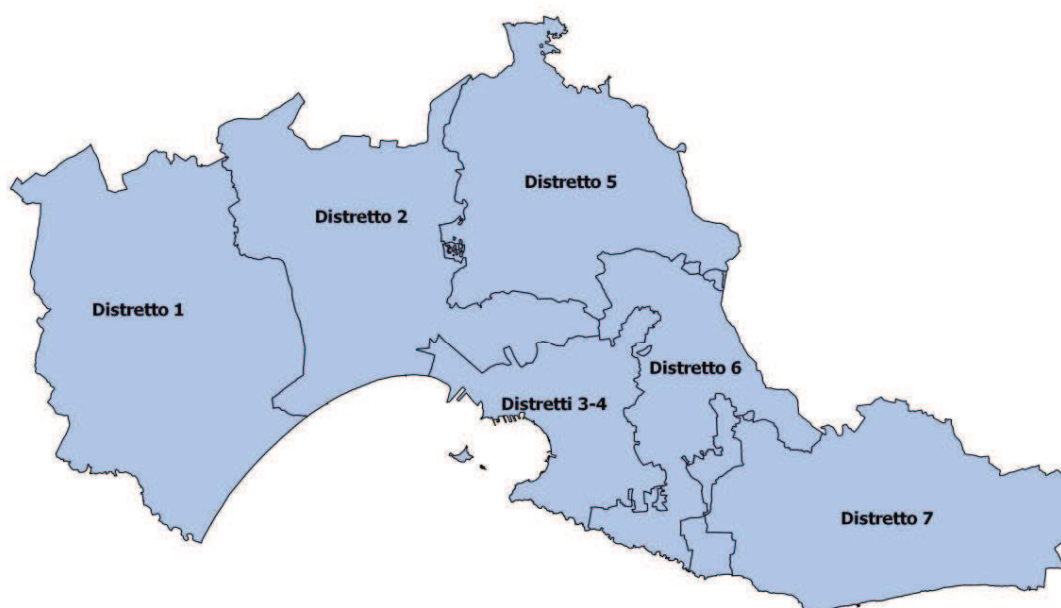


Benessere Organizzativo ASL Taranto



*A cura del Gruppo Benessere Organizzativo ASL TA
Indagine condotta dal 12/2012 al 02/2013*

Indagine sul Benessere Organizzativo

RAPPORTO/REPORT

INTRODUZIONE

MATERIALI E METODI

IL QUESTIONARIO SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO “MAGELLANO”

I FATTORI DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO

PERCEZIONE DELLO STRESS E GESTIONE DELLA CONFLITTUALITÀ

APERTURA ALL'INNOVAZIONE

COMFORT AMBIENTALE E SICUREZZA LAVORATIVA

RIFLESSIONI RIASSUNTIVE



AZIENDA UNITÀ SANITARIA
LOCALE TA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PUGLIA

74121 TARANTO,
VIALE VIRGILIO, 31
TEL. 099/7786111
C.F. – P.I. 02026690731



COMITATO UNICO DI GARANZIA

Promotore dell'iniziativa



Organizzazione e coordinamento

L'indagine sul Benessere Organizzativo è un'iniziativa avviata nel dicembre 2012 dalla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto su proposta del Comitato Unico di Garanzia, al fine di favorire una maggiore conoscenza delle dinamiche e dei processi interni per i quali sia opportuno progettare specifici interventi formativi o puntuali modifiche strutturali.

L'indagine condotta si inserisce nell'ambito del "Progetto Magellano" elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica in collaborazione con la Cattedra di Psicologia del Lavoro dell'Università "La Sapienza" di Roma; ha rappresentato una preziosa occasione per fare il punto circa i molteplici aspetti che costituiscono la vita della nostra organizzazione, per individuare e misurare, in modo attendibile e scientificamente corretto, criticità, punti di forza, aree di debolezza meritevoli di approfondimenti conoscitivi.

L'indagine è stata condotta dalla S.C. di Statistica ed Epidemiologia dell'ASL di Taranto, diretta dal Dott. Sante Minerba. Il gruppo di lavoro interno che ha curato la realizzazione del presente documento è costituito da (in ordine alfabetico):

Vincenza Ariano

Dirigente Medico Tossicologia Medica, Responsabile Struttura Semplice Coordinamento SerT Territoriali Asl TA, Direttore ff Dipartimento Dipendenze Patologiche

Battista Baccaro

Presidente Comitato Unico di Garanzia, Posizione Organizzativa SET 118

Emanuele De Fazio

Coordinatore gruppo di lavoro, Dirigente Medico S.C. Statistica ed Epidemiologia, Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Salvatore De Fazio

Dirigente Medico SerT ASL BR, Dottore di Ricerca in Scienze Neurologiche e Riabilitative

Giuseppina Di Cesare

Sociologa Distretto Socio-Sanitario n. 5

Anna Paola Lacatena

Dirigente Sociologa Dipartimento Dipendenze Patologiche

Simona Leogrande

Dott.ssa in Matematica, S.C. Statistica ed Epidemiologia

Antonella Matichecchia

Dott.ssa in Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, tirocinante U.O.D. Formazione – D.R.U.A.G.

Maria Nacci

Coordinatore del Dipartimento di Salute Mentale, Direttore Medico S.P.D.C. e Direttore ff. C.S.M. Taranto

Donato Salfi

Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Responsabile U.O.D. Formazione – D.R.U.A.G.

