

**CAPIRE
ED ORGANIZZARE
LA QUALITÀ
IN OSPEDALE**

**Un'indagine in tre strutture
del Friuli-Venezia Giulia**

**a cura di
Dario Gregori, Mauro Delendi,
Andrea Di Lenarda,
Luciano Silvestri,
Pier Giorgio Gabassi**

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a "FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano".

**CAPIRE
ED ORGANIZZARE
LA QUALITÀ
IN OSPEDALE**

**Un'indagine in tre strutture
del Friuli-Venezia Giulia**

**a cura di
Dario Gregori, Mauro Delendi,
Andrea Di Lenarda,
Luciano Silvestri,
Pier Giorgio Gabassi**

FrancoAngeli

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni qui sotto previste. All'Utente è concessa una licenza d'uso dell'opera secondo quanto così specificato:

1. L'Utente è autorizzato a memorizzare l'opera sul proprio pc o altro supporto sempre di propria pertinenza attraverso l'operazione di download. Non è consentito conservare alcuna copia dell'opera (o parti di essa) su network dove potrebbe essere utilizzata da più computer contemporaneamente;
2. L'Utente è autorizzato a fare uso esclusivamente a scopo personale (di studio e di ricerca) e non commerciale di detta copia digitale dell'opera. Non è autorizzato ad effettuare stampe dell'opera (o di parti di essa).
Sono esclusi utilizzi direttamente o indirettamente commerciali dell'opera (o di parti di essa);
3. L'Utente non è autorizzato a trasmettere a terzi (con qualsiasi mezzo incluso fax ed e-mail) la riproduzione digitale o cartacea dell'opera (o parte di essa);
4. è vietata la modificazione, la traduzione, l'adattamento totale o parziale dell'opera e/o il loro utilizzo per l'inclusione in miscellanee, raccolte, o comunque opere derivate.

Indice

Curatori e autori	pag.	9
1. La qualità nella sanità	»	11
1.1. Il <i>Total Quality Management</i> in sanità	»	11
1.2. La qualità organizzativa: il clima	»	16
1.3. La qualità soggettiva: la <i>customer satisfaction</i> e la qualità percepita	»	21
1.4. La qualità relazionale: il burnout	»	24
1.4.1. I sintomi del burnout	»	28
1.4.2. Le cause del burnout	»	30
1.4.3. La prevenzione del burnout	»	33
2. L'indagine sulla qualità in tre strutture sanitarie del Friuli-Venezia Giulia	»	37
2.1. Disegno dell'indagine	»	39
2.2. Popolazione di riferimento	»	40
2.2.1. Dipendenti e utenti	»	40
2.2.2. Reparti e dipartimenti	»	41
2.3. Strumenti di analisi	»	42
2.3.1. I questionari	»	44
2.3.1.1. <i>Maslach Burnout Inventory</i> MBI	»	45
2.3.1.2. <i>Total Quality Test</i> TQT	»	47
2.3.1.3. Il questionario sul clima <i>Spaltro Climate</i>	»	49
2.3.1.4. Il questionario sul rischio	»	52
2.3.1.5. Il service quality SERVQUAL	»	53
2.3.1.6. Il questionario sulle patologie di ruolo	»	55
2.3.1.7. Il questionario sulla privacy	»	56
2.3.2. La combinazione dei questionari	»	57

