circolare. Conseguenze in termini di assenza di benessere psicofisico e sul sistema individuo-organizzazione	Promozione cultura della salute e della sicurezza

Figura 1. Il modello degli interventi sullo stress nelle organizzazioni



1.1.2. *Clima organizzativo e performance*

Si considerano ora alcuni risultati della ricerca sul clima organizzativo in relazione ad altre dimensioni/variabili al fine di mettere in evidenza non solo le molteplici implicazioni operative che il costrutto di clima organizzativo ha all'interno dei contesti di lavoro ma anche di arricchire la lettura delle dinamiche organizzative.

Secondo D'Amato e Majer (2005), il *management* deve tenere in considerazione tre fondamentali risultati organizzativi (affettività/soddisfazione, benessere/*burnout*, qualità del servizio/prestazione) in relazione al clima organizzativo.

Una prima conseguenza di questa relazione è che il clima ha effetto diretto su tre risultati organizzativi ovvero c'è una influenza diretta del clima organizzativo vissuto da chi lavora all'interno dell'organizzazione sulla soddisfazione lavorativa, sul *burnout* come indice di salute mentale del lavoratore e sulla qualità percepita del servizio fornito e dichiarato dal lavoratore. In particolare Schneider, Ashworth Higgss e Carr (1996) hanno dimostrato che variazioni nella percezione del lavoratore in merito al proprio ambiente di lavoro determinano variazioni nella soddisfazione del cliente e nelle intenzioni dei clienti.

Una seconda conseguenza è che la relazione tra clima organizzativo e i risultati è mediata dallo stress occupazionale di cui sono state tracciate le implicazioni operative nel Paragrafo precedente.

L'analisi della letteratura conferma che il clima organizzativo è un predittore dei risultati organizzativi in termini di soddisfazione lavorativa, salute lavorativa (*burnout*) e soddisfazione del cliente. In particolare viene sottolineato che, nonostante la diversità degli approcci e delle cause, lo stress ha sempre effetto sui risultati organizzativi. Clegg (2001) ritiene che l'analisi del clima è il supporto indiscutibile per qualunque strategia

organizzativa che miri a ridurre lo stress organizzativo. Il clima fornisce supporto sociale, *feedback* e riconoscimenti condivisi e costituisce una strategia potenziale per la riduzione dello stress. La gestione dello stress è la chiave per la soddisfazione lavorativa e la soddisfazione del cliente.

1.1.3. Il clima organizzativo e il miglioramento della qualità

In organizzazioni come quelle sanitarie, affrontare i cambiamenti per riqualificare l'assistenza significa in buona parte far leva sulle competenze delle persone, che contribuiscono alla sua realizzazione - in uno stretto legame di co-produzione.

Se infatti è già piuttosto difficile pensare di investire nel miglioramento del servizio senza i produttori (cittadini e professionisti), certamente è impensabile farlo in organizzazioni sanitarie che producono beni, allorché produttore e consumatore realizzano il prodotto nel loro incontrarsi e dove il servizio è spesso esaurito nella relazione.

L'associare quindi la qualità non più soltanto al rispetto di procedure di controllo di ordine tecnico-amministrativo da parte dell'organizzazione, ma anche alla capacità di tenere conto degli aspetti relazionali e soggettivi, costituisce uno degli importanti mutamenti culturali e organizzativi sostenuti dall'attuale processo di ridefinizione delle politiche di promozione della salute.

In questa prospettiva, l'analisi del clima organizzativo è un concetto molto interessante ai fini della definizione di un sistema di qualità e di miglioramento continuo all'interno di una struttura sanitaria (Bellandi *et al.*, 2002, p. 332). Rientra infatti nell'ambito di un processo di costruzione dell'ascolto interno all'Azienda in cui individuo e organizzazione sono in relazione tra loro.

Perché da questa relazione nascano l'innovazione e il cambiamento è necessario che l'organizzazione da una parte tracci scenari, individui i propri fattori di successo, riconosca le proprie competenze distintive, si relazioni strettamente con il contesto, e dall'altra sappia riconoscere il valore delle persone come agenti di cambiamento. Dal punto di vista gestionale si deve quindi consolidare nelle organizzazioni sanitarie la consapevolezza che il miglioramento della qualità implica l'accantonamento definitivo della cultura burocratica e la trasformazione delle Aziende in *learning organization*, organizzazioni capaci di apprendere (Colozzi, 1998, p. 8). L'organizzazione funziona se si considera come l'insieme dei singoli operatori (persone) e il modo in cui avviene la relazione, il come si legano le persone e gli elementi tra loro e con il fine, che facilita o meno il processo realizzativo.

"Gestire" introduce l'idea di valore aggiunto, è prendersi cura, offrire opportunità e non solo amministrare nella logica della pubblica amministrazione. Attraverso la gestione si dovrebbero creare le condizioni perché il contributo di ciascuno sia integrato, valorizzato, recuperato al disegno generale.

La promozione della qualità, le azioni di innovazione che mirano a ricomporre i processi aziendali e a sottolineare la centralità del cittadino-utente, richiedono interventi specifici in cui deve essere tenuto presente il ruolo centrale che le risorse umane rivestono all'interno dell'organizzazione (Ceci *et al.*, 2002).

In questo contesto, l'analisi di clima è supporto indispensabile al cambiamento organizzativo, sia come approccio di analisi del cambiamento sia come tramite per il cambiamento stesso: come approccio di analisi, in quanto attraverso il clima si possono ricavare informazioni sul momento contingente e sullo *status quo* dell'Azienda e visualizzare le vie da seguire per promuovere azioni di miglioramento sostenibili nei diversi ambiti dell'organizzazione; come tramite di cambiamento, in quanto l'analisi di clima può essere uno degli strumenti a supporto di un passaggio imprescindibile, che è diffondere tra il personale la cultura della qualità, coinvolgerlo nel processo di riprogettazione organizzativa attraverso formazione, lavoro di gruppo, crescita della cultura della valutazione.⁴ Solo attraverso un'adesione convinta del personale al rinnovamento si può raggiungere un risultato e consolidarlo nel tempo. In questo senso, l'analisi del clima organizzativo può costituire per i membri dell'organizzazione un segnale di grande importanza, anzitutto nel mettere il professionista nella condizione di un uomo libero che agisce in un'organizzazione che ne riconosce l'identità, che è in grado di scegliere perché riconosce la meta e la strada, che è consapevole degli effetti delle proprie scelte.

1.2. Il clima organizzativo e il contesto

Si intende a questo proposito fornire alcuni suggerimenti sulle possibili relazioni che si possono sviluppare qualora si intendano approfondire specifiche questioni legate al contesto in cui si effettua l'indagine di clima.

Come si ricordava, per gli effetti che il clima organizzativo produce su diversi aspetti della vita lavorativa può essere interessante associare altri strumenti alla scala di rilevazione sul clima organizzativo. Tra questi si segnalano connessioni rilevanti tra clima organizzativo ed *empowerment* come risulta dallo studio di Mok e Au-Yeung (2002). In particolare, nella ricerca viene evidenziato come due dei fattori che concorrono a definire il costrutto di clima - la *leadership* che supporta i propri collaboratori e il lavoro di gruppo - sono correlati all'*empowerment* individuale.

Inoltre sono da evidenziare le indagini rivolte all'analisi della relazione tra la cultura organizzativa e il clima. Si rimanda all'articolo di Gershon, Stone, Bakken, Larson (2004) dove vengono presi in considerazione dodici strumenti di misura applicabili ai contesti sanitari.

⁴ Si configura un approccio multidimensionale alla qualità, intesa come efficacia dell'assistenza da un punto di vista tecnico-organizzativo e collegata ad aspetti socio-relazionali in senso strettamente clinico. Inoltre,

essendo riconosciuta la relazione tra il processo di assistenza e l'outcome clinico, una crescente attenzione viene data a quelle componenti del comportamento del medico che forniscono al paziente un'esperienza positiva: ad esempio una migliore comunicazione verbale e non verbale e uno stile di consulenza e presa di decisioni che coinvolge e rafforza (empowers) il paziente (Muir Gray, 1999).

D'Amato e Majer (2005) forniscono un quadro complessivo e strutturato delle possibili relazioni tra clima e altri aspetti della vita lavorativa, che può costituire il punto di riferimento per indagini mirate ad affinare l'indagine diagnostica e finalizzare le scelte operative. Si rimanda inoltre agli autori citati per le informazioni relative agli strumenti di indagine. Nella Tabella seguente si sintetizzano gli aspetti che possono essere considerati variabili collegate al clima organizzativo.

Tabella 2. Clima organizzativo in funzione della vita lavorativa

Dimensioni indagate	
Stress organizzativo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>job demand</i>: si riferisce al grado in cui al dipendente è richiesto di lavorare velocemente e duramente, con un significativo carico di lavorativo e poco tempo a disposizione⁷ • <i>job control</i>: si riferisce al controllo sia del tempo sia del metodo • <i>job pressure e lack of organizational support</i>: comprende la mancanza di supporto organizzativo • <i>sexual harassment</i> ovvero le molestie sessuali
Soddisfazione lavorativa	<ul style="list-style-type: none"> • soddisfazione del lavoro (soddisfazione intrinseca) • soddisfazione correlata (soddisfazione estrinseca)
<i>Burnout</i>	<ul style="list-style-type: none"> • esaurimento emotivo: le risorse emotive sono esaurite, il lavoratore sente di non essere più capace di impegnarsi a livello psicologico • depersonalizzazione: sviluppo di un'attitudine negativa, cinica, nei confronti del cliente/paziente • realizzazione personale: ridotta realizzazione a livello individuale, tendenza a valutarsi negativamente e a sentirsi insoddisfatti dei risultati sul lavoro
<i>Self efficacy</i>	Si tratta di una misura globale riferita al proprio senso generale di competenza ed efficacia
<i>Organizational citizenship behaviour</i>	<p>È un gesto costruttivo e cooperativo che non è né richiesto né formalmente riconosciuto dall'organizzazione, ma ha direttamente effetto - preso come atteggiamento di gruppo condiviso e reiterato - sul suo funzionamento. Cinque sono i fattori considerati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>coscienziosità</i>: assunzione di comportamenti nello svolgimento del ruolo che vanno ben oltre quanto da esso richiesto • <i>altruismo</i>: l'atto del fornire aiuto agli altri membri della struttura lavorativa • <i>civic virtue</i>: partecipazione responsabile alla vita politica della organizzazione • <i>sportsmanship</i>: gli operatori non si lamentano e hanno un atteggiamento del tipo "si può fare" • <i>cortesìa</i>: identifica il rispetto verso gli altri

Tabella 2. (continua)

Dimensioni indagate	
Qualità del servizio	La qualità del servizio, come misura sostitutiva e complementare della soddisfazione dell'utente, generalmente viene riferita alla propria personale prestazione, al gruppo di lavoro e al reparto, e all'organizzazione nel suo complesso
Caratteristiche socio-demografiche	È auspicabile avere informazioni dettagliate sul campione quali: <ul style="list-style-type: none"> • reparto • funzione operativa • tipologia di contratto • titolo di studio • orario di lavoro • anzianità di servizio • genere

2.1.1. Il processo di rilevazione del clima organizzativo

In questo *Dossier* viene presentato lo strumento (questionario) e la procedura con cui si è utilizzato tale strumento nelle diverse realtà aziendali. Il questionario di valutazione del clima organizzativo è stato messo a punto dal gruppo di professionisti promosso dall'Agenzia sanitaria regionale e validato nel corso di diverse somministrazioni.

Nei Capitoli seguenti si entrerà nel merito degli aspetti metodologici; qui ci si sofferma su un punto cruciale, cioè la gestione del processo di rilevazione del clima organizzativo.

Come già sottolineato in merito all'uso di altri strumenti di rilevazione - la qualità percepita oppure il monitoraggio delle segnalazioni -, nel momento in cui si chiede ai cittadini di esprimere un parere, si dà l'opportunità di rilevare disfunzioni, o - come nel caso del clima - si chiede agli operatori di indicare il proprio parere su questioni che riguardano il proprio ambiente di lavoro, si creano delle aspettative. In un certo senso, l'organizzazione dichiara una propria disponibilità al cambiamento, a prendere in considerazione quanto ha appreso ascoltando i cittadini o i propri professionisti. Per questi motivi è cruciale come viene svolto l'intero percorso di rilevazione.

Secondo Spaltro e De Vito Piscitelli (2004), le misure del clima organizzativo si dovrebbero svolgere secondo un percorso articolato in più fasi con specifici aspetti da considerare:

- individuazione dell'obiettivo organizzativo per cui si misura un clima;
- messa a punto del metodo delle variabili da testare, delle modalità standardizzate con cui fare avvenire le riunioni, del questionario di fine gruppo e della comunicazione dei risultati;
- scelta dei piccoli gruppi protagonisti con cui effettuare la misura del clima: ogni gruppo dovrebbe avere 8-12 componenti;

- effettuazione delle riunioni di piccolo gruppo della durata di un'ora in media: queste riunioni dovrebbero essere il più possibile destrutturate e centrate sull'analisi di processo, anche perché precedono la somministrazione del questionario su cui si basa il 90% dei dati utilizzati poi per definire il clima;
- compilazione del questionario di fine gruppo, in cui sintetizzare le informazioni in modo standard ed elaborabile statisticamente;
- comunicazione dei risultati ai committenti, in modo da poter dare una risposta ai problemi per cui è stata fatta la diagnosi, ad esempio programmi di formazione, ristrutturazioni, considerazione di momenti di crisi, di fusioni, di cambi di direzione o di finalità, dell'apertura di nuovi mercati, ecc.;
- comunicazione agli utenti cioè a coloro che hanno partecipato alla misura di clima. Questo è il momento di massima difficoltà perché le Direzioni hanno una certa resistenza a comunicare i risultati di clima a tutti.

2. **ICONAS. Indagine sul clima organizzativo nelle Aziende sanitarie⁵**

Le organizzazioni sanitarie italiane hanno sempre più bisogno, in un quadro di maggiore autonomia, di adottare strategie e strumenti per il governo del cambiamento, rispondendo ai bisogni dei cittadini e utilizzando al meglio le risorse disponibili.

Il lavoro nei servizi pubblici si va progressivamente modificando, si sviluppano nuove professionalità in coerenza ai nuovi bisogni e si modifica il sistema delle competenze richieste. È sempre più necessario che le persone che operano nei servizi sanitari pubblici siano competenti, motivate e abbiano maggiore consapevolezza della centralità del loro ruolo. Tutte le persone che sono impegnate a cambiare i processi di lavoro delle Aziende sanitarie, ad adeguarli e migliorarli, hanno bisogno di incontrarsi e di confrontarsi.

Il cambiamento di queste realtà organizzative è un laboratorio ineguagliabile da sondare. Diventa estremamente importante lavorare in termini di sinergia, in presenza di incertezza, ogni volta che si presenta un cambiamento. Tanto più il cambiamento è intenso, tanto più evidentemente è indispensabile ascoltare l'organizzazione sanitaria, ascoltare gli uomini e le donne che nell'organizzazione operano quotidianamente. L'ascolto diventa per l'organizzazione un obiettivo diagnostico nel contesto di un patto di reciproco stimolo e reciproca crescita, che deve caratterizzare qualunque realtà lavorativa, in cui il lavorare insieme è la risorsa fondamentale.

Motivazione, clima, soddisfazione sono sicuramente indicatori, segnali della capacità di elaborare in positivo o, piuttosto, di resistere al cambiamento (Quaglino, Mander, 1987).

Occorre intraprendere un percorso che consenta di guardare l'organizzazione, volerne capire la natura, coglierne le peculiarità, centrando l'attenzione meno al suo aspetto fisico e più alle sue risorse invisibili. In altre parole, l'idea che ciascuno ha dell'organizzazione è il punto di partenza di cui non si può fare a meno per conoscere l'organizzazione stessa e per gestire comportamenti e scelte, da cui inevitabilmente ciascuno prende le mosse per interagire costruttivamente con altri punti di vista.

⁵ A cura di Miriam Bisagni, Azienda USL di Piacenza.

2.1. Le organizzazioni sanitarie

Le organizzazioni che acquistano rilevanza particolare nel contesto di questo lavoro sono quelle che hanno una radice istituzionale, orientata da leggi e regolamenti in tema di salute e sanità, e che riconoscono sempre più al dirigente pubblico una professionalità manageriale, esercitata soprattutto nel governo delle risorse limitate di cui si assume la responsabilità per amministrarle in modo efficiente ed efficace.

In queste organizzazioni, la tecnologia ha un peso minore nell'integrare le persone e le loro attività lavorative, e l'efficacia gestionale può essere facilmente vanificata in un contesto organizzativo refrattario, ovvero quando il clima non è costruttivo. Senza un clima positivo, di collaborazione, di responsabilità individuale e di gruppo, ogni sforzo gestionale risulta incerto negli esiti.

Le organizzazioni sanitarie stanno attraversando anni di grandi turbolenze, di rapidi cambiamenti, ma anche di grande ricchezza e potenzialità. I cambiamenti orientati e previsti dalla riforma sanitaria vanno inquadrati nell'ambito di un ampio progetto di risanamento economico e di riqualificazione dell'offerta sanitaria pubblica.

Evidenziano ciò, in particolare, alcuni elementi che stanno orientando questo cambiamento in termini di qualità dei servizi, di diversi criteri di finanziamento, di libertà di accesso e di scelta del cittadino.⁶ Questi aspetti spostano il baricentro dell'organizzazione sanitaria da dentro a fuori, costringendo tutti i professionisti, i dirigenti, gli operatori sanitari a modificare il proprio punto di osservazione, a coniugare continuamente i modi di agire con le finalità, a confrontarsi con i destinatari (i cittadini) e i committenti (nella comunità sociale).

I cambiamenti avvenuti nelle organizzazioni sanitarie non hanno prodotto effetti solo sulle procedure di erogazione dei servizi, ma anche sul sistema condiviso dei valori, che alimenta la motivazione, sul senso di appartenenza dei professionisti all'organizzazione e sull'atmosfera che si registra nell'organizzazione, cioè sul clima che si respira quando non sono in atto processi innovativi o di mutamento.

Numerosi sono gli sforzi attivati nelle Aziende sanitarie per orientarsi di fronte ai continui cambiamenti. Diventa pertanto cruciale sviluppare la capacità di orientamento recuperando capacità di osservazione, di analisi e di valutazione degli accadimenti organizzativi e della comunicazione sia interna sia esterna.

A questo non facile cambio di rotta sono chiamate anche le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. La riforma sanitaria ha richiesto alle Aziende interventi di

⁶ Il criterio della qualità come fattore caratterizzante l'organizzazione e l'erogazione dell'assistenza (come qualità dal lato degli utenti, come metodo di verifica della qualità e quantità delle prestazioni e dei costi); il criterio di finanziamento e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private (come remunerazione delle strutture a tariffe su base prestazionale); il criterio di accesso alle strutture erogatrici di servizi sanitari e di prestazioni (come libertà di scelta del cittadino).

razionalizzazione e di ridimensionamento delle offerte a livello macro-organizzativo, comportando un ampio lavoro sulle offerte e sull'erogazione delle stesse.

Produrre un servizio di qualità rimane questione centrale delle organizzazioni sanitarie, perché qui si giocano le possibilità innovative ed evolutive; esse richiamano a trasformazioni radicali non solo nella produzione, ma anche nei modi di pensare la produzione, nei modi di vedere e di pensare l'organizzazione stessa.

Il perseguimento di obiettivi di qualità diventa una delle funzioni organizzative principali che si inserisce a pieno titolo nel processo di cambiamento. La rilevanza è tale che la promozione dei servizi, dell'innovazione e della qualità diventano obiettivo strategico per le Aziende sanitarie.

La promozione della qualità, le azioni di innovazione che mirano a ricomporre i processi aziendali e a sottolineare la centralità del cittadino-utente, richiedono interventi specifici di sviluppo e gestione delle risorse umane. È solo attraverso un'adesione convinta del personale al rinnovamento che si può raggiungere un risultato e consolidarlo nel tempo.

2.2. L'analisi del clima aziendale

L'analisi del clima aziendale rientra nell'ambito di un processo di costruzione dell'ascolto interno all'Azienda.

Il clima appartiene all'altra faccia dell'organizzazione, quella *soft*, cioè a quella percezione complessa dell'organizzazione fatta da chi vi lavora dentro.

Per un'Azienda sanitaria che affronta il cambiamento organizzativo, diventa fondamentale non solo avere consapevolezza del clima, ma anche cercare di capire la cultura dell'Azienda per poterla trasformare, per comprendere quali sforzi si stanno chiedendo alle persone e quali sono le forze che possono favorire le trasformazioni o, viceversa, contrastarle. Mentre la cultura aziendale è un fattore relativamente stabile che si modifica con tempi abbastanza lunghi, il clima organizzativo è l'espressione degli umori delle persone, delle loro motivazioni, del modo e dell'entusiasmo con cui si relazionano ai vari livelli dell'organizzazione. Sul clima si può influire in modo più immediato; attraverso il clima si possono ricavare informazioni sul momento contingente e sullo stato dell'Azienda e visualizzare le vie da seguire per promuovere azioni di miglioramento sostenibili nei diversi ambiti dell'organizzazione.

L'analisi di clima, la lettura dei dati e la valutazione dei risultati può diventare una pratica, di cui il mondo sanitario dovrebbe arricchirsi per acquisire una nuova consapevolezza sulle informazioni che le risorse intangibili, i segnali deboli generano a supporto del processo decisionale.

Lo sviluppo di questa nuova consapevolezza dovrebbe avere alla base la convinzione che non è possibile capire e governare un processo decisionale di un'organizzazione senza considerare le dinamiche di potere che definiscono le relazioni fra gli attori, le dinamiche di lealtà che governano il rapporto fra ambiente e organizzazione, ma soprattutto le dinamiche di interazione che contribuiscono a definire il senso del comportamento dei soggetti.

Per clima si intende un insieme di elementi, opinioni, sentimenti, percezioni dei membri, che colgono la qualità dell'ambiente del gruppo, la sua atmosfera. Questo suo aspetto di qualità del gruppo ne giustifica la variabilità in relazione a tutti i cambiamenti cui il gruppo stesso è sottoposto, interni ed esterni.

Il clima è una variabile multidimensionale su cui influiscono in modo evidente il tempo, lo spazio e la valutazione individuale dell'organizzazione. La misurazione del clima organizzativo può essere intesa come un indicatore di qualità della vita organizzativa nelle Aziende sanitarie. Il clima in questo senso assume come caratteristica standard la qualità delle relazioni reciproche tra i dipendenti e l'organizzazione. Il clima diventa una qualità del sistema (Quaglino, Mander, 1987).

Cogliere la sfida della misurazione del clima porta alla percezione della qualità del sistema, dei bisogni dei membri e dell'ambiente relazionale percepito dai membri stessi, e può diventare una leva di un processo di valutazione del sistema. Ciò implica nell'organizzazione un pluralismo di significati e di collaborazioni operative.

2.3. Il concetto di clima organizzativo

L'idea che ciascuno ha dell'organizzazione è un punto di partenza di cui non si può fare a meno per conoscere l'organizzazione, per gestire le scelte e i comportamenti dei singoli e dei gruppi ad essa appartenenti.

Affrontare lo studio del concetto di clima significa che chi vive entro le organizzazioni ha solitamente un'idea di "che aria tira" all'interno. Questo però non significa che ogni persona sia in grado di fornire immediatamente una spiegazione del concetto stesso.

La dimensione di clima è forse uno tra i concetti più complessi e sfumati nello studio delle dimensioni organizzative. È una dimensione che appartiene all'ambito dell'informale, dell'indiretto, del non razionale della vita organizzativa, alla sfera del "non detto", dell'implicito, del sottinteso: tutti elementi che fanno intendere che il clima mostri l'altra faccia dell'organizzazione.

È diffusa la convinzione che il clima sia qualcosa di pregnante la vita degli individui nell'organizzazione, in relazione sia ad aspetti psicologici come la soddisfazione al lavoro sia ad elementi sociologici come il ruolo o, più propriamente, agli aspetti tecnici della *performance* lavorativa (De Vito Piscicelli, 1984).

Il clima è un concetto più ristretto rispetto alla cultura. Fare analisi di clima significa misurare come i soggetti valutano le numerose problematiche organizzative. Ciò che distingue il clima dalla cultura è la possibilità di effettuare delle misure, di presentare dei dati. La cultura è un termine generale di cui si può discutere, disquisire; il clima, invece, è un concetto di forze in campo che sono misurabili (Lewin *et al.*, 1939). Insieme alle analisi valutative e agli studi di *customer satisfaction*, l'analisi di clima organizzativo può diventare uno degli strumenti per tentare di rendere esplicita la domanda sociale di qualità delle Aziende (Fabris, 1995).

Tra coloro che si interessano di climi psico-organizzativi vige ormai un certo consenso nell'indicare nei lavori di Lewin sulla dinamica di gruppo un riferimento primario per questo tipo di studi. Alla fine degli anni '30, Lewin indica le condizioni di tipo psico-sociale che si vengono a creare nei gruppi con il concetto di atmosfera sociale (Lewin, 1980), definendola qualcosa di intangibile ma esistente come proprietà della situazione sociale complessiva.

Vent'anni dopo, lo psicologo americano Argyris (1958) conia il termine di *organizational climate* e sviluppa un vero e proprio modello di analisi. Argyris identifica il clima come un processo dinamico, un regolatore del sistema organizzativo che ne permette il funzionamento.

Le successive ipotesi sul clima pongono particolare attenzione alla genesi del concetto e alla modalità di misurazione. Schneider (1972) definisce il clima come un insieme di descrizioni molarì psicologicamente significative, cioè come somma di percezioni che riflette una interazione tra caratteristiche individuali e organizzative.

I limiti concettuali degli studi sui climi saranno rivisti grazie ai suggerimenti di alcune teorie cognitive dell'apprendimento sociale e di psicologia internazionale.

Quaglino e Mander (1987) propongono una rassegna degli innumerevoli studi condotti sul tema e concludono definendo che il problema nodale di queste trattazioni è rappresentato dalla compresenza a livello teorico e metodologico di elementi valutativi e descrittivi. La loro trattazione chiude con una serie di suggerimenti interessanti per il rinnovamento della ricerca sui climi organizzativi in una direzione che tenga conto delle implicazioni gestionali:

- operare una precisa scelta di campo delle variabili individuali, cioè intendere il clima come vissuto organizzativo e la soggettività come unità di analisi privilegiata;
- fare uso di concetti e metodologie semplici;
- è indispensabile precisare quali sono gli elementi di clima, i fattori determinanti;
- occorre riconsiderare lo spazio lewiniano tra individuo e organizzazione collegandolo da un lato alla motivazione e dall'altro alla cultura;
- gli indicatori di clima devono essere definiti dal punto di vista del comportamento degli attori.

La loro proposta metodologica richiama l'attenzione sull'impianto di indagine che per essere affidabile deve non solo curare le caratteristiche dello strumento, ma anche il piano delle procedure di somministrazione e di programma di elaborazione dei dati, il tutto in un quadro di elevata coerenza.

Tra coloro invece che pongono maggiormente il problema del metodo, della finalità operativa oltre che della spendibilità della ricerca sui climi, in Italia si trova il gruppo di lavoro di Spaltro (1977).

Questi studi definiscono l'importanza dell'analisi di clima in termini di diagnosi, quale strategia finalizzata al cambiamento dell'organizzazione stessa, arrivando a considerare il clima organizzativo in senso essenzialmente operativo e legato alla concreta possibilità di misurare le diverse dimensioni organizzative.

Si sostiene che quest'approccio, che fa rientrare il clima nell'ambito della *action research*, nell'area dell'intervento e cambiamento organizzativo, differenzia maggiormente il clima dalla cultura organizzativa: l'analisi della cultura contribuisce a sviluppare un'analisi organizzativa, come ricerca che può essere fine a se stessa; l'analisi di clima, invece, serve per intervenire nelle organizzazioni, come strumento di cambiamento (Ambrosini, 1997).

Una considerazione generale sulla letteratura sui climi riguarda la notevole eterogeneità di modelli, ipotesi e conclusioni a fronte di una quantità di contributi che identificano ormai un preciso ambito d'indagine, quello delle organizzazioni. Il problema più volte manifestato è la difficoltà di elaborare modelli climatici soddisfacenti nei quali indicare dimensioni e relazioni valide una volta per tutte.

Il concetto di clima organizzativo, inoltre, appare costellato da continui cambiamenti di paradigma: dalla relazione tra clima e soddisfazione al lavoro, all'interesse sui climi dovuto alle ipotesi sulle relazioni con la cultura organizzativa e le rappresentazioni sociali.

Le potenzialità metaforiche del concetto di clima rimangono però intatte: pur nelle difficoltà metodologiche spesso denunciate, il clima sembra essere capace di tenere conto delle condizioni dinamiche di un sistema organizzativo.

A livello sociologico - pur nell'uso insoddisfacente, negli studi di clima, delle variabili organizzative come determinanti del clima o come criteri di aggregazione dei dati individuali - occorre tenere presenti almeno due costrutti:

- il concetto di sistema a legame debole che permette di compiere un'interpretazione dinamica di un'organizzazione;
- l'analisi strategica che fornisce una chiave di lettura dialettica dei vincoli e delle opportunità che si aprono nel sistema e che l'attore coglie per la sua azione, come sistema di azione concreto.

Riassumendo, da un lato si ha il concetto di sistema a legame debole, che significa vedere tali sistemi come un'arena dove accadono continuamente processi complessi, ignorando così la presenza della connessione forte all'interno delle organizzazioni e mostrando invece che le strutture organizzative sono definite come qualcosa che le organizzazioni "fanno" piuttosto che come qualcosa che le organizzazioni "hanno"; dall'altro lato si ha l'analisi strategica, che coglie le possibilità del soggetto all'interno dell'organizzazione definendo un sistema di azione concreto come un insieme umano strutturato che coordina le azioni dei suoi partecipanti come meccanismi di gioco relativamente stabili, e che conserva la sua struttura, cioè la stabilità dei suoi giochi e i rapporti fra loro, con meccanismi di regolazione che costituiscono altri giochi (Crozier, 1978).

Considerando questi ultimi elementi, alcuni autori (Cesaro, Intorcia, 1994; Schneider, 1996) propongono una definizione del clima organizzativo come "rappresentazione collettiva della qualità relazionale di ogni sistema di azione concreto".

Il clima organizzativo è dunque inferibile dalla descrizione che i soggetti compiono in virtù della loro identità di gruppo e organizzativa, facendo riferimento alla loro produzione culturale di norme e valori, ai giochi ai quali gli attori partecipano implementando proprie

strategie volte ad impiegare - ai fini dell'azione - le opportunità offerte da condizioni di connessione debole, e ai loro comportamenti, che acquistano valenza in funzione dell'interpretazione dei giochi e dell'elaborazione di proprie strategie razionali

Se il concetto di clima organizzativo è inteso in tal senso ed è associato a un disegno di ricerca che definisce lo strumento, le modalità di somministrazione e prevede la gestione attiva della restituzione dei dati come intervento di cambiamento organizzativo, allora è possibile sostenere che il clima può essere uno tra gli indicatori del tipo di cambiamento attuabile nell'organizzazione.

2.4. Il percorso di progettazione del questionario sul clima

Il gruppo di lavoro regionale ha definito l'itinerario dell'indagine a partire dalla definizione del concetto di clima, inteso come "la rappresentazione collettiva della qualità relazionale del sistema di azione concreto". Il clima organizzativo è stato quindi definito come indicatore della qualità delle relazioni interne.

La formulazione delle ipotesi di lavoro è stata elaborata a partire da questi presupposti e sulla base degli elementi emersi da un primo esame dei materiali e documenti raccolti dal gruppo di lavoro. Le ipotesi di lavoro che consentono la descrizione e spiegazione del problema fanno riferimento alle seguenti dimensioni:

- organizzazione,
- cliente,
- miglioramento,
- relazione professionale.

Si dà per assunto che l'indagine di clima sia uno degli strumenti che consente all'Azienda di effettuare un'autodiagnosi ai fini del miglioramento e di rilevare la "misura" del coinvolgimento dei dipendenti nel cambiamento. Pertanto, la rilevazione di indici di clima organizzativo che si collochino su valori bassi della scala di riferimento determinerà una soglia di criticità: "clima critico". Ciò richiederà all'Azienda di prevedere interventi correttivi, di miglioramento e coinvolgimento soprattutto in quelle Unità operative o per quelle qualifiche professionali che registreranno valori bassi. Un "clima buono" invece si avrà quando i valori si troveranno nella parte alta della scala. In questi casi alcuni elementi di eccellenza permetteranno una valorizzazione nel confronto con altri, per farne esempi da imitare.

La registrazione del clima che si respira in Azienda sarà il termometro dell'attenzione dell'Azienda nei confronti dei dipendenti.

L'individuazione del disegno sperimentale di ricerca ha portato alla definizione degli strumenti per la rilevazione dei dati e le modalità di effettuazione dell'indagine empirica (istruzioni per l'uso).

È stato quindi costruito un questionario strutturato (ICONAS = Indagine di clima organizzativo nelle Aziende sanitarie) con risposte pre-codificate (tranne alcune) per essere facilmente somministrabile a un numero elevato di operatori. Questa scelta consente l'elaborazione e analisi dei dati per l'interpretazione del fenomeno clima in termini quantitativi e permette inoltre un confronto fra diverse realtà aziendali.

Nella costruzione dello strumento sono state osservate le regole di una corretta formulazione degli *item* di un questionario: termini chiari e semplici, nessuna doppia negazione, formulazioni che facilitino l'intervistato nella corretta espressione delle proprie opinioni. Ogni domanda contiene un unico concetto per permettere di raccogliere risposte univoche.

Le domande sono in tutto 55 di cui:

- 50 chiuse con una scala auto-ancorata⁷ (un *continuum* con due valori estremi da 1 "Poco/Basso" a 10 "Molto/Alto");
- 3 chiuse con risposte "sì", "no", "in parte";
- 2 domande aperte di valutazione generale.

In 50 domande, il valore da assegnare è pensato come un *continuum* in una scala a intervalli considerati uguali. Si è ritenuto che la scala da 1 a 10 favorisse una valutazione vicina e comune all'immaginario culturale della totalità dei rispondenti.

La batteria di domande riferite a ogni area tematica è distribuita in modo casuale all'interno del questionario per evitare il problema del *response set*.

Il questionario è composto da 4 parti e permette anche diversi livelli di somministrazione:

copertina: istruzioni per la compilazione e spazio riservato all'Azienda per annotare il numero della scheda, l'anno e i codici (Azienda, articolazione, Unità operativa);

prima parte: domande generali

seconda parte: domande sull'Azienda

terza parte: domande sull'Unità operativa

Non vengono richiesti dati che potrebbero identificare la persona compilatrice.

Se dai dati emergono criticità specifiche si possono sviluppare approfondimenti per una migliore comprensione della situazione (interviste, incontri di gruppo o altro).

La rilevazione dei dati si colloca in un contesto formale e strutturato (Azienda = ambiente di lavoro) e il tipo di risposta ottenibile consiste in un atto scritto (esito della valutazione sul singolo *item* = risposta scritta). Per garantire il maggiore coinvolgimento di tutto il personale dell'Azienda nella compilazione del questionario, è stata privilegiata nella sintassi delle domande l'espressione in terza persona e non la forma affermativa diretta quale segno di attenzione e rispetto verso l'interlocutore.

⁷ Per Cantril (Cantril *et al.*, 1962), le scale "auto-ancorate" hanno la caratteristica di stabilire il numero delle categorie, es. da 1 a 10, ma di definire solo le due estremità del *continuum* della scala, cioè in questo caso solo 1 e 10, e di far scegliere al soggetto a quale categorie all'interno del *continuum* "ancorare" la sua scelta.

2.5. Dove è stato utilizzato lo strumento

Dopo la sperimentazione e la validazione dello strumento, si è sviluppata l'attività di diffusione e utilizzo.

Dal 2000 al 2004 11 Aziende sanitarie hanno misurato il clima organizzativo utilizzando il questionario ICONAS. Nella Tabella 3 sono indicate le caratteristiche ciascuna indagine.