Egidio Solito

Dirigente Medico Servizio Prevenzione e Protezione

Per le attività di impulso, promozione, campagna di sensibilizzazione e comunicazione stampa si ringrazia:

Monica Golino Collaboratore Amministrativo, Struttura Comunicazione ed Informazione Istituzionale

Le attività di raccolta, data entry dei questionari e l'impaginazione grafica del presente testo sono state curate da:

Claudia Caforio

Assistente Amministrativo, Direzione Generale

Barbara Caliendo

Assistente Amministrativo S.C. Statistica ed Epidemiologia

Indice

Introduzione.....	Pag.	
▪ Progetto Magellano e Azienda Sanitaria Locale di Taranto.....	»	5
▪ Il personale dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto.....	»	13
Capitolo 1. Materiali e metodi	Pag.	15
Capitolo 2. Il questionario sul Benessere Organizzativo “Magellano”..	Pag.	
2.1. I determinanti della salute.....	»	21
2.2. Progetto “Magellano” – Analisi descrittiva del dato anagrafico.....	»	28
2.3. Trascurabili suggerimenti finali.....	»	35
Capitolo 3. I fattori del benessere organizzativo.....	Pag.	
3.1. Poche riflessioni sul Benessere Organizzativo.....	»	39
3.2. Analisi dei principali aspetti organizzativi.....		
3.2.1. Richiesta lavorativa.....	»	41
3.2.2. Efficienza organizzativa.....	»	45
3.3. Equità organizzativa: fattore trasversale alle tre macro aree.....	»	49
3.4. Correlazioni tra variabili.....	»	52
3.5. Conclusioni.....	»	56
Capitolo 4. Percezione dello stress e gestione della conflittualità.....	Pag.	
4.1. Percezione dello stress.....		
4.1.1. La condizione di stress.....	»	60
4.1.2. I determinanti dello stress nel luogo di lavoro.....	»	61
4.1.3. Risultati della percezione dello stress.....	»	63
4.2. Gestione della conflittualità.....		
4.2.1. I determinanti della gestione della conflittualità.....	»	72
4.3. Conclusioni.....	»	78
Capitolo 5. Apertura all'innovazione.....	Pag.	
5.1. Introduzione.....	»	80
5.2. Profilo generale dell'apertura dell'innovazione.....	»	81
5.3. Differenze tra i sessi.....	»	82
5.4. Distinzione per fasce d'età.....	»	83
5.5. Distinzione per tipologie di contratto di lavoro.....	»	83
5.6. Apertura all'innovazione per dirigenti.....	»	85
5.7. Apertura all'innovazione per struttura di appartenenza.....	»	85
5.8. Conclusioni.....	»	86

Indice

Capitolo 6. Comfort ambientale e sicurezza lavorativa.....	Pag.
6.1. Comfort ambientale.....	
6.1.1. Premesse introduttive.....	» 90
6.1.2. Temperatura.....	» 91
6.1.3. Illuminazione.....	» 92
6.1.4. Suono-rumore.....	» 93
6.1.5. Analisi dei risultati.....	» 94
6.2. Sicurezza lavorativa.....	
6.2.1. Premesse introduttive.....	» 100
6.2.2. Analisi dei risultati.....	» 100
Appendice A.....	Pag.
▪ Riflessioni riassuntive.....	» 108
▪ Impressioni di gruppo.....	» 112
Appendice B - Questionario sul Benessere Organizzativo.....	Pag. 113

INTRODUZIONE

di Anna Paola Lacatena ¹

Progetto Magellano e Azienda Sanitaria Locale di Taranto

Rilevato che nella ASL di Taranto non era mai stata effettuata alcuna indagine sul clima organizzativo, il Comitato Unico di Garanzia (CUG) ha ritenuto utile suggerire alla Direzione Aziendale l'avvio di una specifica indagine conoscitiva.

La Direzione Generale ha così aderito al **"Progetto Magellano"**, cui hanno garantito il proprio supporto l'Ufficio Stampa e l'Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia della stessa Azienda Sanitaria Locale.

Evidentemente l'iniziativa ha inteso rappresentare un'occasione per fare il punto circa i molteplici aspetti che costituiscono la vita della nostra organizzazione. Si è trattato, dunque, di provare a individuare e misurare, in modo attendibile e scientifico taluni aspetti quali le criticità, i punti di forza e le aree di debolezza, il tutto per favorire successivi approfondimenti conoscitivi relativamente alle dinamiche e ai processi interni a cui far corrispondere interventi formativi di aggiornamento e di lavoro sulle equipe e sui singoli luoghi di lavoro all'interno dell'Azienda, orientati alle esigenze concrete dei lavoratori.

Il **Questionario sul Benessere** del "Progetto Magellano" non è da intendersi quale strumento per avviare rivendicazioni su questioni che invece possono e devono trovare altrove la loro giusta accoglienza, né un modo indiretto per istruire processi contro persone o Aree aziendali.

In estrema sintesi, non dovrebbe essere inteso come uno strumento per ritorsioni o sterili polemiche. Si tratta, altresì, di uno strumento conoscitivo, mirato a rappresentare un'occasione per fare il punto circa i molteplici aspetti che costituiscono la vita della ASL TA.

Il "Progetto Magellano", elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica ha contato nel tempo l'adesione di oltre 300 Amministrazioni Pubbliche e 52.000 dipendenti. Specificatamente per la ASL di Taranto è stato individuato, con collaborazione del CUG, quale strumento idoneo e scientificamente attendibile.

Il benessere organizzativo è stato definito da Francesco Avallone e Mauro Bonaretti nel 2003 come l'insieme dei nuclei culturali, dei processi, delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro in stretta relazione con la qualità della vita e il grado di benessere fisiologico, psicologico e sociale delle comunità lavorative.

Lo stesso è da leggersi quale capacità di un'organizzazione di crescere e svilupparsi, promuovendo un adeguato benessere psico-fisico dei dipendenti ed alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi lavora.

Le organizzazioni sanitarie stanno attraversando anni di rapidi e continui mutamenti da affrontare per riqualificare l'assistenza. Significa in buona parte far leva sulla competenza delle persone, che contribuiscono alla sua realizzazione, in uno stretto legame di co-produzione, prestando attenzione ai bisogni e alle percezioni delle persone che vivono all'interno delle organizzazioni.