2.3.2.1. L'indagine nell'ospedale Burlo Garofolo	pag.	57
2.3.2.2. L'indagine nella SC di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste"	»	57
2.3.2.3. L'indagine nell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione di Gorizia	»	58
2.4. Analisi dei dati	»	58
2.4.1. Descrizione dei dati	»	58
2.4.2. Modello multilivello	»	59
2.4.2.1. Case mix	»	60
2.4.3. Grafici polari	»	64
3. L'indagine sulla qualità nell'ospedale Burlo Garofolo	»	67
3.1. Introduzione	»	67
3.2. Disegno dello studio	»	68
3.3. Risultati: analisi descrittiva	»	69
3.3.1. Il campione	»	69
3.3.2. I questionari	»	72
3.4. Risultati: modello multilivello	»	73
3.4.1. Aspetti soft	»	73
3.4.1.1. Qualità del servizio ServQual	»	74
3.4.1.2. Qualità del servizio TQT	»	75
3.4.1.3. Clima organizzativo	»	78
3.4.1.4. Patologie di ruolo	»	82
3.4.1.5. Burnout	»	87
3.5. Risultati: grafici polari	»	90
3.5.1. Reparti e dipartimenti	»	90
3.5.1.1. Nido	»	91
3.5.1.2. Oncoematologia	»	92
3.5.1.3. Pronto soccorso	»	93
3.5.1.4. Cardiologia	»	94
3.5.1.5. Farmacia	»	95
3.5.1.6. CUP	»	96
3.5.1.7. Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia	»	97
3.6. Conclusioni	»	98

4. L'indagine nella SC di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste"	pag.	101
4.1. Introduzione	»	101
4.2. Disegno dello studio	»	102
4.3. Risultati: analisi descrittiva	»	102
4.3.1. Il campione	»	102
4.3.1.1. Dipendenti	»	102
4.3.1.2. Utenti	»	104
4.3.2. I questionari	»	105
4.4. Risultati: modello multilivello	»	110
4.4.1. Aspetti soft	»	110
4.4.1.1. Qualità del servizio	»	111
4.4.1.2. Burnout	»	113
4.4.1.3. Rischio	»	115
4.4.1.4. Privacy	»	116
4.5. Risultati: grafici polari	»	120
4.5.1. Reparti	»	120
4.5.1.1. UTIC	»	120
4.5.1.2. Degenza	»	120
4.5.1.3. Ambulatori/Ecocardiografia	»	122
4.5.1.4. Sala Emodinamica/Elettrofisiologia	»	122
4.6. Conclusioni	»	123
5. L'indagine nella struttura di Anestesia e Rianimazione di Gorizia	»	125
5.1. Introduzione	»	125
5.2. Disegno dello studio	»	126
5.3. Risultati: analisi descrittiva	»	127
5.3.1. Il campione	»	127
5.3.1.1. Dipendenti	»	127
5.3.1.2. Utenti	»	128
5.3.2. I questionari	»	128
5.4. Risultati: modello multilivello	»	131
5.4.1. Aspetti soft	»	131
5.4.1.1. Qualità del servizio	»	131
5.4.1.2. Clima organizzativo	»	133
5.4.1.3. Rischio	»	134

5.4.1.4. Patologie di ruolo	pag.	134
5.4.1.5. Privacy	»	137
5.4.1.6. Burnout	»	138
5.5. Risultati: grafici polari	»	140
5.6. Conclusioni	»	141
Tavole	»	143
Ospedale Burlo Garofolo	»	146
SC di Cardiologia dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti di Trieste”	»	148
Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione di Gorizia	»	149
Bibliografia	»	151

Curatori

Dario Gregori, Unità di Biostatistica ed Epidemiologia, Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità pubblica, Università di Padova.

Mauro Delendi, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste.

Andrea Di Lenarda, SC Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti di Trieste”.

Luciano Silvestri, Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione del Presidio Ospedaliero di Gorizia.

Pier Giorgio Gabassi, Dipartimento di Psicologia, Università di Trieste.

Autori

Daria Beltrame, SC Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti di Trieste”.

Paola Berchialla, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università di Torino.

Miranda Blazic, Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione del Presidio Ospedaliero di Gorizia.

Tiziana Canderlic, SC Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti di Trieste”.

Nicola Delli Quadri, Direttore Generale ASS6 “Pordenonese”.

Cinzia Di Chiara, SC Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti di Trieste”.

Marta Dotti, Dip. di Studi Sociali e Politici, Università di Milano.