Tabella 3. Sintesi delle Aziende sanitarie coinvolte nell'indagine di clima organizzativo

Azienda	Azienda USL di Piacenza	Azienda ospedaliera di Parma	Azienda ospedaliero-universitaria S. Anna di Ferrara	Azienda USL di Ferrara	Azienda USL Bologna Nord	Azienda USL di Forlì	Azienda USL di Ravenna	Azienda sanitaria locale 3 di Genova	Azienda per i servizi sanitari 6 Friuli occidentale - Pordenone	Azienda socio-sanitaria locale 10 Veneto orientale - S. Donà di Piave	Azienda Unità locale socio-sanitaria 6 - Vicenza
Anno di indagine	2004	2001	2001	2004	2001-2002-2003	2003	Dicembre 2000- Maggio 2001	2003	2003	2004	2002
Direzione coinvolta	Direzione generale	Direzione sanitaria	Direzione generale	Direzione generale	Direzione generale	Dipartimento Sanità pubblica	Direzione generale	Dipartimento Anziani	Direzione generale	Direzione generale	Direzione sanitaria
Unità operativa (chi gestisce l'indagine)	UO Qualità e formazione	UO Qualità e comunicazione	UO Qualità	UO Qualità	UO Qualità	Dipartimento Sanità pubblica	UO Qualità UO Comunicazione	Dipartimento Anziani	UO Qualità e accreditamento	UO Qualità e accreditamento	UO Servizio promozione e miglioramento continuo della qualità UO Servizio di psicologia ospedaliera
Contesto organizzativo di partenza	Generale: Direzione stabile Specifico: riorganizzazione di un'Unità operativa neo-costituita (fusione di due strutture logisticamente distanti e autonome)	Sindacato non coinvolto: svolge indagine parallela Specifico: nuova Direzione dipartimentale	Generale: Direzione stabile Sindacati coinvolti Specifico: autovalutazione EFQM (criticità criteri 3 e 7)	Generale: Collegio di Direzione Sindacati coinvolti Specifico: accreditamento struttura nuova ospedaliera	Generale: Direzione stabile Specifico: Obiettivo di <i>budget</i> scelto spontaneamente	Generale: inizio mandato Direttore Dipartimento Specifico: riordino del Dipartimento	Generale: Direzione all'inizio del mandato Specifico: strumento, fra altri, di valutazione del dirigente	Specifico: riorganizzazione rete dei servizi per gli anziani	Generale: Direzione a fine mandato Specifico: misurazione del clima aziendale	Sindacato non coinvolto Specifico: costituzione di una nuova organizzazione interna dedicata al benessere organizzativo	Specifico: nuovo Ufficio Qualità

Obiettivo dell'indagine (indicare i motivi)	Conoscere e misurare	Misurare e migliorare	Diagnosticare e valutare i risultati	Adeguare e valutare	Programmare e valutare	Conoscere e gestire	Misurare e valutare i risultati	Valutare e riorganizzare	Misurare e migliorare	Valutare e facilitare la comunicazione	Progettare e comunicare
	Specifico: sperimentare la misurazione del clima organizzativo al fine di individuare possibili aree di miglioramento	Specifico: sperimentare la misurazione del clima organizzativo al fine di individuare possibili aree di miglioramento	Specifico: perseguire una propria autodiagnosi organizzativa per conoscere i punti critici della organizzazione interna	Specifico: adeguamento ai requisiti richiesti dalla normativa LR 34/1998, cap. 9, verifica risultati relativi al personale interno; attuazione Direttiva 24/3/2004 Presidenza del consiglio dei Ministri	Specifico: obiettivo qualità della scheda di <i>budget</i> : scelta facoltativa per le UO interessate a realizzare l'indagine di clima	Specifico: diagnosi organizzativa per supportare il cambiamento Strumento di un approccio integrato di lettura dei processi di lavoro: organizzativi (standard di prodotto) e soggettivi relazionali (analisi di clima) Misura diacronica del clima: effettuata la prima rilevazione come dato di partenza.	Specifico: sperimentare la misurazione del clima organizzativo tra i dipendenti e i MMG al fine di individuare possibili aree di miglioramento	Specifico: attivazione di un sottoprogetto di ricerca sul clima all'interno di un progetto di riorganizzazione delle cure domiciliari e della rete assistenziale del Dipartimento	Specifico: sperimentare la misurazione del clima organizzativo al fine di individuare possibili aree di miglioramento tra le diverse Unità operative	Specifico: attivazione di un sottoprogetto di ricerca sul clima all'interno di un progetto più ampio di sviluppo delle risorse umane	Specifico: strumento di un approccio integrato per lo sviluppo di un progetto di attenzione alla qualità comunicativa e relazionale fra operatori e utenti e fra operatori
Livello di distribuzione/target (aziendale, dipartimentale, in alcune Unità operative)	Unità operativa	Dipartimento Macro Aree dipartimentali organizzative	Azienda Unità operative	Struttura ospedaliera Dipartimenti e relative Unità operative dell'Ospedale del Delta	Unità operative su adesione spontanea	Dipartimento Unità operative	Azienda Distretti Unità operative	Dipartimento strutture protette a gestione diretta	Azienda Distretti Unità operative	Azienda Unità operative	Unità operative

Tabella 3. (continua)

Azienda	Azienda USL di Piacenza	Azienda ospedaliera di Parma	Azienda ospedaliero-universitaria S. Anna di Ferrara	Azienda USL di Ferrara	Azienda USL Bologna Nord	Azienda USL di Forlì	Azienda USL di Ravenna	Azienda sanitaria locale 3 di Genova	Azienda per i servizi sanitari 6 Friuli occidentale - Pordenone	Azienda socio-sanitaria locale 10 Veneto orientale - S. Donà di Piave	Azienda Unità locale socio-sanitaria 6 - Vicenza
Campione trattato (rispetto alla popolazione di riferimento)	Popolazione: 109 Rispondenti: 72 (66,1%)	Popolazione: 300 Rispondenti: 181 (60,3%)	Popolazione: 2.447 Rispondenti: 1.582 (64,7%)	Popolazione: 474 Rispondenti: 364 (76,8%)	Popolazione: 900 Rispondenti: 799 (88,8% sul totale delle 25 UUOO coinvolte)	Rispondenti = 97%	Popolazione: 4.690 Rispondenti: 2.951 (62,9%)	Popolazione: 306 Rispondenti: 227 (74,2%)	Popolazione: 1.853 Rispondenti: 1.589 (85,8%)	Popolazione: 2.300 Rispondenti: 1.012 (44%)	Popolazione: 181 Rispondenti: 155 (85,6%)
Periodo di somministrazione (inizio e fine compilazione questionario)	gennaio - febbraio 2004	febbraio 2001	ottobre - dicembre 2001	ottobre 2004	Dal 2000 al 2003	febbraio 2003	marzo - maggio 2001	ottobre - novembre 2003	giugno - luglio 2003	aprile - maggio 2004	gennaio - aprile 2002
Strumento utilizzato (indicare cambiamenti/modifiche introdotte rispetto al modello ICONAS)	ICONAS	ICONAS, modificando Direzione aziendale con Direzione dipartimentale e inserendo l'Area dipartimentale nella codifica	ICONAS; si è voluto chiamare "Clima 2001" per motivi di facilità di comunicazione	ICONAS	ICONAS	ICONAS	ICONAS	ICONAS	ICONAS; aggiunta una domanda aperta oltre a quelle presenti	ICONAS; è stata aggiunta la differenza tra area sanitaria e un campo per indicare l'età (facoltativo)	ICONAS

Modalità di somministrazione

Informativa iniziale mediante comunicazione scritta a tutta la popolazione coinvolta	Informativa iniziale mediante comunicazione scritta a tutta la popolazione coinvolta	Informativa iniziale mediante cedolino stipendiale a tutta la popolazione coinvolta	Informativa iniziale mediante cedolino stipendiale a tutti i dipendenti dell'Azienda	Individuazione referente UO per effettuazione indagine Autosomministrazione e raccolta presso ogni UO in apposita urna	Informativa iniziale mediante comunicazione scritta a tutta la popolazione coinvolta	Individuazione referente mediante infermieristico dirigente per ogni articolazione aziendale	Informativa iniziale mediante comunicazione scritta a tutta la popolazione coinvolta	Informativa iniziale mediante comunicazione scritta ai responsabili UO	Informativa iniziale mediante comunicazione scritta ai responsabili UO	Incontro iniziale di presentazione con la popolazione afferente al progetto
Individuati referenti dell'indagine per settore	Incontri programmati per somministrazione/ compilazione/ restituzione questionario in un'urna	Individuati referenti caposala dell'indagine per UO e gruppo di progetto	Coinvolti responsabili UO, coordinatori e responsabili Qualità di UO		Incontri programmati per somministrazione/ compilazione/ restituzione questionario in un'urna	Incontri programmati per somministrazione/ compilazione/ restituzione questionario in un'urna	Incontri programmati per somministrazione/ compilazione/ restituzione questionario in un'urna	Incontri programmati per somministrazione/ compilazione/ restituzione questionario in busta chiusa da parte del responsabile/ caposala dell'UO	Incontri programmati per somministrazione/ compilazione/ restituzione questionario in busta chiusa alla UO Qualità	Incontri programmati per somministrazione/ compilazione/ restituzione questionario in un'urna
Incontri programmati per somministrazione/ compilazione/ restituzione questionario in un'urna		Incontri programmati per somministrazione/ compilazione/ restituzione questionario in un'urna	Incontri programmati per somministrazione/ compilazione/ restituzione questionario in un'urna			Gestione della discussione emersa in ogni incontro				

Tabella 3. (continua)

Azienda	Azienda USL di Piacenza	Azienda ospedaliera di Parma	Azienda ospedaliero-universitaria S. Anna di Ferrara	Azienda USL di Ferrara	Azienda USL Bologna Nord	Azienda USL di Forlì	Azienda USL di Ravenna	Azienda sanitaria locale 3 di Genova	Azienda per i servizi sanitari 6 Friuli occidentale - Pordenone	Azienda socio-sanitaria locale 10 Veneto orientale - S. Donà di Piave	Azienda Unita locale socio-sanitaria 6 - Vicenza
Diffusione dei risultati (modalità di restituzione e destinatari)	Restituzione dati al responsabile UO e incontro di discussione con gli operatori per individuare aree critiche e di miglioramento	Presentazione dei risultati in 3 pagine, inviata a tutti i dipendenti del Dipartimento con lettera	Piano di diffusione interno ed esterno	Restituzione dei risultati alla Direzione generale e al Collegio di Direzione allargato Diffusione dati complessivi tramite due riunioni rivolte a tutto il personale dell'ospedale Incontri per singole UO per restituzione risultati specifici	Restituzione dati al Direttore di UO e incontro di discussione con gli operatori per individuare aree critiche e di possibili azioni di miglioramento <i>Report</i> annuale alla Direzione aziendale per opportuna conoscenza		Dati disponibili sul sito aziendale. Il <i>report</i> inviato a 4 livelli (referente UO, responsabile UO, direttore di Dipartimento, responsabile del Presidio) oltre che ai sindacati		Restituzione dati capillarmente attraverso opuscolo recapitato a tutti gli operatori unitamente alla busta paga	Esiti discussi in incontri formativi; previsti incontri con le UO e le macro strutture	Restituzione per ogni UO in incontri per gruppi di miglioramento e incontri allargati con il personale delle UUOO
Cognome, nome ed email di chi ha compilato la scheda	Miriam Bisagni m.bisagni@ausl.pc.it	Alessandra Morselli cmorelli@ao.pr.it	Ulrich Wienand u.wienand@ospfe.it	Falzone Maria Cristina dircsanosp100@ausl.fe.it	Lara Nanetti lara.nanetti@ausl.bonord.regione.emilia-romagna.it	Paola Scarpellini p.scarpellini@ausl.fo.it	Maria Caroli m.caroli@ausl.ra.it	Tiziana Leale Giulio Pioli tiziana.leale@asl3.liguria.it gpioli@netsis.it	Carmela Zuccarelli carmela.zuccarelli@ass6.sanita.fvg.it	Davide Furlanis qualita.accredita@aulss10.veneto.it	Adriano Cracco a.cracco@ulssvicenza.it

Figura 2. Confronto valori medi delle Aziende rispetto al fattore 1 "strategia della gestione dei risultati e dei premi"

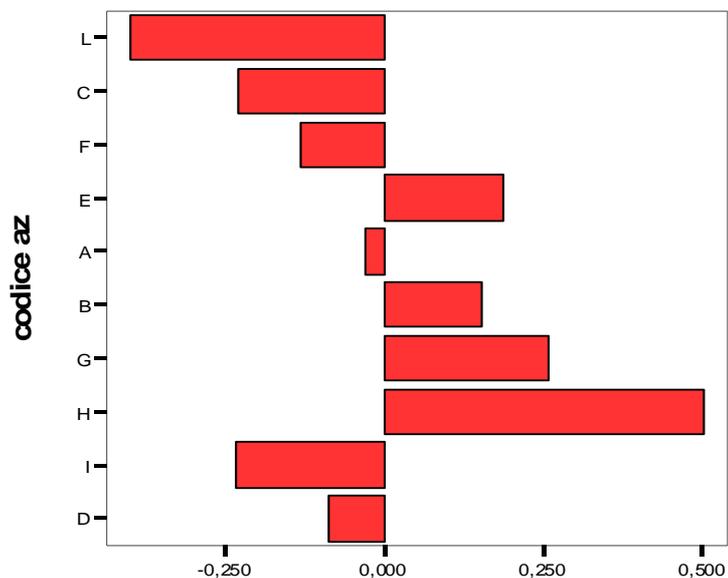


Figura 3. Confronto valori medi delle Aziende rispetto al fattore 2 "stile di leadership nella UO"

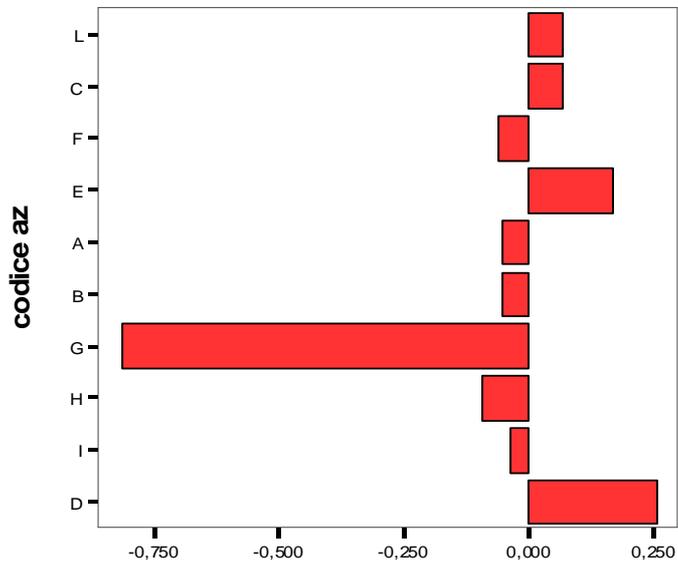


Figura 4. Confronto valori medi delle Aziende rispetto al fattore 3 "soddisfazione del lavoro"

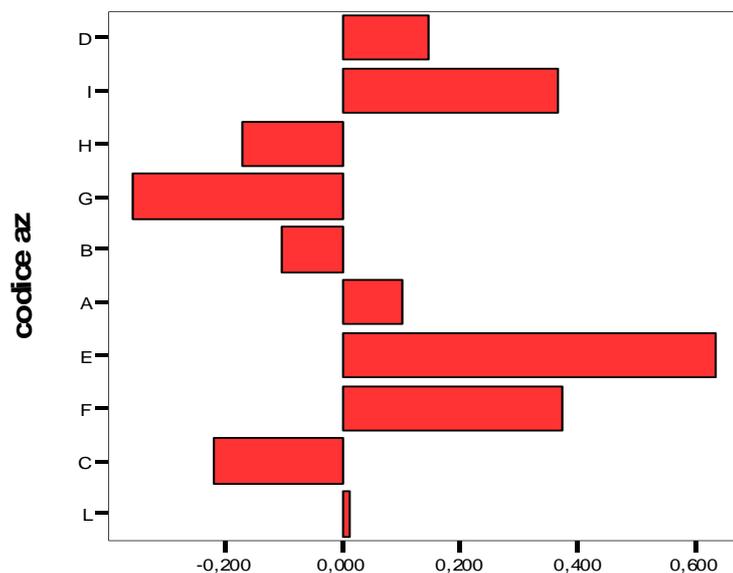


Figura 5. Confronto valori medi delle Aziende rispetto al fattore 4 "comunicazione aziendale"

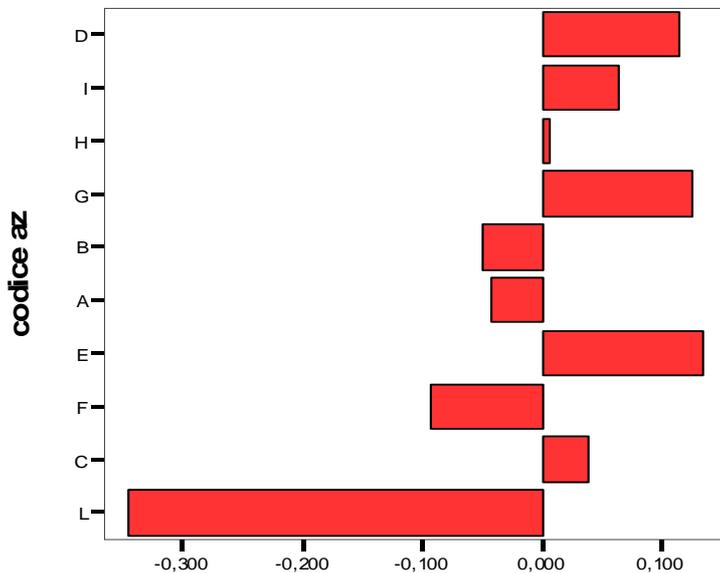


Figura 6. Confronto valori medi delle Aziende rispetto al fattore 5 “percezione qualità delle cure”

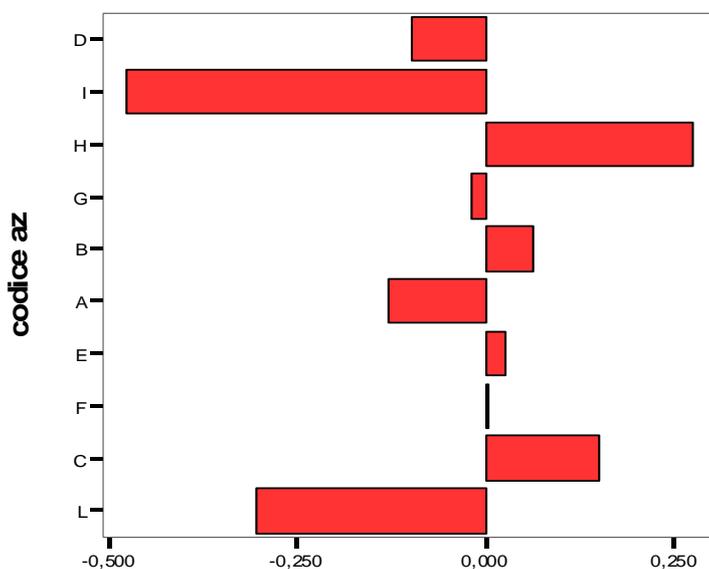


Figura 7. Confronto valori medi delle Aziende rispetto al fattore 6 “gioco di squadra”

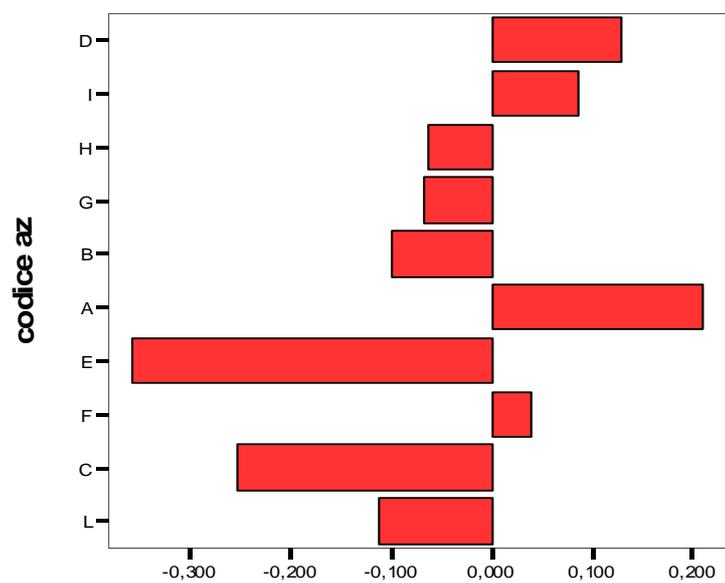
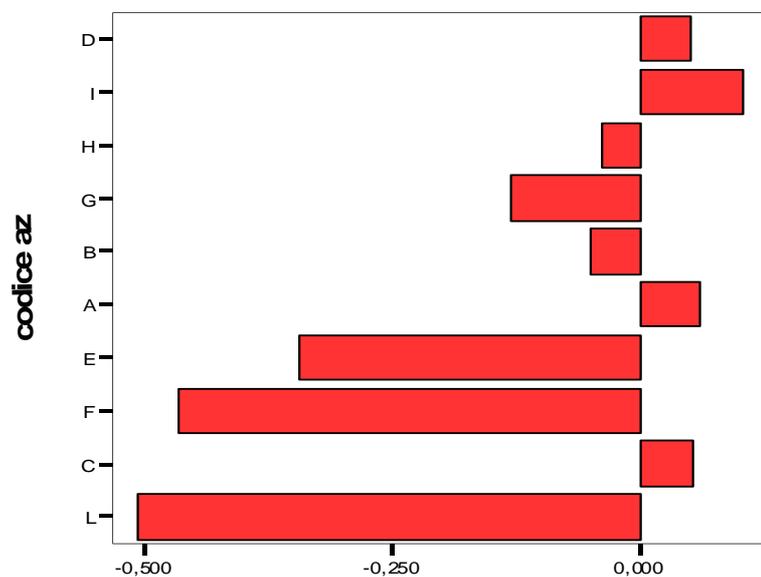


Figura 8. Confronto valori medi delle Aziende rispetto al fattore 7 "formazione e sviluppo"



3. Cosa emerge dai dati: principali risultati⁸

In questo Capitolo verranno illustrati i principali risultati⁹ ottenuti dalle rilevazioni effettuate sino ad oggi in Aziende sanitarie del Nord est d'Italia, accomunate dal medesimo approccio (pacchetto ICONAS) all'indagine di clima organizzativo.

Qual è stata l'adesione all'indagine?

Il 66% (8.681) dei dipendenti coinvolti nelle 10 Aziende sanitarie ha partecipato all'indagine di clima organizzativo. Il dato medio di adesione dei dipendenti tra le Aziende è stato del 73%.

Quale modalità di somministrazione del questionario è stata preferita?

La distribuzione diretta dei questionari attraverso piccoli gruppi di presentazione (indicazione prescelta del pacchetto ICONAS) ha consentito alle Aziende sanitarie di ottenere un'adesione dei dipendenti da un minimo del 63% a un massimo del 97%. Una sola Azienda ha adottato una modalità postale di somministrazione, con *recall* a 2 settimane di distanza, ottenendo un'adesione del 44% dei dipendenti (*Tabella 4*).

Chi sono i rispondenti?

Il 78% (6.537) dei rispondenti sono dipendenti appartenenti all'area del comparto e il 22% (1.835) all'area della dirigenza (*Tabella 5*). Solo il 4% dei dipendenti non ha voluto riferire a quale area professionale apparteneva.

Quali aree tematiche del questionario sono state maggiormente compilate?

Il 79% (6.890) dei dipendenti ha risposto a tutte le domande del questionario ICONAS. Delle tre parti tematiche in cui si suddivide il questionario:

- il 93% ha compilato prevalentemente le domande sul processo di cambiamento aziendale e in generale sulla soddisfazione (parte prima),
- l'88% ha risposto a domande sui processi direzionali dell'Azienda sanitaria (parte seconda),
- il 91% ha risposto a quelle relative ai processi organizzativi interni all'Unità operativa (parte terza) (*Tabella 6*).

⁸ A cura di Miriam Bisagni (Azienda USL di Piacenza) e Ulrich Wienand (Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara).

⁹ Si ringrazia il dott. Enrico Fabrizi (Università di Bologna, Facoltà di scienze statistiche) per la consulenza e la supervisione sulle elaborazioni dei dati.

Qual è il punteggio di risposta maggiormente utilizzato della scala da 1 a 10?

Il valore 1 è stato quello maggiormente utilizzato (16,7%) dai rispondenti. Dopo il valore 1, i valori intermedi della scala - il 5 e il 6 - hanno raccolto la maggior parte delle risposte rispettivamente il 12,7% e l'11,8%. Il 58% dei dipendenti ha scelto comunque valori da 1 a 5 per le proprie risposte (*Figura 9*).

Il 36% delle risposte ha riguardato i valori più critici, da 1 a 3, mentre i valori più positivi della scala, da 8 a 10, sono stati preferiti solo nel 20% delle risposte.

I dipendenti dell'area del comparto, dopo il valore 1, hanno più frequentemente utilizzato il valore 5, mentre i dirigenti hanno scelto prevalentemente, dopo il valore 1, il valore 8 (*Figura 10*).

Quale clima organizzativo mediamente è percepito nelle aziende sanitarie?

Il clima organizzativo in generale non è pienamente soddisfacente.

I dipendenti percepiscono un clima organizzativo che si colloca mediamente intorno al valore di $4,79 + 1,55$ (quindi con punte medie minime di 3,24 e valori medi massimi di 6,34) (*Figura 11*).

In tutte le Aziende sanitarie prese in esame è stata considerata la misura di una situazione di partenza, esito da cui partire per prevedere azioni di miglioramento e di ascolto più efficaci, in grado di incidere sui risultati e sulla produzione sanitaria. Emerge una fotografia in cui il dipendente impegnato nel lavoro può influenzare il suo rapporto con l'utenza e ottenere gratificazioni per il lavoro svolto, mentre nelle dinamiche organizzative, rappresentate dai diretti superiori e dai colleghi, all'impegno nello svolgimento del lavoro non fa seguito un adeguato riconoscimento: il dipendente cerca soluzioni a situazioni problematiche per soddisfare le necessità del paziente, ma manca un equilibrio tra impegno, risultato e riconoscimento formale o informale da parte della direzione aziendale.

Se si considerano le varie parti del questionario, si osserva uno sviluppo alternato del gradimento: i dipendenti hanno attribuito punteggi più elevati (media 5,3) alle domande sui processi decisionali percepiti all'interno della propria Unità operativa (parte terza), riservando punteggi più bassi (media 4,2) alle domande relative ai processi decisionali della direzione aziendale (parte seconda) e infine rispondendo con punteggi nuovamente più positivi rispetto ai precedenti (media 5,0) sui processi di cambiamento in atto nella sanità (parte prima).

Le differenze significativamente più marcate si colgono però mettendo a confronto il valore di clima organizzativo percepito dall'area della dirigenza ($5,2 + 1,6$) con l'area del comparto ($4,6 + 1,4$) (*Figura 16*).

Quali aspetti peculiari più positivi sono rilevabili dall'indagine di clima?

Il questionario è costituito da 50 domande a risposta chiusa. Segue un'analisi delle prime 10 domande più gettonate per il punteggio medio ottenuto.

Dai punteggi medi più elevati emerge un profilo dell'operatore sanitario "moderatamente soddisfatto, con buon grado di autostima e di impegno nel proprio lavoro": assumono rilevanza il senso di responsabilizzazione verso il proprio lavoro (media 7,3), l'attenzione alle richieste degli utenti (media 7,3), l'abitudine di rivolgersi ai colleghi negli imprevisti (media 7,0), la buona percezione di autonomia nell'esperienza quotidiana del proprio lavoro (media 6,6), e infine la percezione di soddisfazione per il proprio lavoro (media 6,1) (*Figura 13*).

Sono percepite bene anche l'abitudine al lavoro di *équipe* e in *team* nell'Unità operativa, con chiarezza di compiti e di ruoli tra le diverse figure professionali (entrambe con media 6,0).

L'operatore sanitario sente di collaborare a un'azione comune (media 5,9) e di lavorare in un'Unità operativa dove esiste un'attenzione a promuovere e sostenere la formazione e l'aggiornamento (media 5,8). Si sente abbastanza bene tanto da poter consigliare a un altro collega di lavorare nella stessa Unità operativa (media 5,7), ma non in modo equivalente nella stessa Azienda (media 4,4).

Questi elementi sono importanti per la maggioranza dei dipendenti, ma non rappresentano una situazione omogenea tra le diverse Unità operative. L'Azienda sanitaria è da ritenersi "un arcipelago di isole" formato da diverse Unità operative con esperienze lavorative soddisfacenti ma anche estremamente diversificate.

Quali aspetti peculiari più critici sono rilevabili dall'indagine di clima?

Si analizzano ora le ultime 10 domande più critiche per il punteggio medio ottenuto.

I punteggi medi più critici sono quelle relativi alle domande sulla conoscenza del Piano delle azioni (media 2,9), della *mission* e della *vision* (media 3,0), sulla difficoltà dell'Azienda di attivare un sistema incentivante chiaro (media 3,1) e capace di premiare le prestazioni (media 3,0) (*Figura 14*).

Altra criticità è la percezione che la Direzione aziendale sia poco attenta alle esigenze degli operatori (media 3,1). A cascata, gli altri punti di maggiore insoddisfazione sono relativi alla capacità della Direzione aziendale di motivare i lavoratori (media 3,3), di creare un maggior senso di sicurezza (media 3,5), di chiarire i criteri di distribuzione degli incentivi economici coerentemente agli obiettivi aziendali (media 3,5), di diffondere in modo efficace le informazioni interne tra i settori aziendali (media 3,6), di attribuire chiaramente le competenze (media 3,7) e infine di riconoscere i buoni risultati (media 3,6).

Emerge quindi una distanza tra la Direzione aziendale e la vita dell'Unità operativa dell'operatore sanitario, che diventa lo spazio da colmare per realizzare una co-produzione sanitaria che esprima la qualità del prodotto. La qualità della relazione con il cliente-utente e del prodotto sanitario erogato riflette la qualità della vita

organizzativa aziendale e del clima che l'operatore "respira nella propria unità operativa".

Nell'analisi delle singole variabili, in generale, si osserva una maggiore soddisfazione della dirigenza rispetto al comparto su quasi tutti gli *item* considerati, (differenze confermate altamente significative dal test di verifica, cioè non dovute alla numerosità del campione trattato) ad eccezione delle domande "negli imprevisti si rivolge abitualmente ai suoi colleghi?" (domanda 2); "parlando del suo lavoro si direbbe che collabora ad un'azione comune?" (domanda 7); "l'aziendalizzazione ha prodotto senso di sicurezza negli operatori?" (domanda 13).

L'unica variabile in cui l'area del comparto registra un valore medio significativamente più elevato (media 5,33) a confronto con la dirigenza (media 5,16) è sulla promozione dell'aggiornamento e della formazione professionale da parte dell'Azienda.

L'area del comparto è meno soddisfatta della dirigenza del livello di chiarezza, di trasparenza, di comunicazione sugli obiettivi e i meccanismi premianti, della capacità di valorizzazione delle competenze e gestione dei conflitti dei responsabili dell'Unità operativa.

Quali dimensioni principali costituiscono il costrutto di clima organizzativo?

Le dimensioni principali che esprimono il fenomeno del clima organizzativo (estratte con l'analisi fattoriale) (*Tabella 9*) consentono di cogliere le leve per introdurre dei cambiamenti e influenzare la percezione dei dipendenti. In ordine di importanza e di peso delle variabili, le dimensioni rilevate sono (*Tabella 10*):

- strategia della gestione dei risultati e dei premi,
- stile di *leadership* nell'Unità operativa,
- soddisfazione del lavoro,
- conoscenza e comunicazione degli obiettivi e degli assetti organizzativi,
- percezione della qualità delle cure,
- lavoro di squadra,
- formazione e sviluppo.

Come leggere il clima organizzativo e su quali leve agire per gestire le criticità?

La gestione dei meccanismi premianti, le politiche di monitoraggio della *performance* e la verifica dei risultati sono percepiti dai dipendenti delle 10 Aziende coinvolte come poco soddisfacenti (media 4,16). Questa dimensione è il fattore principale che può orientare il cambiamento di clima organizzativo a livello aziendale e di Unità operativa. La Direzione aziendale dovrebbe curarne la definizione partecipata, la comunicazione, la diffusione, l'applicazione e la verifica nel rispetto dell'equità e della trasparenza.

Altra leva di cambiamento del clima respirato in Azienda è lo stile di *leadership* dell'Unità operativa. Dai dati emerge una situazione di quasi sufficienza (media 4,98) che occorre però migliorare e sviluppare per il consolidarsi di dinamiche organizzative favorevoli al conseguimento degli obiettivi, di qualità del lavoro.

La soddisfazione per il proprio lavoro è la terza dimensione importante nella definizione del clima organizzativo che raggiunge il valore medio più che sufficiente (media 5,32). La possibilità per il dipendente di esercitare un'iniziativa individuale, di sentirsi responsabilizzato, autonomo, coinvolto nello svolgimento del proprio lavoro è la forza su cui poggia la relazione con il cliente e la possibilità di soddisfare le sue richieste.

La conoscenza e comunicazione degli obiettivi e degli assetti organizzativi è il fattore che ha ottenuto il punteggio medio più basso (4,15), e che gioca un ruolo di equilibrio all'interno dell'Azienda e delle articolazioni organizzative. È un tassello di un mosaico complesso che diventa imprescindibile e irrinunciabile, a cui occorre dedicare più attenzione nella duplice direzione di diffusione e di ascolto.

La percezione della qualità delle cure è il fattore che caratterizza il legame di co-produzione tra operatore e utente nel settore sanitario. Il punteggio ottenuto ha un valore medio quasi sufficiente (media 4,92), ma il peso nel determinare cambiamenti nel clima organizzativo è rilevante e maggiore del fattore della comunicazione degli obiettivi e degli assetti organizzativi. Il livello di qualità del servizio fornito riassume in sé le caratteristiche distintive di un servizio che rende esplicita la centralità del cliente ed è parte integrante della *mission* organizzativa dell'Azienda.

Il gioco di squadra è il fattore che ha ottenuto il punteggio medio più soddisfacente (media 5,96). Questa dimensione è importante, ma ha una minore capacità di influire sul clima organizzativo in quanto presupposto per lo svolgimento dei principali processi di lavoro nell'ambito di una realtà socialmente condivisa, che assegna un significato al funzionamento dell'Unità operativa.

La formazione e lo sviluppo è la dimensione che ottiene un discreto punteggio (media 5,23), ma che ha una limitata possibilità di contribuire a modificare il clima organizzativo se non in sinergia con tutte le altre dimensioni (*Figura 17*).

Tabella 4. Aziende sanitarie che hanno utilizzato il questionario ICONAS

n.	Azienda	N. dipendenti previsti	N. rispondenti	% adesione
1	A	4.690	2.951	62,9%
2	B	1.853	1.589	85,8%
3	C	2.447	1.582	64,7%
4	D	2.300	1.012	44,0%
5	E	306	227	74,2%
6	F	300	181	60,3%
7	G	116	113	97,4%
8	H	900	799	88,8%
9	I	181	155	85,6%
10	L	109	72	66,1%
	<i>Totale</i>	<i>13.202</i>	<i>8.681</i>	<i>66,0%</i>

Tabella 5. Distribuzione area professionale rispondenti

Area professionale	Frequenza	%	% valida
Dirigenza	1.835	21,14	22
Comparto	6.537	75,30	78
<i>Totale</i>	<i>8.372</i>	<i>96,44</i>	<i>100</i>
<i>Missing</i>	<i>309</i>	<i>3,56</i>	
<i>Totale</i>	<i>8.681</i>	<i>100,0</i>	

Tabella 6. Rispondenti alle parti del questionario

Parte questionario	N. totale rispondenti	N. rispondenti a tutte le domande	% rispondenti
Parte I	8.681	8.047	92,7%
Parte II	8.681	7.680	88,5%
Parte III	8.681	7.876	90,7%
<i>Totale rispondenti</i>	<i>8.681</i>	<i>6.890</i>	<i>79,4%</i>

Tabella 7. *Missing* alle singole parti del questionario

Parte questionario	N. totale risposte possibili	N. <i>missing</i>	% <i>missing</i>
Parte I	130.215	1.171	0,9%
Parte II	164.939	2.451	1,5%
Parte III	138.896	5.284	3,8%
<i>Totale</i>	<i>434.050</i>	<i>8.906</i>	<i>1,6%</i>

Figura 9. Distribuzione bimodale delle risposte sulla scala dei punteggi

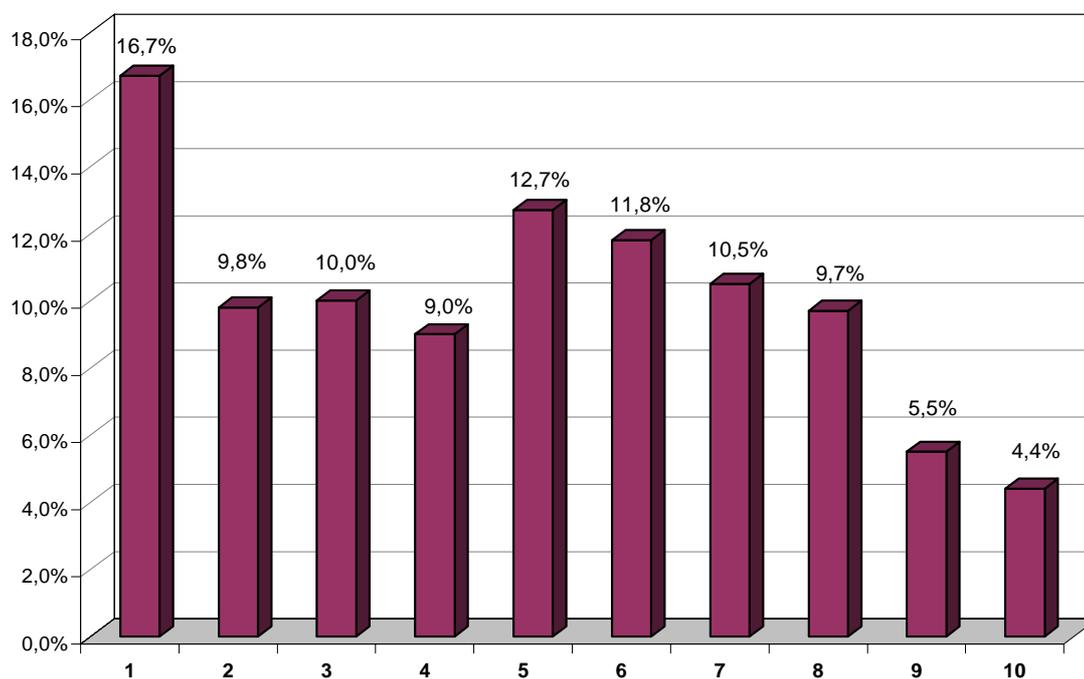


Figura 10. Distribuzione bimodale dei punteggi della scala dei valori per l'area professionale: Dirigenza e Comparto

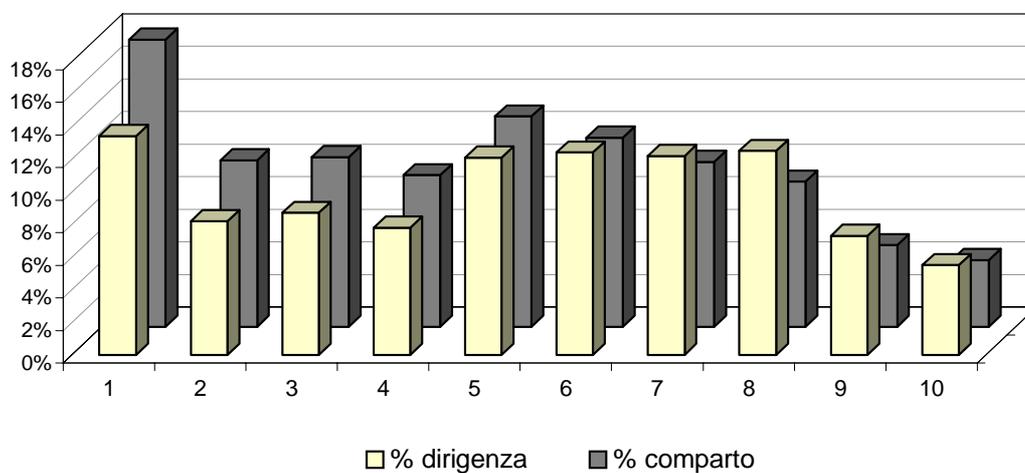


Tabella 8. Tabella dei valori caratteristici: dati sintetici

Azienda	N	Media	Deviazione standard	E.S. della media	Varianza	V
A	2.947	4,67	1,54	0,028	2,37	0,330
B	1.589	5,01	1,58	0,040	2,48	0,315
C	1.582	4,52	1,53	0,038	2,34	0,338
D	1.012	4,69	1,38	0,044	1,92	0,295
E	227	5,10	1,42	0,095	2,03	0,279
F	181	4,54	1,62	0,120	2,62	0,356
G	113	5,20	1,34	0,126	1,80	0,258
H	798	5,55	1,51	0,053	2,28	0,272
I	155	4,47	1,31	0,105	1,71	0,292
L	72	4,17	1,57	0,185	2,45	0,375
<i>Totale</i>	<i>8.676 *</i>	<i>4,80</i>	<i>1,55</i>	<i>0,017</i>	<i>2,39</i>	<i>0,322</i>

Legenda

* non conteggiati nel totale i 5 casi *missing* (questionari completamente bianchi).