¹ Dirigente Sociologo Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA

Introduzione

Già nel 2004 (Gazzetta Ufficiale n.80 del 05 aprile 2004), il Dipartimento della Funzione Pubblica, emanando la “Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulle misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni”, ha chiesto ai vari enti pubblici di adottare provvedimenti finalizzati ad incentivare il benessere organizzativo dei propri dipendenti, tenendo in considerazione la sfera motivazionale del lavoratore.

Successivamente, il Decreto Legislativo 81/2008 ha rimarcato la necessità di avere una visione chiara e dettagliata della situazione esistente per poter progettare un piano d’azione ottimale, con l’obiettivo di realizzare una politica di prevenzione efficace e condivisa.

Parlare di benessere organizzativo, dunque, significa considerare l’efficienza e la qualità dei servizi oltre che la tutela e la salute dei lavoratori.

Per Rosen, come si evince dalla ricerca “A human resource approach” del 1986, *stare bene al lavoro* determina benessere psico-fisico oltre che strettamente organizzativo.

Attraverso l’indagine si è ipotizzato, dunque, di offrire una prima occasione per l’Azienda, finalizzata a individuare e misurare, in modo attendibile e scientificamente corretto:

- criticità;
- punti di forza;
- aree di debolezza meritevoli di successivi approfondimenti conoscitivi;
- conoscenza di dinamiche e processi interni per i quali sia opportuno progettare specifici interventi formativi o puntuali modifiche strutturali;
- consapevolezza dei molteplici aspetti che costituiscono la vita della nostra organizzazione, soprattutto in termini di problematicità, al fine di progettare e programmare interventi finalizzati.

Una indagine sul benessere organizzativo è inoltre un importante strumento di *management*, un indicatore dello “stato di salute” dell’organizzazione.

Dai dati a tutt’oggi immessi nel sistema di rilevazione del Progetto Magellano, le aree critiche emerse riguardano:

- equità organizzativa;
- percezione stress;
- richiesta lavorativa;
- apertura all’innovazione.

In estrema sintesi, la dimensione “equità” ha esplorato l’area della percezione della giustizia e della correttezza del trattamento che l’organizzazione riserva alle persone in relazione ai rispettivi comportamenti ed apporti lavorativi.

Sono stati in tal modo analizzati quattro indicatori:

- trattamento dei dipendenti;
- possibilità di carriera;
- criteri di valutazione;
- incentivi.

La dimensione “stress” ha analizzato l’area relativa ai vissuti inerenti il peso psicologico delle attività lavorative, con i seguenti quattro indicatori:

- vissuti legati alla fatica;
- senso di non possedere la preparazione o le capacità necessarie;
- livello di stress percepito;
- sentirsi assorbiti completamente dal lavoro.

La dimensione “compiti lavorativi” ha orientato l’attenzione verso l’area relativa alle componenti della prestazione lavorativa che generalmente si ha motivo di ritenere meno desiderabili.

Sono stati in tal modo presi in considerazione come indicatori:

- fatica fisica;
- fatica mentale;
- eccessivo carico di lavoro;
- monotonia;
- eccessivo coinvolgimento emotivo;
- isolamento, la sovraesposizione al pubblico;
- diretta responsabilità dei risultati;
- rigidità delle procedure.

La dimensione “propensione all’innovazione” ha esplorato l’area relativa alla capacità di innovazione dell’organizzazione ed alla sua apertura al cambiamento con nove indicatori:

- innovazione tecnologica;
- miglioramento dei processi;
- *benchmarking*;
- apprendimento organizzativo;
- orientamento al cliente;
- professionalità innovative;
- competenze innovative;
- reti interorganizzative;
- innovazione organizzativa.

La percentuale di adesioni dei dipendenti all’iniziativa ha fatto registrare un risultato rilevante, quantitativamente pari al 46,7% degli addetti, con un numero di questionari restituiti che ha posto la ASL di Taranto al primo posto tra le 300 Amministrazioni che hanno aderito al “Progetto Magellano” in tutta Italia.

Introduzione

Figura 1: Azienda Sanitaria Locale e Provincia di Taranto



La provincia di Taranto, si estende per una superficie pari a 2.436,67 km².

Il territorio si presenta per la maggior parte pianeggiante con un'area di circa 1342,29 km², mentre per la restante parte collinare con 1.049,28 km².

Il comune con la maggiore estensione territoriale è Martina Franca che ha una superficie di 295,42 km², seguita da Castellana (239,84 km²), Mottola (212,33 km²), Ginosa (187,06 km²) e Manduria (178,33 km²). Il capoluogo jonico comprendeva fino al 1993 la frazione di Statte, registrando una superficie pari a 310,20 km², risultando la più elevata della provincia. Attualmente, con il distacco di Statte, divenuto centro autonomo, la sua superficie si attesta sui 217,50 km².

La costituzione della Provincia di Taranto è relativamente giovane risale, infatti, al 1923, anno in cui avvenne il distacco dalla provincia di Lecce. Questa separazione fu una sorta di tappa politicamente obbligata data la crescente importanza che la città di Taranto andava acquisendo in ragione della presenza di attività ed istituzioni in grado di qualificare il territorio (l'Alto Comando dello Ionio, l'Arsenale, il Dipartimento Marittimo ed i Cantieri Navali).

Come risulta dal primo censimento (1861) la distribuzione della popolazione nel territorio provinciale, eccezion fatta per Taranto (caratterizzato da un'economia marittima), era abbastanza omogenea a causa della dipendenza del territorio dall'economia agraria.

Centri rilevanti erano Castellana e Massafra (circa 9.000 abitanti), Taranto (26.163 abitanti), Martina Franca, Grottaglie e Manduria. Nessun centro tuttavia superava i 30.000 abitanti.

Fra il 1861 ed il 1921 la popolazione della città di Taranto è passata dalle 26.163 alle 104.379 unità. Tale crescita è da riportare alla presenza militare e soprattutto dell'Arsenale e dei Cantieri Navali.