Maria Lisa Garzitto, Gruppo PLO, Università di Trieste.

Marco Ghidina, Zeta Research srl, Trieste.

Carlo Pegani, SC Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti di Trieste”.

Giuliana Pitacco, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste.

Patrizia Rozbowsky, Fondazione IRCAB, Udine.

Cecilia Scarinzi, Dip. di Statistica e Matematica Applicata, Università di Torino.

Gianfranco Sinagra, SC Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti di Trieste”.

Silvia Snidero, S&A s.r.l. Torino.

Giulia Zigon, Divisione di Epidemiologia, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

1. La qualità nella sanità

di *Maria Lisa Garzitto e Pier Giorgio Gabassi*

1.1. Il *Total Quality Management* in sanità

La cornice concettuale entro la quale si inserisce questo lavoro è quella della Qualità. Il *Total Quality Management*, ovvero la prospettiva manageriale improntata ai principi della *Qualità totale*, ha origine nell'evoluzione di significato che il concetto stesso di Qualità ha avuto nel corso del '900. Nel contesto industriale meccanico del secolo scorso, quando la parcellizzazione del lavoro e la produzione di massa raggiungono la massima espansione, la Qualità è prevalentemente "assenza di difetti nei prodotti": si partiva dal presupposto che la non-qualità, ovvero la presenza di imperfezioni soprattutto di tipo funzionale, fosse da addebitare agli errori delle persone. La Qualità era quindi intesa in un'accezione prevalentemente sanzionatoria: attraverso i controlli si ispezionava il processo produttivo per individuare gli errori e adottare le misure correttive. Progressivamente però il *focus attenzionale* si è spostato dall'oggetto prodotto al soggetto che lo produce e ancor di più al gruppo o ai gruppi interni all'organizzazione: la Qualità diventa parte integrante della *mission* aziendale, di coloro che sono impiegati e impegnati nell'azione di miglioramento del prodotto o del servizio, ovvero degli specialisti della Qualità.

Il passaggio da uno stato di "dipendenza" psicologica, caratterizzato da qualcuno che fa, organizza, gestisce, a uno stato di partecipazione diffusa di tutti i protagonisti della scena produttiva, è segnato da un altro importante evento della storia della Qualità: l'imporsi della filosofia del miglioramento continuo e della logica dei piccoli passi, importata dal Giappone grazie al successo del modello Toyota. Si afferma quindi una prospettiva che tende all'annullamento ideale di tutti gli errori, attraverso la coesione e la condivisione degli obiettivi, e in particolare, verso il perseguimento della soddi-

sfazione del cliente, fine ultimo facilmente quantificabile in ricadute di quote crescenti di mercato.

Il cliente diventa il soggetto cardine di tutta l'azione organizzativa, anche a livello certificatorio, dove per definire la Qualità si enfatizza proprio l'aspetto relativo alla soddisfazione: la Qualità è la totalità delle proprietà e caratteristiche di un prodotto o servizio che influenzano la capacità di soddisfare le esigenze espresse o implicite del cliente. Di conseguenza il *Total Quality Management*, quale sistema manageriale orientato alla Qualità, diventa il modo di gestire un'organizzazione orientato alla soddisfazione del cliente e alla massima razionalizzazione delle risorse, attraverso il miglioramento continuo dell'efficacia e dell'efficienza della struttura e dei suoi processi. La sua applicazione richiede da un lato un cambiamento culturale interno che porti a una modifica dei rapporti con i dipendenti, i fornitori e i clienti; dall'altro, l'adozione e la diffusione di nuove tecniche di comunicazione, di *problem solving*, di pianificazione. I principi fondamentali richiamati nel *Total Quality Management* sono: l'attenzione al cliente, l'impegno della direzione, il coinvolgimento del personale, la gestione dei processi, il miglioramento continuo, la gestione dei dati e delle informazioni, la capacità di instaurare collaborazioni a lungo termine con i propri *partners*.