Figura 11. Distribuzione valori medi e di dispersione

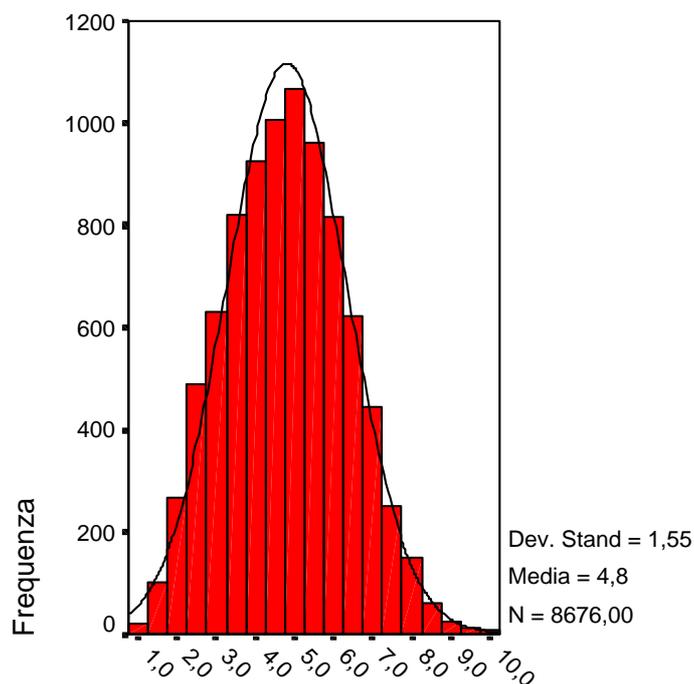


Figura 12. Box plot dei valori medi generali e di deviazione standard

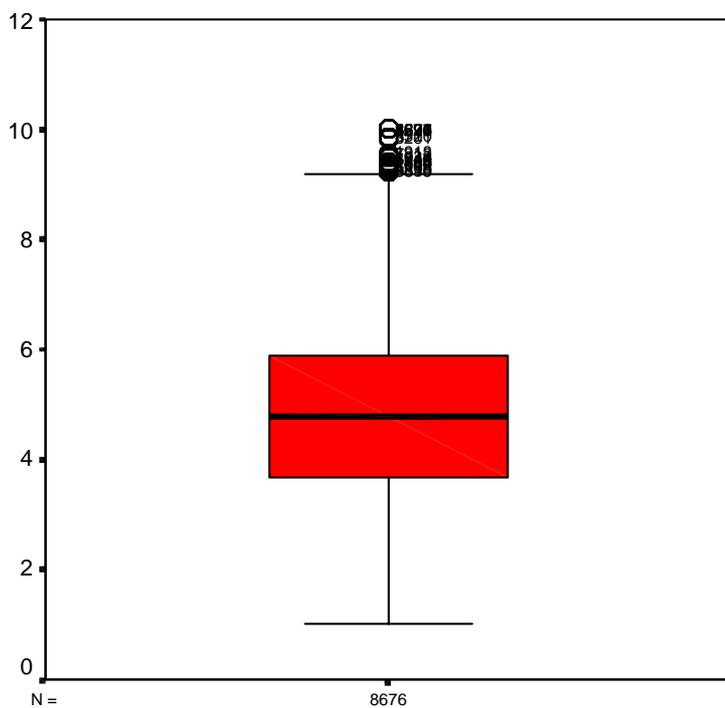


Figura 13. Confronto valori medi delle cinque domande, con valori medi più elevati, con il dato medio generale (4,80)

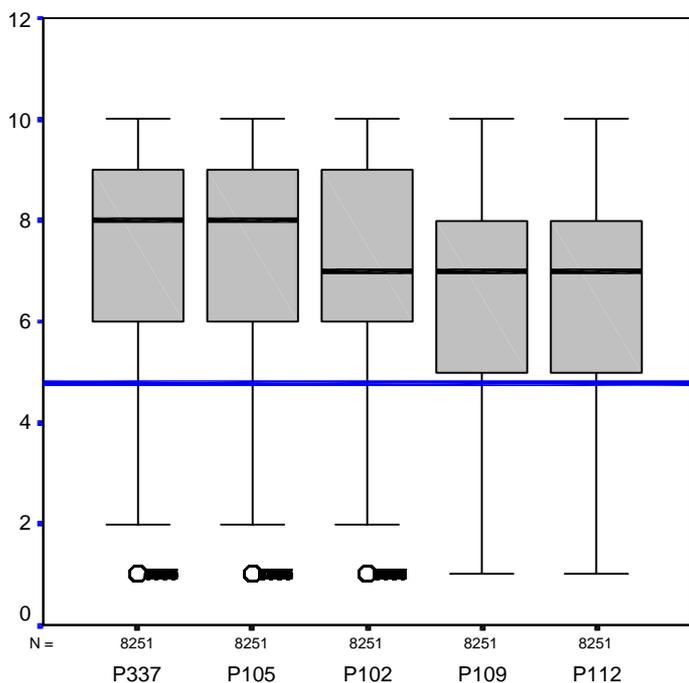


Figura 14. Confronto valori medi delle cinque domande, con valori medi più bassi, con il dato medio generale (4,80)

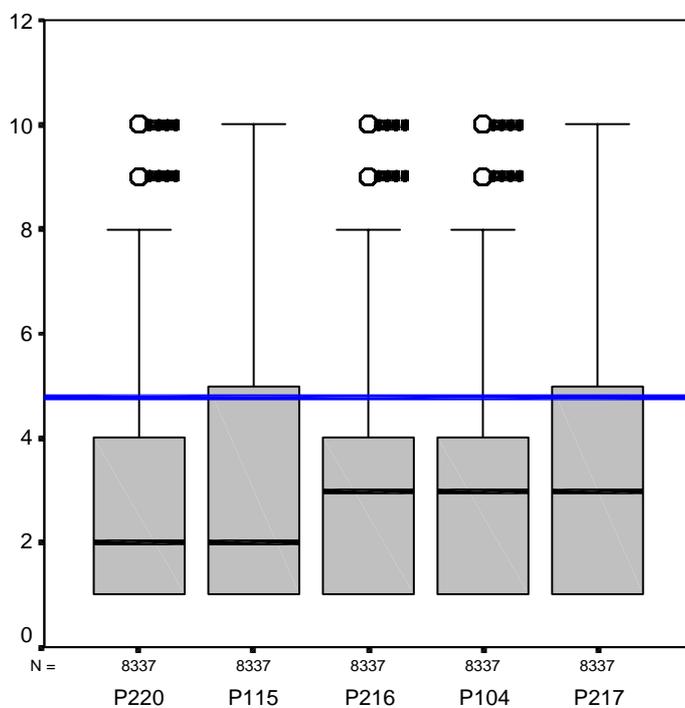


Figura 15. Confronto valori medi delle parti del questionario con il dato medio generale (4,80)

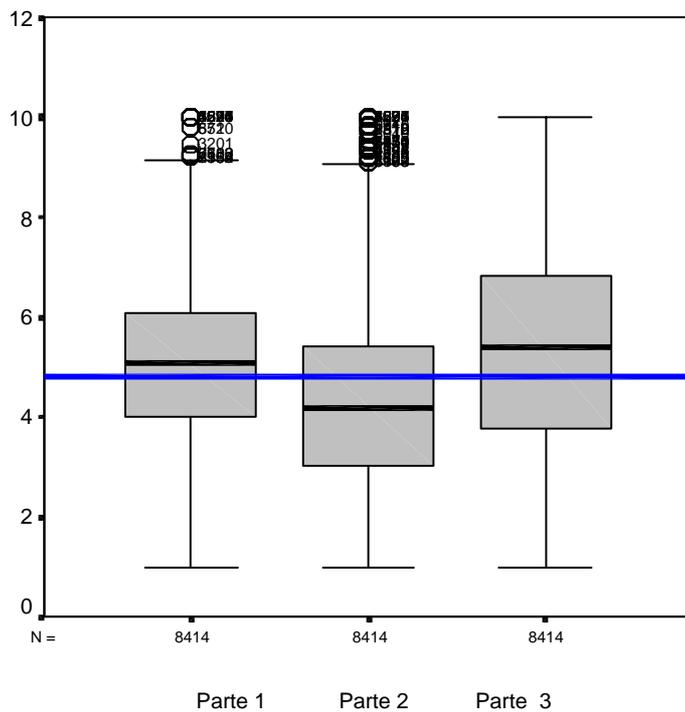


Figura 16. Confronto valori medi tra dirigenza e comparto

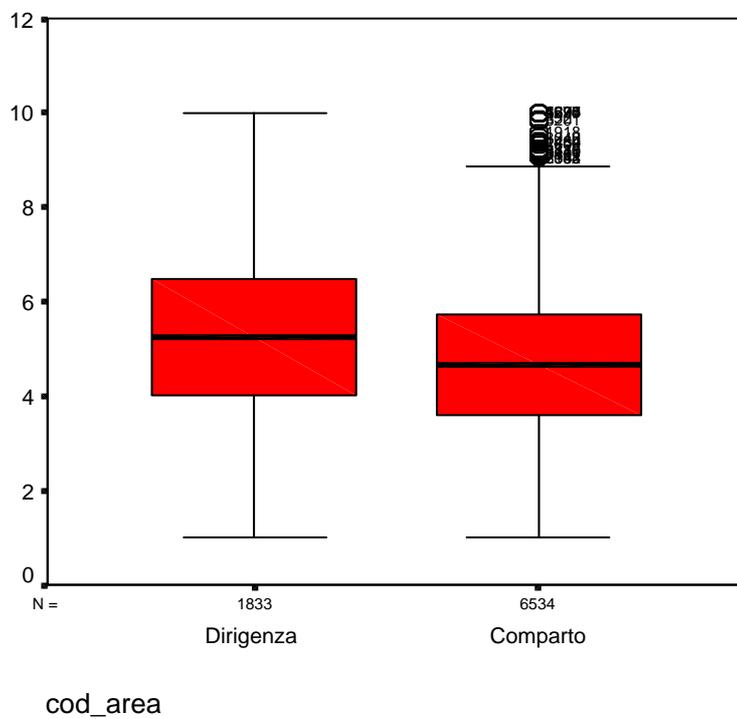


Tabella 9. Matrice fattoriale ruotata

N.	Variabili	Strategia della gestione dei risultati e dei premi	Stile di leadership nella UO	Soddisfazione per il lavoro	Conoscenza e comunicazione degli obiettivi e degli assetti organizzativi	Percezione qualità delle cure	Gioco di squadra	Formazione e sviluppo
		1	2	3	4	5	6	7
P217	17D: attenzione esigenze operatori	0,75						
P216	16D: chiarezza meccanismi premianti	0,69						
P233	33D: coerenza tra incentivi e obiettivi	0,69						
P218	18D: diffusione efficace informazioni interne	0,66						
P224	24D: risultati buoni riconosciuti	0,66	0,31			0,30		
P104	4D: incentivi premiano le prestazioni	0,66						
P110	10D: aziendalizzazione e motivazione al lavoro	0,63		0,37				
P113	13D: aziendalizzazione e senso di sicurezza	0,61		0,39				
P221	21D: chiarezza attribuzione competenze	0,61						
P230	30D: trasparenza nella verifica risultati	0,60				0,34		
P234	34D: spirito iniziativa apprezzato	0,60				0,31		
P225	25D: chiarezza obiettivi della direzione	0,59						
P114	14D: equità livello retributivo	0,54						
P219	19D: indicare ad altri di lavorare nella stessa Azienda	0,50		0,36		0,41		
P228	28D: efficace circolazione informazioni	0,49						0,33
P108	8D: abitudine alla collaborazione tra UUOO	0,42		0,35				
P346	46D: chiarezza obiettivi di Unità operativa		0,78					
P350	50D: sostegno a migliorare le proprie conoscenze professionali		0,77					

Tabella 9. (continua)

N.	Variabili	Strategia della gestione dei risultati e dei premi	Stile di leadership nella UO	Soddisfazione per il lavoro	Conoscenza e comunicazione degli obiettivi e degli assetti organizzativi	Percezione qualità delle cure	Gioco di squadra	Formazione e sviluppo
		1	2	3	4	5	6	7
P347	47D: partecipazione alle decisioni		0,74					
P349	49D: sostegno a sviluppare le proprie competenze		0,73	0,31				
P342	42D: gestione adeguata dei conflitti interni		0,73					
P339	39D: opinione operatori valorizzata	0,31	0,68					
P345	45D: indicare ad altri di lavorare nella stessa UO		0,67	0,35				
P344	44D: chiarezza progetti		0,65					
P343	43D: promozione della formazione e aggiornamento		0,62					0,52
P340	40D: efficace circolazione informazioni		0,60					
P341	41D: chiarezza meccanismi premianti nella UO	0,50	0,57					
P335	35D: chiarezza ruoli e divisione compiti		0,51				0,37	
P348	48D: attrezzature tecniche adeguate		0,38					
P338	38D: locali di lavoro adeguati							
P112	12D: soddisfazione del lavoro			0,65				
P101	1D: apprezzamento sul lavoro		0,34	0,55				
P107	7D: collaborazione ad un'azione comune			0,53				
P106	6D: coinvolgimento nelle decisioni		0,36	0,53				
P105	5D: responsabilizzazione nel lavoro			0,47				
P109	9D: autonomia quotidiana nel proprio lavoro			0,46				
P103	3D: conoscenza degli uffici di staff				0,77			

Tabella 9. (continua)

N.	Variabili	Strategia della gestione dei risultati e dei premi	Stile di leadership nella UO	Soddisfazione per il lavoro	Conoscenza e comunicazione degli obiettivi e degli assetti organizzativi	Percezione qualità delle cure	Gioco di squadra	Formazione e sviluppo
		1	2	3	4	5	6	7
P111	11D: conoscenza strutture organizzative				0,75			
P115	15D: conoscenza <i>mission</i> e <i>vision</i>	0,33			0,63			
P220	20D: conoscenza Piano azioni	0,46			0,54			
P231	31D: livello di qualità dei servizi erogati	0,41				0,55		
P223	23D: orgoglio di lavorare in azienda	0,41		0,44		0,49		
P222	22D: attenzione degli operatori alle richieste degli utenti					0,48		
P226	26D: reclami cittadini	0,39				0,44		
P232	32D: autonomia dei responsabili	0,38				0,41		
P336	36D: abitudine al lavoro di gruppo		0,51				0,55	
P337	37D: attenzione dei colleghi alle richieste degli utenti		0,36				0,49	
P229	29D: abitudine al lavoro di gruppo	0,30					0,43	
P102	2D: aiuto dei colleghi negli imprevisti							
P227	27D: promozione formazione e aggiornamento	0,34						0,66

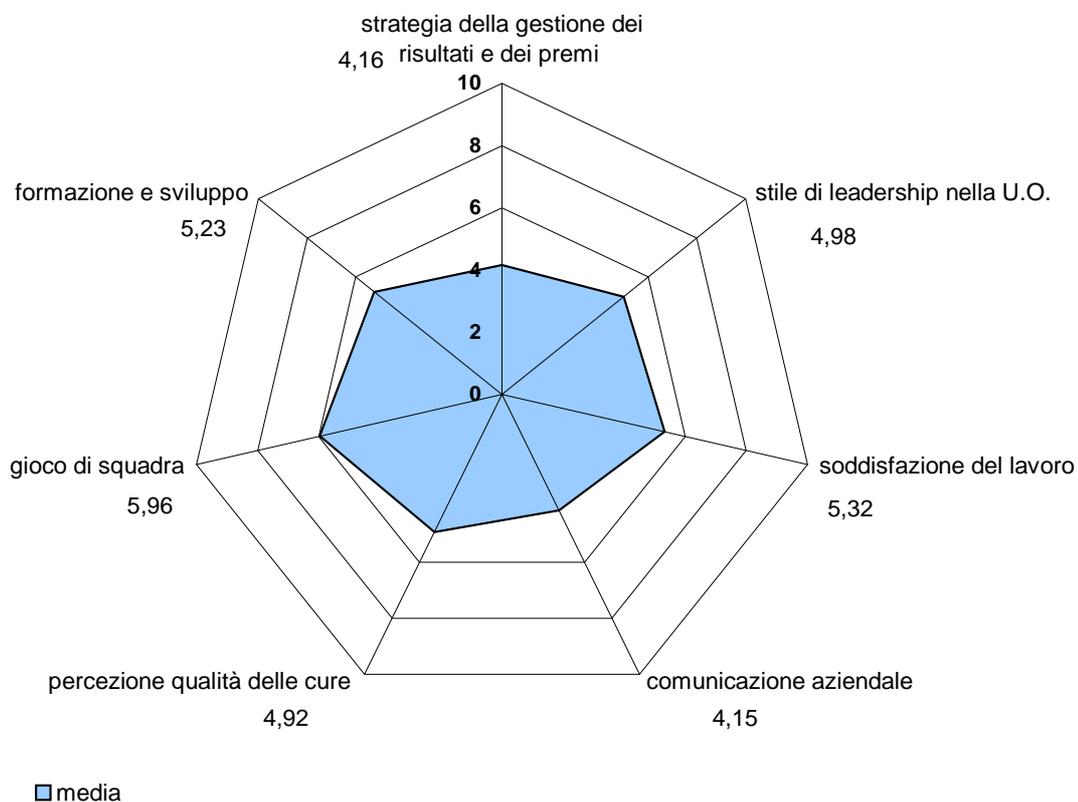
Metodo estrazione: massima verosimiglianza.

Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser.

Tabella 10. Tabella sintetica dei valori medi dei sette fattori del clima organizzativo

Fattore		Valore medio
fattore 1	strategia della gestione dei risultati e dei premi	4,16
fattore 2	stile di leadership nella UO	4,98
fattore 3	soddisfazione del lavoro	5,32
fattore 4	comunicazione aziendale	4,15
fattore 5	percezione qualità delle cure	4,92
fattore 6	gioco di squadra	5,96
fattore 7	formazione e sviluppo	5,23

Figura 17. Clima organizzativo: media ponderata delle dimensioni principali



4. Le fasi dell'indagine e le peculiarità delle esperienze

4.1. L'avvio dell'indagine

4.1.1. ... in definizione di budget nell'Azienda USL Bologna Nord¹⁰

Dall'1 gennaio 2004 l'Azienda USL Bologna Nord è confluita, insieme all'Azienda USL Bologna Sud e all'Azienda USL Città di Bologna, nell'Azienda USL di Bologna. Per tale motivo è possibile raccontare un'esperienza iniziata e terminata e trarre alcune considerazioni conclusive in merito.

Il progetto ICONAS è stato implementato nell'Azienda USL Bologna Nord a partire dal 2001. L'attenzione al clima organizzativo era già stata affrontata negli anni precedenti, secondo il principio per cui lo sviluppo di processi di miglioramento della qualità non può prescindere da un adeguato clima aziendale (valorizzazione delle risorse umane, stimolo al lavoro di gruppo e spazio per la creatività dei singoli come base per il coinvolgimento, il consenso e la motivazione del personale).

Prima della messa a punto del questionario regionale, è stato utilizzato uno strumento appositamente costruito all'interno del progetto *Focus* sugli operatori. La valutazione di questo aspetto rappresentava l'ultimo tassello necessario per completare gli ambiti della valutazione già avviati: organizzativa, percepita dagli utenti, clinica.

Come per gli altri progetti relativi alla qualità percepita, si intendeva avviare un tipo di rilevazione periodica (costante nel tempo) e capillare, in grado cioè di fornire informazioni a livello di singola Unità operativa/Servizio.

Il progetto che in questa ottica precedette l'indagine ICONAS, era stato sperimentato nel corso del 2000 presso alcuni Servizi con caratteristiche differenti: Dipartimento di prevenzione, Assistenza domiciliare, Chirurgia ospedaliera.

L'intento era quello di stimolare la partecipazione degli operatori non solo nella fase di somministrazione del questionario, ma soprattutto nella discussione generale a conclusione del percorso valutativo, così da arricchire con elementi qualitativi i dati numerici raccolti. Il momento della consegna dei dati diventava l'occasione ideale di approfondimento, attraverso la proposta di un *focus group* o di un'intervista di gruppo.

A conclusione della sperimentazione del progetto, la metodologia adottata sembrò aver dato buoni frutti: in tal modo erano emerse le peculiarità organizzative dei diversi Servizi e la lettura dei dati non era stata appiattita a generiche conclusioni.

L'avvio del tavolo regionale per la creazione di un questionario condiviso coincise per l'Azienda USL Bologna Nord con la conclusione del progetto pilota sulla valutazione del clima organizzativo. L'argomento fu dunque trattato senza soluzione di continuità: il

¹⁰ A cura di Lara Nanetti e Laura Biagetti, Azienda USL di Bologna.

nuovo strumento di rilevazione (peraltro simile al precedente) andava a inserirsi in un percorso metodologico che si era deciso di mantenere uguale considerati i buoni risultati ottenuti.

Nel 2001 dunque la Direzione generale ripropose ai Responsabili delle strutture organizzative l'opportunità di partecipare a un'indagine di clima e, per sottolineare l'importanza dell'iniziativa e la considerazione attribuita dalla Direzione, il progetto fu inserito (come facoltativo) tra gli obiettivi-qualità all'interno della scheda di *budget* aziendale.

L'articolazione del progetto era la seguente:

- coordinamento a livello centrale dall'Ufficio Qualità aziendale attraverso la definizione di strumenti, metodi e tempi di realizzazione; autocandidatura da parte dei responsabili di Centro di responsabilità;
- presentazione dell'indagine agli operatori dell'UO da parte del coordinatore aziendale del progetto (sociologo dell'Ufficio Qualità);
- individuazione di un referente interno all'UO per la distribuzione e la raccolta dei questionari nella struttura;
- elaborazione dei dati (a cura del coordinatore aziendale) e consegna di un *report* finale al responsabile dell'UO con preghiera di diffusione a tutti gli operatori;
- convocazione di un incontro finale condotto dal coordinatore aziendale con tutti gli operatori e il responsabile per discutere i dati e approfondirli da un punto di vista qualitativo;
- individuazione degli aspetti critici prioritari emersi e impegno ad avviare azioni di miglioramento;
- rilevazione delle azioni di miglioramento realizzate e, a distanza di mesi, valutazione degli esiti conseguiti attraverso la compilazione di un'apposita scheda predisposta dall'Ufficio Qualità;
- consegna all'Ufficio Qualità di tali schede per la valutazione complessiva della ricaduta del progetto aziendale;
- diffusione a tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda, a cura dell'Ufficio Qualità, del *report* finale riassuntivo di tutti i dati raccolti e valutazione complessiva.

Il progetto è stato realizzato in 42 Unità operative/Servizi aziendali, territoriali e ospedalieri, di ambito sia sociale sia sanitario.

Diverse Unità operative hanno ripetuto il progetto nel corso degli anni (Consultori, medicina di base e specialistica, geriatria ospedaliera, cardiologia ospedaliera, Dipartimento di sanità pubblica, ...), dimostrando in tal modo di aver colto lo spirito sostanziale del progetto: uno strumento utile per misurare il clima interno, capace di esplorare le dimensioni principali dell'attività lavorativa, da cui trarre anche indicazioni importanti per migliorare la prestazione fornita al cittadino/utente.

Gli aspetti positivi conseguenti al metodo adottato e di cui si ritiene importante sottolineare gli effetti sono:

- un elevato tasso di ritorno dei questionari: nell'esperienza di Bologna Nord si raggiungevano valori medi di rispondenti pari all'80-90%, e in alcuni casi, percentuali ancora superiori);
- il ruolo centrale (e la responsabilizzazione) degli operatori, chiamati a partecipare in prima persona;
- la possibilità di avviare interventi di miglioramento molto mirati.

Si elencano infine alcune conseguenze critiche del metodo:

- l'assenza di un quadro "macro" del clima aziendale;
- la dispersione del progetto all'interno dell'Azienda in tanti piccoli progetti, con una conseguente minore incisività della Direzione generale (non coinvolta nei singoli problemi delle Unità operative).

4.1.2. ... nell'ambito di un progetto di miglioramento della qualità comunicativa e relazionale nell'ospedale dell'Azienda ULSS 6 di Vicenza¹¹

In ambito sanitario, gli aspetti relazionali e comunicativi fra operatore e utente sono considerati una delle dimensioni in grado di influenzare, assieme ad altri elementi, il livello di qualità percepita dall'utente (Bucci, Loiodice, 1996). Per capacità relazionale e comunicativa si intende un insieme di abilità psicosociali finalizzate a gestire efficacemente i rapporti interpersonali in diverse situazioni. Nel contesto socio-sanitario assumono particolare rilevanza la capacità di fornire informazioni sull'*iter* diagnostico-terapeutico e amministrativo in modo adeguato e rispondente ai bisogni dell'utente, l'abilità di auto- ed etero-controllo emotivo e comportamentale in situazioni critiche per urgenza e/o gravità, l'attitudine a riformulare e/o contenere efficacemente richieste inadeguate o aspettative eccessive.

Metodologie consolidate e sottoposte ad analisi empirica consentono di migliorare la qualità relazionale percepita dagli utenti (pazienti e familiari) attraverso interventi psicosociali ed educativi sugli operatori mirati all'affinamento di strategie comunicative di tipo assertivo (Anchisi, Gambotto Dessy, 1995; Duxbury, 2000).

Altrettanto importanti risultano in tale ambito le modalità relazionali fra gli operatori e la percezione del contesto psicosociale e organizzativo nell'ambiente di lavoro (clima aziendale), in quanto sono variabili in grado di influenzare significativamente la soddisfazione e la motivazione per il proprio ruolo lavorativo e, di riflesso, la relazione con l'utente (Taormina, Law, 2000).

¹¹ A cura di Renata Ferrari, Rossana Celegato, Adriano Cracco, Fabio Zappin, Azienda ULSS 6 di Vicenza.

Analisi del bisogno

La necessità di analizzare e migliorare la qualità relazionale percepita dagli utenti e dagli operatori viene evidenziata da aspetti socio-culturali, psicosociali e legislativi, nonché dai bisogni esplicitati dal cliente, esterno e interno.

I cambiamenti nell'attuale contesto psicosociale e culturale hanno determinato una diversa percezione del rapporto utente/operatore, con il passaggio da una gestione della salute di tipo paternalistico a una compartecipazione dell'utenza stessa nella definizione del piano di cura, grazie a quella che viene chiamata alleanza terapeutica. Questa nuova modalità ha comportato un maggiore coinvolgimento dell'utenza che richiede sempre più attenzioni, dialogo/ascolto e umanizzazione del servizio.

Tali esigenze si scontrano spesso con una carente formazione psicologica e relazionale degli operatori nei confronti dei problemi di salute, a causa di programmi didattici (università, scuole di specializzazione) centrati sull'acquisizione di competenze tecniche e tecnologiche. La difficoltà degli operatori socio-sanitari nel fornire risposte adeguate ai bisogni psico-relazionali dell'utenza, l'ipercoinvolgimento emotivo in situazioni critiche e la percezione di un divario fra le proprie aspettative e il contesto organizzativo reale può elevare il rischio di *burnout*; tale condizione si manifesta con disagio affettivo/emotivo, perdita di motivazione nello svolgimento dell'attività e aumentata conflittualità con l'utenza e fra gli operatori (Maslach *et al.*, 2001).

Un ulteriore importante stimolo alla valutazione e intervento sul contesto relazionale perviene dal quadro normativo delle Aziende socio-sanitarie, che prevede fra i requisiti e indicatori della qualità del servizio anche le dimensioni di personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza (ad esempio DM 15 ottobre 1996 "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie"; DPR 14 1997, n. 37 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" ; DLgs 286 del 30 luglio 1999, n. 286: "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della Legge 15 marzo 1997, n. 59").

Infine, l'Ufficio relazioni con il pubblico (URP) e l'Ufficio per la formazione del personale socio-sanitario dell'Azienda ULSS di Vicenza rilevano rispettivamente un numero significativo di segnalazioni associate a disagio relazionale operatore/utente e una pressante richiesta di formazione in ambito comunicativo e relazionale da parte degli operatori.

In considerazione di tali aspetti, si è ritenuto opportuno proporre un progetto in grado di valutare la qualità della relazione e della comunicazione dell'operatore verso l'utente esterno (paziente e familiare) e verso l'utente interno (operatore *vs* operatore) ai fini di proporre interventi specifici mirati al miglioramento continuo della qualità.

Gli obiettivi

Il progetto, approvato e sostenuto dalla Direzione sanitaria, è stato condotto dagli psicologi operanti presso la struttura ospedaliera in collaborazione con il Responsabile del Servizio Promozione e miglioramento continuo della qualità. Il gruppo di lavoro ha identificato i seguenti obiettivi progettuali:

- miglioramento della capacità relazionale e comunicativa fra operatore-utente e fra operatori nella struttura ospedaliera;
- creazione di un gruppo di lavoro permanente nell'ambito dell'Azienda con funzioni valutative e formative;
- individuazione degli indici e degli indicatori di efficacia della qualità relazionale per la costruzione di un sistema standard di riferimento destinato in futuro anche ad altre realtà sanitarie.

Gli attori del progetto

Per la realizzazione degli obiettivi sopra esposti si è ritenuto opportuno il coinvolgimento nelle diverse fasi del progetto di:

- utenti esterni: pazienti adulti e familiari afferenti alla struttura ospedaliera;
- utenti interni: operatori delle Unità operative impegnati con diversi ruoli e competenze nelle attività diagnostico-terapeutiche e amministrative a contatto diretto con l'utenza esterna (medici, personale infermieristico, personale amministrativo, tecnici, operatori tecnici di assistenza).

L'attenzione si è rivolta a tre Unità operative rappresentative di diverse tipologie di relazione fra operatori e utenti:

- n. 1 Unità operativa *front line* (Radiologia), con forte interscambio relazionale fra operatore-utente caratterizzata da: elevato numero di utenti, tempo relazionale fra operatore-utente breve e critico per aspettativa di risposta immediata, alto impatto emotivo per urgenza;
- n. 1 Unità operativa clinica per le acuzie (Chirurgia), con prevalenza relazionale dell'utente sull'operatore caratterizzata da: alta frequenza di contatto fra operatore-utente per tempi medio-brevi di degenza e relazione critica per l'elevato numero di bisogni diagnostico-terapeutici e comunicativi espressi dall'utente;
- n. 1 Unità operativa clinico-critica (Radioterapia), con prevalenza relazionale dell'operatore sull'utente e coinvolgente impatto psicologico sull'operatore caratterizzata da: contatti protratti nel tempo, relazione critica per gravità della patologia e forte coinvolgimento emotivo operatore-utente.

Gli strumenti

Gli strumenti individuati per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti hanno consentito di delineare anche delle fasi di avanzamento del piano di lavoro, che hanno facilitato una costante verifica sull'attuazione del progetto stesso. Tale attività è stata pertanto articolata in cinque fasi.

Fase 1: misurazione

Per la rilevazione della soddisfazione dell'utente esterno sono stati utilizzati i seguenti strumenti di misurazione:

- questionario sulla soddisfazione per la comunicazione e relazione con il personale sanitario, costituito da 53 *item* a scelta multipla, in grado di esaminare il divario fra le aspettative dell'utente (qualità attesa) e la percezione finale sul servizio offerto (qualità percepita); data la carenza di strumenti specificamente designati all'indagine delle problematiche relazionali, il questionario è stato appositamente ideato e prevedeva una versione per il paziente adulto e una per il familiare di riferimento;
- scheda di classificazione e monitoraggio dei reclami, formulata in modo da permettere l'organizzazione, per aree problematiche di facile interpretazione, delle segnalazioni verbali o scritte pervenute all'Ufficio relazioni con il pubblico e riferite a disagio interpersonale utente/operatore.

Per la valutazione della soddisfazione dell'utente interno sono stati utilizzati:

- ICONAS - Indagine sul clima organizzativo nelle Aziende sanitarie, per la rilevazione del clima aziendale;
- MBI - *Maslach Burnout Inventory* (Maslach, Jackson, 1986; adattamento italiano a cura di Sirigatti, Stefanile, 1993) per la misurazione dei livelli di *burnout*;
- questionario degli eventi stressanti nell'Unità operativa, composto da 20 *item* a scelta multipla e realizzato con il contributo degli operatori delle tre UO oggetto di indagine; per ogni situazione problematica veniva chiesto di valutarne la frequenza di comparsa e l'intensità del disagio emotivo ad essa associato.

I dati raccolti in tale fase sono stati successivamente sottoposti ad elaborazione statistica e presentati, in forma grafica, a tutto il personale delle tre UO.

Fase 2: coinvolgimento e formazione del personale.

L'intervento è stato articolato in due momenti distinti:

- formazione relazionale e comunicativa a tutti gli operatori, costituita da un modulo didattico di 16 ore (ripetuto in più edizioni in gruppi ristretti) mirato alla focalizzazione di uno stile relazionale e comunicativo di tipo assertivo, all'affinamento di specifiche competenze relazionali in ambito socio-sanitario e all'acquisizione di strategie di *problem solving* e gestione dello stress;
- costituzione di gruppi di miglioramento (Iannini, 2001), composti da operatori eterogenei per profilo professionale, adeguatamente formati per svolgere le operazioni di raccolta dati di cui alla fase 1 e per elaborare progetti di miglioramento sulle aree problematiche emerse.

Fase 3: *focus* sul cliente-utente

Tutti gli interventi proposti e le azioni intraprese dai gruppi di miglioramento di ciascuna Unità operativa sono stati finalizzati al miglioramento della qualità relazionale percepita dall'utente, anche attraverso un processo di adeguata informazione e rielaborazione delle aspettative, al fine di produrre un avvicinamento fra qualità percepita e qualità attesa.

Fase 4: verifica dell'intervento

Oltre ad appurare la corretta realizzazione delle fasi progettuali precedentemente descritte, sono stati programmati tre momenti di verifica dell'intervento, relativi a:

- soddisfazione degli operatori per l'intervento formativo;
- quantità ed efficacia delle strategie e azioni messe in atto dai gruppi di miglioramento per analizzare e modificare le aree critiche;
- soddisfazione per la qualità comunicativa e relazionale dell'utente esterno e interno, attraverso la ri-somministrazione degli strumenti previsti in fase 1 a due anni dal completamento della fase formativa.

Fase 5: il miglioramento continuo

Il monitoraggio continuo e l'analisi ciclica delle indicazioni fornite dagli utenti esterni e interni permetteranno di procedere a un miglioramento continuo delle tecniche formative e dell'attività progettuale e a una più precisa definizione di standard di qualità relazionale.

L'ICONAS nell'ambito del progetto

Nell'ambito di un progetto teso al miglioramento della qualità relazionale, la valutazione del clima aziendale era collegata all'ipotesi che un ambiente di lavoro soddisfacente, nel quale gli operatori si sentano gratificati e motivati nello svolgimento della loro attività, comporti un miglioramento nella qualità del servizio offerto all'utenza.

In tale ottica, l'individuazione e l'intervento da parte dell'Azienda e delle Unità operative sulle aree di insoddisfazione per gli aspetti organizzativi e psicosociali diventa parte integrante di un processo di miglioramento della qualità della prestazione erogata.

L'ICONAS, congiuntamente agli altri due questionari per la valutazione della soddisfazione degli operatori, è stato somministrato in forma anonima a tutto il personale delle tre Unità operative in esame. Prima della compilazione, i questionari erano stati visionati dai responsabili delle UO e dai rappresentanti delle diverse figure professionali che avrebbero, in seguito, dato vita ai gruppi di miglioramento. In tali gruppi, come pure nella quasi totalità degli operatori, è emerso un generale interesse per la rilevazione del clima aziendale; l'ICONAS era infatti vissuto come uno strumento che permetteva l'espressione e l'ascolto delle loro esigenze e difficoltà operative.

Hanno risposto in modo valido al questionario 155 operatori (87,8% sul totale del personale delle tre UO), dei quali l'80,6% apparteneva all'area professionale comparto e il 19,4% alla dirigenza.

I dati delle prime due parti dello strumento sono stati calcolati considerando le risposte ottenute dal campione complessivo; per la terza parte, specificamente designata a rilevare il clima relazionale all'interno dell'Unità operativa, si è proceduto invece a differenziare i risultati emersi nei singoli reparti. Allo scopo di facilitare la lettura dei dati e permettere una più agevole individuazione delle aree critiche, è stata esaminata per ogni *item* la frequenza di risposte da 1 a 3 (basso) e da 8 a 10 (alto) sulla scala numerica a 10 punti.

Punteggi bassi sono stati rilevati negli *item* che fanno riferimento alla conoscenza da parte degli operatori delle linee di indirizzo e della visione strategica generale dell'Azienda (*item* 15 e 20); un'ulteriore area critica riguardava il sistema delle incentivazioni e dei meccanismi premianti in relazione alle prestazioni svolte (in particolare gli *item* 4, 10 e 16). I punteggi ottenuti negli altri *item*, oltre a ribadire la rilevanza delle due tematiche precedentemente evidenziate, sottolineavano la percezione di una carenza di canali comunicativi per l'espressione delle proprie esigenze al gruppo dirigenziale (*item* 17).

Sul versante positivo, la maggioranza degli operatori ha espresso un punteggio elevato all'*item* 5, in riferimento al sentimento di responsabilità personale percepito verso il proprio ruolo lavorativo.

Differenze significative, rilevate attraverso analisi statistica non parametrica (test Kolmogorov-Smirnov), sono emerse agli *item* 26 e 30 fra comparto e dirigenza: quest'ultimi valutavano in modo più positivo rispetto al comparto l'efficacia della circolazione delle informazioni all'interno dell'Azienda e i meccanismi di verifica dei risultati.

Complessivamente, è stata rilevata una forte richiesta, particolarmente sentita dagli operatori del comparto, di maggiore informazione e coinvolgimento nelle scelte strategiche e nella definizione degli obiettivi aziendali.

Le aree critiche relative alla terza parte dell'ICONAS sono state analizzate dai gruppi di miglioramento con l'intento di individuare strategie di cambiamento del clima relazionale e organizzativo all'interno dell'Unità operativa. Una problematica condivisa riguardava la necessità di spazi di comunicazione fra le varie figure professionali, che permettesse una più efficace pianificazione e integrazione degli interventi e la possibilità da parte di tutte le categorie professionali di partecipare ai processi decisionali.