Fra il 1921 ed il 1971 la città di Taranto ha subito un ulteriore incremento, con una variazione percentuale degli abitanti del 117,8%.

Fra il 1981 ed il 1991 la città ha evidenziato una decrescita della popolazione in parte da attribuire alla trasformazione di Statte da quartiere di Taranto in paese autonomo; nel decennio 1991 - 2001 la popolazione ha continuato a decrescere con una perdita di circa 16.000 abitanti (tasso di decrescita del 7,8%).

Il capoluogo ionico possiede comunque una popolazione quasi doppia rispetto agli altri centri: ciò è legato ad una serie di fattori fra cui l'esistenza di un'attività *city forming* molto importante qual è l'ILVA di Taranto (ex ITALSIDER).

Attualmente il polo di Taranto, attrattivo per anni per la sua funzione industriale, mostra una significativa fase ascendente, testimonianza del processo di decadenza del suo ruolo economico e del conseguente cambiamento della struttura sociale del territorio.

Nel 1974 si è assistito al raddoppio del quarto centro siderurgico dell'allora ITALSIDER e nel 1980 hanno preso a registrarsi i prodromi della crisi e dei primi licenziamenti.

E' possibile evincere inoltre che, mentre prima del 1985 la città di Taranto è stata trainante rispetto alla sua provincia in virtù del suo ruolo di polo industriale, dopo, a causa della congiuntura internazionale sfavorevole dell'industria dell'acciaio, ha assunto al contrario un ruolo di dipendenza.

I saldi migratori negativi della popolazione provinciale degli ultimi anni ne sono testimonianza diretta.

A tutto ciò va aggiunto il ritorno ai paesi di origine dei pensionati e la ricerca di lavoro fuori provincia da parte dei giovani. Dai flussi verso la città degli anni '70 si assiste ora ad una vera e propria inversione.

Non è possibile, poi, non tener conto di quanto la vocazione industriale degli ultimi decenni ha imposto importanti modifiche alle abitudini di vita e all'organizzazione sociale (oltre che familiare).

A conferma del processo di urbanizzazione attuatosi negli anni 60-70, è possibile leggere il dato, relativo alla costruzione di nuovi fabbricati, che a Taranto crescendo dal 1919 ha raggiunto il valore massimo nel periodo di tempo compreso fra il 1961 ed il 1971 (per poi decrescere successivamente), mentre negli altri centri della provincia esso ha raggiunto il valore massimo nel periodo 1972-1981.

Introduzione

L'intera provincia di Taranto registra ad oggi 29 comuni. I relativi dati sono aggiornati al censimento 2011 - Istat del 4/2012 (Densità per km²: 238, Superficie: 2.436,67 km²)

Tabella 1: I Comuni della Provincia di Taranto

Stemma	Città	Popolazione (ab)	Superficie (km ²)	Densità (ab/km ²)
	Avetrana	7.037	73,23	96,6
	Carosino	6.839	10,80	627,4
	Castellaneta	17.144	239,41	71,6
	Crispiano	13.668	111,81	122,2
	Faggiano	3.561	20,91	168
	Fragagnano	5.417	22,04	245,8
	Ginosa	22.802	187,04	121,9
	Grottaglie	32.444	101,63	319,23
	Laterza	15.282	159,39	95,8
	Leporano	7.861	15,03	523
	Lizzano	10.282	46,21	222,5
	Manduria	30.990	178,06	174,0
	Martina Franca	49.780	295,49	168,5
	Maruggio	5.514	48,33	114,1
	Massafra	32.448	125,62	258,3
	Monteiasi	5.522	9,71	568,7

	Montemesola	4.156	16,20	256,5
	Monteparano	2.414	3,74	645,4
	Mottola	16.333	212,28	76,9
	Palagianello	7.871	43,19	179,3
	Palagiano	16.064	68,94	233
	Pulsano	11.095	18,77	586,1
	Roccaforzata	1.846	5,72	322,7
	San Giorgio Jonico	15.992	23,19	689,6
	San Marzano di S. Giuseppe	9.284	19,03	487,9
	Sava	16.776	43,98	381,4
	Statte	14.494	92,70	156,3
	Taranto	195.882	209,64	934,3
	Torricella	4.216	26,62	158,4
	TOTALE	580.028	2.428,71	239

L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto è nata nel febbraio 1995 con il compito di rispondere ai bisogni sanitari e sociali della popolazione del capoluogo e della provincia. In attuazione dei Decreti Legislativi 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, l'Azienda si articola in:

- Direzione ed Uffici Centrali;
- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento Dipendenze Patologiche;
- Dipartimento Salute Mentale;
- Servizio Aziendale di Riabilitazione;
- Presidio Pneumologico;
- Presidi Ospedalieri;
- Distretti Socio Sanitari.

Introduzione

Tabella 2: Elenco Distretti Socio Sanitari ASL TA

Distretti	Comuni Afferenti
Dss Ta 01 - Ginosa	Castellaneta - Ginosa - Laterza - Palagianello -
Dss Ta 02 - Massafra	Massafra - Mottola - Palagiano - Statte -
Dss Ta 03 - Taranto	Taranto - Quart. Isola Porta Napoli - Taranto - Quart. Paolo Vi - Taranto - Quart. Solito - Corvisea - Taranto - Quart. Tamburi - Croce - Taranto - Quart. Tre Carrare Battisti -
Dss Ta 04 - Taranto	Taranto - Quart. Borgo - Taranto - Quart. Carelli - Taranto - Quart. Italia Montegranaro - Taranto - Quart. Lama - Taranto - Quart. Salinella - Taranto - Quart. San Donato - Taranto - Quart. San Vito - Taranto - Talsano -
Dss Ta 05 - Martina Franca	Crispiano - Martina Franca -
Dss Ta 06 - Grottaglie	Carosino - Faggiano - Grottaglie - Leporano - Monteiasi - Montemesola - Monteparano - Pulsano - Roccaforzata - San Giorgio Ionico - San Marzano Di San Giuseppe -
Dss Ta 07 - Manduria	Avetrana - Fragagnano - Lizzano - Manduria - Maruggio - Sava - Torricella -

La sede legale dell'Azienda è fissata a Taranto in Viale Virgilio 31.