Le variabili implicate in questa filosofia gestionale hanno indotto Cameron e Barnett (Cameron K. S. e Barnett C. K. 1996) a identificare il *Total Quality Management* quale sinonimo di *big Q*, Qualità con la Q maiuscola, contrapposta alla *little q*, la qualità con la q minuscola. La prospettiva *big Q* è un modo di intendere la Qualità in senso pieno, olistico, onnicomprensivo, esteso soprattutto alla componente culturale, all'identità organizzativa nel senso più profondo del termine. «Prima di fare bisogna essere qualità. Il fare si basa su conoscenze e abilità specifiche, l'essere sui valori profondamente condivisi e sui giusti atteggiamenti mentali» (D'Egidio F. 1998). Per cultura della Qualità Galgano (Galgano A. 1996) intende il modo con cui si affrontano i problemi e le decisioni, ovvero gli atteggiamenti nei confronti delle varie situazioni aziendali. Al suo interno troviamo: i meccanismi mentali, le logiche manageriali, ma soprattutto la mentalità diffusa, rappresentata da una rivoluzione dei modi di pensare che focalizza l'attenzione sul rispetto delle persone e su una corretta gestione delle risorse umane.

La valorizzazione della risorsa uomo era stata oggetto di studi e di riflessioni fin dagli esperimenti di Mayo (Mayo E. 1945) e del movimento delle *Human Relations*: tale prospettiva viene recuperata eleggendo il fatto-

re umano a leva competitiva di organizzazioni orientate all'efficacia e all'efficienza. In questa prospettiva, più che gli aspetti legati alla certificazione diventano interessanti le variabili psicologiche e organizzative che intervengono a definire la Qualità. Anche semplicemente osservando le norme di Qualità, si possono identificare numerosi concetti di matrice psico-sociale: percezione, atteggiamenti, cambiamento, gruppo, formazione, aspettativa, rappresentazione, soddisfazione, motivazione, comunicazione, sistema, campo, contesto, cultura organizzativa, clima organizzativo, valutazione, leadership, benessere. Tali costrutti vengono citati come essenziali per raggiungere livelli di Qualità eccellenti e proprio i contributi di derivazione "non psicologica" spesso sottolineano l'importanza di monitorare le variabili psicologiche dell'organizzazione, per innescare quel processo virtuoso che rende la qualità ciò che essa vuol essere, cioè fenomeno radicato nella cultura organizzativa.

Risulta pertanto fondamentale conoscere le competenze e gli atteggiamenti delle persone che operano nelle organizzazioni orientate al modello *Total Quality Management*. Numerose osservazioni di senso comune suggeriscono infatti che gli attori organizzativi, *leader* o gregari, hanno percezioni diverse di ciò che invece spesso è ritenuto univoco e certo solo perché *proceduralmente* definito.

Riportando il tema della Qualità in ambito sanitario, ricordiamo che esso ha assunto in Italia una crescente importanza, soprattutto per come è stato richiamato nei provvedimenti legislativi in materia: primo fra tutti il decreto legislativo n. 502 del 30/12/1992 modificato e integrato con il decreto legislativo n. 517 del 07/12/1993 in cui vengono previsti l'obbligo di controllo della Qualità delle prestazioni erogate.

La ridefinizione organizzativa di un Sistema Sanitario Nazionale più orientato all'efficacia e all'efficienza, e ispirato ai principi della Qualità, è diventata un'occasione di evoluzione e innovazione: dall'univoco controllo della qualità esercitato dai medici sulle singole prestazioni sanitarie si è progressivamente passati a una concezione molare di assistenza, più attenta a tutelare gli interessi *in primis* dei cittadini intesi come pazienti e contribuenti, ma anche degli amministratori responsabili della gestione e dell'organizzazione delle risorse e naturalmente di tutta la rete degli operatori sanitari. Gran parte di queste innovazioni sono state mutate dal contesto industriale e imprenditoriale e si sono concretizzate in un risparmio di costi, in una gestione più razionale ed efficiente ma soprattutto nel superamento