In tal senso, le azioni di analisi del clima aziendale e la costituzione di gruppi di miglioramento multiprofessionali sono state accolte come un importante strumento di cambiamento organizzativo e relazionale all'interno del gruppo di lavoro. La verifica sull'attività svolta dai gruppi di miglioramento ha messo in luce un notevole interesse a proseguire nell'azione intrapresa, che valorizza il contributo personale di tutti gli operatori e la compartecipazione nei processi decisionali.

Non avendo al momento effettuato la contemplata verifica sugli utenti esterni e interni, che prevede la ri-somministrazione degli strumenti di indagine utilizzati nella fase iniziale, non risulta possibile fornire dei dati conclusivi sull'efficacia del progetto e sui cambiamenti da esso prodotti sul clima aziendale. Si ritiene comunque che l'interesse manifestato dagli

operatori e dall'Azienda per tutte le fasi progettuali costituisca di per sé un segnale positivo verso il miglioramento della qualità comunicativa e relazionale.

In conclusione, l'ICONAS si è rivelato uno strumento interessante in quanto ha permesso di portare alla luce aspetti sommersi nella percezione del clima aziendale. Questi indici possono essere attualmente considerati come segnali di aree problematiche suscettibili di cambiamento, all'interno di un progetto sistematico di miglioramento della comunicazione tra operatori, responsabili dell'UO e l'Azienda stessa. In tale logica di coinvolgimento e appartenenza, appare possibile ottimizzare la percezione della propria qualificazione e operatività professionale nell'ambito di un progetto condiviso.

Ringraziamento

Si ringraziano la Direzione sanitaria, l'Ufficio relazioni con il pubblico, l'Ufficio per la formazione e l'aggiornamento del personale e tutti gli operatori delle UO di chirurgia II, radiologia e radioterapia oncologica dell'Ospedale S. Bortolo dell'AULSS 6 di Vicenza, per aver reso possibile la realizzazione delle iniziative descritte.

4.1.3. ... nell'esperienza di accreditamento di una nuova struttura ospedaliera dell'Azienda USL di Ferrara¹²

In occasione del processo di accreditamento istituzionale dell'Ospedale del Delta previsto per novembre 2004, la Direzione generale dell'Azienda USL di Ferrara ha ritenuto opportuno effettuare un'indagine che analizzasse il clima organizzativo interno e la soddisfazione degli operatori rispetto al proprio lavoro. Un ulteriore elemento di stimolo a tale iniziativa deriva dalla Direttiva 24 marzo 2004 della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento della funzione pubblica, "Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni".

Si è quindi creato un gruppo di lavoro composto da esperti nel settore con lo scopo di realizzare e porre in essere il progetto d'indagine approvato dalla Direzione generale in data 3 luglio 2004.

Come strumento ci si è avvalsi del questionario ICONAS in quanto il gruppo di lavoro ha ritenuto di fondamentale importanza, per un corretto svolgimento della ricerca, potersi affidare all'utilizzo di uno strumento validato e già sperimentato. Inoltre, la possibilità di comparazione dei dati acquisiti con quelli già esistenti, conseguiti con indagini sul clima organizzativo già realizzate in altre realtà aziendali sanitarie regionali e non, rappresenta un elemento a supporto di questa scelta.

Il progetto d'indagine e il relativo strumento sono stati condivisi con le Organizzazioni sindacali dell'Area del comparto e dell'Area della dirigenza medica, tecnica e amministrativa e dalle stesse approvati; l'indagine è stata quindi presentata nella

¹² A cura di Giovanni Sessa, Azienda USL di Ferrara.

newsletter allegata al cedolino stipendiale di settembre, al fine di rendere partecipe tutta l'Azienda di una così importante iniziativa.

Si è poi proceduto a organizzare un incontro con i responsabili di Struttura complessa, i coordinatori e i referenti qualità dello Stabilimento ospedaliero del Delta, con lo scopo di divulgare le informazioni base su obiettivi, metodo e strumento d'indagine, sottolineando altresì l'impegno della Direzione aziendale in azioni di miglioramento coerenti con i risultati raggiunti.

Durante tale incontro sono stati distribuiti gli elenchi di adesione appositamente creati, prendendo in considerazione tutte le figure professionali dell'Ospedale del Delta suddivise per Unità operative, al fine di conoscere la partecipazione effettiva del personale all'indagine. Per la somministrazione del questionario, in accordo con le Organizzazioni sindacali, con i responsabili e i coordinatori delle varie Unità operative, sono stati organizzati nel mese di ottobre 2004 sei incontri suddivisi in tre giornate differenti; gli incontri sono stati realizzati nella sala riunioni dello stesso Stabilimento ospedaliero del Delta in orario di lavoro, per permettere alla totalità delle figure professionali invitate di partecipare attivamente e agevolmente all'indagine sul clima organizzativo.

Ogni incontro è stato suddiviso in tre diverse fasi:

- presentazione della metodologia d'indagine, significato della ricerca e motivazioni che ne stanno alla base;
- illustrazione dettagliata dello strumento d'indagine e istruzioni sulla sua corretta compilazione;
- somministrazione del questionario, cui il gruppo di lavoro ha sempre presenziato con lo scopo di dare informazioni e chiarire dubbi sul nascere. L'avvalersi di tale metodologia organizzativa ha permesso di ottenere la validità di tutti i questionari ritirati.

Hanno partecipato all'indagine 364 figure professionali su 474, pari cioè al 76,8%.

I risultati sono già stati elaborati e analizzati; si sta procedendo all'organizzazione della fase di restituzione dei risultati

4.1.4. ... partendo da un modello di eccellenza organizzativa dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara¹³

Ogni Azienda che ha utilizzato lo strumento dell'analisi di clima organizzativo, aveva delle motivazioni peculiari legate allo specifico momento storico che stava attraversando. L'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Anna di Ferrara nel 2001 ha voluto dare coerenza alla propria pianificazione strategica confrontandosi con un modello proveniente dal mondo delle grandi aziende europee. Dai risultati di questa valutazione era emersa la necessità di analizzare il clima all'interno dell'ospedale; a sua volta, l'analisi del clima ha indotto altri interventi organizzativi che sono ora al vaglio di una nuova valutazione.

¹³ A cura di Ulrich Wienand, Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara.

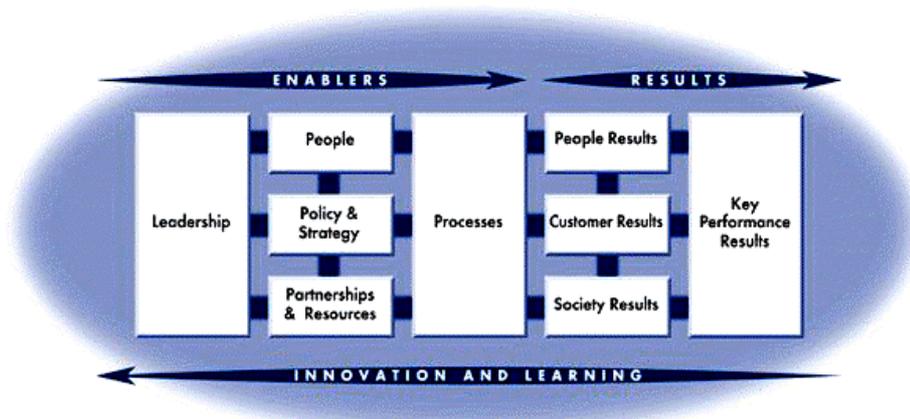
Il modello per l'eccellenza della European Foundation for Quality Management (EFQM),¹⁴ modello sistemico basato sull'autovalutazione e sul miglioramento continuo, è stato introdotto a partire dal 1988 nel mondo aziendale europeo e si è successivamente diffuso nel settore pubblico; attualmente viene impiegato con buoni risultati anche in molte organizzazioni sanitarie.

Nato come Premio europeo per la qualità per le aziende europee private, il modello per l'eccellenza della EFQM persegue l'obiettivo di introdurre l'applicazione sostanziale, e non solo formale, dei principi del *Total Quality Management*, secondo cui il miglioramento di qualità avviene attraverso una crescita culturale di tutta l'organizzazione a partire dalla sua *leadership* e riguarda la globalità della sua gestione.

Nelle organizzazioni sanitarie europee il modello è stato inizialmente introdotto ad opera di alcuni pionieri, che l'hanno principalmente impiegato come strumento di autovalutazione interna, mirante a mettere in luce i punti di forza e le aree suscettibili di miglioramento, iniziando dalla direzione aziendale e coinvolgendo gradualmente gli operatori. Lo studio ExPeRT, finanziato nel 1996 dall'Unione europea, ha preso in considerazione il modello EFQM tra i sistemi di revisione esterna maggiormente utilizzati in Europa per il miglioramento della qualità dell'assistenza dei servizi sanitari, accanto ai modelli dell'accreditamento delle strutture sanitarie, delle norme ISO 9000 e della revisione professionale fra pari (per esempio *visitatie* in Olanda).

Nel 1998 si è costituito nell'ambito del Settore pubblico della EFQM il gruppo di lavoro sull'assistenza sanitaria (*EFQM European Health Sector Group*), in cui sono rappresentate 18 nazioni europee. In Italia sette Aziende sanitarie (fra cui l'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara) hanno iniziato un progetto di confronto, collaborazione e scambio sulla base dell'applicazione del modello per l'eccellenza della European Foundation for Quality Management, inteso come strumento - non esclusivo - di orientamento della gestione.

Figura 18. Il modello per l'eccellenza della EFQM



¹⁴ <http://www.efqm.org>

L'autovalutazione rappresenta la principale strategia promossa dalla EFQM per migliorare la *performance* delle organizzazioni. L'autovalutazione consiste in un'analisi esauriente, sistematica e periodica, riferita al modello EFQM, delle attività e dei risultati di un'organizzazione. Il processo di autovalutazione, che consente all'organizzazione di distinguere chiaramente i propri punti forti e le aree suscettibili di miglioramento, deve tradursi in azioni pianificate e costantemente monitorate.

Il primo processo di autodiagnosi svolto nell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Anna di Ferrara nella primavera del 2001, era basato sullo strumento "Valutare il proprio grado di eccellenza. Un approccio basato su questionario". Il questionario originale EFQM è composto da 50 domande che coprono in misura proporzionale le 9 dimensioni del modello. Per l'occasione specifica si è effettuata una riduzione a 25 domande, mantenendo il peso delle dimensioni indagate e adattando il linguaggio, a volte un po' sterile, alla realtà sanitaria italiana. Sono state effettuate interviste individuali a 14 componenti del Collegio di Direzione dell'Azienda nel periodo fra febbraio e aprile 2001. A integrazione della valutazione quantitativa, sono state raccolte anche le osservazioni e i commenti.

Sono emerse come aree critiche "Risultati relativi ai dipendenti" (criterio 7) e "Risultati chiave di performance" (criterio 9); in entrambi i casi il punteggio risultava basso per la mancanza di strumenti atti a valutare i risultati. Problemi analoghi sono stati riscontrati da tutte e 7 le Aziende italiane che hanno costituito il *Network* italiano EFQM in sanità e che hanno iniziato un percorso di confronto nell'ambito "Risultati relativi ai dipendenti".

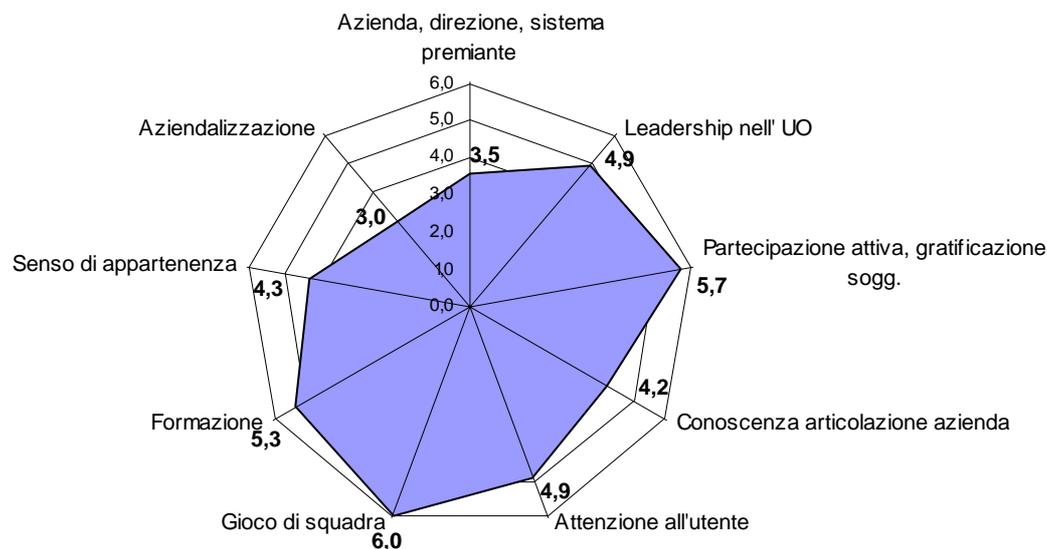
Nel perseguire il proprio percorso di autodiagnosi organizzativa e per conoscere i punti critici dell'organizzazione interna, la Direzione generale, in accordo con i Direttori di Dipartimento e le Organizzazioni sindacali, ha ritenuto opportuno effettuare nell'autunno-inverno 2001 un'indagine che analizzasse il clima organizzativo interno e la soddisfazione degli operatori rispetto al proprio lavoro. In base ai risultati dell'elaborazione sono state poi promosse azioni concrete di cambiamento. Come strumento di indagine è stato scelto il questionario elaborato presso l'Agenzia sanitaria regionale da un gruppo di progetto cui hanno partecipato otto Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna.

A Ferrara sono stati raccolti 1.582 questionari compilati; visto che nel novembre 2001 i dipendenti erano 2.447, il tasso di partecipazione è del 65,7%. L'esito dell'analisi fattoriale ha fornito una riduzione e sintesi dei dati a 9 dimensioni o fattori che sono le aree indagate. In seguito, il gruppo ha attribuito le seguenti denominazioni alle 9 aree:

- fattore 1: Azienda, Direzione, Sistema premiante (50% varianza spiegata)
- fattore 2: *leadership* nell'Unità operativa (9,8%)
- fattore 3: partecipazione attiva, gratificazione soggettiva (4,6%)
- fattore 4: conoscenza dell'articolazione aziendale (2,9%)
- fattore 5: attenzione all'utente (2,7%)
- fattore 6: gioco di squadra (1,9%)
- fattore 7: formazione (1,7%)
- fattore 8: senso di appartenenza (1,4%)
- fattore 9: aziendalizzazione (1%)

La struttura fattoriale sembra notevolmente diversa da quella riscontrata in altre indagini analoghe. Il primo fattore da solo spiega il 50% della varianza totale, quindi i significati in esso racchiusi "pesano" circa per la metà sul vissuto soggettivo dei dipendenti rispetto al proprio lavoro.

Figura 19. Analisi fattoriale



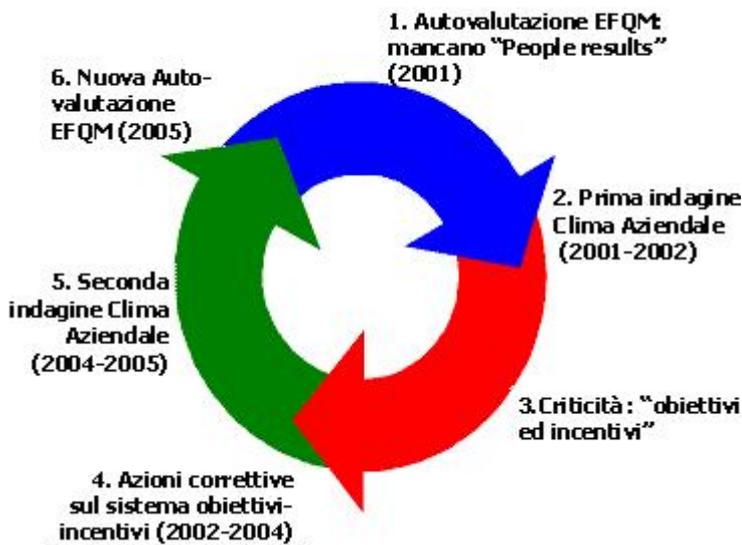
Sulla base di queste evidenze negli anni 2002-2004 la Direzione aziendale e gli Uffici di *staff* hanno lavorato per una radicale modifica dei meccanismi di attribuzione degli obiettivi e del sistema premiante:

- è stato completamente ridisegnato il processo di *budgeting - reporting*;
- è stata favorita una maggiore comunicazione verticale dalla Direzione ai Responsabili di Dipartimento, da questi ai Direttori di Unità operativa e responsabili assistenziali, e così via;
- sono state sviluppate schede di assegnazione individuale di obiettivi annuali per ogni dirigente e per il personale infermieristico e tecnico in posizione di coordinamento;
- sono stati sviluppati e proposti modello di contratto personalizzati per tutti i dirigenti.

Inoltre, sono stati effettuati cospicui investimenti in strumenti di comunicazione interna (*newsletter*, bacheche, sito internet).

A completamento di questo ciclo è stata effettuata una nuova indagine sul clima organizzativo nell'autunno 2004, i cui risultati sono riportati nel Capitolo 3 di questo *Dossier*.

Figura 20.



4.2. La somministrazione dello strumento nell'Azienda USL di Ravenna¹⁵

La scelta della modalità di somministrazione costituisce sicuramente un punto da presidiare, in quanto le diverse possibili opzioni finiscono per fornire un diretto segnale dell'importanza che si vuole attribuire all'indagine stessa, e sicuramente influenzano grandemente le risorse umane e di tempo da destinare.

Una modalità molto leggera, verosimilmente utilizzabile in modo efficace soprattutto per l'attività di monitoraggio degli effetti delle azioni intraprese sul clima in base ai risultati dell'indagine, è ricorrere alla via postale, in alcuni casi ipotizzando di sottoporre a studio solo un campione significativo degli operatori.

La via postale sicuramente garantisce l'anonimato necessario per poter sempre contare sulla sincerità delle risposte, e permette di non dovere individuare tempi e spazi definiti per l'indagine.

L'aspetto negativo risiede nella possibilità di compilazione del questionario in collaborazione con altri operatori dello stesso servizio, con risultati meno attendibili, in quanto la percezione individuale nei confronti di alcuni *item* potrebbe venire amplificata dalla discussione libera e non rispecchiare così l'opinione del singolo.

¹⁵ A cura di Maria Caroli, Azienda USL di Ravenna.

Laddove poi la via postale volesse essere utilizzata non come forma di monitoraggio ma direttamente alla prima somministrazione del questionario, bisogna considerare che viene a mancare la possibilità di fornire spiegazioni standardizzate agli intervistati, e sicuramente l'invio di una circolare scritta è meno efficace della spiegazione verbale.

Parimenti, non è in tal modo possibile sfruttare il momento di discussione finale che a Ravenna è stato utilizzato per cogliere a livello intuitivo l'impressione generale dell'atteggiamento di ogni singolo gruppo e per confrontarla con i risultati che sono emersi dall'elaborazione dei risultati.

Questo aspetto è particolarmente importante nell'interpretazione delle risposte alle domande aperte.

Da ultimo, dedicare un tempo e un luogo apposito alla effettuazione dell'indagine di clima organizzativo, nonché risorse umane e finanziarie, costituisce sicuramente un segnale indiretto del fatto che la Direzione generale considera importante la misurazione del clima, che ne vuole fare uno strumento di lavoro e che intende utilizzarne i risultati per il miglioramento. Infatti l'adesione all'iniziativa è per forza di cose condizionata dal peso che le viene attribuito dalla Direzione e l'impegno di risorse è sicuramente un segno importante di ciò.

Sempre al fine di sottolineare l'importanza data dalle Direzioni generali ai risultati dell'indagine che si vuole condurre e la volontà di utilizzarli come strumento di gestione, è opportuno inviare a tutti i dipendenti interessati una lettera a firma del Direttore generale contenente le motivazioni dell'iniziativa e un esplicito invito alla partecipazione. Un modo per rendere personale l'informazione e assicurarsi che la spedizione raggiunga il singolo operatore è ad esempio sfruttare il circuito previsto per l'invio dei cedolini degli stipendi.

Un altro momento da curare è la presentazione dell'indagine ai sindacati dei dirigenti e del comparto. Sicuramente è un importante degno di trasparenza e sarebbe opportuno condividere con loro finalità e modi di utilizzo dei risultati. Questo può infatti evitare che in qualche modo siano ipotizzati rischi di violazione dell'anonimato oppure possibilità di ritorsioni per chi esprimesse critiche verso la Direzione dell'Unità operativa o la Direzione dell'Azienda.

In tal senso, la Direzione generale deve assumere impegni formali, pena la perdita di valore del lavoro che si va a svolgere.

È inoltre importante che gli organi decisionali e consultivi dell'Azienda (es. Collegio di direzione) siano ben consapevoli dell'iniziativa in corso, anzi ne devono diventare promotori a nome della Direzione aziendale. È infatti indispensabile che i dirigenti delle articolazioni sanitarie, dei servizi amministrativi e i responsabili di Dipartimento siano convinti che l'indagine di clima è uno strumento di miglioramento da mettere in campo, e non uno strumento di valutazione di prima istanza utilizzato nei loro confronti. Questo è importante al fine di evitare che l'iniziativa venga letta solo come una sorta di "pagella dei capi" e per rendere chiaro che si tratta di uno strumento a disposizione di tutti.

Avere fra i sostenitori dell'iniziativa il *top management* aziendale è sicuramente un punto critico per il successo, e di fatto nell'esperienza è stato poi verificato che maggiore è l'appoggio fornito all'iniziativa dai Direttori di Dipartimenti/Unità operative, maggiore è l'adesione degli operatori.

Coerentemente, però, dovrà essere chiaro che i dirigenti saranno valutati in relazione all'utilizzo strategico che loro stessi faranno dei risultati della rilevazione.

In questo modo la Direzione generale si fa garante da un lato della correttezza dei comportamenti verso gli operatori, dall'altro della volontà di far seguire alla rilevazione la fase di intervento migliorativo.

In tal senso, la trasparenza delle regole riduce la paura di ritorsioni, problema che in realtà - con sorpresa del gruppo che conduceva l'indagine - è stato a più riprese sollevato nel corso di molti incontri.

Sempre al fine di sottolineare l'uso collettivo dello strumento e per assicurarsi di tener conto del punto di vista e delle aspettative degli operatori, la Direzione può promuovere l'istituzione di un gruppo di lavoro aziendale sul clima organizzativo.

La partecipazione a questo gruppo, da formalizzare con lettera di incarico per sottolinearne la valenza, deve avvenire su iscrizione ed essere aperta a tutti gli operatori interessati, pur salvaguardando criteri di rappresentatività delle figure professionali e delle strutture, nonché una numerosità ragionevole per permettere il funzionamento del gruppo stesso.

È opportuno che il suo coordinamento sia affidato a chi conduce l'indagine e ne interpreterà i risultati, e nello specifico a Ravenna è stato a tal fine individuato il responsabile aziendale della qualità.

In una prima fase il mandato del gruppo di lavoro sarà di facilitare e monitorare l'andamento dell'indagine stessa, intervenendo nel caso si verifichi scarsa partecipazione o altri problemi. Successivamente dovrà essergli assegnato il mandato di proporre alla Direzione modalità di intervento e metodi per valutare in corso d'opera le conseguenze delle azioni di miglioramento via via intraprese.

Sempre per cercare di garantire una vasta partecipazione all'iniziativa (anche al fine di rendere statisticamente validi i dati raccolti), molta attenzione dovrà essere rivolta alle modalità per l'organizzazione pratica degli incontri nel corso dei quali viene somministrato il questionario. In primo luogo è importante che gli incontri siano riconosciuti per i dipendenti come orario di servizio, sia per facilitare la partecipazione sia per sottolineare come questa sia considerata parte dell'attività da svolgere.

Dovrà poi essere garantita a tutti la possibilità di essere presenti, offrendo due o più date alternative, concordando con la Direzione infermieristica delle strutture orari che tengano conto delle problematiche legate ai turni (incontri a fine turno, o immediatamente prima dell'inizio). Nello specifico, tali incontri sono stati condotti a Ravenna dai responsabili della qualità e della comunicazione, a Ferrara da operatori degli Uffici qualità, formazione e Direzione infermieristica. Per evitare distorsioni legate alle caratteristiche individuali del coordinatore dell'incontro, in entrambe le realtà si sono adottati accorgimenti di

standardizzazione della conduzione e presentazione, quali ad esempio l'uso di un *set* di lucidi uguale per tutti gli incontri.

Come già anticipato, un fattore chiave per ottenere risultati attendibili è garantire ai partecipanti l'anonimato, per tranquillizzare rispetto ad eventuali ritorsioni legate a giudizi negativi. A tal fine si possono predisporre urne nelle quali inserire i questionari compilati. Non è così possibile risalire all'operatore, cui è richiesto solo di segnalare la sua appartenenza a comparto o dirigenza.

Sempre per garantire la confidenzialità, laddove la componente numerica di ogni Unità di analisi sia troppo esigua per garantire riservatezza, si può decidere di aggregare diverse Unità operative sulla base di criteri di omogeneità, per rendere i dati utilizzabili per la valutazione (ad esempio Unità operative appartenenti allo stesso Dipartimento).

Come già detto, si sottolinea che presso l'Azienda USL di Ravenna, al fine di aumentare il valore comunicativo dell'iniziativa e per poter confrontare i risultati ottenuti dai questionari con le impressioni soggettive dei conduttori degli incontri, si è deciso di far seguire la compilazione da un momento di discussione libera, durante la quale gli operatori erano invitati a esprimere valutazioni sull'iniziativa e a formulare suggerimenti sulle possibilità di utilizzo dei dati; tali discussioni si sono rivelate particolarmente utili nel fornire alcune chiavi interpretative dei risultati.

4.3. L'analisi dei dati nell'Azienda per i servizi sanitari 6 di Pordenone¹⁶

Le fasi conclusive di un processo di ricerca consistono nell'elaborazione e analisi dei dati, dove con il primo termine si intende qualsiasi procedimento di trattamento dei dati rilevati, mentre il secondo comprende le riflessioni che si applicano ai risultati dell'elaborazione dei dati stessi.

I questionari raccolti sono stati 1.589, pari circa all'88% della popolazione aziendale; alle domande aperte, che chiudono il questionario, hanno risposto moltissime persone, alcune anche con testi articolati e lunghi.

A conclusione dell'indagine, il materiale raccolto è stato archiviato, organizzato e rielaborato inizialmente attraverso un *database* relazionale in Access, che ha permesso l'informatizzazione dei dati e la successiva analisi e gestione.

Il gruppo di ricerca ha poi deciso di analizzare i dati, utilizzando il pacchetto statistico SPSS attraverso l'analisi fattoriale, una tecnica di riduzione dei dati che costruisce un modello a partire dai dati grezzi e ricava fattori riassuntivi, detti anche variabili latenti, concentrando le informazioni contenute originariamente in un numero elevato di variabili. Le variabili che hanno "pesato" di più nell'identificazione di questi fattori forniscono informazioni su cosa i fattori potrebbero rappresentare.

¹⁶ A cura di Carmela Zuccarelli e Nadia Sinicco, Azienda per i servizi sanitari 6 Friuli occidentale - Pordenone.

Questa tecnica aiuta a identificare variabili che non sono state misurate, ma che sono manifestate da variabili osservate. In particolare, è stata effettuata l'analisi dei componenti principali, ortogonale, con rotazione Varimax con normalizzazione di Kaiser, previa effettuazione dei test di Bartlett e KMO, risultati significativi.

In sintesi, l'analisi fattoriale permette di calcolare i coefficienti di correlazione tra tutte le domande, allo scopo di raggrupparle in dimensioni meno numerose e più agevoli che rappresentino le aree indagate dallo strumento. L'esito dell'analisi fattoriale ha fornito una riduzione e sintesi dei dati in 8 dimensioni o fattori ai quali sono state attribuite le seguenti denominazioni (tra parentesi è riportato il punteggio medio delle risposte che esprimono quel determinato fattore):

cultura organizzativa:

come l'operatore percepisce l'Azienda da alcuni punti di vista (sistema incentivante, attenzione e tutela da parte dell'Azienda, circolazione delle informazioni, chiarezza di compiti e mansioni) (punteggio medio: 3,96);

appartenenza all'Unità operativa: come l'operatore percepisce la sua Unità operativa (punteggio medio: 5,37);

conoscenza dell'Azienda: il grado di conoscenza dell'operatore rispetto all'articolazione aziendale, Dipartimento, Distretto, presidio, documenti di politica aziendale, Piano delle azioni (punteggio medio: 4,24);

soddisfazione dell'operatore: questa dimensione affronta la tematica dell'autonomia, della responsabilizzazione e la possibilità di poter prendere decisioni nell'ambito del proprio lavoro (punteggio medio: 6,83);

attenzione al cittadino: rileva il grado di attenzione posto dall'Azienda alla soddisfazione dei bisogni dell'utenza così come percepito dall'operatore (punteggio medio: 5,44);

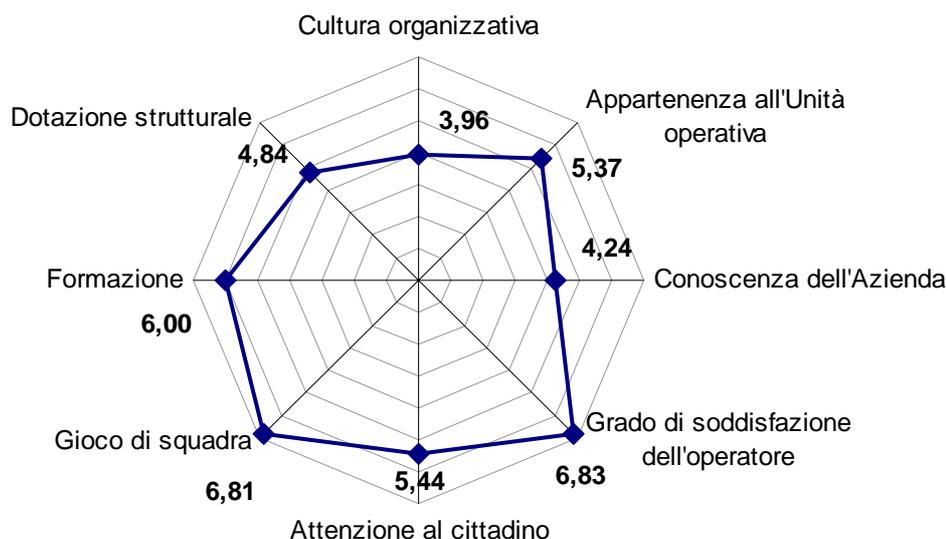
gioco di squadra: questa dimensione analizza la coesione all'interno del gruppo di lavoro, la capacità di lavorare in *équipe* e l'attenzione che il gruppo di lavoro presta alle richieste degli utenti (punteggio medio: 6,81);

formazione: analizza la soddisfazione dell'operatore rispetto all'attenzione posta dall'Azienda alla formazione e all'aggiornamento professionale (punteggio medio: 6,00);

dotazione strutturale: esprime il giudizio dell'operatore rispetto alle strutture e alle strumentazioni tecniche (punteggio medio: 4,84).

Nel grafico seguente è riportata la struttura fattoriale con le relative medie.

Figura 21. Struttura fattoriale



Tra i punti che distinguono "in positivo" il clima nell'Azienda per i servizi sanitari 6 di Pordenone, ci sono:

- il grado di soddisfazione dell'operatore,
- il gioco di squadra,
- l'apprezzamento per la formazione.

Gli aspetti per quali il clima nell'Azienda si distingue "in negativo" sono raggruppabili nelle seguenti dimensioni:

- cultura organizzativa,
- conoscenza dell'Azienda,
- dotazione strutturale.

Il questionario è stato somministrato all'intero universo aziendale e tra le istruzioni date al personale durante le riunioni per la compilazione dei questionari, veniva chiesto di indicare l'appartenenza a un'area professionale, al fine di permettere un confronto dei risultati emersi tra comparto e dirigenza (*Tabella 11 e Figura 22*).

Nella Figura 23, inoltre, si evince chiaramente come per tutte le dimensioni la media riferita all'area della dirigenza sia superiore a quella del personale del comparto.

Tabella 11. Distribuzione del personale aziendale

Area professionale	N. questionari
Comparto	1.344
Dirigenza	245
<i>Totale</i>	<i>1.589</i>

Figura 22. Distribuzione percentuale del personale

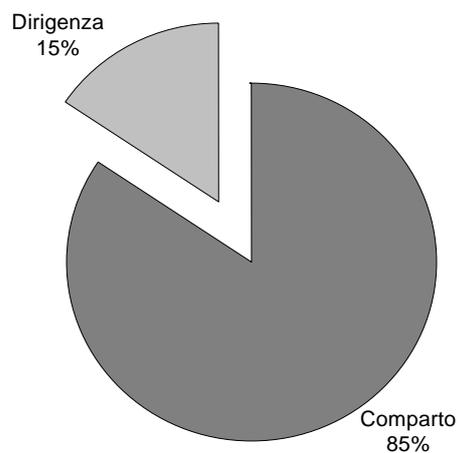
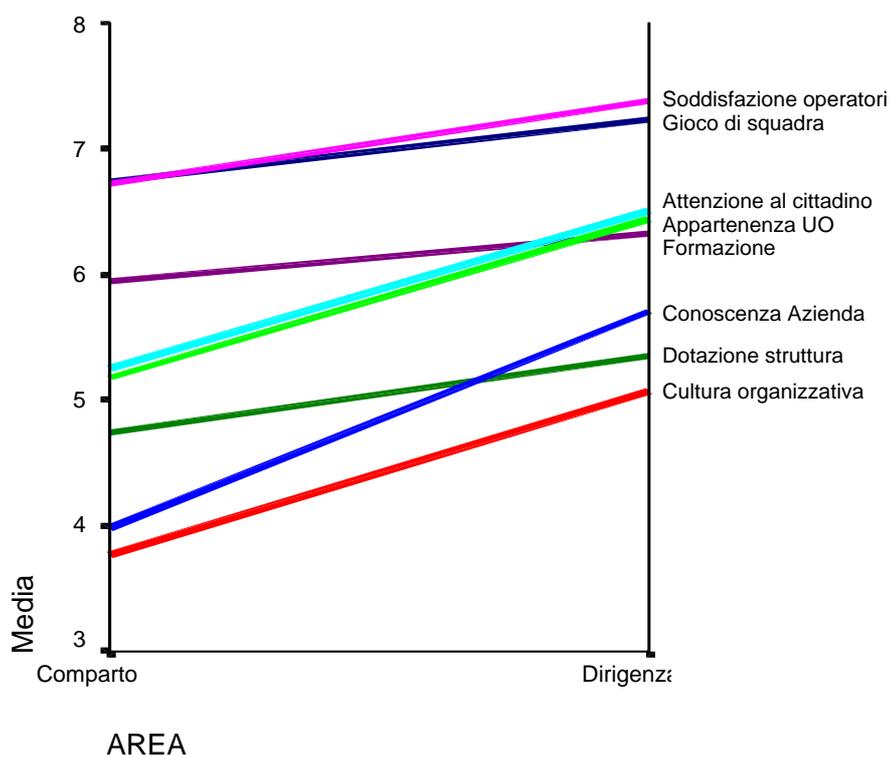


Figura 23.

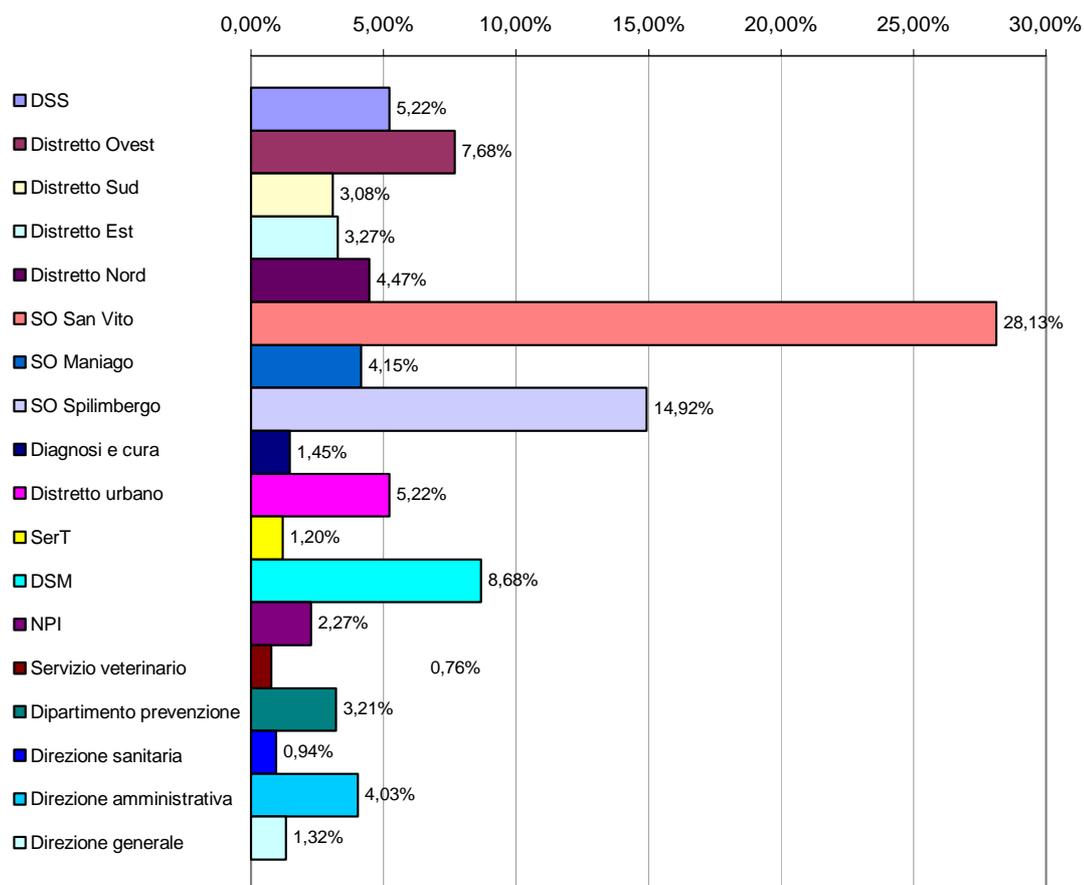


Al fine di consentire un'analisi per Struttura e per Unità operativa di appartenenza, i questionari prevedevano l'attribuzione di una codifica, che - se alcuni hanno vissuto come possibilità di identificazione - in realtà aveva il solo scopo di consentire una comparazione dei dati. Di seguito in sintesi viene illustrata la distribuzione dei questionari all'interno della realtà aziendale.