Il personale dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto

Il personale complessivo di ruolo dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto al 31 dicembre 2012 è di 4.394 unità, di cui 2.680 donne (61%) e 1.714 uomini (39%) (Tabella 3).

Tabella 3: Dipendenti ASL TA al 31/12/2012

DIPENDENTI ASL TA AL 31/12/2012	TOT	%
DONNE	2.680	60,99
UOMINI	1.714	39,01
TOTALE	4.394	100,00

La distribuzione per ruolo evidenzia la netta predominanza di quello "sanitario", seguito dal "tecnico" che precede di poche unità quello "amministrativo" (Tabella 4).

Tabella 4: Distribuzione dei dipendenti ASL TA per Ruolo

RUOLO	F	M	TOT
COLL. ASS. VARI (VETERINARI)		1	1
RUOLO AMMINISTRATIVO	235	199	434
RUOLO ORGANI DIRETTIVI	1	3	4
RUOLO PROFESSIONALE	2	12	14
RUOLO SANITARIO	2.242	1.248	3.490
RUOLO TECNICO	200	251	451
TOTALE	2.680	1.714	4.394

L'Area di appartenenza più indicata risulta essere quella del "Comparto", seguita dalla "Dirigenza Medica" (Tabella 5).

Tra i dirigenti prevale il sesso maschile come già documentato dai dati ufficiali dell'intero territorio nazionale del Ministero della Funzione Pubblica.

Tabella 5: Distribuzione dei dipendenti ASL TA per Area

AREA	F	M	TOT
COLLABORATORI		1	1
COLLEGIO SINDACALE		1	1
COMPARTO	2.305	1.083	3.388
DIRETTORE AMMINISTRATIVO		1	1
DIRETTORE GENERALE		1	1
DIRETTORE SANITARIO	1		1
DIRIGENZA MEDICA	285	581	866
DIRIGENZA NON MEDICA	89	46	135
TOTALE			4.394

Introduzione

La tipologia del contratto è per la maggioranza rappresentata dal "tempo indeterminato", ossia il contratto con cui il lavoratore si impegna, a fronte del pagamento di una retribuzione, a prestare la propria attività lavorativa a favore del datore di lavoro, senza vincolo di durata (Tabella 6).

Tabella 6: Distribuzione dei dipendenti ASL TA per Tipologia di Contratto

TIPOLOGIA DI CONTRATTO	F	M	TOT
A TEMPO DETERMINATO	322	111	433
A TEMPO INDETERMINATO	2.356	1.599	3.955
COLLAB. COORD. E CONTINUATIVI		1	1
COMANDATO IN ENTRATA	1		1
DIRETTORI	1	3	4
TOTALE	2.680	1.714	4.394

La distribuzione logistica degli addetti vede una significativa concentrazione all'interno del più grande Polo Ospedaliero cittadino, ossia il "SS. Annunziata", con i suoi 1105 addetti (Tabella 7).

Tabella 7: Distribuzione dei dipendenti ASL TA per Unità Organizzativa

UNITA' ORGANIZZATIVA	TOT
P.O. MARTINA FRANCA	409
S.O. CASTELLANETA	335
S.O. MASSAFRA	82
S.O. MOTTOLA	41
S.O. GROTTAGLIE	273
P.O. MANDURIA	362
S.O. SS. ANNUNZIATA	1.105
S.O. S.G. MOSCATI	377
DISTRETTO 1	72
DISTRETTO 2	62
DISTRETTO 3	69
DISTRETTO 4	89
DISTRETTO 5	43
DISTRETTO 6	71
DISTRETTO 7	59
DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE	53
POLO RIABILITATIVO ORIENTALE	1
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	145
PRESIDIO PNEUMOLOGICO	9
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	241
STRUTTURE CENTRALI	186
SERVIZIO 118	81
SERVIZIO DI RIABILITAZIONE	221
ALTRI	8
TOTALE	4.394

MATERIALI E METODI

di Giuseppina Di Cesare ²

Il tema *benessere organizzativo* viene introdotto in Italia nel 2002 divenendo oggetto di sperimentazione; co-fattori il Dipartimento Funzione Pubblica e l'Università degli Studi di Roma *La Sapienza* (Psicologia del lavoro). A partire da quella data, il Dipartimento FP si è prefissato lo scopo di supportare le Amministrazioni Pubbliche, che intendessero monitorare il proprio stato di salute con sistematicità, creando all'uopo il KIT del benessere organizzativo lanciato nel 2005³.

Il KIT a distanza di tempo è stato rivisitato prevedendo la realizzazione di un software valido su tutto il territorio nazionale affinché immissione e lettura dei dati risultasse online ed omogenea per tutte le amministrazioni aderenti. Tale innovazione facilita il processo comparativo dei risultati ottenuti sia all'interno di ciascuna organizzazione (tra diverse edizioni) che tra organizzazioni differenti. Tali modifiche sono dovute all'evoluzione che il modello di ricerca - intervento ha subito preso atto, ad avvenuta validazione dello strumento, della necessità di ridurre le dimensioni del concetto benessere organizzativo (individuate nella prima edizione) considerando solo gli elementi ritenuti principali a cui si attribuisce la denominazione di fattore. I risultati ottenuti, rilevando la percezione degli operatori su tali fattori, vengono restituiti sotto forma di tabelle e grafici.

I ricercatori dell'Università sono partiti dal fornire una definizione del concetto che non rimane statica ma si evolve dinamicamente imponendo all'interno della Guida una rivisitazione del modello, degli strumenti e dell'approccio metodologico. L'utenza, nello specifico i soggetti pubblici, possono avvalersi di un manuale ad uso tecnico che fornisce indicazioni sull'utilizzo del KIT.