della rigidità burocratica e nel miglior uso di regole e procedure che in passato avevano contraddistinto i servizi sanitari e in generale la pubblica amministrazione. Tuttavia, nella pratica non sempre le affermazioni di principio si sono concretizzate con facilità: se da un lato gli operatori sanitari hanno visto aumentare il riconoscimento istituzionale del proprio lavoro, dall'altro sono emerse numerose contraddizioni legate alla difficoltà di realizzazione dei progetti e di coerenza interna dell'intero sistema. Lo stesso principio etico della responsabilità collettiva, ad esempio, è stato continuamente minacciato o reso inoperante dalla scarsità delle risorse attribuite ai servizi territoriali e dalla conflittualità latente tra il mondo professionale e le strutture sanitarie.

Il cambiamento richiesto dalla filosofia gestionale derivata dalla Qualità non si può identificare solo con l'introduzione di nuove tecniche professionali (*Medical e Clinical Audit, Quality Assurance, Linee Guida e Evidence Based Medicine*) e con il miglioramento formale di aspetti organizzativi e gestionali (*Total Quality Management, Certificazione, Accredimento*) ma deve interessare prospettive di più ampia portata che interessano, anche e soprattutto, gli aspetti culturali dell'organizzazione. Infatti almeno due sono le condizioni imprescindibili per una corretta applicazione dei principi della Qualità: che l'utilizzo di metodi e strumenti, quantunque ispirati ai principi di Qualità, non si traduca in una mera applicazione rigida e burocratica degli stessi; che tutti gli attori organizzativi devono essere coinvolti nel cambiamento.

Per questo, il percorso di riorganizzazione, normato e auspicato dal legislatore, deve essere soprattutto sostanziale, oltre che formale: esso inizia da una considerazione puntuale e attenta di tutte le variabili che intervengono sul funzionamento dell'organizzazione, comprese quelle soggettive e socio-relazionali, attraverso il potenziamento delle innovazioni raggiunte, nell'ottica del continuo miglioramento. Se in alcuni casi sono stati conseguiti alcuni risultati positivi in termini di miglior impiego delle risorse, non sempre tali risultati sono emersi subito all'evidenza in termini di maggior efficienza e qualità del servizio. Non bisogna dimenticare che le aziende sanitarie presentano caratteristiche peculiari rispetto alle altre organizzazioni, almeno per quanto riguarda: il tipo di prestazione offerta, l'eterogeneità dei bisogni dell'utenza, la compresenza di servizi facilmente standardizzabili e altri non standardizzabili e infine la presenza di linee decisionali (clinica, logistica e gestionale) che possono entrare in conflitto. Inoltre, il cam-

biamento culturale preteso dai principi della Qualità richiede grossi investimenti di risorse fisiche ma soprattutto psichiche: l'ottimizzazione dell'offerta dei servizi non può infatti fare a meno di un progressivo cambiamento di prospettiva a partire dall'obiettivo primario, che deve essere il cittadino. Egli, nel rapporto con il Sistema Sanitario, può trovarsi in una di queste condizioni: *utente*, cioè soggetto vincolato nella fruizione dall'oggettività dell'offerta o da elementi istituzionali e normativi; *paziente*, cioè soggetto passivo destinatario di cure; *cliente*, cioè soggetto libero nella scelta della fruizione e partecipante al progetto di cura.

La ridefinizione del ruolo del cittadino da *utente-paziente* a quella di *cliente* rappresenta il passaggio chiave per la nuova organizzazione dei servizi sanitari *customer oriented*: l'impegno a migliorare le strutture sanitarie dal punto di vista oggettivo per l'ottenimento della certificazione di Qualità risulta inefficace se non riferita alla soddisfazione del cliente, ovvero se non produce un cambiamento nella qualità percepita. È in base a quest'ultima che il cliente si rivolge alla struttura che gli può offrire il servizio migliore, il servizio cioè che meglio corrisponde alle sue aspettative.