Tabella 12. Distribuzione dei questionari raccolti nelle strutture aziendali

Struttura	N. questionari
Direzione generale	21
Direzione amministrativa	64
Direzione sanitaria	15
Dipartimento di prevenzione	51
Servizio veterinario	12
Neuropsichiatria infantile	36
Dipartimento di salute mentale	138
Dipartimento delle tossicodipendenze	19
Distretto urbano	83
Servizio psichiatrico diagnosi	23
Presidio ospedaliero di Spilimbergo	237
Presidio ospedaliero di Maniago	66
Presidio ospedaliero di San Vito	447
Distretto Nord	71
Distretto Est	52
Distretto Sud	49
Distretto Ovest	122
Dipartimento dei servizi sociali	83
<i>Totale</i>	<i>1.589</i>

Figura 24. Distribuzione dei questionari raccolti nelle strutture aziendali



4.4. La restituzione dei risultati

4.4.1. ... nell'esperienza dell'Azienda per i servizi sanitari 6 di Pordenone¹⁷

Il questionario si è rivelato essere un valido strumento di raccolta di informazioni, dalla cui analisi emerge chiaramente come il clima aziendale sia determinato da una molteplicità di fattori, che vanno dall'ambiente fisico alla fluidità organizzativa, dalla chiarezza della comunicazione ai rapporti interpersonali e con l'utenza.

Si è inoltre potuto constatare che le variabili influiscono con un peso diverso a seconda dell'organizzazione operativa della struttura e della categoria professionale considerata, ma che a livello macro - sia in positivo che in negativo - sono fundamentalmente riconducibili ad aree sovrapponibili.

Una corretta metodologia di ricerca prevede che all'analisi dei dati venga fatta seguire una fase di restituzione degli esiti emersi ai soggetti coinvolti e l'implementazione delle eventuali azioni di miglioramento, in risposta ai bisogni enucleati. Per questo motivo, la fase finale del progetto ha previsto la restituzione capillare del *report* conclusivo in forma di opuscolo, per permettere di dare la più ampia divulgazione all'analisi e alle considerazioni che ne sono scaturite.

La presentazione del *report* è stata volutamente semplificata aggregando i dati per struttura e per area di criticità, al fine di consentire a tutti gli operatori una facile consultazione e lettura dei risultati.

La distribuzione dell'opuscolo è avvenuta attraverso un plico allegato alla busta paga, che è stato consegnato a ogni operatore, facendolo pervenire alla sede di lavoro attraverso posta interna. Contemporaneamente, il Direttore generale ha organizzato una serie di incontri nelle varie Unità operative con lo scopo di ridurre la distanza fra i livelli dirigenziali centrali e il personale operativo, aspetto rivelatosi critico all'analisi dei risultati.

Queste riunioni, compiute con modalità itinerante, da un lato hanno consentito un'ulteriore raccolta dalla viva voce del personale di aree critiche e di positività esistenti nelle varie Unità operative, dall'altro hanno creato un precedente di relazione diretta tra Direzione strategica e base che, in un'ottica di miglioramento della comunicazione, andrebbe sicuramente agito con continuità.

D'altro canto, nell'analisi dei dati emergeva chiaramente come i fattori del grado di soddisfazione dell'operatore e del gioco di squadra fossero attestati a livello aziendale su valori nettamente positivi, pur nella flessibilità delle singole Unità operative, a testimonianza di come la collaborazione, l'adeguata capacità relazionale e la possibilità di una comunicazione trasparente possano supportare gli operatori nell'affrontare realtà critiche su altri versanti.

¹⁷ A cura di Nadia Sinicco e Carmela Zuccarelli, Azienda per i servizi sanitari 6 Friuli occidentale - Pordenone.

Come verifica di questa considerazione, la negatività trasversale del senso di appartenenza alla dimensione aziendale dimostra come debba ancora essere compiuto un cammino fondamentale per una trasformazione culturale, nell'ottica di un lavoro per processo e di miglioramento continuo.

Il risultato più evidente e maggiormente positivo della fase di restituzione dei dati è stato il livello di partecipazione degli operatori all'iniziativa "Concorso Officine delle idee", bandito dalla Direzione generale con lo scopo di raccogliere progetti di miglioramento organizzativo. Attraverso le proposte pervenute, si è reso infatti evidente come la popolazione aziendale abbia una chiara visione dell'importanza della qualità del proprio lavoro e della necessità di un coinvolgimento reale della base nella progettualità dell'Azienda al fine di garantire obiettivi di miglioramento della salute dei cittadini.

La possibilità di "tastare il polso" delle Unità operative nell'ambito del clima lavorativo, in una relazione di immediato coinvolgimento del Direttore generale, ha reso possibile evidenziare aree di criticità inerenti principalmente alla sfera affettivo-relazionale alle quali si è data risposta con l'apertura di uno Sportello psicologico aziendale. Tale spazio, disponibile per tutti i dipendenti e direttamente fruibile attraverso contatto telefonico, si configura come un servizio di consulenza e di valutazione, in seguito al quale si può approdare a un intervento sul singolo o sull'Unità operativa di riferimento.

Si può, pertanto, affermare che il momento della restituzione, a conclusione del percorso di ricerca, ha costituito un'occasione importante per la Direzione generale di raccogliere da parte di tutti gli operatori coinvolti personali opinioni sulla dimensione lavorativa nella propria realtà, e per la base di sentirsi effettivamente ascoltata in relazione ai propri bisogni.

4.4.2. ... nell'esperienza dell'Azienda USL Bologna Nord¹⁸

Nell'esperienza dell'Azienda USL Bologna Nord l'indagine costituiva uno degli obiettivi qualità inseriti nella programmazione annuale e, come tale, era negoziato all'interno del processo di *budget*: in tal modo la Direzione generale sottolineava l'importanza e l'attenzione attribuita a tale progetto.

Le indagini sono sempre state condotte a livello di singola Unità operativa (aggregando in alcuni casi i dati per Dipartimento), a seguito di adesione spontanea al progetto da parte del Responsabile. Si è cercato così di non indurre situazioni di partecipazione forzata, e favorire una conseguente ricaduta positiva del lavoro sul gruppo.

Data l'implementazione capillare del progetto all'interno dell'Azienda, una delle prime necessità sorte a seguito delle prime esperienze è stata quella di migliorare la struttura del *report* conclusivo. Era infatti indispensabile rendere tale documento chiaro, preciso e fruibile anche da personale non tecnico. Occorreva un documento, oltre che sintetico, di facile interpretazione (i singoli punteggi per domanda risultavano eccessivamente dispersivi). Si è pensato così di raggruppare le domande per aree tematiche. La

¹⁸ A cura di Lara Nanetti, Loretta Muraro, Laura Biagetti, Azienda USL Bologna Nord.

definizione degli ambiti è avvenuta a partire da un'analisi semantica, seguita da una verifica statistica (analisi dei coefficienti di correlazione). Nella Tabella si riportano le aree individuate, con la relativa descrizione.

Tabella 13. Aree individuate

Adeguatezza strutture	Cosa pensano gli operatori dei locali e delle attrezzature in dotazione
Aspetti economici: incentivazione	Sistema incentivante: chiarezza nell'assegnazione di incentivi, coerenza rispetto agli obiettivi aziendali, efficacia del sistema premiante
Attenzione verso gli utenti	Attenzione alle richieste e ai reclami dei cittadini da parte dell'Unità operativa e della Direzione. Giudizio sulla qualità dei servizi erogati all'utenza
Autonomia-iniziativa	Autonomia nel lavoro, apprezzamento dello spirito di iniziativa, incoraggiamento da parte dei responsabili a sviluppare le proprie competenze
Circolazione informazioni	Diffusione efficace delle informazioni tra Unità operative e al loro interno
Competenze e obiettivi	Attribuzione chiara di competenze, ruoli e obiettivi da parte di Unità operativa e Direzione
Conoscenza dell'organizzazione aziendale	Conoscenza dell'articolazione (Direzione, Dipartimento) e dell'organizzazione aziendale
Conseguenze dell'aziendalizzazione	Motivazione al lavoro e senso di sicurezza indotte dal processo di aziendalizzazione
Cooperazione	Collaborazione coi colleghi, tra Unità operative, abitudine a lavorare in gruppo e spirito di gruppo
Formazione	Promozione e sostegno dell'aggiornamento da parte di Unità operativa e Direzione
Leadership	Capacità del responsabile di gestire i conflitti in modo adeguato, definire con chiarezza gli obiettivi, incoraggiare il miglioramento nel lavoro. Autonomia lasciata ai responsabili dalla Direzione aziendale
Partecipazione	Percezione di essere responsabilizzati nel lavoro e coinvolti nelle decisioni
Soddisfazione	Apprezzamento da parte dei colleghi, attenzione della Direzione alle esigenze dei lavoratori. Soddisfazione e apprezzamento del proprio lavoro
Valutazione lavoro	Verifica trasparente e riconoscimento dei risultati dell'attività da parte della Direzione

Infine, si è ritenuto opportuno rendere più precisa la lettura dei risultati. Pareva infatti che i valori di media e deviazione standard da soli non fornissero una lettura esaustiva delle diverse realtà lavorative, specialmente di quelle numericamente meno consistenti. È stata quindi presa in considerazione la lettura di altre misure statistiche: moda e frequenze. Questo ha consentito di approfondire la conoscenza sulla distribuzione del dato all'interno delle singole domande o, quanto meno, di quelle maggiormente critiche.

Come già accennato all'inizio, la restituzione dei dati è stata completata convocando, dopo un tempo ragionevole dalla distribuzione del *report*, il gruppo al completo.

È questo il contesto in cui sono stati rilette i dati, si sono arricchiti di opinioni soggettive e, partendo dalle criticità emerse, si è avviata una discussione di confronto delle diverse valutazioni.

Questo passaggio è senz'altro importante perché consente di leggere in profondità i problemi, di connotare qualitativamente i dati espressi attraverso i numeri e, infine, di valutare qualità e fattibilità di eventuali proposte di miglioramento. Al termine del percorso, il Direttore di Unità operativa aveva l'incarico di compilare una specifica scheda in cui riportare in sintesi ogni passaggio:

- periodo di somministrazione del questionario,
- problemi emersi,
- azioni di miglioramento programmate e/o intraprese e relativi tempi di realizzazione.

I moduli così strutturati hanno consentito l'archiviazione dei principali percorsi avviati dalle Unità operative nel corso degli anni e la conseguente valutazione di impatto delle azioni intraprese.

Scheda di rilevazione distribuita alle Unità operative dell'Azienda USL Bologna Nord alla fine dell'anno (dopo la conclusione dell'indagine)

AZIONI INTRAPRESE A SEGUITO DELL'INDAGINE DI CLIMA "ICONAS"

SCHEDA DI RILEVAZIONE

La scheda è da compilare a cura del Direttore dell'UO e Referente Qualità dell'UO congiuntamente.

Si prega di restituirla compilata all'Ufficio Qualità, presso la Direzione generale, all'attenzione della dott.ssa Lara Nanetti

1. UO / Dipartimento:
2. Anno di adesione al progetto ICONAS:
3. Aree critiche individuate come prioritarie per il miglioramento:
 - Adeguatezza strutture
(Cosa pensano gli operatori dei locali e delle attrezzature in dotazione)
 - Aspetti economici: incentivazione
(Sistema incentivante: chiarezza nell'assegnazione degli incentivi, coerenza rispetto agli obiettivi aziendali, efficacia del sistema premiante)
 - Attenzione verso gli utenti
(Attenzione alle richieste e ai reclami dei cittadini da parte dell'UO e della Direzione. Giudizio sulla qualità dei servizi erogati all'utenza)
 - Autonomia - iniziativa
(Autonomia nel lavoro, apprezzamento dello spirito di iniziativa, incoraggiamento da parte dei responsabili a sviluppare le proprie competenze)
 - Circolazione informazioni
(Diffusione efficace delle informazioni tra UUOO e al loro interno)
 - Competenze e obiettivi
(Attribuzione chiara di competenze, ruoli e obiettivi da parte di UO e Direzione)
 - Conoscenza dell'organizzazione aziendale
(Conoscenza dell'articolazione - Direzione, Dipartimento - e della politica aziendale - mission, vision, Piano delle azioni)
 - Conseguenze dell'aziendalizzazione
(Motivazione al lavoro e senso di sicurezza indotte dal processo di aziendalizzazione)

- Cooperazione
(Collaborazione coi colleghi, tra UUOO, abitudine a lavorare in gruppo e spirito di gruppo)
- Formazione
(Promozione e sostegno dell'aggiornamento da parte di UO e Direzione)
- Leadership
(Capacità del responsabile di gestire i conflitti in modo adeguato, di definire con chiarezza gli obiettivi, incoraggiare il miglioramento nel lavoro. Autonomia lasciata ai responsabili dalla Direzione aziendale)
- Partecipazione
(Percezione di essere responsabilizzati nel lavoro e coinvolti nelle decisioni)
- Soddisfazione
(Apprezzamento da parte dei colleghi, attenzione della Direzione alle esigenze dei lavoratori. Soddisfazione e apprezzamento del proprio lavoro)
- Valutazione lavoro
(Verifica trasparente e riconoscimento dei risultati dell'attività da parte della Direzione)

4. Quali aspetti in particolare (delle aree su indicate) sono risultati critici?

.....

5. Quali azioni sono state progettate a fronte di questi problemi?

.....

6. Con quali tempi/fasi?

.....

7. (Se sono già state avviate) Cosa è migliorato in seguito alle azioni intraprese?

.....

8. Quali sono le evidenze del miglioramento?

.....

Compilato a cura di: *(scrivere in modo leggibile)*

Data Firma

Ufficio Qualità, Direzione generale

Via Libertà 45 - 40013 San Giorgio di Piano (BO) - tel 051 6644961 - fax 051 6644913

e-mail lara.nanetti@auslbonord.regione.emilia-romagna.it

4.5. Il valore aggiunto delle domande aperte

4.5.1. ... nell'esperienza dell'Azienda per i servizi sanitari 6 di Pordenone¹⁹

L'inserimento di 3 domande aperte alla fine del questionario, che miravano a percepire con modalità più immediata e soggettiva il vissuto degli intervistati in relazione al clima lavorativo, ha permesso a molte persone di esprimere liberamente la propria opinione, senza limiti di spazio e spesso anche con testi lunghi e articolati. Alla prima domanda aperta hanno risposto 1.068 persone, alla seconda 858 e alla terza 778.

Per analizzare questa ulteriore messe di dati si è deciso di effettuare un'aggregazione delle risposte sui concetti menzionati più frequentemente, attraverso il raggruppamento di parole affini in classi o aree tematiche.

Questo tipo di analisi tende a scomporre i contenuti e a codificare i temi, a partire da argomenti complessi per giungere a unità più semplici e, per facilitarne la lettura nel report conclusivo, le varie dimensioni sono state raggruppate in aree e ad ognuna di esse è stato assegnato un colore come di seguito riportato:

Area verde (relazione)

sono incluse tutte le domande aperte nelle quali l'argomento approfondito riguardava la relazione tra colleghi, con la dirigenza e con l'utenza. All'interno di questa dimensione è stato possibile evidenziare il vissuto degli operatori rispetto alla collaborazione e alla motivazione, con particolare riguardo alla ricaduta su tali variabile del rapporto interpersonale.

Area blu (comunicazione)

in questa dimensione sono state accorpate le risposte inerenti al tema della comunicazione, intesa sia come passaggio di conoscenza e informazione tra colleghi, sia come coinvolgimento progettuale e condivisione degli obiettivi da parte dei responsabili; è compresa anche la comunicazione con colleghi, responsabili e utenti.

Area rossa (organizzazione)

in questa area sono state inserite tutte le risposte relative al tema dell'organizzazione generale, dell'integrazione fra i servizi, dei rapporti con la dirigenza, delle procedure, della chiarezza di ruoli e mansioni.

Area arancione (dotazione organica)

alcune persone hanno sottolineato la carenza della dotazione organica, il carico di lavoro eccessivo e le ovvie ripercussioni sulla qualità della prestazione erogata e sul clima lavorativo.

¹⁹ A cura di Nadia Sinicco e Carmela Zuccarelli, Azienda per i servizi sanitari 6 Friuli occidentale - Pordenone.

Area viola (dotazione strutturale)

le segnalazioni relative all'inadeguatezza delle attrezzature tecnologiche e ambientali sono state inserite in questa dimensione denominata "dotazione strutturale". Alcuni operatori hanno infatti ritenuto doveroso segnalare la difficile condizione ambientale nella quale giornalmente sono chiamati a operare.

Area rosa (professionalità)

include le richieste di implementazione professionale o il riconoscimento di professionalità nonché il grado di soddisfazione dell'utenza rispetto ai servizi erogati dai professionisti sanitari.

Area gialla (denaro)

in questa dimensione sono state aggregate le richieste di aumenti economici, incentivi e tutto ciò che è legato all'area economica.

Area azzurra (formazione)

moltissime domande hanno avuto come oggetto la formazione e l'aggiornamento e hanno rilevato sia la soddisfazione che l'insoddisfazione degli operatori intervistati.

Di seguito (*Figure 25, 26 e 27*) viene riportato il testo delle singole domande, la loro distribuzione assoluta e il grafico con i valori percentuali sul totale delle risposte aperte.

In conclusione emerge chiaramente come l'area dell'organizzazione sia vissuta dagli operatori come fortemente critica e come al contrario la relazione risulti essere estremamente positiva e funga da supporto alle carenze gestionali, quasi a sottolineare che dove non funziona il sistema, funziona comunque l'umanità degli operatori.

Figura 25. Analisi domanda n. 54 "Qual è secondo Lei l'aspetto più importante da migliorare nel Suo lavoro?"

Area	Frequenza
Organizzazione	376
Relazione	217
Professionalità	102
Comunicazione	97
Dotazione strutturale	85
Formazione	76
Denaro	61
Dotazione organica	54

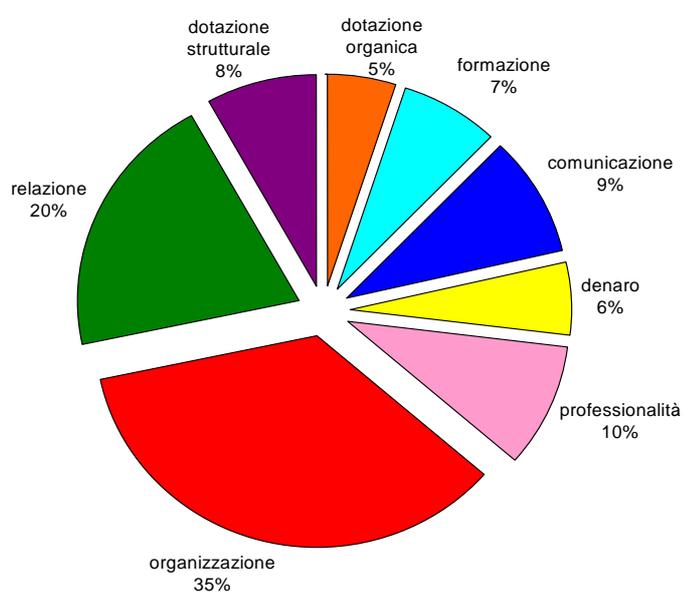


Figura 26. Analisi domanda n. 55 “Qual è la cosa migliore da Lei riscontrata?”

Area	Frequenza
Relazione	435
Organizzazione	185
Professionalità	173
Formazione	31
Dotazione strutturale	23
Comunicazione	5
Denaro	4
Dotazione organica	2

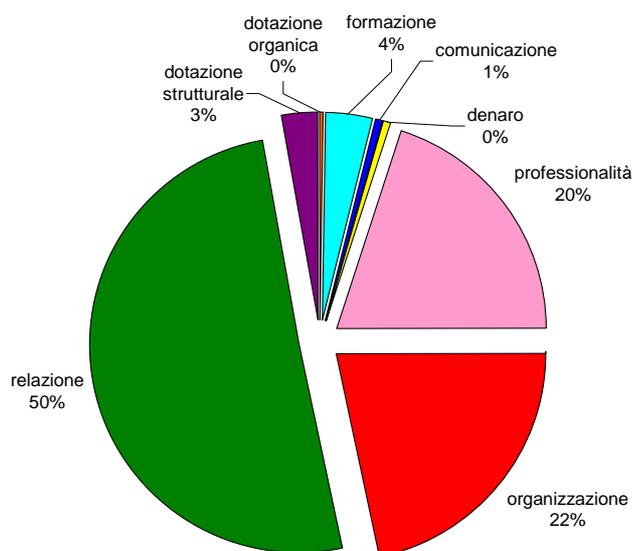
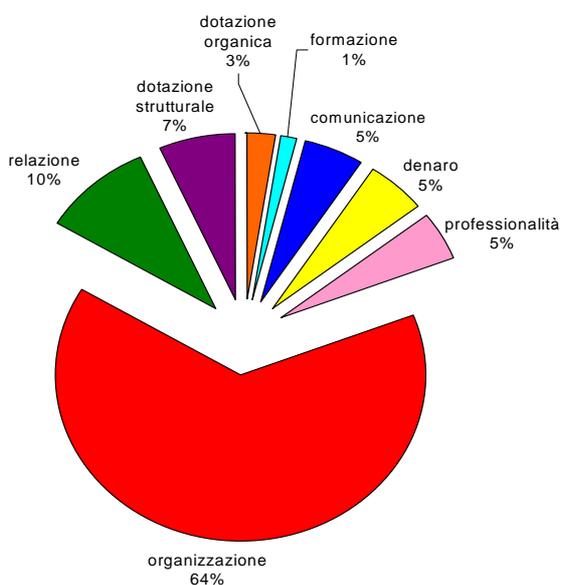


Figura 27. Analisi domanda n. 56 "Se Lei potesse cambiare una cosa nell'Azienda, sceglierebbe ..."

Area	Frequenza
Organizzazione	500
Relazione	77
Dotazione strutturale	51
Denaro	42
Comunicazione	41
Professionalità	37
Dotazione organica	20
Formazione	10



4.5.2. ... nell'esperienza dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara²⁰

L'analisi del clima svolta all'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Anna di Ferrara è stata condotta nell'autunno del 2001, con un tasso di partecipazione del 65,7% pari a 1.582 questionari raccolti.

Molte persone hanno seguito l'invito a esprimere liberamente la propria opinione, rispondendo - senza limiti di tempo e di spazio sul foglio - alle due domande aperte poste alla fine del questionario. L'apporto dei dati ricavati dalle domande aperte fornisce un contributo essenziale per comprendere i risultati globali e le specificità dell'organizzazione. L'analisi qualitativa aiuta a capire le diverse soggettività che permettono di costruire il significato comune all'organizzazione di cui fanno parte.

²⁰ A cura di Ulrich Wienand e Federica Fiorini, Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara.

Il testo della domanda 54 era "Qual è, secondo Lei, l'aspetto più importante da migliorare nel Suo lavoro?"; le risposte sono state 1.294. Dal conteggio effettuato sono emersi i seguenti concetti, ordinati dal più citato al meno citato (*cut off* ≥ 10).

Tabella 14. Analisi domanda n. 54

Concetti	Frequenza
Collaborazione, disponibilità, scambi, confronti tra colleghi, tra tutto il personale di un'Unità operativa, tra Unità operative, rapporto interpersonale	435
Carenza strutturale e tecnologica (adeguamenti degli ambienti, nuove apparecchiature, nuove attrezzature, mancanza di spazi, carenza di materiali, maggiore attenzione alla sicurezza)	409
Aggiornamento e formazione	206
Retribuzione economica	194
Riorganizzazione che si manifesti attraverso <i>iter</i> meno burocratici che facciano diminuire i tempi per lo svolgimento delle attività amministrative	193
Riconoscimento della propria professionalità	171
Riconoscimenti, coinvolgimento, considerazione, gratificazione, fiducia	167
Chiarezza dei ruoli e trasparenza degli obiettivi	161
Rispetto	122
Autonomia e responsabilizzazione	104
Ricambio dirigenziale (Direttore generale, Direzione, dirigenti e responsabili di struttura e reparto)	95
Comunicazione	86
Servizio di maggiore qualità	84
Attenzione all'utente, al malato, al paziente, alla malattia	76
Distribuzione migliore dei carichi di lavoro e dei turni	68
Lavoro di gruppo	51
Informazione	39

Raggruppando ulteriormente le categorie semantiche, emergono i seguenti grandi temi su cui i dipendenti dell'Azienda auspicano dei miglioramenti:

- collaborazione, scambi, rapporti interpersonali, *team* e gruppo;
- attrezzature e struttura fisica;
- riconoscimenti economici e psicologici (considerazione, gratificazione, fiducia);
- aggiornamento e formazione;
- organizzazione più snella;
- incentivi e obiettivi chiari;

- autonomia, professionale e di ruolo;
- attenzione all'utente.

I due concetti astratti su cui gran parte delle risposte sembra convergere sono:

- rispetto,
- comunicazione.

Le risposte alla domanda 55, "Qual è l'aspetto migliore da Lei riscontrato?", sono state 1.069 (*cut off* ≥ 10).

Tabella 15. Analisi domanda n. 55

Concetti	Frequenza
Collaborazione, disponibilità dei colleghi, confronti all'interno dell'Unità operativa, rapporto umano e interpersonale	398
Utenza, paziente, famiglia, familiari	151
Riconoscimento professionale e dei professionisti	94
<ul style="list-style-type: none"> • Niente, nulla, nessuna (94) • Risposte in tono ironico ad es. citando i quadri come migliore aspetto dell'ospedale (14) • Punto interrogativo (17) 	125
Impegno e attenzione nel lavoro, lavorare	74
Lavoro di gruppo	67
Apprezzamento, soddisfazione, riconoscimenti, riconoscenza (da parte di pazienti e familiari)	57
Aggiornamento e sviluppo delle competenze	41
Autonomia/autogestione	35
Servizi, qualità	35
Rispetto	11

Non deve stupire che gli stessi concetti (collaborazione, formazione, rispetto, autonomia, servizio, qualità) compaiano sia fra gli aspetti più importanti da migliorare sia fra quelli riscontrati come migliori: un breve controllo incrociato evidenzia che, non di rado, sono gli stessi soggetti a ritenere per esempio la collaborazione come aspetto "più importante da migliorare" e come "aspetto migliore riscontrato".

La stessa formulazione della domanda 54, peraltro, lasciava adito a una doppia lettura, "Qual è l'aspetto più importante?" e anche "Qual è l'aspetto da migliorare?".

Enucleando i concetti che compaiono in entrambe le risposte alle domande aperte sembra di poter affermare che "collaborazione", "formazione-aggiornamento", "professionalità", "autonomia", "servizio", "qualità" e, a un livello più astratto, "comunicazione" e "rispetto" siano fra gli aspetti più importanti nel determinare il vissuto

soggettivo dei dipendenti rispetto al proprio lavoro, e non siano connotate negativamente.

La gratificazione soggettiva ("riconoscimento", "considerazione") compare fra gli aspetti vissuti positivamente in quanto ricevuta da familiari e pazienti, mentre è da elencare fra le criticità in quanto non ricevuta dalla Direzione aziendale.

Le risposte che compaiono solo nella domanda sugli aspetti da migliorare evidenzerebbero invece delle criticità nell'organizzazione e riguardano:

- la retribuzione economica,
- la riorganizzazione, nel senso di una minore burocrazia, di carichi lavorativi distribuiti più equamente e di una maggiore trasparenza nell'attribuzione di obiettivi,
- l'informazione,
- le carenze strutturali.

L'analisi delle domande aperte ha evidenziato alcune aree che il questionario non prevedeva tra i suoi costrutti teorici, e che quindi non sono state esplorate dalle 50 domande chiuse. Si tratta di:

- carico di lavoro,
- gratificazioni da parte dei pazienti.

Inoltre, sembra che questi dati qualitativi siano in grado di cogliere le connotazioni specifiche legate alla cultura della singola Azienda in quel particolare momento storico.

4.6. La gestione degli esiti

4.6.1. ... nell'esperienza dell'Azienda socio-sanitaria locale 10 di San Donà di Piave²¹

Risultati globali e aree di miglioramento individuate

L'indagine sul clima organizzativo condotta nell'Azienda socio-sanitaria locale 10 di San Donà di Piave (VE) ha visto la partecipazione del 44% di tutti gli operatori, pari a 1.012 soggetti, di cui 143 dirigenti e 802 del comparto.

Gioco di squadra e clima organizzativo interno all'Unità operativa sono i principali punti di forza, mentre le principali aree di miglioramento si riscontrano relativamente alla soddisfazione del lavoro e al clima organizzativo a livello aziendale: alcune delle risposte più critiche riguardano in particolare la percezione dell'attenzione dell'Azienda verso gli operatori, la motivazione, la conoscenza degli obiettivi aziendali, la diffusione delle informazioni da parte della Direzione. Si aggiunge a ciò il fatto che più del 75% degli operatori ha avanzato proposte di miglioramento organizzativo, a sottolineare il forte desiderio di innovazione.

²¹ A cura di Davide Furlanis e Francesca Querin, Azienda socio-sanitaria locale 10 Veneto orientale - San Donà di Piave.

Sulla base di questi risultati globali, è possibile individuare almeno due aree che richiedono interventi di miglioramento.

- Rapporto tra individui e organizzazione.
Gli operatori si sentono poco coinvolti nelle decisioni, poco informati, poco ascoltati nei suggerimenti per migliorare il proprio lavoro, poco valorizzati nelle loro potenzialità. Le loro risposte esprimono una forte domanda di partecipazione a cui l'organizzazione non è in grado di dare risposte concrete.
- Rapporti con colleghi e con dirigenti.
L'organizzazione è poco conosciuta, viene percepita come lontana ed estranea: conseguentemente, gli operatori sono costretti a trovare un'altra dimensione di riferimento all'interno della propria disciplina professionale e della propria Unità operativa. L'effetto più diretto è l'emergere di atteggiamenti corporativi e non collaborativi con le altre Unità operative, atteggiamenti che inibiscono il funzionamento complessivo del sistema. La figura del dirigente viene individuata come quella maggiormente responsabile di questa situazione complessiva, ma a loro volta i dirigenti si sentono abbandonati e distanti dalla Direzione generale.

Gestione degli esiti e azioni avviate

Da tali risultati e considerazioni emergono almeno due traiettorie di miglioramento che possono agire positivamente sulle criticità emerse dall'indagine.

- Politiche di sviluppo organizzativo sinergico (sinergie).
La ricerca ha dimostrato l'esigenza di definire ruoli più ricchi di spazi decisionali e di responsabilità, potendo contare sulla collaborazione dei colleghi. L'organizzazione va pertanto basata sull'integrazione dei processi di lavoro, capace di ridurre la catena gerarchica e di valorizzare il coordinamento orizzontale e un arricchimento dei ruoli organizzativi per processi e per obiettivi.
La Direzione generale e i dirigenti sono chiamati a svolgere un ruolo nuovo e di grande spessore perché tutti gli operatori avvertano la necessità di avere punti di riferimento, guide per dare maggiore significato al proprio lavoro, interlocutori capaci ed affidabili con cui contrarre impegni chiari.
Su tali contenuti è stata rilanciata l'organizzazione dipartimentale e in particolare è stato rinforzato il modello sistemico di gestione dando agli uffici che presidiano le varie dimensioni della qualità (qualità organizzativa attraverso l'Unità per l'accreditamento e l'Ufficio controllo di gestione; qualità professionale attraverso l'Unità per la formazione e il governo clinico; qualità percepita attraverso l'Unità relazioni con il pubblico) un'organizzazione integrata nel Dipartimento per la qualità.
- Politiche personalizzate di gestione delle risorse umane (*empowerment*)
La ricerca ha evidenziato la forte domanda di "poter contare". Vanno pertanto favorite nuove forme di partecipazione e di coinvolgimento degli operatori, attività di ascolto, gruppi di lavoro, iniziative per stimolare i suggerimenti dei dipendenti; vanno individuate forme di relazione diretta tra Direzione e operatori, integrando

comunicazione interna ed esterna per valorizzare il lavoro degli operatori e renderlo visibile agli occhi dei colleghi e dei cittadini. Anche la formazione concorre al miglioramento del benessere organizzativo: essa infatti dovrà puntare non solo sul sapere e sul saper fare, ma anche sul saper essere per promuovere lo sviluppo delle qualità umane e relazionali, e va realizzata soprattutto dai Dirigenti e da docenti interni perché ciò aiuta la circolazione interna delle conoscenze e del sapere, aumenta il senso di appartenenza verso l'organizzazione e la visibilità verso i colleghi.

Sinergie ed *empowerment* sono dunque le strategie di eccellenza per favorire il benessere organizzativo e lo sviluppo delle risorse umane. Esse sono state adottate all'interno di un Progetto, denominato "Progetto sinergia per lo sviluppo delle risorse umane" e sono l'oggetto di eventi formativi attualmente in corso, intitolati "*Empowerment: strategie di sviluppo organizzativo e comunicazione centrate sulla persona*".

Scopo del Progetto e della formazione è costituire in ogni Unità operativa una *microéquipe* di facilitatori che elabori progetti di sviluppo relazionale e ne sostenga l'attuazione. Alcuni dei più importanti campi di intervento previsti dal Progetto sono volti a favorire la comunicazione, al fine di ridurre la percezione della distanza della dirigenza rispetto agli operatori e di stimolare la partecipazione, il coinvolgimento e l'appartenenza del personale all'Azienda.

In particolare si vuole agire sulla comunicazione:

- all'interno dell'Unità operativa: per passare dalla gestione burocratica delle consegne a un ampliamento della condivisione tra varie figure professionali, anche del progetto di sviluppo dell'UO stessa (la politica del servizio);
- tra Unità operative: per passare dalla precisazione delle proprie competenze all'elaborazione delle strategie ottimali per definire i protocolli che regolano le relazioni tra UO;
- con la Direzione: per passare dalle rigidità di ruolo basate sui compiti alla cooperazione tra ruoli diversi nella realizzazione dei progetti-obiettivo, sia nella relazione tra infermieri e medici, sia nell'interfaccia tra dirigenti e Direzione aziendale.

Conclusioni

L'indagine ICONAS è stato lo strumento che ha consentito di rilevare il bisogno, ovvero di esplicitare e rendere visibili molti dei fattori che influenzavano il clima interno: gli operatori sono così stati informati e coinvolti, sono stati registrati i punti di forza e di debolezza del clima organizzativo. La valutazione e diffusione dei dati sta orientando l'azione dei responsabili allo sviluppo delle risorse umane.

La formazione mirata alle criticità emerse dall'indagine aiuta il raggiungimento degli obiettivi del Progetto Sinergia, primo fra tutti la costituzione - presso ogni Dipartimento e Unità operativa - di un *team* di facilitatori per lo sviluppo delle risorse umane, costituito da varie professionalità.

L'aspettativa è che queste azioni favoriscano negli operatori la percezione di un miglioramento in diverse dimensioni, che sono sostanzialmente quelle emerse come negatività nell'indagine ICONAS:

- benessere personale e collettivo;
- senso di appartenenza attiva all'Azienda;
- qualità percepita ed erogata;
- capacità di gestire in modo cooperativo la conflittualità, sia interna che esterna.

4.6.2. ... nell'esperienza dell'Azienda USL di Forlì²²

Nel 2003 la Direzione generale dell'Azienda USL di Forlì ha assegnato il mandato alla direzione di Dipartimento di sanità pubblica (DSP) di innovare profondamente l'intera organizzazione; questa risultava infatti una delle macrostrutture che negli ultimi anni più stentava a raggiungere gli obiettivi assegnati e a condividere la strategia aziendale; inoltre si erano manifestati già diversi dissidi fra i dirigenti e/o fra gli stessi e la Direzione generale. Tale riordino è stato previsto attraverso un approccio integrato comprensivo di diversi strumenti già sperimentati in molte realtà e ritenuti particolarmente incisivi se implementati associati:

- la valutazione della qualità dei rapporti e delle relazioni interne attraverso l'indagine del clima organizzativo;
- la rilevazione dell'immagine del Dipartimento all'interno dell'Azienda attraverso *focus group* con *opinion leader* aziendali;
- la rilevazione quali-quantitativa dell'accessibilità ai servizi erogati ai singoli e agli Enti, attraverso un'indagine specifica.

Questi strumenti, messi in campo per effettuare una diagnosi organizzativa trasparente e condivisa da cui partire per un progetto di sviluppo e miglioramento, hanno visto il coinvolgimento sistematico di operatori scelti fra le diverse professionalità privilegiando l'interesse e la propensione al nuovo. Si è ritenuto il coinvolgimento dei dipendenti particolarmente critico in quanto il DSP è un'organizzazione in cui spicca l'autonomia professionale e in cui l'integrazione è stata evidenziata come problematica dalle stesse norme nazionali e regionali.

In questo scenario, lo studio si è proposto di indagare il clima presente all'interno del Dipartimento nel suo complesso e le eventuali discrepanze tra le diverse componenti che ne fanno parte e convivono a diversi livelli nell'organizzazione, con l'obiettivo di verificare quali fossero i punti di forza ma pure le eventuali aree di criticità e potere con ciò programmare e realizzare interventi (formativi ma non solo) mirati al miglioramento complessivo sia della qualità della vita lavorativa sia dell'efficacia/efficienza organizzativa. Sin dall'avvio è stato dichiarato che tale indagine non era fine a se stessa, ma veniva proposta come strumento per lo sviluppo, doveva cioè creare dei punti fermi dai quali

²² A cura di Romana Bacchi, Paola Scarpellini, Ester Spinozzi, Azienda USL di Forlì.

avviare un processo atto ad agevolare una serie di cambiamenti degli atteggiamenti, del modo di lavorare, del modo di rapportarsi agli altri.

Visti gli obiettivi dell'indagine e l'importanza assegnata allo strumento, si è optato per alcune modalità di esecuzione in grado di supportare il fine, ovvero:

- si è costituito un gruppo di pilotaggio del progetto piuttosto autorevole (con Direttore sanitario di Azienda e Direttore di Dipartimento, oltre al referente di progetto) che ha curato il lancio e l'intero percorso fino alla restituzione degli esiti;
- è stata posta particolare attenzione alla fase di acquisizione del consenso sull'intero percorso dalle Organizzazioni sindacali al Comitato di Dipartimento, e al piano di comunicazione;
- sono state adottate modalità di somministrazione che hanno permesso la partecipazione della totalità dei dipendenti (97% di rispondenti) puntando sull'assoluto anonimato;
- si è lavorato intensamente nelle fasi di *data entry* ed elaborazione dati per poter celermente giungere alla restituzione degli esiti.