Esistono due modi per acquisire informazioni su un determinato fenomeno sociale *osservando* o *domandando*. I promotori della ricerca - intervento hanno individuato nell'inchiesta campionaria, *procedura di rilevazione più diffusa*, la tecnica più adeguata per indagare sul benessere organizzativo e nel questionario il suo strumento. E' stata demandata alla singola organizzazione la scelta di operare su tutto il personale o su un campione rappresentativo del medesimo.

Il questionario, utilizzato su scala nazionale, è standardizzato tanto quanto l'informazione rilevata. Esso è ritenuto lo strumento standardizzato per eccellenza poiché sia le domande che le risposte generalmente risultano preordinate e chiuse tali da permettere la comparazione tra gli esiti di diverse indagini che vengono analizzati con strumenti propri della statistica.

Gilli (1971) ha individuato due limiti presenti nello strumento:

- aver ignorato l'ineguaglianza della società mentre il questionario è uguale per tutti e viene somministrato allo stesso modo;
- aver costretto l'oggetto ad un dato livello uniformando gli individui che vengono livellati sull'uomo medio.

Al pari dell'intervista, il questionario è uno strumento di costruzione del dato che all'interno di una tecnica - survey - *consente di collegare i referenti teorici ai referenti empirici* (Bezzi e Palumbo, 1995).

² Sociologa, Distretto Socio Sanitario n. 5 ASL TA

³Il KIT dispone, oltre la GUIDA, di strumenti fondamentali ai fini della ricerca intervento come il *questionario* per rilevare i dati, il *software* disponibile online, la *bacheca* suddivisa in due sezioni riguardanti la normativa e le pubblicazioni nonché le soluzioni distintive o buone prassi adottate dai soggetti pubblici a seguito indagini conoscitive.

Galtung (1967) sostiene che l'inchiesta campionaria lasci fuori la periferia (vecchi, immigrati, vagabondi, ecc.).

L'indagine condotta in azienda ha risentito solo parzialmente di tali rischi poiché potenzialmente ha permesso a tutti i dipendenti (incluso anche coloro con rapporto a tempo determinato) di aderirvi operando una scelta.

L'Azienda, su proposta del Direttore di Struttura Complessa di Statistica ed Epidemiologia, che ne coordina i lavori avvalendosi di un proprio collaboratore, ha individuato il team di lavoro interdisciplinare al quale affidare l'analisi dei risultati e la stesura del report finale⁴.

I questionari sono stati distribuiti in ciascuna struttura ad opera dei collaboratori del *referente progetto* per un numero complessivo pari a quello dei lavoratori presenti in azienda (4.394)⁵. Gli stessi sono stati riconsegnati (2.053), a seguito di auto somministrazione, assicurando l'anonimato ed utilizzando specifiche urne, *raccolta decentrata*; di questi 1.959 sono stati oggetto di analisi.

Tabella 1.1: Partecipazione all'indagine

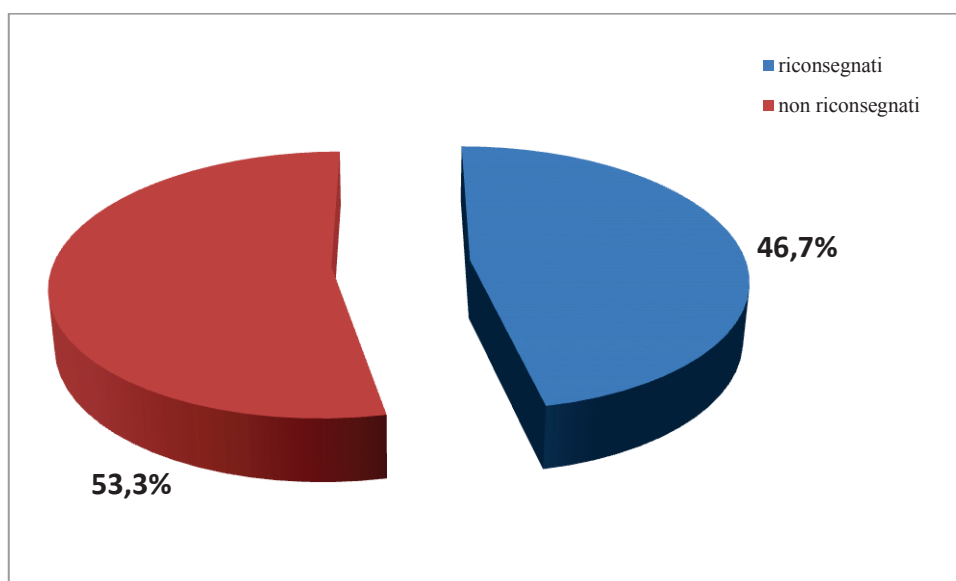
	Totale questionari consegnati	Totale questionari riconsegnati	Percentuale di adesione
Servizio 118	81	48	59,3 %
Servizio di Riabilitazione	222	140	63,1 %
Strutture centrali	186	89	47,8 %
Dipartimento di Prevenzione	241	167	69,3 %
Dipartimento di Salute Mentale	145	109	75,2 %
Distretti	482	286	59,3 %
S.O. Massafra e Mottola	123	45	36,6 %
SERT	53	49	92,5 %
S.O. Castellaneta	335	112	33,4 %
S.O. Grottaglie	273	231	84,6 %
P.O. Manduria	362	112	30,9 %
P.O. Martina Franca	409	218	53,3 %
S.O. S.G. Moscati	377	182	48,3 %
S.O. SS. Annunziata	1.105	265	24,0 %
Totale	4.394	2.053	46,7 %

⁴Il Direttore S.C. Statistica è il Dr. Sante Minerba, il coordinatore dell'attività è il Dr. Emanuele De Fazio (S.C. S.E.). Il gruppo di lavoro è stato formalmente costituito da: Dr. Battista Baccaro (Presidente C.U.G.), Dr. Donato Salfi (U.O.D. Formazione), Dr.ssa Maria Nacci (D.S.M.), Dr.ssa Vincenza Ariano (D.D.P.), Dr. Egidio Solito (S.P.P.), Dr.ssa Giuseppina Di Cesare (Sociologa). La Dr.ssa Simona Leogrande (S.C. S.E.) è stata di supporto occupandosi degli aspetti informatico-statistici.