La qualità percepita rappresenta per l'azienda sanitaria l'elemento di confronto per riconoscere e applicare le correzioni di metodo, di procedura, di comunicazione, di relazione che concorrono a migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema. La qualità percepita è anche uno strumento di valutazione per gli stessi operatori sanitari, a loro volta clienti interni dell'organizzazione: essi costituiscono una componente fondamentale della Qualità e devono essere in grado di gestire il professionalmente servizio assieme agli altri operatori, costruendo un rapporto privilegiato con il cliente esterno. La Qualità coinvolge dunque numerose categorie di attori e caratterizza ogni componente professionale e operativa impegnata attivamente nell'erogazione del servizio. Lo stesso cliente esterno non è solo fruitore ma diventa co-produttore del servizio stesso.

Possiamo sinteticamente declinare la Qualità in tre dimensioni:

- 1) qualità organizzativa: dipende dal benessere organizzativo, si valuta in termini di efficacia ed efficienza;
- 2) qualità soggettiva: dipende dalla qualità percepita, si valuta nella soddisfazione del cliente;
- 3) qualità relazionale: dipende dalla qualità della domanda, si valuta nella qualità della risposta.

La prima osservazione che la distinzione in queste tre dimensioni ci consente di fare è che il ruolo svolto nei processi di Qualità dall'elemento umano è di fondamentale importanza: contano i comportamenti, contano le relazioni interpersonali, contano le dimensioni soggettive e intersoggettive che "fanno la differenza" o potremmo dire che fanno "cambiamento". Infatti, in un contesto come quello attuale che muta rapidamente, anche il modo di stare e di lavorare nelle organizzazioni deve adeguarsi, pena l'insuccesso organizzativo o, nella peggiore delle ipotesi l'insorgere di disagi e di malessere.

Le organizzazioni sanitarie, macro-soggetto di questo lavoro, non sono esenti da questi cambiamenti: la tutela delle risorse umane si articola in promozione di abilità tecnico-professionali (sapere e saper fare), di abilità relazionali (saper essere e saper sentire), di abilità organizzative (saper far fare).

La prima dimensione che approfondiamo è quella della qualità organizzativa e, in particolare, ci occuperemo del clima organizzativo, quale costrutto fondamentale del benessere organizzativo.

La seconda dimensione è invece quella della qualità soggettiva che in questo lavoro verrà declinata nella qualità percepita e nella *customer satisfaction*.

Infine, ci occuperemo della dimensione relazionale della Qualità e in particolare del suo aspetto patologico, il burnout, che nelle *helping profession*, è la più seria minaccia delle "relazioni di qualità".

1.2. La qualità organizzativa: il clima

Il termine *clima organizzativo* richiama il clima meteorologico per l'evidente analogia con l'insieme dei fenomeni atmosferici che interessano specifiche località o regioni, e gli stati d'animo, le sensazioni, le relazioni intersoggettive all'interno dei gruppi e delle organizzazioni.

Il costrutto, che trova origine dall'*atmosfera psicologica* teorizzata per la prima volta da Lewin, Lippit e White (Lewin K., Lippit R. e White R. K. 1939) ha conosciuto nel tempo approfondimenti e sfumature di significato a volte molto diversi e complessi. La ricerca, senz'altro una delle più rappresentative della storia della psicologia, affrontava il tema della leadership e dei suoi effetti sulle condizioni di vita e di funzionamento dei gruppi: nello creare quelle situazioni sperimentali che permettessero un'indagine appro-

fondita delle dinamiche di gruppo, Lewin e collaboratori (Lewin K., Lippit R. e White R. K. 1939) evidenziarono il ruolo del *social climate* nell'influenzare il comportamento dei soggetti.