Fatte queste premesse e create queste aspettative, è chiaro che si è data molta rilevanza agli esiti e alla loro restituzione, sia per i modi che per i contenuti, rispettando alcune regole che il gruppo di pilotaggio si era dato:

- la restituzione dei primi esiti è avvenuta in plenaria, alla presenza della direzione aziendale, tramite un *report* sintetico che evidenziava le medie dei valori nelle tre aree tematiche e l'analisi fattoriale, purtroppo piuttosto sintetica vista la scarsa numerosità del campione;
- l'intero percorso è stato improntato alla trasparenza degli esiti di Dipartimento, ma sulla riservatezza delle analisi più dettagliate di Unità operativa, per aiutare i responsabili a considerarlo uno strumento di autodiagnosi e favorire l'interpretazione delle relazioni in ambiti più ristretti (gruppi di area costituiti da 4-5 operatori di diversa estrazione);
- i risultati delle aree sono stati discussi con il capo Dipartimento e sono stati interpretati alla luce delle politiche e degli obiettivi di medio-lungo periodo dell'Azienda oltre che essere confrontati con gli esiti del *focus group*, l'indagine sugli accessi telefonici e alla sede del DSP da parte degli utenti.

In sintesi, per quanto riguarda la fase di restituzione degli esiti si può affermare che:

- è stata garantita ampia diffusione dei risultati a tutti i livelli, pur non avendo utilizzato strumenti di divulgazione esterni al Dipartimento;
- è stata promossa l'autovalutazione e l'integrazione con gli esiti degli altri strumenti di analisi organizzativa implementati, anche se la forte presenza della Direzione soprattutto nella prima fase di interpretazione dei dati ha influenzato il percorso creando alcune resistenze o forme di difesa durante le discussioni nelle aree.

L'approccio ha comunque visto il coinvolgimento attivo nella definizione della diagnosi di oltre il 60% del personale, che è risultato quindi non oggetto ma soggetto dell'indagine, e ciò come segnale forte di coerenza con le dichiarazioni iniziali.

La diagnosi complessiva è derivata dall'integrazione delle informazioni scaturite da quattro livelli di analisi quantitative e qualitative.

Livello 1:

è stata predisposta una prima lettura sintetica dei risultati dell'indagine dal gruppo di pilotaggio (di seguito riportata) ed è stato assegnato il mandato ai dirigenti di area di sollecitare un'aperta discussione tra le varie componenti organizzative e di selezionare le tematiche rilevanti.

Livello 2:

la lettura dei dati effettuata dal gruppo di pilotaggio è stata approfondita tramite discussioni di gruppi interprofessionali all'interno delle aree congiuntamente ai risultati dell'indagine sull'accessibilità, facendone scaturire una diagnosi poi sottoposta all'approvazione degli operatori nelle aree.

Livello 3:

il capo Dipartimento (con il supporto del referente di progetto) ha parallelamente analizzato in modo più approfondito i principali risultati tramite la realizzazione di un *focus group* con gli *opinion leader* aziendali circa l'immagine del Dipartimento e una serie di incontri di feedback con i dirigenti del Dipartimento e delle categorie professionali interessate (tecnici di vigilanza, amministrativi, dirigenti di area). Oltre a ciò si è cercato il confronto con altre realtà organizzative che avessero già fatto questa esperienza e si è focalizzata l'attenzione su Ravenna che aveva condotto l'indagine pochi mesi prima e aveva coinvolto anche il Dipartimento di sanità pubblica.

Livello 4:

il capo Dipartimento e i dirigenti hanno effettuato la lettura definitiva che ha prefigurato piste di intervento sia nel breve sia nel medio-lungo periodo. Si è dunque tornati in plenaria a presentare la diagnosi definitiva e il progetto di riordino alla Direzione generale, che l'ha approvato.

Per poter rendere credibile e condivisibile la diagnosi, è stata molto curata soprattutto la parte di lettura dei risultati, in quanto si voleva realmente capire come muoversi per avviare cambiamenti significativi, ovvero quali strumenti adottare per superare i problemi rilevati. I problemi sono comparsi da subito in quanto gli indici si sono collocati mediamente su valori bassi della scala di riferimento (attorno al 5) con valori di "clima particolarmente critico" in alcune Unità operative (sanità pubblica) e in alcune qualifiche professionali (amministrativi).

Dal punto di vista dei contenuti l'analisi fattoriale, pur nella scarsità dei numeri, ha evidenziato tre fattori di cui il primo con un peso nettamente preponderante.

Fattore 1:

conoscenza e valori aziendali, ovvero una scarsa conoscenza e condivisione della strategia aziendale.

Fattore 2:

condizioni di lavoro nelle Unità operative, ovvero una insoddisfazione diffusa rispetto all'inadeguatezza dei locali, delle attrezzature, della chiarezza dei ruoli e dei compiti, ecc.

Fattore 3:

stile di *leadership* nelle Unità operative evidenziata come critica, seppure per ragioni diverse. Al riguardo, le diverse componenti organizzative hanno sottolineato, come atteso, vissuti omogenei per alcune situazioni e discordanti per altre, pur in presenza di un diffuso sentimento di orgoglio professionale:

- in alcune aree è emerso che la gerarchia non lasciava alcuno spazio alla presa di iniziative, i capi dimostravano un atteggiamento di controllo e in questo modo non contribuivano a formare i propri collaboratori, che si sentivano dei semplici esecutori;
- in altre aree invece è risultato un *deficit* di *leadership* e di capacità di prendere decisioni.

Il problema principale però, stante la sola analisi fattoriale, è risultato la percezione di separatezza di tutto il Dipartimento dall'Azienda e solo in subordine le condizioni di lavoro, in parte riconfermate anche dalle risposte alle domande aperte che hanno evidenziato i risultati riportati in tabella, ordinati per omogeneità e numerosità.

Tabella 16. Risultati delle domande aperte 54 e 55

"Qual è secondo Lei l'aspetto più importante da migliorare nel Suo lavoro?"	"Qual è secondo Lei la cosa migliore da Lei riscontrata?"
La responsabilizzazione e la valorizzazione professionale	Il rapporto e la disponibilità tra colleghi
I locali e gli strumenti di supporto	La capacità degli operatori di risolvere i problemi del cittadino
La collaborazione e l'integrazione interna al Dipartimento	La relazione con l'utente
La chiarezza dei ruoli e delle competenze	La professionalità e la competenza
La motivazione e la partecipazione nelle decisioni e nelle attività	La disponibilità e la correttezza di alcuni dirigenti
La formazione e l'aggiornamento professionale	

In queste risposte gli operatori hanno delineato un'organizzazione in cui i singoli si considerano diffusamente disponibili a cooperare con i colleghi e a risolvere i problemi degli utenti, piuttosto competenti, ma scarsamente valorizzati e responsabilizzati. In questa fotografia è emersa inoltre la ricerca di maggiore chiarezza sui ruoli, di un più alto coinvolgimento nella presa delle decisioni, e la domanda forte di migliore collaborazione e integrazione interna al Dipartimento, oltre alla richiesta di ambienti di lavoro più idonei. Tutti però hanno risposto affermativamente e con punteggio elevato alla domanda che

chiedeva se si consigliasse ad altri di venire a lavorare al Dipartimento. Stante questa forte contraddizione si è proceduto a discussioni più analitiche in piccoli gruppi all'interno delle aree dipartimentali (sanità pubblica veterinaria, sicurezza e igiene e sanità pubblica).

Una prima analisi condotta dai dirigenti nelle aree ha messo in evidenza quale problema principale la comunicazione, ovvero la mancanza di strumenti atti a facilitare la circolazione delle informazioni, e ha fatto scaturire la richiesta alla Direzione di ridefinire i livelli di responsabilità, oltre a una richiesta di interventi formativi a supporto del cambiamento. L'atteggiamento iniziale dunque ha rivelato una scarsa volontà di concorrere alla diagnosi o, meglio una scarsa attitudine (ad eccezione di alcuni casi fra dirigenti e operatori), ad indagare in modo partecipativo sulle variabili organizzative e molto più a consolidare dinamiche rivendicazionistiche, attribuendo esclusivamente ad altri le responsabilità delle difficoltà.

L'ulteriore discussione attorno a queste percezioni nei gruppi di approfondimento ha cercato di focalizzare quali fossero i livelli di responsabilità non chiari e quali percorsi/processi dovessero essere affrontati in modo integrato all'interno del Dipartimento. È emerso in realtà che esistevano situazioni disomogenee fra le aree e che in alcuni settori i livelli erano fin troppo chiari e separati, in altri molto più confusi e incentrati sulla responsabilità del singolo, ma in tutti i gruppi è apparsa con chiarezza la difficoltà ad identificare i percorsi/processi e i clienti interni e esterni, questi ultimi identificati solo e debolmente se intermedi ma estremamente confusi quelli finali (cittadini, Enti, Azienda, ecc.). Rispetto alla catena cliente-fornitore, che nelle risposte alle domande aperte veniva considerata uno degli obiettivi dei singoli, in realtà manifestava un'oggettività negli esiti della rilevazione sull'accessibilità alquanto diversa, con risposte organizzative (orari di apertura, modalità di risposta telefonica, ecc.) piuttosto scoraggianti. Molti rivendicavano l'impostazione di un Sistema di qualità che tenesse conto delle norme, soprattutto da un punto di vista burocratico (manuale e procedure), in logica difensiva.

Il gruppo direzionale che ha elaborato la "diagnosi" finale (non all'unanimità, ma a maggioranza) ha dunque ritenuto che:

- il problema strategico fondamentale fosse quello di non avere condiviso e reso trasparenti i principi attorno a cui modulare l'agire e che dovesse essere riletta tutta l'operatività in logica di processi e non di singoli atti/azioni;
- la richiesta di regole avanzata per l'integrazione senza condividere la logica di processo fosse in realtà un'istanza di ulteriori strumenti per sancire l'autonomia dei singoli e non la responsabilità;
- fosse necessario continuare a far lavorare le persone in gruppi che sovvertissero la sola logica della competenza.

Dimostrata l'insussistenza di buona parte delle richieste, tutte incentrate sulla forma (strumenti di comunicazione, atti di nomina, ecc.), si è optato per la proposta di un percorso di rilettura e re-ingegnerizzazione dei processi dipartimentali attraverso metodiche afferenti ai sistemi qualità, partendo dalla discussione e condivisione dei

principi, ovvero della *mission* di Dipartimento e/o di Unità operativa. La proposta molto articolata, con la selezione delle priorità emerse come punti critici (invalidità civili, accesso, ecc.) e degli esiti attesi, ha visto l'approvazione della Direzione generale entro pochi mesi dall'avvio dell'indagine di clima. L'intervento è stato molto robusto e ha coinvolto tutti gli operatori per circa due anni, con l'obiettivo di ridisegnare l'organizzazione e il modo di lavorare e, in subordine, di effettuare una seconda indagine di clima alla fine del percorso.

Naturalmente, oltre al progetto strategico si è anche proceduto celermente ad affrontare alcuni elementi di disagio emersi, che erano strettamente interconnessi alla struttura, ovvero:

- si è provveduto a risolvere alcune situazioni logistiche particolarmente disagiate legate alle sedi con alcuni interventi di manutenzione e ad alcuni trasferimenti di sedi (non onerose, ma più congrue con la nuova organizzazione dichiarata più rivolta al cliente) per rifare l'area di accoglienza;
- sono stati rinforzati i momenti di comunicazione dei momenti decisionali già previsti infra-annualmente, ad esempio iniziative di presentazione del Piano aziendale annuale delle azioni, ecc.

In conclusione, alle soglie della nuova indagine di clima si possono trarre dall'esperienza alcune considerazioni sui risultati più evidenti scaturiti dall'intero percorso:

- oltre che uno strumento di diagnosi, l'indagine di clima è stata un potente strumento di coinvolgimento, che ha indotto:
 - i dipendenti a momenti di riflessione strutturata su richiesta dell'Azienda, concorrendo a distruggere una serie di falsi miti interni molto praticati nei corridoi (l'Azienda non ha interesse per noi, non ascolta, ecc.);
 - i dirigenti ad ascoltare e occuparsi delle questioni portate alla luce dalla propria *équipe*, rimettendo in gioco la propria *leadership* e i rapporti privilegiati;
- pur senza metterla direttamente in correlazione, si è cominciato a mettere la qualità ai primi posti, intendendo per qualità la soddisfazione del cliente, dal cliente finale a quelli interni; senza avere la finalità della certificazione, dell'accreditamento o altro riconoscimento, senza carta, ma cominciando a lavorare sui contenuti e da questi arrivando alle regole e agli strumenti, sovvertendo anche alcune regole gerarchiche che storicamente vedevano la costituzione di gruppi di lavoro su basi gerarchiche o di rappresentanza e non di coinvolgimento o competenza;
- pur continuando a richiedere l'integrazione, e non avendo tuttora sovvertito la struttura gerarchica con una matriciale più rappresentativa di una logica di processo, si è cominciata a vivere l'organizzazione per processi, passando da una realtà in cui ogni settore viveva la propria vita senza preoccuparsi di quella degli altri a una realtà dove gli interessati al processo cominciano a sapere cosa succede a valle e a monte, anche in riferimento ai loro comportamenti;
- la più forte innovazione però è stata quella di rivedere i rapporti con i capi e lo stile di governo: la gestione di tipo partecipativo (non demagogica) introdotta ha portato a incoraggiare la delega in aree gerarchiche e a compensare la *leadership* debole nelle

altre aree; si è infatti creato un forte senso di coinvolgimento e quindi di responsabilità verso i progetti, che ha stimolato l'iniziativa, ha migliorato la comunicazione interna con i capi e con gli altri e ha facilitato lo scambio di idee e di conoscenze, aumentando quindi da un lato la soddisfazione personale dei dipendenti e dall'altro la *performance* aziendale. Tutto ciò è stato ed è tuttora un cambiamento molto forte che va governato in quanto in alcuni momenti i rapporti interpersonali sono divenuti più conflittuali, ma nella sostanza più improntati alla franchezza e all'oggettività delle cose.

Naturalmente si è in attesa della seconda esperienza dell'indagine di clima per verificare se queste percezioni sono così diffuse o se, invece, ci sarà una smentita, consapevole comunque che questa indagine è uno degli strumenti utili che va usato bene, a giusti dosaggi, a seconda dello stato dell'organizzazione, ma che ad ogni modo serve per agevolare/supportare il cambiamento culturale dell'Azienda e dei suoi uomini.

4.7. La prima esperienza della "seconda volta" dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara²³

A distanza di tre anni dalla prima analisi condotta nel 2001, la Direzione aziendale ha indetto una seconda indagine, svoltasi nel mese di novembre 2004.

Gli obiettivi

L'indagine si proponeva di ottenere dati per realizzare un confronto dei risultati 2004 con quelli del 2001 e anche con quelli di circa 7.100 questionari raccolti nelle altre 9 Aziende sanitarie che hanno svolto il medesimo studio. Un ulteriore scopo dell'indagine era analizzare la percezione dei cambiamenti realizzati dalla Direzione aziendale nei tre anni trascorsi dalla prima analisi.

Tra i partecipanti è vivo il ricordo della prima analisi organizzativa e sembra che il tempo trascorso sia minore rispetto a quello reale. I dipendenti hanno memoria delle azioni di miglioramento che la Direzione ha promesso, mentre rispetto ai cambiamenti realizzati, sembra che essi non siano stati percepiti.

Il campionamento

L'indagine è stata condotta su un campione rappresentativo dei dipendenti di tutte le professioni e posizioni del Sant'Anna (dipendenti a tempo determinato e indeterminato, ospedalieri e universitari), estratto dall'elenco dei dipendenti in maniera totalmente casuale. Questo tipo di reclutamento scelto è stato possibile grazie alla banca dati regionale che contiene i dati di 8.681 questionari e consente di conoscere i parametri statistici dello strumento intero e dei singoli *item*. È stato scelto un campione ridotto (minimo 129 dipendenti) cui far compilare il questionario, che fornisce i dati per

²³ A cura di Adriano Bavarone e Federica Fiorini, Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara.

conoscere il clima aziendale, ma non permette di fare distinzioni fra dirigenti e comparto e fra i dipartimenti aziendali.

Il coinvolgimento del campione è stato possibile solo attraverso varie modalità comunicative:

- convocazione scritta del Direttore generale;
- affissione di volantini in tutte le bacheche aziendali;
- contatto telefonico;
- sollecito via posta elettronica;
- sollecito tramite lettera raccomandata;
- invio postale a chi non poteva partecipare a nessuna riunione.

Sembra ipotizzabile che molti componenti del campione non percepivano più la compilazione del questionario come un'opportunità per esprimere ciò che pensano sull'Azienda in cui lavorano e sul proprio lavoro, quanto un obbligo a cui adempiere. Per alcuni partecipanti il concetto di campionamento è risultato poco comprensibile. Veniva frequentemente richiesto se "partecipare era obbligatorio" e, in alcuni casi, l'incentivo risultato efficace è stato sottolineare che il tempo dedicato all'indagine veniva riconosciuto come orario di servizio.

Lo strumento

Come strumento è stato utilizzato il questionario standard già utilizzato in precedenza. È stata mantenuta tutta la parte quantitativa, cioè le domande chiuse numerate dalla 1 alla 50. Sono state tolte le domande aperte (dalla 51 alla 55) che erano presenti nella parte finale e sostituite con quesiti costruiti *ad hoc* e nati su richiesta della Direzione per rilevare la percezione dei cambiamenti realizzati nei tre anni trascorsi dalla prima analisi. I quesiti introdotti sono riportati di seguito.

Come valuta Lei la situazione attuale dell'ospedale confrontandola con quella del 2001, rispetto alle seguenti tematiche:

51 Eccellenza clinica

52 Carico di lavoro

53 Dotazione di strumenti per l'assistenza

54 Dotazione di alta tecnologia

55 Giudizio dei pazienti sulle prestazioni ricevute

56 Opinione della cittadinanza sull'ospedale

57 Comunicazione interna all'ospedale

58 Nel confronto con altri operatori di Suo pari grado e qualifica, come valuta le Sue condizioni relative agli obiettivi e agli incentivi?

59 È a conoscenza degli obiettivi assegnati a Lei per il 2004?

Modalità di somministrazione

La somministrazione dei questionari è avvenuta in orario lavorativo, ai dipendenti è stata riconosciuta un'ora di servizio e consegnato un attestato di partecipazione.

Attraverso comunicazioni cartacee, elettroniche e telefoniche sono stati organizzati degli incontri con piccoli gruppi di dipendenti condotti con la tecnica del *focus group*.

Gli incontri della durata di un'ora erano suddivisi in 10 minuti di spiegazione sul motivo e sulla modalità dell'indagine, 35 minuti dedicati alla compilazione del questionario, 15 minuti finali dedicati all'approfondimento e al dibattito su aspetti organizzativi ritenuti importanti.

È stata riscontrata una maggiore familiarità con la metodologia; i partecipanti hanno dimostrato una maggiore confidenza con lo strumento utilizzato, molti avevano partecipato all'indagine condotta nell'autunno 2001. A differenza dalla prima indagine, in cui è stato necessario fornire istruzioni per la compilazione del questionario, durante questa analisi le persone hanno dimostrato maggiore dimestichezza con la comprensione degli scopi della ricerca, delle domande, dell'utilizzo delle scale di risposta. Anche l'atteggiamento verso la garanzia dell'anonimato è risultato più favorevole e caratterizzato da minore diffidenza.

Coloro che hanno partecipato ai *focus group* hanno fatto emergere alcune tematiche che il questionario non prevedeva tra i suoi costrutti teorici. Ad esempio, uno di questi aspetti riguarda la difficoltà causata dall'obbligo di ottenere i crediti formativi ECM conciliandolo con lo svolgimento dei turni lavorativi. Questa rilevazione qualitativa fornisce ulteriori elementi utili alla comprensione dei fattori che influenzano e determinano il vissuto dei dipendenti.

La lettura integrata dei dati quantitativi e qualitativi fornisce un quadro più dettagliato da tenere presente per la progettazione di ulteriori azioni di cambiamento, per le aree risultate critiche, o di eventuale rinforzo per gli elementi riscontrati come positivi.

In alcuni casi è stato necessario l'invio postale del questionario, previa autorizzazione e richiesta degli interessati.

Dal campione estratto molti hanno dichiarato di essere impossibilitati alla partecipazione, comunicando un forte interesse alla compilazione.

I questionari spediti attraverso raccomandata interna hanno ottenuto un ritorno elevato, frutto di interesse alla compilazione e di una presa di impegno verbale con gli organizzatori.

La somministrazione postale si è rivelata uno strumento dinamico, flessibile e importante per la riuscita dell'indagine; questo aspetto è stato apprezzato dai partecipanti. L'utilizzo di questa modalità di somministrazione è stato concesso solo in casi di reale esigenza; sono state adottate tecniche di persuasione e sensibilizzazione per ottenere un alto tasso di partecipazione ai *focus group*.

Analisi quantitativa e qualitativa

La seconda indagine del clima ha riscontrato un aumento dei valori sia rispetto al 2001 sia rispetto ai dati delle altre Aziende. Tuttavia, non bisogna dimenticare che il confronto con le altre Aziende si riferisce ai dati che esse hanno rilevato precedentemente.

Nella Tabella 17 sono indicate le domande con differenze più significative rispetto alle altre Aziende, sono mostrati i valori medi delle domande del 2004 confrontati con i valori medi delle altre Aziende e le differenze negative registrate.

Le medie sono risultate più alte rispetto ai valori regionali (esclusi 5 *item*).

La Tabella 18 mostra i risultati ottenuti dalle domande che confrontano i miglioramenti/peggioramenti percepiti dai dipendenti dal 2001 al 2004.

Tabella 17. Domande con differenze più rilevanti rispetto alle altre Aziende

Domande	Clima 2004	Clima altre Aziende
	Media	Differenza
35 Chiarezza dei ruoli e divisione dei compiti	6,85	0,90
11 Conoscenza delle strutture organizzative	6,23	0,82
43 Promozione della formazione e aggiornamento (UO)	6,59	0,75
27 Promozione formazione e aggiornamento (aziendale)	6,06	0,71
3 Conoscenza degli Uffici di <i>staff</i>	5,60	0,67
25 Chiarezza obiettivi	4,66	0,65

Tabella 18. Parte 4 del questionario

(1 = migliore; 2 = uguale; 3 = peggiore)

Domanda	Media
51 Eccellenza clinica	1,93
52 Carico di lavoro	2,77
53 Dotazione di strumenti per l'assistenza	1,91
54 Dotazione di alta tecnologia	1,82
55 Giudizio dei pazienti sulle prestazioni ricevute	1,94
56 Opinione della cittadinanza sull'ospedale	2,22
57 Comunicazione interna all'ospedale	1,97
58 Nel confronto con altri operatori di suo pari grado e qualifica, come valuta le sue condizioni relative agli obiettivi e agli incentivi?	2,28
59 È a conoscenza degli obiettivi assegnati a Lei per il 2004?	Sì = 35,5% No = 34,8% Altro = 11,2% Non risposto = 18,5%

Per quanto riguarda il confronto con il 2001, sembra che i dipendenti non abbiano percepito in modo significativo i cambiamenti, anzi emergono come critici i seguenti aspetti:

- aumento del carico di lavoro,
- cittadinanza/utenza più esigente,
- peggior trattamento incentivante rispetto ai colleghi di pari grado (sembra che tutti stiano peggio degli altri).

Il quesito che rimane aperto è quale potrebbe essere il risultato effettuando un confronto con le altre Aziende rispetto ai dati di una seconda rilevazione.

Sui contributi ottenuti dai *focus group* sono stati effettuati due tipi di analisi qualitative, la prima rappresentata dall'interpretazione dei responsi raggruppati per aree tematiche, la seconda attraverso analisi del contenuto testuale attraverso l'utilizzo del *software* di analisi statistica. Il programma lavora su dati testuali consentendo di effettuare diversi tipi di analisi attraverso procedure che è possibile concatenare in diverse sequenze a seconda delle esigenze dell'analisi. Oggetto dell'analisi possono essere brani di prosa o poesia, risposte a domande aperte, articoli di giornale e quanto altro si voglia sottoporre ad analisi del contenuto.

La categorizzazione e l'interpretazione dei risultati ha messo in luce interessanti aspetti riguardanti la percezione del lavoro, ad esempio emerge la componente di aggregazione attraverso forme verbali tipiche ("siamo", "abbiamo", "facciamo", ecc.).

Seconda parte

5. Costruzione dello strumento e percorso di validazione²⁴

Nell'ottica del mandato ricevuto, dei contributi esistenti in altre aree di lavoro, dei contenuti concettuali approfonditi e definiti, già trattati, il gruppo di lavoro ha sviluppato un percorso a tappe per la costruzione di uno strumento di rilevazione del clima lavorativo, con attenzioni alla specificità del contesto sanitario.

5.1. Definizione del disegno di ricerca

Il primo passo è stato quello di effettuare una ricerca di sfondo sui contributi scientifici e divulgativi disponibili sul tema "clima", relativi anche a vari ambiti di lavoro, non necessariamente sanitari.

A fronte di tre macro categorie di modelli in cui sono collocabili i diversi contributi sul costruito del clima - soggettivi-percettivi, strutturali-organizzativi, interattivi-relazionali - il gruppo di lavoro ha effettuato una scelta di approccio conoscitivo al problema "misurazione del clima aziendale", nella aprioristica convinzione che ogni indagine di clima nasce per essere un utile strumento di intervento per la gestione dei cambiamenti organizzativi.

L'approccio che ha orientato tutta la successiva scelta metodologica della ricerca è stato quello psicosociale, che definisce il clima organizzativo come un indicatore della qualità delle relazioni interne ai gruppi di lavoro di un'organizzazione.

L'attenzione è stata posta non solo al concetto di clima, ma anche al legame tra clima e organizzazione di servizio.

Nelle organizzazioni di servizio le dinamiche hanno un impatto diretto sulle persone che l'organizzazione serve, così come sulle prestazioni e sugli atteggiamenti degli impiegati (Schneider, 1980).

Creare un clima di fiducia e di sostegno aiuta gli operatori delle organizzazioni sanitarie a fornire ai clienti un servizio di qualità.

In questa fase si sono indagati, oltre ai materiali bibliografici e documentali attinenti al tema sul "clima organizzativo o termini simili" disponibili in letteratura, anche le micro e macro esperienze di clima svolte nelle Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna o in altre realtà sanitarie limitrofe. L'analisi dei materiali acquisiti ha consentito confronti longitudinali e su base territoriale, oltre a un primo livello di spiegazione del problema e di interpretazione degli elementi fondamentali per un'analisi di clima.

²⁴ A cura di Miriam Bisagni (Azienda USL di Piacenza) e Ulrich Wienand (Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara).

Il secondo passo è stato quello di tracciare l'itinerario complessivo dell'indagine: definire un disegno di ricerca che si ponesse l'obiettivo di supportare le Aziende sanitarie nella rilevazione della misura del clima organizzativo, in modo omogeneo e confrontabile, costruendo uno strumento *ad hoc* per il contesto sanitario e suggerendone un monitoraggio periodico. Il disegno di ricerca prevedeva:

- definizione del fenomeno oggetto dell'indagine,
- costruzione dello strumento adatto a misurarlo,
- test pilota dello strumento,
- validazione dello strumento,
- diffusione dello strumento e delle istruzioni metodologiche di indagine associate.

5.2. Costruzione dello strumento

Il primo problema che il gruppo di lavoro si è trovato ad affrontare è stato quello di stabilire le variabili di clima da indagare, che possono essere infinite e molte sono quelle sperimentate e provate.

Le ipotesi di lavoro della ricerca, che hanno consentito la descrizione e la spiegazione del problema, fanno riferimento alle seguenti dimensioni:

- organizzazione,
- cliente,
- miglioramento,
- relazione professionale.

Il gruppo di progetto ha scelto di valorizzare le potenzialità del gruppo di operatori, rappresentanti delle diverse Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna, e l'interesse comune, relativo all'argomento in discussione, per la scelta tecnica e la strategia investigativa nella costruzione del questionario: i gruppi nominali di esperti, fondati sulla procedura *Nominal Group Technique* (NGT).

5.2.1. La tecnica di scelta delle variabili di clima organizzativo: Nominal Group Technique (NGT)

La *Nominal Group Technique* si caratterizza per essere una sorta di consultazione degli esperti fisicamente presenti, in cui le dinamiche interpersonali hanno un peso trascurabile, che consente loro di esporre le proprie idee non verbalmente ma per iscritto. È una tecnica che consente di ricavare il contributo da tutti i partecipanti, non solo da quelli più eloquenti; per questo tutti hanno la stessa influenza nel determinare il risultato finale (Jones, Hunter, 1995). Le finalità che si possono perseguire attraverso la NGT solitamente sono:

- prioritarizzazione degli *item*,
- identificazione di nuovi scenari,
- valutazione degli interventi.

Il gruppo aveva l'obiettivo di determinare - attraverso questa tecnica - gli *item* del questionario di clima organizzativo e ha proceduto per passi:

- individuazione del problema da trattare: "clima organizzativo secondo un approccio psicosociale";
- socializzazione del problema individuato tra i componenti del gruppo di esperti;
- ideazione scritta delle possibili scelte degli item di clima.

In questa fase ciascun partecipante ha proposto in forma anonima le domande, che un operatore dell'Agenzia sanitaria regionale ha assemblato in un unico elenco, separando le risposte dagli ideatori, ottenendo 150 *item*;

- fase del *ranking* (attribuzione del punteggio) da parte di ciascun componente all'elenco di tutte le domande formulate da ciascuno, chiedendo di attribuire, sempre in forma anonima una valutazione di ciascuna domanda, gerarchizzandole da 1 a 5 (la massima importanza era riferita al punteggio 5, alla seconda il punteggio 4, ecc.).

Dopo il lavoro di selezione delle domande sul clima, l'elenco unico si è ridotto dai 150 a 55 *item*.

5.2.2. Lo strumento: il questionario di clima organizzativo per le Aziende sanitarie. ICONAS

Il gruppo costruisce così il questionario ICONAS (*Figura 28*) composto da 55 domande:

- 50 chiuse con una scala auto-ancorata²⁵ (un *continuum* con due valori estremi da 1 "poco/basso" a 10 "molto/alto")
- 3 chiuse con risposte: sì, no, in parte
- 2 domande aperte di valutazione generale

La scelta della scala di valutazione delle risposte di 50 domande su 55 era di quelle che si collocano in un *continuum* a intervalli considerati uguali. La scala da 1 a 10 è stata individuata come quella più vicina al comune immaginario culturale - quello dei voti scolastici - della totalità dei rispondenti.

Le domande sono state ricondotte a tre aree/parti per modulare i diversi livelli di somministrazione:

- prima parte: domande generali sul processo di aziendalizzazione;
- seconda parte: domande sull'Azienda e la Direzione;
- terza parte: domande sull'Unità operativa.

I temi trattati dal questionario sono riconducibili a:

- abitudine al lavoro di gruppo
- abitudine alla collaborazione tra Unità operative
- aiuto dei colleghi negli imprevisti
- apprezzamento sul lavoro
- attenzione degli operatori alle richieste degli utenti

²⁵ Vedi nota 7.

- attenzione dei colleghi alle richieste degli utenti
- attenzione alle esigenze degli operatori
- attrezzature tecniche adeguate
- autonomia nel proprio lavoro
- autonomia dei responsabili
- aziendalizzazione e motivazione al lavoro
- aziendalizzazione e senso di sicurezza
- chiarezza nell'attribuzione delle competenze
- chiarezza dei meccanismi premianti
- chiarezza degli obiettivi
- chiarezza dei progetti
- chiarezza dei ruoli e divisione dei compiti
- coerenza tra incentivi e obiettivi
- coinvolgimento nelle decisioni
- collaborazione a un'azione comune
- conoscenza degli Uffici di *staff*
- conoscenza della *mission* e della *vision*
- conoscenza del Piano delle azioni
- conoscenza delle strutture organizzative
- diffusione efficace delle informazioni interne
- efficace circolazione delle informazioni
- equità del livello retributivo
- gestione adeguata dei conflitti interni
- incentivi premiano le prestazioni
- indicare ad altri di lavorare nella stessa Azienda e Unità operativa
- livello di qualità dei servizi erogati
- locali di lavoro adeguati
- opinione degli operatori valorizzata
- orgoglio di lavorare in azienda
- partecipazione alle decisioni
- promozione di formazione e aggiornamento
- reclami dei cittadini
- responsabilizzazione nel lavoro
- risultati buoni riconosciuti
- soddisfazione del lavoro
- sostegno a migliorare le proprie conoscenze professionali e competenze
- spirito di iniziativa apprezzato
- trasparenza nella verifica dei risultati

Le tre domande chiuse con risposta sì / no / in parte sono riferite alla relazione tra dipendente e Azienda sulla capacità/ascolto nell'essere propositivi/partecipativi.

Le due domande aperte esprimono la valutazione dell'importanza/possibilità di migliorare alcuni aspetti lavorativi considerati importanti.

Tutti gli accorgimenti richiesti per la presentazione delle finalità dell'indagine, l'anonimato, la codifica delle variabili strutturali [Unità operativa e area di appartenenza (dirigenza / comparto)], le istruzioni minime per la scelta delle risposte sulla scala di valutazione, sono stati rispettati e collocati all'interno della prima parte del *format*. Un'attenzione importante nella strutturazione grafica è stata dedicata alla costruzione di un modello di questionario agile in formato A3, che consenta una certa maneggevolezza e praticità nella distribuzione e nel momento della raccolta.

5.3. Validità dello strumento: pre-test pilota

Il questionario autocompilato è stato testato in una prima fase sperimentale in un ospedale della provincia di Modena con 173 dipendenti.

È stata osservata la metodologia prevista dal pacchetto ICONAS: piano di comunicazione, gruppo di progetto, tempo per la discussione di gruppo durante la somministrazione assistita, autocompilazione del questionario e restituzione in un'urna dedicata.

In questo studio pilota, oltre a compilare il questionario gli intervistati si esprimevano anche sulle caratteristiche dello stesso. Sulla base delle considerazioni scaturite nel pre-test, in relazione ai commenti e suggerimenti raccolti dai dipendenti, si è provveduto ad apportare alcune modifiche al questionario, sostituendo o riformulando alcune domande.

Sono stati anche misurati i tempi di compilazione: in media 20 minuti.

Nella Tabella 19 sono riportati alcuni dei risultati salienti.

Tabella 19. Valutazioni sul metodo e sullo strumento da parte degli intervistati

Il questionario è	
... difficile da compilare	5%
... troppo lungo	15%
... poco comprensibile	1%
... valutato complessivamente buono-ottimo	90%
Il metodo	
La presentazione iniziale è risultata chiara	90%
Le istruzioni per l'uso non sono chiare	0%
Le domande aperte sono indispensabili	70%
La scala di 10 valori è troppo lunga	20%
La garanzia dell'anonimato è	
... assolutamente importante	10%
... abbastanza importante	30%
... poco importante	30%
... indifferente	30%

5.4. Il metodo nello sviluppo dell'indagine

Condurre un'indagine di clima non significa solo somministrare un questionario, ma adottare un approccio sistemico che pone al centro l'ascolto del dipendente, la misurazione degli umori interni e la gestione dell'esito. L'approccio suggerito dal pacchetto ICONAS prevede diverse fasi di sviluppo dell'indagine:

- fase iniziale, di comunicazione e coinvolgimento dei dipendenti, della Direzione;
- fase intermedia, di gestione assistita della somministrazione dei questionari, elaborazione dei dati, e predisposizione della reportistica generale e specifica;
- fase finale, di diffusione dei risultati e gestione degli esiti dell'indagine, prevedendo azioni di miglioramento da sviluppare in base alle criticità rilevate.

La comunicazione verso i collaboratori coinvolti deve accompagnare tutti i passaggi dello svolgimento dell'indagine: va quindi curata con grandissima attenzione, usando tutti gli strumenti di comunicazione interna (*house organ*, riunioni interne, giornate aziendali). Le tappe del piano di comunicazione prevedono di:

- coinvolgere i responsabili di Unità operative mediante autocandidatura, o per decisione aziendale di effettuare il reclutamento di tutti i responsabili;
- stabilire l'assunzione di paternità dell'indagine da parte della Direzione aziendale: deve definire e comunicare lo scopo per cui effettua l'indagine e rendere pubblico lo schema metodologico di campionamento;
- coinvolgere tramite una riunione alcuni operatori per ogni Unità operativa o Dipartimento per illustrare il questionario e le modalità di somministrazione e raccolta; presentare il referente;

- accompagnare il questionario con una lettera aperta firmata dal Direttore generale e indirizzata ai dipendenti, in cui si spiega il significato dell'indagine, si esplicitano gli obiettivi di tale rilevazione e si richiede collaborazione, garantendo l'anonimato. È bene specificare che la volontà di ascolto parte dalla Direzione e che ci sarà un ritorno degli esiti dell'indagine entro un tempo definito. Inoltre bisogna specificare come si intende utilizzare tali esiti;
- definire una riunione per la restituzione dei risultati in cui vengono comunicate le azioni di miglioramento progettate.

La somministrazione dei questionari prevede:

- la consegna e la compilazione dei questionari durante una serie di incontri organizzati per Unità operative raggruppate, per esempio Dipartimenti, tenendo conto delle esigenze di turnazione;
- la durata di ogni incontro è di circa 45 minuti, riconosciuti come orario di lavoro;
- il calendario di questi incontri deve essere concordato con i responsabili e i coordinatori di Unità operativa;
- gli appuntamenti vengono resi noti tramite i responsabili, i coordinatori e con affissione nelle bacheche e vicino agli orologi per la timbratura.

L'elaborazione dei dati prevede il trattamento statistico delle variabili del questionario, dopo caricamento nel *software* predisposto *ad hoc* per il pacchetto ICONAS, applicando le regole dell'analisi statistica di base e multivariata. L'analisi delle componenti principali e l'analisi fattoriale consentono una riduzione delle variabili alle dimensioni principali che sintetizzano il fenomeno e ne esprimono tutta la variabilità e complessità.

La reportistica standard non è stata predisposta, ma sono stati individuati i livelli e le aggregazioni in prima battuta utili per la lettura dei dati:

- livello aziendale,
- livello dipartimentale,
- livello di Unità operativa,
- aggregazione e confronto tra le variabili con media più elevata e viceversa,
- aggregato di variabili in base alle sezioni del questionario (parte generale, parte direzione Azienda, parte Unità operativa),
- aggregazione in base all'area di appartenenza (dirigenza - comparto),
- individuazione delle dimensioni principali che riassumono il clima aziendale, in base all'analisi delle componenti principali e all'analisi fattoriale.

La diffusione dei risultati e la gestione dell'esito è una fase molto delicata ma importante da perseguire per la buona riuscita dell'indagine. L'indagine di clima organizzativo assume una valenza strategica se il dato dell'esito diventa un indicatore di una situazione critica da affrontare, per la quale prevedere e pianificare azioni di miglioramento.