⁵Il Referente del progetto Magellano in ASL TA è la dott.ssa Maria Nacci coordinatrice di uno dei quattro gruppi costituiti all'interno del Comitato Unico di Garanzia "Buon Ascolto" nonché Direttore del Dipartimento di Salute Mentale.

Capitolo 1

Grafico 1.1: Percentuale di questionari riconsegnati e non riconsegnati



Il questionario è stato strutturato in otto parti: anagrafica, caratteristiche dell'ambiente di lavoro, sicurezza, caratteristiche del proprio lavoro, indicatori positivi e negativi del benessere organizzativo, benessere psicofisico, apertura all'innovazione e suggerimenti.

Al fine di indagare i 10 fattori, riconducibili al costrutto benessere organizzativo e riportati nel grafico 2.1 sono stati previsti 67 item. A ciascun fattore corrispondono gruppi o singole domande non necessariamente aggregate ma spalmate su tutto il questionario poiché esiste una *corrispondenza tra i dieci fattori del benessere organizzativo e le domande del questionario*.

Schema 1.1: Fattori del benessere organizzativo



(Fonte: Il Benessere Organizzativo. Guida alla realizzazione di una indagine - Ministero PA ed Innovazione)

Per acquisire i dati e trattare le proprietà qualitative (atteggiamenti) in modo quantitativo – quindi misurabile – si è fatto ricorso esclusivamente alla scala Likert ad ampiezza 1-4⁶, che è una *specie particolare di item chiuso* (Russo, Vasta, 1998).

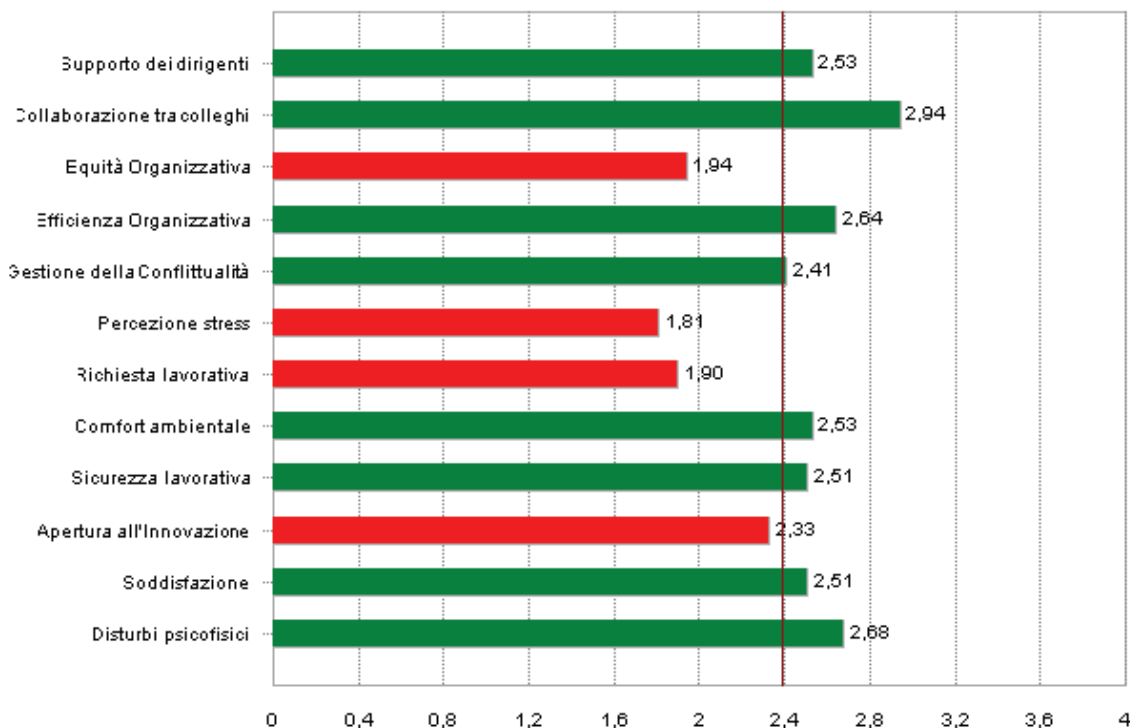
I dati, acquisiti con il questionario, sono stati inseriti nel software ricorrendo ad *operatori*⁷ del *data entry* mentre il gruppo di lavoro, allo scopo creato, ha utilizzato per l'analisi dei risultati il software messo a disposizione dal progetto per le ragioni precedentemente esposte.

Relativamente ad ogni fattore analizzato è stato possibile acquisire grafici, generali e di correlazione tra variabili (incroci) ed elaborare tabelle esemplificative del dato in termini di frequenze e percentuali. I grafici sono degli istogrammi a barre orizzontali, nei quali viene riportato il valore medio dei singoli fattori/item; presente, inoltre, all'interno del grafico una linea rossa verticale rappresentante la media generale⁸ dei fattori/item riportati nel grafico. Le barre degli istogrammi sono state colorate di rosso e di verde a rappresentare rispettivamente punti di forza e di debolezza.

Le barre dei grafici relativi al fattore "Richiesta lavorativa" non sono state colorate, perché svariate le possibili interpretazioni demandabili agli item che compongono questo fattore.

Il programma non sempre ha permesso di automatizzare il calcolo richiedendo l'intervento manuale dell'operatore, mediante la *matrice dati* scaricata dal software.

Grafico 1.2: Profilo Generale



⁶ In alcune domande la scala è 1=mai, 2=raramente, 3=a volte, 4=spesso, in altre 1=per nulla, 2=poco, 3=abbastanza, 4=molto oppure 1=insufficiente, 2=mediocre, 3=sufficiente, 4=buono.