Più che richiamare una definizione univoca di clima si preferisce oggi evidenziare quali sono stati gli approcci teorici più rilevanti così come sono stati sistematizzati da Moran e Volkwein (Moran E. T. e Volkwein J. F. 1992) e recentemente ripresi da Marocci e Pozzi (Marocci G. e Pozzi E. 2003). Gli orientamenti evidenziati sono quattro: approccio strutturale, approccio percettivo, approccio interattivo e approccio culturale. Prendendo come riferimento la nota formula lewiniana $C=f(A,P)$, dove C è il comportamento funzione di A (ambiente) e P (persona) potremmo dire, che gli orientamenti sopra elencati differiscono per il maggior peso dato all'una o l'altra componente.

Così l'approccio strutturale, che troviamo prevalentemente negli studi compiuti negli anni '60 da Forehand e Gilmer (Forehand G. A. e Gilmer B. H. 1964) e Litwin e Stringer (Litwin H. L. e Stringer R. 1968), dà maggiore importanza all'ambiente (A), vale a dire agli aspetti oggettivi come la struttura, la dimensione, gli stili di direzione, il disegno formale. Il clima nella prospettiva strutturale è una manifestazione della struttura organizzativa, ovvero un insieme di caratteristiche che descrivono un'organizzazione, che la distinguono dalle altre organizzazioni, che sono relativamente durevoli nel tempo e influenzano il comportamento degli individui (Forehand G. A. e Gilmer B. H. 1964). Il clima esiste quindi indipendentemente dalle persone (P) che invece lo apprendono e lo percepiscono all'interno di una stessa struttura organizzativa.

L'approccio percettivo, all'opposto, pone in evidenza la proprietà del clima organizzativo di riflettere le descrizioni che i membri fanno delle politiche, delle pratiche e delle condizioni esistenti nell'ambiente di lavoro. Il clima è una percezione individuale degli eventi organizzativi ritenuti significativi per l'organizzazione nel suo complesso e per il proprio stare nell'organizzazione. In questa prospettiva potremmo dire che il clima è un fatto soggettivo, cioè è "nella mente degli individui", a differenza dell'approccio strutturale, per il quale il clima è un fatto oggettivo dipendente appunto dalla struttura.

La distinzione tra i due approcci si concretizza nella distinzione tra *clima psicologico* e *clima organizzativo* che secondo James e Jones (James L. R. e Jones A. P. 1974) si può così riassumere: «il clima organizzativo si ri-

ferisce ad attributi organizzativi e ai loro effetti principali, o stimoli, mentre il clima psicologico si riferisce ad attributi individuali, chiamati processi psicologici intervenienti, per mezzo dei quali l'individuo trasforma l'interazione tra attributi organizzativi percepiti e caratteristiche individuali in una serie di attese, atteggiamenti, comportamenti» (p. 110). Per Gavin e Howe (Gavin J. F. e Howe J. B. 1975) il clima psicologico influenza sia bisogni e motivazioni degli individui, sia comportamenti organizzativi quali *turn-over*, assenteismo, qualità del lavoro. Inoltre, il clima psicologico contribuisce, assieme alla personalità individuale, alla creazione del *clima ideale*: esso rappresenta le aspettative dei soggetti circa un modello di organizzazione ottimale a cui tendere.

Nel terzo approccio citato, quello interazionista, clima e struttura non sono contrapposte ma integrate: «... la *realtà strutturale* può dar vita a una *realtà percettiva* e a significati che si manifestano come clima e che variano da organizzazione a organizzazione» (D'Amato A. e Majer V. 2001, p. 274); questo approccio è quindi di sintesi rispetto agli altri due poiché spiega il clima organizzativo come il prodotto dell'interazione delle persone in risposta a un contesto specifico (Joyce W. F. e Slocum J. W. 1982; Poole M. S. e McPhee R. D. 1983; Schneider B. e Reichers A. E. 1983).