È necessario realizzare incontri di restituzione dei risultati, garantendone la più ampia diffusione a tutti coloro che sono stati coinvolti.

Il monitoraggio della percezione del clima organizzativo dovrebbe diventare l'obiettivo di un sistema aziendale che si dota di un "cruscotto" di indicatori per la gestione e la valutazione degli andamenti della produttività sanitaria.

5.5. Validazione del percorso di indagine e dello strumento

La costruzione di un nuovo strumento di misurazione segue un percorso metodologico che prevede anche un *iter* per la sua validazione.

Validare uno strumento significa verificare la sua capacità di conseguire gli scopi che si propone di ottenere, cioè misurare effettivamente quello che vuole misurare. Questa definizione richiama due concetti distinti: "che cosa lo strumento misuri" e "quanto bene lo faccia" (Bland, Altman, 2002).

Un suggerimento utile che va ricordato quando si costruisce uno strumento di misura di un fenomeno di gruppo è quello di avere un'attenzione empirica accertata che lo strumento utilizzato sia valido, attendibile, sensibile e pratico (Spaltro, 1996).

Il gruppo di progetto ha tracciato il percorso di validazione definendo:

1. il concetto del fenomeno da indagare - clima organizzativo;
2. il sistema di misurazione del fenomeno tracciato e quale la misura più adatta allo scopo;
3. di costruire un questionario adatto al contesto sanitario;
4. di utilizzare la tecnica NGT per la scelta degli *item*;
5. di validare lo strumento mediante un pre-test in una struttura ospedaliera di medie dimensioni;
6. di aggiustare e modificare alcuni *item* testati e risultati poco adatti;
7. di somministrare lo strumento "clima organizzativo" riveduto dopo il pre-test in diverse Aziende sanitarie disponibili;
8. di verificare la validità degli *item* nel rappresentare il fenomeno clima;
9. di verificare l'attendibilità e la coerenza interna degli *item* di clima scelti;
10. di sintetizzare il fenomeno clima indagato mediante l'estrazione dei fattori / dimensioni principali
11. di somministrare lo strumento "clima organizzativo" riveduto dopo il pre-test in diverse aziende sanitarie disponibili;
12. di diffondere il pacchetto contenente: lo strumento ICONAS, il percorso metodologico di indagine consigliabile e il *software* per il caricamento dei dati;
13. di raccogliere tutte le banche dati delle indagini di clima effettuate in un osservatorio sull'uso dello strumento ICONAS.

I passaggi iniziali del percorso di validazione (dall'1 al 7) sono già stati esplicitati.

Lo strumento ICONAS è stato scelto da 11 Aziende sanitarie pubbliche - alcune regionali, altre del Nord Italia - per la misura del clima organizzativo, senza apportare alcuna modifica alle 50 domande del questionario. Questo dato conferma anche l'efficienza, l'utilità e la praticità dello strumento di indagine.

La verifica della validità del contenuto, dell'attendibilità e coerenza interna degli *item* scelti è stata effettuata mediante l'analisi delle componenti principali e dell'attendibilità con l'alfa di Cronbach.

L'analisi delle componenti principali confermò che tutti gli *item* individuati nella prima componente esprimevano un unico fenomeno - il clima organizzativo - e che la declinazione di alcuni *item* con specifico riferimento all'articolazione di Unità operativa, nell'analisi della seconda componente, indicavano la caratterizzazione principale della variabilità del clima organizzativo aziendale.

Gli elevati valori dell'alfa di Cronbach per ciascuno dei 7 fattori estratti, con valori tra 0,945 e 0,764, confermano l'attendibilità/coerenza interna degli *item* e della scala di punteggio scelti.

Questi dati convalidarono la struttura del questionario di clima organizzativo nelle Aziende sanitarie con 50 domande chiuse, su una scala di punteggio da 1 a 10, distinte in tre parti: generale, Direzione aziendale, Unità operativa e le 7 dimensioni sintetiche rappresentanti il fenomeno indagato, estratte con l'analisi fattoriale.

Infine, l'impegno alla restituzione delle banche dati sulla somministrazione è stato rispettato da tutte le Aziende partecipanti, contribuendo alla realizzazione di un'esperienza italiana unica di osservatorio sul clima sanitario organizzativo, con circa 9.000 rispondenti.

Attualmente sono in corso in altre Aziende sanitarie indagini di clima organizzativo (seconda rilevazione per l'Azienda USL di Forlì nel Dipartimento di sanità pubblica; estensione ad altri 3 dipartimenti per l'Azienda USL di Piacenza; prima rilevazione aziendale per l'ASSL isontina di Udine; estensione ad altre Unità operative nell'Azienda di Bologna - area Nord) con il questionario ICONAS.

6. Indicazioni e avvertenze: commenti dall'esperienza degli autori²⁶

È opinione largamente condivisa che l'analisi di clima è una ricerca, perché si vanno ad indagare aspetti rilevanti della vita organizzativa, e al contempo un intervento, in quanto fin dal momento in cui l'analisi viene definita, la sola riflessione che l'organizzazione compie su di sé viene a modificare la situazione presente nel contesto organizzativo. Ogni singolo momento del processo è la base di partenza di quello seguente su cui esercita un'influenza diretta e indiretta, benché i suoi confini siano solo parzialmente definiti e non sempre sia chiaro quando si sia completato il transito da una fase alla successiva. La numerosità e la successione per fasi non è quindi rigida; vuole piuttosto proporsi come scaletta per meglio definire le riflessioni in merito ai punti di forza e criticità che i responsabili dell'indagine ICONAS hanno ravvisato in merito alle modalità di conduzione nei diversi momenti dell'esperienza; in tal senso queste riflessioni, frutto di esperienza empirica, costituiscono indicazioni e avvertenze utili alla ripetizione dell'indagine.

Di seguito sono presentate alcune griglie strutturate in campi e compilate da parte di tutti gli autori, ai quali è stato chiesto di esprimere le proprie osservazioni - punti di forza e di debolezza - rispetto alle varie fasi del percorso, con l'obiettivo di raccogliere i commenti e le osservazioni, prestando un occhio di riguardo nel sottolineare i pro e i contro riguardo agli aspetti peculiari con cui ciascuna esperienza ha interpretato il percorso.²⁷

Ciò nondimeno, una lettura trasversale delle riflessioni e valutazioni dei protagonisti rispetto alle diverse fasi mette in luce i seguenti punti cruciali e comuni alle varie esperienze di indagine di clima.

- L'integrazione con il contesto: l'indagine di clima non è mai sganciata dalla realtà aziendale; al contrario si pone come progetto inserito a pieno titolo all'interno del percorso di riordino organizzativo e di revisione delle attività e dei processi.
- La capacità di attuare un reale coinvolgimento dei membri dell'organizzazione, a livello di:
 - Direzione generale, il cui coinvolgimento è punto di innesco e fattore di influenza di tutte le altre fasi del processo. Come emerge dal racconto dei protagonisti, tanto più chiara e sostenuta è la dichiarazione di impegno da parte dei vertici dell'Azienda a partire dall'utilizzo dei risultati, tanto più si rafforza il significato e l'adesione all'iniziativa;

²⁶ A cura di Sara Capizzi, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.

²⁷ L'ultimo campo è riservato a un commento generale dell'esperienza ICONAS.

- base operativa, costituita dai professionisti nelle varie articolazioni dipartimentali, i quali, motivati, si sono dimostrati capaci di elevata partecipazione e autogestione, anche nella forma dell'impegno personale, come l'autocandidatura.
- La creazione delle condizioni per la partecipazione: caratteristica imprescindibile di questa modalità di indagine è il suo essere partecipatoria; per pervenire a risultati reali, la conoscenza deve essere condivisa. Ciascuna realtà si è impegnata nel creare condizioni di partecipazione in vari modi con una cura del dettaglio in relazione alle esigenze e alle caratteristiche dei soggetti e degli ambienti di lavoro. In tal senso, si possono ravvisare all'interno del percorso alcuni elementi che hanno avuto funzioni di stimolo alla partecipazione, ad esempio:
 - il chiaro coinvolgimento della dirigenza (vertici e intermedia): questo ha garantito maggiore partecipazione e ha permesso di presidiare meglio le varie fasi mediante la collaborazione tra i vertici aziendali e i membri dell'organizzazione. In particolar modo, nella fase di somministrazione e di restituzione del questionario si è creata una dimensione di maggiore vicinanza fra direzione e base operativa, che si è sentita ascoltata e quindi motivata a dare il proprio contributo all'indagine, sia collaborando all'organizzazione sia facendo parte del campione di intervistati;
 - l'attuazione di un piano di comunicazione, quando non di una vera e propria campagna per il lancio più o meno capillare dell'iniziativa attraverso varie modalità di comunicazione scritta e verbale. Già a partire dal piano di comunicazione si individuano modalità di lavoro diverse a seconda delle esperienze, ma ciò che emerge come elemento comune - e che enfatizza l'importanza dell'iniziativa - è l'approccio interprofessionale e intersettoriale con cui si creano i gruppi di lavoro;
 - l'attenzione ad adottare modalità di somministrazione e di compilazione del questionario che vadano incontro alle diverse esigenze e difficoltà operative. Oltre all'utilizzo delle procedure standard necessarie per la salvaguardia dell'anonimato e della trasparenza di tutte le fasi del percorso, si è infatti scelta una gestione flessibile degli orari, compatibile con l'attività lavorativa e la vicinanza al luogo di lavoro degli spazi per le riunioni;
 - l'importanza conferita ai momenti di discussione e di confronto in tutte le fasi del processo, dall'avvio dell'indagine alla restituzione dei risultati, per cogliere ulteriori elementi qualitativi di stimolo e riflessione non esplorati dallo strumento quantitativo, aspetto che emerge anche dalla buona accoglienza delle domande aperte del questionario;
 - la trasparenza e l'ampia diffusione dei risultati nella fase di restituzione, parte fondante del processo: comporta la negoziazione di tutte le componenti aziendali sulle azioni che potrebbero determinare una risoluzione positiva delle problematiche emerse. Seppure affrontata con modalità diverse, questa fase di restituzione ha in comune il fatto di essere condivisa da tutti i membri

- dell'organizzazione per divenire occasione di chiarimento e di formazione sui punti più critici e di individuazione delle azioni di miglioramento;
- la creazione di condizioni di continuità nell'utilizzo dei risultati attraverso progetti di revisione dei processi organizzativi nell'ambito della trasparenza di informazione tra il dirigente responsabile e i suoi collaboratori. Dal momento in cui i membri dell'organizzazione vengono invitati a focalizzare ed esplicitare i loro vissuti e detengono quindi un potere reale nel contesto organizzativo, ne deriva la necessità di non trascurare e frustrare le aspettative ma di farsene carico dando loro una risposta concreta.
 - Il supporto tecnologico e di risorse umane: la dimensione delle risorse è espressa anzitutto rispetto alla necessità di avere un supporto - spesso inteso nei termini di specifiche competenze - rispetto a vari momenti del percorso.
 - Inserimento ed elaborazione dei dati: si tratta di una fase squisitamente tecnica in cui sono preziosi gli strumenti e i metodi messi a disposizione dalla Regione e dall'Ufficio informatico aziendale (per esempio il *database* regionale, che facilita e velocizza l'inserimento dei dati), e personale statistico, dedicato alle fasi di *data entry* ed elaborazione dei risultati. La disponibilità della figura dello statistico ha permesso ulteriori operazioni oltre a quelle possibili con il programma regionale, per esempio l'elaborazione delle domande aperte attraverso la creazione di aggregati di tematiche (responsabilizzazione professionale, locali e strumenti, ecc).
 - Stesura del *report* finale: si sottolinea cioè la necessità e l'importanza di produrre, dopo avere letto e ben interpretato gli esiti, un'adeguata strutturazione documentale, capace di tradurre la grande massa di informazioni e di trarne osservazioni e suggerimenti non troppo generici, per avviare progetti e azioni di miglioramento.

Le schede che seguono riportano i commenti di:

Loretta Alberani, Roberto Alessandrini, Romana Bacchi, Miriam Bisagni, Paolo Bonatti, Maria Caroli, Rossana Celegato, Laura Donnini, Maria Cristina Falzoni, Renata Ferrari, Federica Fiorini, Carlo Fioruzzi, Davide Furlanis, Antonella Gualdi, Tiziana Leale, Elisa Montanari, Lara Nanetti, Francesca Querin, Paola Scarpellini, Giovanni Sessa, Nadia Sinicco, Camilla Testa, Ulrich Wienand, Carmela Zuccarelli.

FASE DI AVVIO DELL'INDAGINE

Punti di forza

- Integrazione con il contesto**
- Il vincolo al documento di *budget*, come impegno della Direzione generale a diffondere una cultura della valorizzazione del clima organizzativo (attenzione verso gli operatori) (AUSL Bologna Nord).
 - Volontà di misurare il clima organizzativo interno a un'Unità operativa da parte di un dirigente responsabile, come uno strumento per comprendere il punto di vista degli operatori, le loro percezioni sulla soddisfazione del lavoro, sulla recente riorganizzazione della UO e sugli aspetti critici da sottoporre a interventi correttivi. Volontà di utilizzare l'analisi come base di partenza per riprogettare il coinvolgimento degli operatori di quella UO (AUSL di Piacenza).
 - Tale progetto è stato inserito in un percorso di re-ingegnerizzazione del Dipartimento di sanità pubblica: revisione delle attività e dei processi; indagine sugli accessi telefonici, alla sede del DSP, all'interno del percorso di riordino organizzativo, ecc. (AUSL di Forlì).
- Adesione, motivazione condivisione**
- Forte motivazione e coinvolgimento della direzione aziendale e dipartimentale: l'iniziativa è stata presentata dal Direttore sanitario dell'Azienda e dal Direttore di Dipartimento al Comitato di Dipartimento. Dopo aver acquisito il consenso del Comitato, si è comunicato sia al Collegio di Direzione aziendale sia alle Organizzazioni sindacali l'intento di procedere a tale rilevazione (AUSL di Forlì).
 - Piena condivisione degli obiettivi da parte dell'Azienda (ASL 3 di Genova).
 - Forti aspettative da parte del personale sull'intenzione della nuova Direzione generale di affrontare il settore "clima" (AUSL di Ravenna).
 - L'alta partecipazione degli operatori ... l'autocandidatura come impegno personale dei responsabili (AUSL Bologna Nord).
 - Dichiarazione di un forte impegno nell'utilizzo dei risultati al fine di programmare e realizzare interventi mirati di miglioramento (AUSL di Forlì).
 - Consapevolezza della necessità di una rilevazione oggettiva del clima organizzativo percepito dagli operatori; questo ha consentito una buona partecipazione e ha facilitato l'avvio dell'indagine e del successivo Progetto Sviluppo risorse umane da questa derivato (ASSL 10 Veneto orientale).

FASE DI AVVIO DELL'INDAGINE

Punti di forza (continua)

Modalità di divulgazione dell'iniziativa e coinvolgimento

- Predisposizione di un piano di comunicazione molto dettagliato e comprensivo di comunicazioni scritte e verbali (ad esempio, lettera di comunicazione riguardante lancio dell'iniziativa, presentazione del progetto da parte della Direzione aziendale e dipartimentale, ecc.) (AUSL di Forlì).
- Campagna comunicativa che ha enfatizzato l'importanza dell'indagine (AUSL di Ravenna).
- L'intensa campagna comunicativa ha consentito di raggiungere un tasso di partecipazione piuttosto elevato (AOsp di Ferrara).
- Il coinvolgimento di capisala come referenti organizzativi ha aiutato l'organizzazione degli incontri in base ai turni degli operatori (AOsp di Ferrara).
- Presentazione capillare del questionario, fatta attraverso riunioni con i responsabili e i dirigenti intermedi di tutte le Unità operative. Questo ha permesso anche di spiegare l'obiettivo aziendale al quale lo strumento corrispondeva e di coinvolgere fattivamente la dirigenza. Inoltre ha consentito di individuare in ogni realtà un responsabile al quale era affidata la distribuzione e la raccolta dei questionari (ASS 6 Friuli occidentale, Pordenone).
- Coinvolgimento della Direzione generale in particolare per quanto riguarda l'impegno a promuovere eventuale azioni di miglioramento. Composizione del gruppo di lavoro che coinvolge professionalità appartenenti ad Uffici di *staff* differenti (qualità e accreditamento, qualità percepita, valutazione professionale delle risorse umane) (AUSL Ferrara).
- Costituzione del gruppo di pilotaggio (Direttore sanitario, Direttore DSP, referente di progetto e statistico) (AUSL di Forlì).
- Completezza del disegno progettuale: sono state coinvolte tutte le aree dipartimentali (AUSL di Forlì).

Caratteristiche dello strumento

- Scelta di uno strumento già sperimentato e utilizzato in altre Aziende sanitarie che consentisse di avere informazioni specifiche di ritorno sull'Unità operativa e sui comportamenti organizzativi e di partecipazione all'interno della stessa. Decisione di condurre l'indagine secondo un disegno di ricerca e un approccio metodologico integrato delle varie fasi di sviluppo (AUSL di Piacenza).
- La struttura del questionario appare di per sé un modello informativo sulle modalità di costruzione di un buon clima aziendale (AULSS 6 di Vicenza).
- Le domande aperte (nn. 51, 52 e 53) stimolano una riflessione dell'operatore circa il suo contributo verso il miglioramento (AULSS 6 di Vicenza).
- Disponibilità di strumenti e metodi forniti dalla Regione, che ha reso agevole l'avvio e lo sviluppo dell'intero percorso (AUSL di Forlì).

FASE DI AVVIO DELL'INDAGINE

Criticità

- | | |
|--|--|
| Dispersione di energie | <ul style="list-style-type: none">• Grande dispendio di energie per la dispersione conseguente a tanti singoli lavori all'interno dell'Azienda (AUSL Bologna Nord). |
| Allungamento dei tempi | <ul style="list-style-type: none">• Si è iniziato a lavorare al progetto per la realizzazione dell'indagine nel giugno 2004, questo ha comportato dei rallentamenti dovuti in particolare ai passaggi istituzionali necessari (Collegio di Direzione, Organizzazioni sindacali) le cui riunioni, durante il periodo estivo, sono inevitabilmente ridotte (AUSL di Ferrara). |
| Dimensione dell'Azienda | <ul style="list-style-type: none">• Vasta estensione territoriale della ASL 3 Genovese. È suddivisa in sei Distretti sanitari (abitanti residenti da 110.000 a 150.000). Il Dipartimento Assistenza agli anziani ha sei Nuclei operativi afferenti ai sei Distretti e due sedi periferiche nelle valli limitrofe (ASL 3 di Genova). |
| Timore, diffidenza | <ul style="list-style-type: none">• Timore di ritorsioni o di utilizzo punitivo dello strumento, dato il clima teso presente in Azienda (AUSL di Ravenna).• La diffidenza delle Organizzazioni sindacali riguardo alla tutela dell'anonimato ha comportato la necessità di costituire un'urna dentro cui inserire i questionari compilati (AOsp di Ferrara). |
| Scarsa cultura sulla auto-valutazione | <ul style="list-style-type: none">• Scarsa conoscenza nel DSP di strumenti di autovalutazione e più in generale di metodi di valutazione della percezione (negli anni precedenti le valutazioni si basavano soprattutto su elementi quantitativi) (Ausl di Forlì).• Mancanza di dati normativi di riferimento per poter confrontare la realtà esaminata con altre esperienze analoghe (AULSS 6 di Vicenza). |
| Indagine poco estesa, scarsa adesione della Direzione | <ul style="list-style-type: none">• Attuazione in una sola Unità operativa, anche se recentemente riorganizzata. Una scelta limitata e non aziendale. La decisione della Direzione aziendale di non attivare un'indagine più estesa a tutte le Unità operative dell'Azienda: non voler tener conto anche di questo dato per individuare gli aspetti critici interni nella gestione delle risorse umane in relazione ai cambiamenti continuamente sollecitati e introdotti (AUSL di Piacenza).• L'adesione dell'alta Direzione è stata molto prudente e ciò ha favorito una scarsa adesione dei dirigenti all'indagine (ASSL 10 Veneto orientale). |

FASE DI SOMMINISTRAZIONE DELL'INDAGINE

Punti di forza

- Modalità della somministrazione**
- L'aver coinvolto in maniera molto precisa la dirigenza intermedia ha permesso di presidiare la somministrazione che ha seguito, nella maggior parte delle Unità operative, lo stesso stile della presentazione: riunione con tutti gli operatori, compilazione e raccolta immediata del questionario (ASS 6 Friuli occidentale).
 - Previsti più momenti, durante l'orario di lavoro, e più giornate per la somministrazione e compilazione del questionario, che tenevano conto dei turni del personale (AUSL di Ferrara).
 - Presenza costante di alcuni componenti del gruppo di lavoro per spiegare all'inizio degli incontri le finalità della ricerca e, durante la somministrazione, per rispondere ai quesiti eventualmente posti dagli operatori (AUSL di Ferrara).
 - Riunione di gruppo di presentazione del progetto che rafforza la fase successiva di somministrazione (AUSL Bologna Nord). Individuazione di un referente interno all'Unità operativa (conosciuto da tutti gli operatori coinvolti nell'indagine). Semplicità nel processo di distribuzione e raccolta dei questionari (autogestione) (AUSL Bologna Nord).
 - La disponibilità del responsabile di UO, committente dell'indagine, a partecipare agli incontri di presentazione e somministrazione del questionario come momento di dialogo con gli operatori. La disponibilità di una stagista nella conduzione degli incontri e nel supporto organizzativo delle diverse sedute, oltre al coinvolgimento dei referenti di clima individuati per le due sedi della UO (Fiorenzuola e Piacenza). Rintracciabilità del gruppo di questionari somministrati per ciascuna sede, consentendo una restituzione dei dati non solo di UO, ma anche per sede di lavoro (AUSL di Piacenza).
 - Esecuzione dell'indagine da parte di due sole persone per limitare la variabilità individuale nella somministrazione ed interpretazione (AUSL di Ravenna).
 - Possibilità di utilizzare il momento di discussione per cogliere aspetti non esplorati dallo strumento (AUSL di Ravenna).
 - Il contatto diretto con tutti i responsabili (capisala e, laddove possibile, dirigenti) delle Unità operative ha consentito una spiegazione esauriente delle motivazioni dell'indagine, in modo da favorire una soddisfacente collaborazione da parte di tutto il personale (ASSL 10 Veneto orientale).
 - Il gruppo di lavoro motivato e costituito da diverse professionalità si è dotato di un *kit* del formatore contenente le *slide* da proiettare durante gli incontri, in modo da creare una gestione standardizzata (AOsp di Ferrara).

FASE DI SOMMINISTRAZIONE DELL'INDAGINE

Punti di forza (continua)

- Compilazione del questionario**
- Utilizzo di tutti gli standard necessari per la salvaguardia dell'anonimato e della trasparenza nella gestione di tutte le fasi del percorso (per esempio, riduzione della segmentazione dove fossero possibili riconoscimenti, utilizzo di urne sigillate per il deposito dei questionari, utilizzo di penne dello stesso tipo, ecc.) (AUSL di Forlì).
 - Generale interesse da parte degli operatori per il questionario, in quanto strumento che permetteva l'espressione delle loro esigenze e difficoltà operative (AULSS 6 di Vicenza).
 - Tutte le domande erano formulate in modo comprensibile anche per operatori con scolarità medio/bassa (AULSS 6 di Vicenza).
 - Alta percentuale di ritorno dei questionari (all'interno di ogni UO) (AUSL Bologna Nord).
 - Buona comprensibilità dello strumento; abitudine alle riunioni (ASL 3 di Genova).
 - Vicinanza della sala riunioni (in cui si sono svolti gli incontri) al luogo di lavoro della maggior parte dei partecipanti; organizzazione degli incontri nel mese di marzo 2003 (mensilità in cui è possibile rilevare il maggior numero di presenze dei dipendenti) e in orari compatibili con attività lavorativa dei vari professionisti; presenza in tutti gli incontri del gruppo di pilotaggio che ha garantito la possibilità di esprimere opinioni, dubbi o domande a tutti (AUSL di Forlì).

FASE DI SOMMINISTRAZIONE DELL'INDAGINE

Criticità

- Rappresentatività dei dati**
- Nelle poche realtà in cui il coinvolgimento dei dirigenti non è stato così puntuale, o dove ci sono stati tempi morti fra la presentazione del questionario, la compilazione e la raccolta, si sono verificate delle defezioni e i dati sono risultati meno rappresentativi (ASS 6 Friuli occidentale).
- Ritardi nei tempi di somministrazione e raccolta**
- A volte ritardi nei tempi di raccolta dei questionari (processo non gestito direttamente dall'Ufficio qualità) (AUSL Bologna Nord).
 - I referenti di clima, medici ortopedici, hanno partecipato alla condivisione del disegno di ricerca, ma si sono occupati meno degli aspetti organizzativi in ciascuna sede lasciando alla stageista la necessità di risollecitare il maggior numero di operatori attraverso il contatto diretto con la caposala. Questa criticità sulla sensibilizzazione degli operatori ha comportato la previsione di maggiori sedute di somministrazione (AUSL di Piacenza).
- Vasta estensione territoriale**
- Territorio esteso; difficoltà di passaggio e di corretta comunicazione nei tempi stabiliti (ASL 3 di Genova).
 - Eccessiva estensione dell'indagine all'intero universo; la prossima volta verrà applicata a un campione rappresentativo (ASSL 10 Veneto orientale).
- Complessità organizzativa, impegno di risorse**
- Necessità di grosso impegno di risorse umane (2 dirigenti praticamente dedicati per 6 mesi) (AUSL di Ravenna).
 - La scelta di somministrare i questionari in orari, spazi e periodi compatibili alle esigenze dei dipendenti ha richiesto notevoli sforzi organizzativi e coordinamento da parte del gruppo di pilotaggio e di altri collaboratori. Altre modalità di somministrazione (es. distribuzione via posta, compilazione in modalità *online* ecc.) avrebbero richiesto minori sforzi organizzativi (AUSL di Forlì).
 - Notevole dispendio di energie e tempo per la gestione organizzativa dell'indagine (AOsp di Ferrara).

FASE DI SOMMINISTRAZIONE DELL'INDAGINE

Criticità (continua)

Timore, diffidenza, scetticismo

- Perplexità espresse circa la possibilità di perdita dell'anonimato: in particolare tali dubbi, più volte manifestati dai partecipanti, hanno riguardato il rischio di essere identificati nelle risposte alle domande aperte (AUSL di Forlì).
- Nonostante le indicazioni precise e le rassicurazioni sull'anonimato, alcuni non hanno indicato l'Unità operativa e altri l'area professionale di appartenenza (AUSL di Ferrara).
- Difficoltà, in alcune realtà, a far comprendere l'importanza della compilazione del questionario, visto invece come inutile perdita di tempo a fronte dell'assistenza ai pazienti (ASSL 10 Veneto orientale).
- I timori da parte dei dipendenti nei confronti della tutela dell'anonimato hanno comportato un dispendio di energia dei conduttori affinché i partecipanti compilassero il campo con il centro di costo necessario ad identificare l'unità operativa di appartenenza (AOsp di Ferrara).

Difficoltà di compilazione

- Qualche problema (dato il livello micro di analisi) di interpretazione delle domande, nei punti in cui si parla di "il tuo responsabile"... (difficoltà a definire un livello di responsabilità condivisibile da tutti e poi identificabile nella discussione) (AUSL Bologna Nord).
- L'ICONAS fa riferimento a una teoria della relazione dirigenza/comparto che, nella nostra realtà, è ancora lontana da una sua realizzazione pratica; pertanto alcune domande sono risultate scollegate dall'esperienza professionale quotidiana degli operatori (AULSS 6 di Vicenza).
- La mancata indicazione nel questionario dell'Unità operativa di appartenenza ha reso difficile l'attribuzione di circa il 10% dei questionari stessi e la loro successiva elaborazione (ASSL 10 Veneto orientale).

FASE DI ELABORAZIONE DELL'INDAGINE

Punti di forza

Supporto tecnologico e di risorse umane

- La possibilità di avere la collaborazione dell'Ufficio informatico aziendale e di usufruire del programma Access, già compreso nel pacchetto ICONAS (ASS 6 Friuli occidentale).
- Poter contare su un *software* appositamente predisposto facilita e velocizza l'inserimento dei dati (AUSL Bologna Nord).
- Avere a disposizione il *software* della Regione (AUSL di Ferrara).
- Supporto di personale preparato in campo statistico ed epidemiologico (ASL 3 di Genova).
- La disponibilità del *database* ICONAS ha consentito di abbreviare i tempi di definizione e costruzione della matrice dei dati e facilitato il caricamento anche ad operatori non esperti nel *data entry* (AUSL di Piacenza).
- Disponibilità della stagista per il caricamento dei dati, che ci ha consentito di contenerne i costi (AUSL di Piacenza).
- Buono e di facile uso il *database* fornito con il pacchetto ICONAS (ASSL 10 Veneto orientale).
- Rapido inserimento dei dati commissionato a una ditta esterna (AOsp di Ferrara).
- Tempestività dell'elaborazione dei dati grazie sia alla possibilità di utilizzare il *database* regionale, sia alla disponibilità di uno statistico dedicato alle fasi di *data entry* ed elaborazione dei risultati. Completezza e numerosità delle elaborazioni oltre a quelle rese disponibili dal programma regionale: la presenza dello statistico ha permesso infatti anche l'elaborazione dei risultati riguardanti le domande aperte attraverso la creazione di aggregati di tematiche (responsabilizzazione professionale, locali e strumenti, ecc.) (AUSL di Forlì).

FASE DI ELABORAZIONE DELL'INDAGINE

Criticità

- Scarsa numerosità del campione**
- Presenza di *trade off* tra segmentazione dei dati e tutela dell'anonimato, ovvero è stato necessario ridurre la segmentazione del campione per garantire l'anonimato, a causa della scarsa numerosità del campione. Tale vincolo ha impedito di utilizzare l'analisi fattoriale elaborata per aree dipartimentali: è stato possibile solo l'utilizzo dell'analisi a livello di Dipartimento (AUSL di Forlì).
- Scarsità risorse**
- Scarsità di risorse messe a disposizione (AUSL di Ravenna).
- Errori di codifica dei dati**
- Le codifiche "trasversali" di alcuni servizi (ad es. Dipartimento di prevenzione presente in tutti i Distretti) non hanno permesso di approfondire l'analisi di alcune Unità operative; inoltre l'analisi delle domande aperte ha richiesto tempi piuttosto lunghi (ASS 6 Friuli occidentale).
- Problemi di applicazione del software**
- Errore di programmazione nella *query* relativa alla media della domanda 15 (conteggiava la 9), successivamente corretto (AUSL Bologna Nord).
 - Nei primi invii del *database* si è riscontrato un errore di programmazione nella *query* sul dato medio della domanda 15 (conteggiava i dati della domanda n. 9), successivamente corretto. La reportistica standard è limitata alle medie e deviazioni standard per ciascuna domanda. Non sono previste *query* standard che aggregano le domande in relazione alle dimensioni dei fattori estratti. (AUSL di Piacenza).
 - Non conoscendo a fondo Access abbiamo trasferito i dati in Excel per ottenere un'elaborazione più accurata (AUSL di Ferrara).
 - Mancanza di un *software* per effettuare l'analisi delle domande aperte (AOsp di Ferrara).
 - Lo strumento informatico regionale non è stato sufficiente all'elaborazione dei dati, e per la loro rappresentazione (attraverso grafici e tabelle) sono stati necessari approfondimenti svolti attraverso altri sistemi: Excel, SPSS (AUSL di Forlì).
 - Scarsa applicabilità degli strumenti di analisi Excel al foglio predisposto sia in Access che in Excel (ASL 3 di Genova).
 - Carente la rappresentazione grafica dei dati (ASSL 10 Veneto orientale).

FASE DI ELABORAZIONE DELL'INDAGINE

Criticità (continua)

Mancanza di riferimenti

- Mancanza di dati di riferimento (AULSS 6 di Vicenza).
- Indisponibilità di pre-test o indicazioni di *range* minimi di campioni su cui effettuare l'analisi, utili a definire in maniera più appropriata i criteri di elaborazione (AUSL di Forlì).
- Indisponibilità di parametri di riferimento per confrontare i risultati (da ciò scaturisce la necessità della seconda indagine di clima, che sarà effettuata nel medesimo Dipartimento entro il 2005) (AUSL di Forlì).

Questionario

- Limitazioni nelle aree di indagine del questionario: tali aree riguardavano l'Azienda in generale e l'UO, mentre sarebbe risultato utile indagare anche gli altri livelli organizzativi (aree dipartimentali e macrostruttura) (AUSL di Forlì).
- Manca un'aggregazione per fattori (si è proceduto autonomamente a costruire alcune aree tematiche). Media e deviazione standard da sole non consentono una lettura approfondita dei dati (AUSL Bologna Nord).

FASE DI RESTITUZIONE DELL'INDAGINE

Punti di forza

Tempistica e modalità di restituzione

- Il coinvolgimento del Direttore generale nella fase di restituzione attraverso riunioni, nell'ambito delle quali ha incontrato la maggior parte degli operatori del comparto, ha creato una dimensione di maggiore vicinanza fra Direzione strategica e base operativa, che si è sentita ascoltata, rispetto sia alla manifestazione di criticità sia alla formulazione di idee di miglioramento (ASS 6 Friuli occidentale).
- Organizzare discussione di gruppo con gli operatori partecipanti: questo ha permesso di integrare ai dati numerici informazioni di tipo qualitativo (AUSL Bologna Nord).
- Predisposizione dei risultati in termini di articolo con diffusione interna, con buona comprensibilità (ASL 3 di Genova).
- Autovalutazione: la discussione sugli esiti è avvenuta in gruppi interprofessionali di area con il supporto del referente di progetto volta a una valutazione più analitica rispetto a quella condotta dal gruppo di pilotaggio, per giungere alle proposte di miglioramento per il piano di sviluppo, da presentare alla Direzione di Dipartimento (AUSL di Forlì).
- Partecipazione della Direzione generale alla restituzione dei dati (AUSL di Ravenna).
- Rispetto dei tempi concordati per la restituzione dei risultati (AUSL di Forlì).
- Consegna del *report* contenente i risultati entro i tempi stabiliti (AOsp di Ferrara).
- Nella metodologia proposta si chiede di non trascurare e frustrare le aspettative di chi ha collaborato a compilare il questionario, mettendolo a parte dei risultati ottenuti. Questo metodo è orientato a stabilire degli incontri ristretti con il committente responsabile della UO e i medici referenti per il clima delle due sedi per una prima analisi dei dati; successivamente i dati vengono presentati anche in un incontro allargato a tutti gli operatori. A questo incontro generale è stata richiesta la presenza anche della Direzione sanitaria e assistenziale (AUSL di Piacenza).
- I risultati sono stati distribuiti a tutte le strutture e Unità operative; per confronto, ad ogni UO venivano trasmessi i propri dati e, in forma anonima, quelli delle altre UO (ASSL 10 Veneto orientale).
- Alcuni dipartimenti aziendali hanno richiesto una restituzione personalizzata dei risultati consentendo un'analisi approfondita dei risultati (AOsp di Ferrara).

FASE DI RESTITUZIONE DELL'INDAGINE

Punti di forza (continua)

Finalizzare i risultati al miglioramento

- Trasparenza e ampia diffusione dei risultati a tutti i livelli, nel rispetto di quanto dichiarato nella fase di avvio, nell'ambito di un percorso di miglioramento del clima organizzativo attraverso gli strumenti programmatori e di valutazione (*budget*, pianificazione triennale, schede di valutazioni alte professionalità, ecc.) (AUSL di Forlì).
- I risultati sono stati utilizzati anche come materiale di lavoro nei corsi di miglioramento sullo sviluppo delle risorse umane e per l'elaborazione di progetti mirati al miglioramento (ASSL 10 Veneto orientale).
- L'incontro di restituzione è stato anche occasione di chiarimento di alcuni punti più critici e di individuazione delle azioni di miglioramento. Misurazione della percezione di clima organizzativo degli operatori, identificazione della sede più problematica all'interno dell'UO, declinazione dei fattori e delle dimensioni più critiche del clima giudicato sufficiente ma non pienamente soddisfacente (AUSL di Piacenza).
- Integrazione con altri strumenti di analisi organizzativa: i risultati sono stati confrontati con gli esiti del *focus group* e con l'indagine sugli accessi telefonici e alla sede del DSP da parte degli utenti (AUSL di Forlì).

Interesse per i risultati

- Soddisfazione da parte di alcuni operatori e dirigenti di Unità operative e Servizi relativamente all'importanza dei risultati presentati: anche laddove non particolarmente confortanti, sono stati correttamente percepiti come punto di partenza per un futuro miglioramento (ASSL 10 Veneto orientale).
- Notevole interesse degli operatori per i dati emersi, in particolare per quelli della terza parte (AULSS 6 di Vicenza).

FASE DI RESTITUZIONE DELL'INDAGINE

Criticità

- Difficoltà nella costruzione del report e nella comunicazione degli esiti**
- Non è stato previsto un modello base di *report* standard per la restituzione dei risultati differenziato per livello (Direzione aziendale/dipartimentale, Direzione di UO, operatori) (AUSL di Piacenza).
 - Scarsa diffusione degli esiti all'esterno del Dipartimento e dell'Azienda, con pubblicazioni o iniziative di formazione/informazione (AUSL di Forlì).
 - Difficoltà a gestire la comunicazione dei dati negativi, per quanto riguarda sia l'Azienda sia i responsabili delle UO (AULSS 6 di Vicenza).
 - Impossibilità di "modellizzare" i risultati a causa della mancata formalizzazione degli assetti organizzativi del DSP da parte della Regione (si è ancora in attesa della deliberazione del documento di riordino) (AUSL di Forlì).
- Scarso coinvolgimento nella restituzione**
- Il non coinvolgimento della dirigenza nella restituzione ha lasciato in sospeso un discorso di miglioramento della comunicazione tra la dirigenza stessa e la Direzione generale. Inoltre questo ha fatto sì che molto spesso le proposte di miglioramento formulate dagli operatori, anche se fattibili, non siano state adeguatamente accolte e supportate dai responsabili delle Unità operative (ASS 6 Friuli occidentale).
 - Il non coinvolgimento attivo della Direzione aziendale nell'ascolto dei dati emersi dall'indagine (AUSL di Piacenza).
 - Scarsa partecipazione dei dipendenti al momento di restituzione dei risultati a livello aziendale (AOsp di Ferrara).
- Ritardo nei tempi**
- Tempi lunghi per la restituzione (ASL 3 di Genova).
 - Intervallo troppo lungo rispetto all'inizio dell'indagine per la necessità di elaborare tanti dati, senza opportune risorse assegnate (AUSL di Ravenna).
- Timore, diffidenza**
- L'approccio *top down* alla prima fase di interpretazione dei dati potrebbe aver influenzato le autovalutazioni creando resistenze o forme di difesa durante le discussioni nelle aree (AUSL di Forlì).

FASE DI GESTIONE DEGLI ESITI DELL'INDAGINE

Punti di forza

- Azioni successive**
- Avvio del percorso di miglioramento a seguito delle criticità individuate nelle discussioni di area (AUSL di Forlì).
 - Creazioni di condizioni di continuità nell'utilizzo degli esiti attraverso i progetti di revisione dei processi organizzativi (AUSL di Forlì).
 - Alto grado di completezza delle risposte aperte (AUSL di Forlì).
 - Interesse per gli strumenti volti a misurare la percezione dimostrato dai professionisti nelle diverse Aree (Area sicurezza: ipotesi di somministrazione di un questionario sulla percezione del rischio negli ambienti di lavoro maturata a seguito dell'esperienza dell'indagine di clima; Area igiene e sanità pubblica: analisi sulla percezione del rischio applicata a un progetto di sorveglianza ambientale e sanitaria) (AUSL di Forlì).
 - Sono state progettate azioni di miglioramento nell'ambito della trasparenza di informazione tra dirigente responsabile e i suoi collaboratori e di formazione *ad hoc* per gli operatori delle due sedi, che favoriscano lo sviluppo di un lavoro di squadra integrata e collaborativa. Il responsabile dirigente committente dell'indagine ha previsto momenti settimanali di *briefing* sia con i colleghi medici sia con tutto il personale, in ogni sede (AUSL di Piacenza).
 - L'aver bandito il concorso per l'Officina delle idee, come immediata conseguenza dell'analisi del questionario, ha permesso di rinforzare il vissuto di coinvolgimento degli operatori, soprattutto attraverso l'implementazione dei progetti che sono stati selezionati come vincitori (ASS 6 Friuli occidentale).
 - Lavoro di miglioramento molto mirato su singoli, specifici problemi dell'Unità operativa (AUSL Bologna Nord).
 - Attivazione di momenti formativi e condivisione dei risultati in termini di debiti informativi (ASL 3 di Genova).
 - L'utilizzo dei dati emersi nei gruppi di miglioramento, ha permesso di aprire un confronto sulle problematiche nelle diverse UO oggetto di indagine e intervento (AULSS 6 di Vicenza).
 - In due UO i risultati della ricerca sono stati utilizzati nel processo di certificazione ISO (ASSL 10 Veneto orientale).
 - Le problematiche rilevate sono servite per attività di formazione mirate alla comunicazione interna e allo sviluppo delle risorse umane, nonché all'avvio di concreti progetti di miglioramento organizzativo "dal basso" (ASSL 10 Veneto orientale).

FASE DI GESTIONE DEGLI ESITI DELL'INDAGINE

Criticità

- Leggere gli esiti e interpretarli**
- La grande massa di informazioni, osservazioni e suggerimenti raccolti attraverso le domande aperte non è stata sufficientemente utilizzata per avviare dei progetti di miglioramento, creando un *gap* profondo tra le aspettative innescate dalla presenza del Direttore generale nelle Unità operative e la risposta effettivamente messa in atto rispetto ai bisogni manifestati (ASS 6 Friuli occidentale).
 - Riuscire a trarre dai lavori informazioni non troppo generiche al fine di implementare azioni di miglioramento (AUSL Bologna Nord).
 - Dato il lavoro micro e incessante, scarso coinvolgimento della Direzione generale nel corso del progetto (AUSL Bologna Nord).
 - Scarsa capacità di valutazione delle diagnosi organizzative all'interno delle aree: lettura che si fermava all'elencazione dei sintomi (effetti e non cause) (AUSL di Forlì).
 - Scarsa capacità di implementare un piano di miglioramento all'interno delle aree per mancanza di cultura organizzativa (AUSL di Forlì).
 - Nella maggioranza dei casi i responsabili di Unità o di struttura non hanno fatto uso dei risultati della ricerca (ASSL 10 Veneto orientale).
 - Scarsa strutturazione documentale degli esiti (solo *slide* durante presentazioni, no diffusione degli esiti con altre modalità) (AUSL di Forlì).
 - Scarsa incisività sui sistemi premianti (ASL 3 di Genova).
 - Mancanza di esplicitazione a cura della Direzione generale della correlazione fra gli interventi effettuati e i risultati dell'indagine di clima (AUSL di Ravenna).
 - Non è stato possibile alcun confronto con l'Amministrazione per il cambiamento del gruppo dirigenziale che aveva approvato e sostenuto la realizzazione del progetto (AULSS 6 di Vicenza).
 - Mancanza di valori di riferimento per l'interpretazione dei punteggi (AOsp di Ferrara).
 - Azioni di miglioramento promesse dalla Direzione aziendale realizzate parzialmente (AOsp di Ferrara).
- Tempi lunghi, mancanza monitoraggio**
- I tempi lunghi di sviluppo delle azioni correttive e di miglioramento non sempre consentono al personale di percepire l'iniziativa avviata come gestione dell'esito critico emerso dall'indagine di clima. Non partecipazione della direzione aziendale nello sviluppo delle azioni di miglioramento (AUSL di Piacenza).
 - La mancanza di monitoraggio delle azioni correttive concordate (AUSL di Piacenza).

GIUDIZIO COMPLESSIVO DELL'INDAGINE

Punti di forza

- L'ampia adesione e la ricchezza di osservazioni hanno permesso di delineare un quadro abbastanza preciso delle criticità e delle aree di eccellenza della popolazione aziendale e di percepire come, se adeguatamente coinvolti e stimolati, nonostante le difficoltà organizzative, gli operatori siano ancora in grado di esprimere idee creative e facilmente realizzabili (ASS 6 Friuli occidentale).
- L'indagine si è rivelata utile per migliorare una criticità emersa nel sistema degli incentivi e dell'assegnazione degli obiettivi (AOsp di Ferrara).
- Esperienza importante, che se legata alla programmazione (vedi *budget*) può contribuire alla diffusione di un cambiamento culturale interno all'Azienda. Valorizza il ruolo e l'esperienza degli operatori. Può aiutare a dare risposte (anche veloci) a problemi organizzativi, mettendoli in luce e oggettivandoli (AUSL Bologna Nord).
- Approccio innovativo al ruolo di cliente interno all'organizzazione (ASL 3 di Genova).
- Molto positiva: ha consentito infatti di favorire negli operatori la consapevolezza delle criticità e delle "eccellenze" della propria realtà lavorativa; in alcuni casi sono stati attuati interventi mirati sulle necessità emerse (ASSL 10 Veneto orientale).
- È un potente strumento di conoscenza della realtà aziendale da parte della Direzione generale (AUSL di Ravenna).
- Strumento finalizzato all'interpretazione delle dinamiche organizzative e relazionali utilizzato dalla Direzione come guida al cambiamento (AUSL di Forlì).
- Strumento di coinvolgimento, che ha indotto:
 - i dipendenti a momenti di riflessione "strutturata" concorrendo a distruggere una serie di falsi miti interni molto praticati nei corridoi (l'Azienda non ha interesse per noi, non ascolta, ecc.);
 - i dirigenti ad ascoltare e occuparsi delle questioni portate alla luce dalla propria *équipe* (cultura dell'ascolto) (AUSL di Forlì).
- Strumento di comunicazione e formazione e cambiamento attraverso:
 - la diffusione del concetto di qualità (verso i clienti finali e interni) senza imporla come finalità istituzionale (certificazione, accreditamento o altro riconoscimento) ma come scopo dell'organizzazione per processi, sovvertendo anche alcune regole gerarchiche che storicamente vedevano la costituzione di gruppi di lavoro sulla base di incarichi formali o di rappresentanza e non di coinvolgimento o competenza;
 - la revisione dei rapporti con la *leadership*, i capi, lo stile di governo e la gestione di tipo partecipativo (non demagogica) hanno incoraggiato la diffusione della delega sia in aree gerarchicamente forti sia in quelle più deboli, incentivando l'iniziativa dei singoli, migliorando la comunicazione interna tra aree e UO, facilitando lo scambio di idee e di conoscenze, aumentando quindi da un lato la soddisfazione personale dei dipendenti e dall'altro la *performance* aziendale. Tutto ciò è stato ed è tuttora un cambiamento molto forte che va governato, in quanto in alcuni momenti i rapporti interpersonali sono divenuti più conflittuali, ma nella sostanza più improntati alla franchezza e all'oggettività (AUSL di Forlì).

GIUDIZIO COMPLESSIVO DELL'INDAGINE

Punti di forza (continua)

- Il DSP è stato sperimentatore di questo strumento per l'intera Azienda, facendo percepire ai dipendenti di essere "finalmente" oggetto dell'interesse della Direzione generale e di poter fornire un *feedback* sulla propria esperienza lavorativa (AUSL di Forlì).
- L'aver avviato un'esperienza di ascolto interno "misurata" dei bisogni organizzativi e partecipativi degli operatori, anche se limitatamente a una singola Unità operativa. La gestione successiva del dato di criticità emerso dall'indagine (AUSL di Piacenza).
- Il coinvolgimento del dirigente responsabile nell'attenzione agli aspetti relazionali e di soddisfazione dei propri operatori per fornire un servizio migliore e meno carico di tensioni (AUSLI di Piacenza).
- L'aver avuto una traccia chiara del disegno di indagine da realizzare e i relativi supporti strumentali (questionario disponibile) e tecnici (*database*) (AUSL di Piacenza).
- Prevalenza dei punti di forza: l'esperienza di confronto avviata fra operatori della dirigenza e del comparto su tali tematiche procede, anche in assenza di un supporto attivo da parte dell'Amministrazione (AULSS 6 di Vicenza).

GIUDIZIO COMPLESSIVO DELL'INDAGINE

Criticità

- Il cambiamento di direzione strategica, avvenuto immediatamente dopo la fase di restituzione, e la conseguente modificazione della politica rispetto al clima lavorativo, ha lasciato inevase tutta una serie di aspettative, con una ricaduta negativa sulla motivazione degli operatori (ASS 6 Friuli occidentale).
- Necessità di un forte mandato da parte della Direzione generale: in mancanza di ciò, il rischio è di non percepire in alcune realtà operative l'importanza della rilevazione del clima (ASSL 10 Veneto orientale).
- Scarsa disponibilità dei dipendenti a dialogare con la Direzione sui risultati emersi dall'indagine (AOsp di Ferrara).
- La Direzione generale deve essere coerente e utilizzare esplicitamente i risultati, pena il pericolo di bruciare l'esperienza che verrà letta come modo di prendere tempo, sarà vissuta negativamente dagli operatori e pertanto non sarà più ripetibile con successo (AUSL di Ravenna).
- Delicata la fase successiva, di gestione degli esiti. Occorre mantenere viva l'attenzione sull'argomento anche una volta che l'indagine finisce. Occorrerebbe maggiore coinvolgimento dei dirigenti (magari supportato da momenti formativi ...) sull'importanza strategica di tali lavori (e questo deve essere in accordo con la politica aziendale) (AUSL Bologna Nord).
- Scarsa conoscenza delle variabili inerenti la gestione del clima per l'organizzazione (ASL 3 di Genova).
- Necessità di superare ostilità iniziale verso strumenti di indagine sulla percezione (AUSL di Forlì).
- Non aver considerato l'indagine di clima come uno strumento disponibile per l'Azienda che consente di misurare gli umori e le percezioni relative ai cambiamenti organizzativi introdotti. Esperienza limitata a una singola Unità operativa e per volontà del dirigente (AUSL di Piacenza).

Bibliografia

- Abbate L. *et al. Progetto AUSL Ascolta: indagine conoscitiva sulla percezione degli operatori sui processi di cambiamento in atto, sulla cultura e sul clima organizzativo dell'Azienda Usl di Reggio Emilia*. Azienda USL di Reggio Emilia, p. 25.
- Agenzia regionale sanitaria. *Il clima organizzativo. Indagine nelle Aziende sanitarie locali e ospedaliere della Regione Marche*. Ancona, 1998.
- Agenzia sanitaria regionale. Regione Emilia-Romagna. *Autovalutazione e accreditamento delle strutture sanitarie: linee guida, liste di verifica, requisiti specifici. 2ª versione*. II (16.3.1998) ed. Bologna, Centro Stampa della Giunta regionale, 1998.
- Agenzia sanitaria regionale. Regione Emilia-Romagna. *Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento*. Collana Dossier n. 97. Bologna, Regione Emilia-Romagna, 2004.
- Allaire Y., Firsirotu M.E. *La culture organisationnelle: aspects theoriques, pratiques et methodologiques*. Boucherville, G. Morin, 1988.
- Alvesson M. *Prospettive culturali per l'organizzazione*. Milano, Guerini, 1993.
- Alvesson M., Berg P.O. *L'organizzazione e i suoi simboli*. Milano, Raffaello Cortina, 1993.
- Ambrosini M. *Il profumo delle parole: ricerche sui climi organizzativi*. Bologna, Ed. Esculapio, 1997.
- Amovilli L. *Organizzare qualità*. Bologna, Patron, 1995.
- Anchisi R., Gambotto Dessy M. *Non solo comunicare: teoria e pratica del comportamento assertivo*. Torino, Edizioni Cortina, 1995.
- Angelini, D.J. Mentoring in the career development of hospital staff nurses: models and strategies. *J Prof Nurs*, 11 (2): 89-97, 1995.
- Ardigò A. *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano, FrancoAngeli, 1997.
- Argyris C. Some problems in conceptualizing organizational climate: a case of study of a bank. *Administrative Science Quarterly*, 2: 501-520, 1958.
- Argyris C. *Increasing leadership effectiveness*. New York, Wiley, 1976.
- Argyris C., Schon D.A. *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. New York, Wiley, 1974
- Ashforth B.E. Climate formation: issue and extensions. *Academy of Management Review*, 10: 837-847, 1985.
- Avallone F., Paplomatas A. *Salute organizzativa*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005.
- Ballotari P. *La percezione della qualità in un'azienda ospedaliera*. Arcispedale S. Maria Nuova Reggio Emilia. Ufficio Sviluppo organizzativo, 1998.

- Baraldi S., *Analisi clima organizzativo*. Azienda USL di Cesena, p. 77.
- Bellandi T., De Simone P., Zoppi O., Tartaglia R. L'analisi del clima organizzativo. In Baglioni A., Tartaglia R. (a cura di). *Ergonomia e ospedale. Valutazione, progettazione e gestione di ambienti, organizzazione e servizi*. Milano, Editore Il Sole 24 Ore, 2002.
- Bisagni M. Tappe di lavoro precedenti la somministrazione del questionario sul clima organizzativo. *Quaderno Azienda USL di Piacenza*, 2: 39-41, 1997.
- Bisagni M. La soddisfazione del cliente esterno e del cliente interno: analisi di un'esperienza attraverso l'utilizzo di specifici strumenti di misurazione. *Quaderno Azienda USL di Piacenza*, 3: 56-61, 1998.
- Blalock H.M. *Statistica per la ricerca sociale*. Bologna, Il Mulino, 1984.
- Blanchard K., Waghorn T. *Mission possible: come affrontare la globalizzazione finché è possibile*. Milano, McGraw Hill, 1997.
- Bland J.M., Altman D.G. Validating scales and indexes. *BMJ*, 324: 606-607, 2002.
- Boni I., Cavicchioli A., Novaco N. *Norme e valori in Azienda. I primi risultati*. Azienda USL di Modena, 1998.
- Boni S., Grandi S., La Rosa M. *La formazione del management sanitario*. Milano, FrancoAngeli, 1999.
- Bryson J.M. *An effective strategic planning. Approach for public and non-profit organizations*. San Francisco, Jossey Bass, 1988.
- Bucci R., Loiudice M. Il dibattito sulla qualità in sanità. *Contributi per una gestione manageriale della sanità. I quaderni di Mecosan*, 18: 156-167, 1996.
- Burns L.R., Wholey D.R. Factors affecting physician loyalty and exit: a longitudinal analysis of physician-hospital relationships. *Health Serv Res*, 27 (1): 1-24, 1992.
- Butcher A.H. Supervisors matter more than you think: components of a mission-centered organizational climate. *Hosp Health Serv Adm*, 39 (4): 505-520, 1994.
- Butera F. Le comunicazioni interne come fattore strutturante nelle organizzazioni di servizi. *Studi organizzativi*, 4 (3): 23-ss, 1990.
- Campbell S. Consolidation in a climate that doesn't favor for-profit conversion. *Health Care Strateg Manage*, 15 (6): 18-19, 1997.
- Campbell J.P., Campbell J.P., Dunnette M.D., Lawler E.E., Weick K.E. *Managerial Behaviour Performance and Effectiveness*. New York, McGraw-Hill, 1970.
- Cantril H., Free L.A. Hopes and Fears for Self and Country: The Self-anchoring Scale in Cross-Cultural Research. *American Behavioral Scientist*, vol. VI, 1962.
- Carey R.G. Measuring organizational climate. *Hosp Prog*, 56 (2): 53-57, 1975.
- Carswell L., McAlister D. RMI (Resource Management Initiative) and quality. Getting the climate right. *Health Serv Manage Res*, 6 (1): 12-23, 1993.
- Cartoccio A., Varchetta G. Cultura aziendale e sviluppo organizzativo. *Sviluppo organizzativo*, 90: 37-49, 1985.
- Casagrande M. Ascolto organizzativo e innovazione. *FOR*, n. 29/30, 1996.

- Cascioli A., Cascioli P. Clima organizzativo e cultura aziendale. *Psicologia e Lavoro*, 80: 25-32, 1991.
- Cavalli L. Indagine sul clima aziendale nell'Azienda USL di Piacenza. In Wienand U., Cinotti R., Prandi F. (a cura di). *Il miglioramento continuo nelle Aziende sanitarie*. Torino, Centro Scientifico Editore, 1999, pp. 231-244.
- Ceci A., Prandi F., Ruozi C. Coniugare organizzazione e professionalità: la valorizzazione delle risorse umane. In Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di). *Valutare la qualità in sanità*. Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Cesaro M., Intorcchia M. I climi psico-organizzativi. L'altra faccia delle organizzazioni. *Quaderni del Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università di Salerno*, 1/2: 65-83, 1994.
- Clegg A. Occupational stress in nursing: a review of the literature. *Journal of nursing management*, 9: 101-106, 2001.
- Cluskey M., Messersmith A.M. Status of training programs and perceived labor problems in four types of non-commercial foodservice operations. *J Am Diet Assoc*, 91 (10): 1239-1242, 1991.
- Colozzi I. (a cura di). *Salute e qualità dei servizi nelle Aziende sanitarie*. Milano, FrancoAngeli, Milano, 1998.
- Commissione europea. Direzione generale occupazione e affari sociali. *Guida sullo stress legato all'attività lavorativa. "Sale della vita o veleno mortale"*. 1999.
- Conti T. *Come costruire la qualità totale. Una guida per il management*. Milano, Sperling & Kupfer, 1992.
- Conti T. *Autodiagnosi organizzativa. Il self assessment: una via verso l'eccellenza nel business*. Milano, Sperling & Kupfer, 1997.
- Crozier M. *L'Azienda in ascolto*. Milano, Il Sole 24 Ore Libri, 1990.
- Crozier M., Friedberg E. *Attore sociale e sistema*. Milano, Etas, 1978.
- D'Amato A. La ricerca/intervento nelle organizzazioni. In Majer V., Barocci G. (a cura di). *Il clima organizzativo*. Roma, Carocci, 2003.
- D'Amato A., Majer V. *Il vantaggio del clima*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005.
- Darchini A. La misura del clima organizzativo in un'area USL. In Boni S., Grandi S., La Rosa M. (a cura di). *La formazione del management sanitario*. Milano, FrancoAngeli, 1999, pp. 316-327.
- Datamedia. *Immagine della nuova Azienda. Indagine quantitativa sui dipendenti*. Azienda USL di Cesena, 1997.
- De Vito Piscicelli P. *La diagnosi organizzativa*. Milano, FrancoAngeli, 1984.
- De Vito Piscicelli P. Alienazione e partecipazione: sovranità psicologica e lotta per l'appartenenza. *Psicologia del lavoro*, 1989.
- De Vito Piscicelli P., Scatolini E. Clima organizzativo: modelli teorici e ricerche empiriche. In Majer V., Marcato A., D'Amato A. (a cura di). *La dimensione psicosociale del clima organizzativo*. Milano, FrancoAngeli, 2002.

- Depolo M. Diagnosi e climi organizzativi. In AA.VV. (a cura di). *Elementi di psicologia dell'organizzazione*. Bologna, CLUEB, 1978.
- Depolo M., Sarchielli G. *Psicologia dell'organizzazione*. Bologna, Il Mulino, 1991.
- Duxbury J. *Il paziente difficile: modalità di comunicazione*. Milano, McGraw-Hill, 2000.
- Duxbury M.L., Henly G.A., Armstrong G.D. Measurement of the nurse organizational climate of neonatal intensive care units. *Nurs Res*, 31 (2): 83-88, 1982.
- European Agency for Safety and Health at Work. *New trends in accident prevention due to the changing world of work office for official publications of the European communities*. Luxembourg, 2002.
- European Foundation for Quality Management, *Guidelines on Self Assessment. Public Sector*. Bruxelles, EFQM, 1996.
- Fabris G.P. *Mercato e consumatori. Le nuove regole*. Milano, Sperling & Kupfer, 1995.
- Field G.R., Abelson M.A. Climate: a reconceptualization and proposed model. *Human Relation*, 35 (3): 181-201, 1982.
- Flarey D.L. The social climate scale. A tool for organizational change and development. *J Nurs Adm*, 21 (4): 37-44, 1991.
- Flarey D.L. The social climate of work environments. *J Nurs Adm*, 23 (6): 9-15, 1993.
- Foddy W. *Constructing questions for interviews and questionnaires: theory and practice in social research*. Cambridge, Cambridge University Press, 1993.
- Fontana F. La motivazione del personale. *Quaderni del personale*, vol. 16. Torino, Isper.
- Forehand G.A., Vonhallergilmer B. Environmental Variation in Studies of Organizational Behavior. *Psychological Bulletin*, 62 (6): 361-382, 1964.
- Frize M., Shaffer M. Clinical engineering in today's hospital: perspectives of the administrator and the clinical engineer. *Hosp Health Serv Adm*, 36 (2): 285-305, 1991.
- Gagliardi P. La costruzione della identità organizzativa. *Sviluppo e organizzazione*, 96: 13-16, 1986.
- Galgano A. *La qualità totale*. Milano, Il Sole 24 Ore Libri, 1990.
- Gellerman J.W. *Motivazione e produttività nel lavoro*. Milano, Etas, 1967.
- Gershon R.R., Stone P.W., Bakken S., Larson E. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *J Nurs Adm*, 34 (1): 33-40, 2004.
- Gibson C.K., Newton D.J., Cochran D.S. An empirical investigation of the nature of hospital mission statements. *Health Care Manage Rev*, 15 (3): 35-45, 1990.
- Gillies D.A., Franklin M., Child D.A., Relationship between organizational climate and job satisfaction of nursing personnel. *Nurs Adm Q*, 14 (4): 19-22, 1990.
- Gilliland M. Workforce reductions: low morale, reduced quality care. *Nurs Econ*, 15 (6): 320-322, 1997.
- Glick W.H. Conceptualizing and measuring organizational and psychological climate: pitfalls in multilevel research. *Academy of Management Review*, 10 (3): 601-616, 1985.

- Grau L., Colombotos J., Gorman S. Psychological morale and job satisfaction among homecare workers who care for persons with AIDS. *Women Health*, 18 (1): 1-21, 1992.
- Gray-Toft P.A., Anderson J.G. Organizational stress in the hospital: development of a model for diagnosis and prediction. *Health Serv Res*, 19 (6 Pt 1): 753-774, 1985.
- Grimaldi R. Corso di metodologia della ricerca sociale. Leda - Learning Environment for Distance Autotraining. Università di Torino, 2000
- Guion R.M. A note on organizational climate. *Organizational Behavior and Human Performance*, 9: 120-125, 1973.
- Hartley R., Turner R. Quality management: the influence of staff morale on customer focus. *J Qual Clin Pract*, 15 (1): 3-10, 1995.
- Hellriegel D., Slocum J.W. Organizational climate: measures, research and contingencies. *Academy of Management Journal*, 19: 255-280, 1974.
- Herzberg F., Mausner B., Snyderman B.B. *The motivation to work*. New York, John Wiley & Sons, 1959.
- Iannini G. Gruppi di miglioramento e Circoli di qualità: potenzialità e limiti. *Esperienze*, 4: 233-236, 2001.
- Jacques E. *L'organizzazione indispensabile: guida alla leadership e alla struttura creativa*. Milano, Guerini, 1991.
- James, R.L., Jones A.P. Organizational climate: a review of theory and research. *Psychological Bulletin*, 81 (12): 1096-1112, 1974.
- James, R.L., Jones A.P. Organizational structure: a review of structural dimensions and their conceptual relationship with individual attitudes and behaviour. *Technical Report*, ndeg. 75, Forth Worth, Texas Christian University, 1974.
- Johannesson R.E. Some problems in the measurement of organizational climate. *Organizational behavior and human performance*, 10: 118-144, 1973.
- Jones A.P., James L.R. Psychological climate: dimensions and relationships of individual and aggregate work environment perceptions. *Organizational Behavior and Human Performance*, 23: 201-250, 1979.
- Joyce W.F., Slocum J.W. jr. Collective climate: agreement as a basis for defining aggregate climates in organizations. *Academy of Management Journal*, 27 (4): 721-742, 1984.
- Kaneklin C. *Pensiero organizzativo e azione manageriale*. Milano, Cortina, 1993.
- Kets de Vries M.F.R. *Leader, giullari e impostori: sulla psicologia della leadership*. Milano, Cortina, 1998.
- Lawler E.E.I., Hall D.T., Oldham G.R. Organizational climate: relationship to organizational structure, process and performance. *Organizational Behavior and Human Performance*, 11: 139-155, 1974.
- Lewin K. *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Bologna, Il Mulino, 1972.
- Lewin K. *I conflitti sociali*. Milano, FrancoAngeli, 1980.

- Lewin K., Lippitt R., White R. Patterns of aggressive behavior in experimentally created "social climates". *Journal of Social Psychology*, 10: 271-299, 1939.
- Likert R. *Il fattore umano nell'organizzazione*. Milano, FrancoAngeli, 1971.
- Litwin G.H., Stringer R.A. *Motivation and organizational climate*. Cambridge, Harvard University Press, 1968.
- Louis M.R. Le organizzazioni come ambiti di produzione culturale. In Zan S. (a cura di). *Logiche di azione organizzativa*. Bologna, Il Mulino, 1988.
- Majer V. (a cura di). *Ricerca e professionalità in psicologia del lavoro e delle organizzazioni*. Pordenone, ERIP, 1986.
- Majer V., D'Amato A. La diagnosi del clima organizzativo nell'Ateneo Patavino. In Majer V., Marcato A., D'Amato A. (a cura di). *La dimensione psicosociale del clima organizzativo*. Milano, FrancoAngeli, 2001.
- Majer V., Marcato A., D'Amato A. (a cura di). *La dimensione psicosociale del clima organizzativo*. Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Majer V., Marocci G. *Il clima organizzativo*. Roma, Carocci, 2003.
- Manganelli Rattazzi A.M.. *Il questionario. Aspetti teorici e pratici*. Padova, Cleup, 1990.
- Maslach C., Jackson S., *MBI - Maslack Burnout Inventory*. Adattamento italiano a cura di Sirigatti S., Stefanile C. Firenze, Organizzazioni speciali, 1993.
- Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*, 52: 397-422, 2001.
- Mayo E. *The human problems of an industrial civilization*. New York, McMillan, 1933.
- McGregor D. *Leadership e motivazione nelle imprese*. Milano, FrancoAngeli, 1964.
- McGregor D. *L'aspetto umano dell'impresa*. Milano, FrancoAngeli, 1983.
- Mestitz A. Clima psicologico. *Psicologia e lavoro*, 65: 23-34, 1987.
- Mestitz A. Il cambiamento organizzativo: analisi di un ente pubblico di ricerca. *Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione*, 2: 109-157, 1989.
- Mestitz A. Rappresentazione sociale e clima nelle organizzazioni: analogie o identità? *Bollettino di Psicologia Applicata*, 190: 35-51, 1989.
- Mok E., Au-Yeung B. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *J Nurs Manag*, 10 (3): 129-137, 2002.
- Molinari G. L'organizzazione finalizzata allo sviluppo delle risorse umane. In Majer V., Marcato A., D'Amato A. (a cura di). *La dimensione psicosociale del clima organizzativo*. Milano, FrancoAngeli, 2002.
- Moran E.T., Volkwein J.F. The cultural approach to the formation of organizational climate. *Human Relations*, 19: 19-47, 1992.
- Morgan G. Paradigms, metaphors and puzzle solving in organization theory. *Administrative Science Quarterly*, 25: 605-622, 1980.
- Morgan G. *Creative organization theory: a resource book*. London, Sage Publications, 1989.

- Morgan G. *Le metafore dell'organizzazione*. Milano, FrancoAngeli, 1989.
- Moussavi F., Jones T.W., Cronan P.T. Explaining psychological climate: is perceptual agreement necessary. *Journal of social psychology*, 90 (2): 239 e segg., 1991.
- Muchinsky P.M. Organizational communication: Relationship to organizational climate and job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 20: 592-607, 1977.
- Muir Gray J.A. Where's the chief knowledge officer? *BMJ*, 317: 832-840, 1999.
- Nordstrom R.D., Allen B.H. Cultural change versus behavioral change. *Health Care Manage Rev*, 12 (2): 43-49, 1987.
- Ornstein S. Organizational symbols: a study of their meanings and influences on perceived psychological climate. *Organizational Behavior and Human Performance*, 38: 207-229, 1986.
- Orton D.J., Weick K.E. I sistemi organizzativi a legame debole. *Sviluppo e Organizzazione*, 122: 225-246, 1990.
- Payne R.L., Mansfield R. Relationship of perceptions of organizational climate to organizational structure, context e hierarchical position. *Administrative Science Quarterly*, 18: 515-526, 1973.
- Payne R.L., Fineman S., Wall T.D. Organizational climate and job satisfaction: a conceptual synthesis. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16: 45-62, 1976.
- Payne R., Pugh D.S. Organization structure and climate. In Dunnette M.D., Hough L.M. (eds.). *Handbook of Industrial and Organizational psychology*. Chicago, Rand McNally, 1976, pp. 1125-1173.
- Peterson R.B. The interaction of technological process and perceived organizational climate in Norwegian firms. *Academy of Management Journal*, 18: 288-299, 1975.
- Piccardo C. *Empowerment*. Milano, Cortina, 1995.
- Pitman M., Hamlin M. Coping with change in public health medicine in the 1990s. *J Manag Med*, 8 (4): 28-37, 1994.
- Poole M.S., McPhee R.D. A structural analysis of organizational climate. In Putnam L., Pacanowsky M. (eds.). *Communications and organizations, an interpretative approach*. Beverly Hills (CA), Sage Publications, 1983, pp. 195-219.
- Potter C., Morgan P., Thompson A. Continuous quality improvement in an acute hospital: a report of an action research project in three hospital departments. *Int J Health Care Qual Assur*, 7 (1): 4-29, 1994.
- Powell G.N., Butterfield D.A. The case for subsystem climates in organizations. *Academy of Management Review*, 3: 151-157, 1978.
- Pritchard R.D., Karasich B.W. The effect of organizational climate on managerial job performance and job satisfaction. *Organizational Behavior and Human Performance*, 9: 126-146, 1973.
- Pugh D.S., Hickson D.J., Hinings C.R., Turner C. The context of organization structures. *Administrative Science Quarterly*, 14: 126-146, 1969.
- Quaglino G.P., Mander M. *I climi organizzativi*. Bologna, Il Mulino, 1987.

- Quaglino G.P. *Psicodinamica della vita organizzativa: competizione, difese, ambivalenze nelle relazioni di lavoro*. Milano, Cortina, 1996.
- Quaglino G.P. *Voglia di fare: motivati per crescere nell'organizzazione*. Milano, Guerini, 1999.
- Quaglino G.P., Varchetta G. Complessità e organizzazione. *Sviluppo e organizzazione*, 95: 17-29, 1986.
- Rabkin M.T., Avakian L. Participatory management at Boston's Beth Israel Hospital. *Acad Med*, 67 (5): 289-294, 1992.
- Raymond J.S., Wood D.W., Patrick W.K. Psychology training in work and health. *American Psychologist*, 45: 1159-1161, 1990.
- Rosen R.H. *Healthy Companies: A human resource approach*. New York Amacom Books, 1986.
- Rotondi M. Learning organization. In Wienand U., Cinotti R., Prandi F. (a cura di). *Il miglioramento continuo nelle Aziende sanitarie. Strumenti ed esperienze nella Regione Emilia-Romagna*. Torino, Centro Scientifico, 1999, pp. 37-52.
- Ruozi C., Rotondi M. La formazione della dirigenza nell'Azienda USL di Reggio Emilia In Wienand U., Cinotti R., Prandi F. (a cura di). *Il miglioramento continuo nelle Aziende sanitarie. Strumenti ed esperienze nella Regione Emilia-Romagna*. Torino, Centro Scientifico, 1999, pp. 263-286.
- Salinas-Oviedo C., Laguna-Calderon J., Mendoza-Martinez M.R. Job satisfaction and its role in the evaluation of the quality of medical care. *Salud Publica Mex*, 36 (1): 22-29, 1994.
- Schein E.H. Verso una nuova consapevolezza della cultura organizzativa. In Gagliardi A. (a cura di). *Le imprese come culture*. Torino, Isedi, 1986, pp. 396-415.
- Schein E.H. *Cultura aziendale e leadership. Una prospettiva dinamica*. Milano, Guerini e Associati, 1990.
- Schein H. Cultura organizzativa e processi di cambiamento aziendali. *Sviluppo e organizzazione*, 95: 17-29, 1990.
- Schein E.H. *Cultura di impresa*. Milano, Raffaello Cortina, 2000.
- Schneider B. Organizational climate: individual preference and organizational realities. *Journal of Applied Psychology*, 56: 211-217, 1972.
- Schneider B. I climi organizzativi. *Psicologia e Lavoro*, 47: 12-39, 1975.
- Schneider B. *Organizational climate and culture*. San Francisco CA, Jossey-Bass Publishers, 1990.
- Schneider B., Hall D.T. Toward specifying the concept of work climate: a study of Roman Catholic Diocesan Priest. *Journal of Applied Psychology*, 56: 447-455, 1972.
- Schneider B., Snyder R.A. Some relationship between job satisfaction and organizational climate. *Journal of Applied Psychology*, 60 (3): 318-328, 1975.
- Schneider B., Parkington J.J., Buxton V.M. Employee and customer perceptions of service in banks. *Administrative Science Quarterly*, 25: 252-267, 1980.

- Schneider B., Ashworth S.D., Higgs A.C., Carr L. Design, validity and use of strategically focused employee attitude surveys. *Personnel Psychology*, 49 (3): 695-705, 1996.
- Schneider B., Brief A., Guzzo R. Creating a climate and culture for sustainable organizational change. *Organizational dynamics*, 24: 7-19, 1996.
- Schwartz A.N. Staff development and morale building in nursing homes. *Gerontologist*, 14 (1): 49-53, 1974.
- Scott W.R. *Le organizzazioni*. Bologna, Il Mulino, 1985.
- Smith J.R. Creating an integrated health care delivery system: a regional nonprofit provider case study. *Top Health Care Financ*, 20 (2): 82-88, 1993.
- Spaltro E. *Il check up organizzativo*. Milano, Isedi, 1977.
- Spaltro E. *Pluralità*. Bologna, Patron, 1985.
- Spaltro E. *Complessità*. Bologna, Patron, 1990.
- Spaltro E. *Il buon lavoro. Psicologia del lavoro quotidiano*. Roma, Edizioni Lavoro, 1996.
- Spaltro E., De Vito Piscitelli P. *Psicologia per le organizzazioni, teoria e pratica del comportamento organizzativo*. Roma, Carocci, 2004.
- Tagiuri R. Executive climate. In Tagiuri R., Litwin G. (a cura di). *Organizational climate*. Boston, Harvard University Press, 1968.
- Taormina R.J., Law C.M. Approaches to preventing burnout: the effects of personal stress management and organizational socialization. *Journal of Nursing Management*, 8: 89-99, 2000.
- Tonini M. *Ricerca sul clima organizzativo dell'AUSL di Rimini*. Azienda USL - ASRI - Ufficio Qualità: Rimini, 1998, p. 53.
- Van der Lee-Lucardie E. The relationship job satisfaction and quality improvement. *Tijdschr Ziekenverpl*, 31 (6): 267, 1978.
- Vestal K.W., Fralich R.D., Spreier S.W. Organizational culture: the critical link between strategy and results. *Hosp Health Serv Adm*, 42 (3): 339-365, 1997.
- Vroom V.H. *Work and motivation*. San Francisco CA, Jossey Bass Publ, 1995.
- Wallace M.J. Jr., Ivancevich J.M., Lyon H.L. Measurement modifications for assessing organizational climate in hospitals. *Acad Manage J*, 18 (1): 82-97, 1975.
- Weick K.E. Educational organizational as loosely coupled systems. *Administrative Science Quartely*, 21: 1-19, 1976.
- Weick K.E. *The social psychology of organizing*. New York, Random House, 1979.
- Wienand U., Cinotti R., Prandi F. Il miglioramento continuo nelle Aziende sanitarie. Strumenti ed esperienze nella Regione Emilia-Romagna. Torino, Centro Scientifico Editore, 1999.
- Willmott H. Strength is ignorance; slavery is freedom: managing culture in modern organizations. *Journal of Management Studies*, 30 (4): 515-552, 1993.
- Wonnacott T.H., Wonnacott R.J. *Introduzione alla statistica*. Milano, FrancoAngeli, 1984.

- Woodman R.W., King D.C. Organizational climate: science or folklore? *Academy of Management Review*, 3: 816-826, 1978.
- Zaccuri G. *L'organizzazione invisibile: il caso della prima guerra mondiale*. Milano, Il Sole 24 Ore Libri, 1993.
- Zalesnik A., Christensen C.R., Roethlisberger F.J. *Motivazione, produttività e soddisfazione nel lavoro*. Bologna, Il Mulino, 1964.
- Zammuner V.L. *Interviste e questionari: processi psicologici e qualità dei dati*. Roma, Borla, 1996.
- Zeithaml V.A., Parasuraman A., Berry L.L. *Servire Qualità*. Milano, McGraw Hill Libri, 1991.

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (*)
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)

124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)
125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)