L'approccio culturale allo studio del clima organizzativo si basa sull'equivoco generato dalla confusione di due costrutti apparentemente simili: quello di cultura organizzativa e, appunto, quello di clima. Certamente una sovrapposizione tra i due concetti esiste, e si manifesta soprattutto a livello degli atteggiamenti e dei valori, cioè nelle dimensioni visibili del comportamento, ma la cultura rispetto al clima agisce anche a livello degli assunti di base (Moran E. T. e Volkwein J. F. 1992). In effetti, l'origine comune di climi e culture, che li vede entrambi prodotto dell'interazione tra i membri di un gruppo, non esclude il rapporto di relazione che Ashforth (Ashforth B. E. 1985) ha sottolineato e che interpreta il clima quale riflesso della cultura organizzativa: gli atteggiamenti mentali che stanno alla base del clima dipendono anche dagli assunti culturali che si manifestano attraverso valori e artefatti. È opinione diffusa che il clima organizzativo sia un aspetto delle organizzazioni meno stabile della cultura e quindi appare transitorio e suscettibile di variare a ogni contingenza; la cultura al contrario essendo più radicata, è anche più difficile da modificare. Moran e Volkwein (Moran E. T. e Volkwein J. F. 1992) sostengono che il clima ha

il compito di spiegare come i gruppi interpretano e costruiscono la realtà attraverso una cultura organizzativa.

Questi orientamenti così diversi hanno a loro volta generato definizioni diverse di clima organizzativo: infatti, come sostiene Quaglino (Quaglino G. P. 1999), si passa da quelle più generali, che vedono nel clima “una percezione del carattere o degli attributi essenziali di un sistema organizzativo” (Evan W. M. 1968), a quelle più centrate su una concezione di clima inteso come “valutazione della qualità delle relazioni interne” (Quaglino G. P., Cortese C. e Ronco P. 1995).

Più accordo sembra esserci invece su almeno due proprietà fondamentali del clima organizzativo: la sua multidimensionalità prodotta di più cause e in grado di produrre diversi effetti, e il suo essere una realtà fenomenica, cioè sperimentabile e tangibile (Quaglino G. P. e Mander M. 1987). Il clima consente quindi di studiare la dimensione soggettiva delle organizzazioni, che non esclude la dimensione oggettiva, ma si integra con essa: il clima, infatti, non è un effetto dell’organizzazione, bensì ne è parte integrante e, in quanto tale, contribuisce alla sua efficienza (Spaltro E. 1984).

Il clima organizzativo ha trovato certamente terreno fertile nella prospettiva sistemica dell’organizzazione, che la considera un sistema aperto in cui si sviluppavano i comportamenti individuali e di gruppo in interazione con l’ambiente esterno (Spaltro E. e de Vito Piscicelli P. 1990). La teoria sistemica permette di affrontare la tematica della pluralità di climi: esistono infatti diversi climi identificabili attraverso i gruppi di persone che condividono le stesse percezioni nella medesima organizzazione. La prospettiva sistemica inoltre riconosce al clima una proprietà estremamente importante: la sua molarità, vale a dire l’essere qualcosa di più della semplice somma di alcune parti. Schneider (Schneider B. 1975) nel riconoscere al clima una valenza percettivo-cognitiva, afferma: «le percezioni di clima sono descrizioni molarmente psicologicamente significative che le persone accettano come caratteristiche delle pratiche e delle procedure di un sistema» (p. 474).

Quali sono le microvariabili che intervengono nel costrutto di clima organizzativo e che, come tali, sono in grado di determinare il comportamento degli individui che lavorano nelle organizzazioni? Forehand e Gilmer (Forehand G. A. e Gilmer B. H. 1964) ne individuano cinque: la dimensione del gruppo di lavoro, la struttura dell’autorità e delle relazioni tra gruppi e tra persone, lo stile di leadership, il numero delle componenti del sistema organizzativo e della natura delle interazioni, la direzione della meta e degli