⁷ Claudia Caforio (Assistente Amministrativo, Direzione Generale), Barbara Caliendo (Assistente Amministrativo, S.C. Statistica ed Epidemiologia)

⁸ Essa si ottiene sommando il punteggio medio degli item analizzati nel grafico e dividendo tale somma per il numero degli item stessi.

Capitolo 1

Come si evince dal Grafico 1.2 *Profilo Generale* i fattori raffiguranti criticità risultano essere: equità organizzativa, percezione dello stress, richiesta lavorativa ed apertura all'innovazione. Il gruppo di lavoro ha ritenuto di dover estendere il focus su altri fattori – efficienza organizzativa, gestione della conflittualità, comfort ambientale e sicurezza lavorativa – dato che il gruppo medesimo esprimeva diverse figure professionali detentrici di differenti competenze tra loro integranti. Comfort ambientale e sicurezza lavorativa sono stati percepiti positivamente dai dipendenti ASL poiché gli interventi effettuati in tali ambiti, che hanno prodotto significative migliorie rendendoli gradevoli, risultano essere di recente applicazione.

Il promotore (committente) ossia il Ministero della Funzione Pubblica è colui che ha pianificato l'intervento, ha stabilito materiali/tecniche e metodi da utilizzare nel corso dell'indagine, ha costruito gli strumenti da impiegare poiché ritenuti adeguati allo scopo. Il promotore, quindi, non coincide con il soggetto esecutore della *ricerca – intervento* ed estensore del report che, allo stato attuale, non può intervenire se non indirettamente sul livello di costruzione dei percorsi e sulla scelta degli attrezzi all'interno della cassetta.

Rilevati in ciascuna macro area e nei fattori trasversali gli elementi di maggiore criticità ed evidenziate possibili azioni atte a migliorare gli ambienti di lavoro e le relazioni interpersonali e con l'organizzazione, il lavoro prodotto dal gruppo attivato andrebbe integrato attivando uno o più focus group nelle aree calde dove la conflittualità è preminente. Tale tecnica *basata su un gruppo reale di persone che discutono tra loro senza particolari mediazioni* consentirebbe una conoscenza ravvicinata delle cause sottese a criticità rilevate e problematiche specifiche emerse nei diversi settori dell'amministrazione. Diffusa la convinzione tra gli addetti ai lavori che *l'interazione entro un gruppo stimoli i partecipanti a produrre di più o meglio* (Bezzi, 2007).

Definire metodi e tecniche della ricerca è una delle funzioni del paradigma nelle sue diverse accezioni. Per Platone il paradigma altro non era che il modello, per Aristotele l'esempio, per le scienze sociali la teoria, corrente di pensiero e sistema di idee. Il paradigma per Kuhn è qualcosa che va oltre la teoria, è una prospettiva teorica, una visione del mondo, una finestra mentale, ecc.

Il metodo va inteso come processo mentale che consente di scegliere fra *tecniche pre-esistenti in vista di un obiettivo cognitivo*, quelle più adatte ad affrontare un problema; è possibile una combinazione fra loro e fra diversi approcci, in tal caso il riferimento è il metodo misto (MIXED METHODS). Il metodo utilizzato nel presente lavoro è quantitativo (statistico) poiché consente di risparmiare tempo e denaro oltre che acquisire informazioni su campioni molto ampi o addirittura sull'intero universo.

Le tecniche altro non sono che procedure operative codificate e riconosciute da una comunità scientifica allo scopo di svolgere una data attività ossia *acquisire e controllare i risultati di una ricerca empirica*. Selvin (1958) a proposito di tecniche riferiva di *sistematico esame delle procedure e modalità di spiegazione che vengono utilizzate nell'analisi dei dati empirici*.

Se metodi e tecniche sono quantitative, entrambi conducono all'approccio nomotetico, standardizzato, oggettivo, generalizzante.

BIBLIOGRAFIA

1. C. Bezzi, M. Palumbo, *Questionari e Dintorni*, Arnaud Gramma, Firenze, 1995
2. C. Bezzi, *Cos'è la Valutazione. Un'introduzione ai concetti, le parole chiave e i problemi metodologici*, Franco Angeli, Milano, 2007
3. J. Galtung, *Theory and Methods of Social Research*, Allen & Unwin, London, 1967
4. G. A., Gilli, *Come si fa ricerca*, Mondadori, Milano, 1971
5. (a cura di) B. Pelizzoni, F. Minichillo, *Il Benessere Organizzativo. Guida alla realizzazione dell'indagine*
6. B. Russo, C. Vasta, *Uso combinato di scale Likert e figure tematiche in una ricerca sugli atteggiamenti*, in Marradi (a cura di), *Costruire il dato. Sulle tecniche di raccolta delle informazioni nelle scienze sociali*, Franco Angeli, Milano, 1988
7. H. C. Selvin, *Durkeim's Suicide and Problems of Empirical Research*, American Journal of Sociology, 1958

IL QUESTIONARIO SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO “MAGELLANO”

di Anna Paola Lacatena⁹

“Vogliamo vedere migliori condizioni di salute e di benessere per tutti, in quanto diritto umano egualitario. Il denaro non compra una salute migliore. Buone politiche che promuovono l'equità hanno migliori possibilità. Dobbiamo contrastare le cause profonde (della malattia e delle disuguaglianze) attraverso un approccio mirato ai determinanti sociali che coinvolga il governo e la società in maniera trasversale.”

Dr.ssa Margaret Chan, Direttore Generale OMS

2.1. I determinanti della salute

Nel 2008 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha presentato i lavori conclusivi della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute, istituita nel 2005 e presieduta da Michael Marmot. L'obiettivo della salute per tutti non può non fare i conti con questioni sociali e economico-politiche. Nella conclusione del documento della Commissione si legge, infatti:

«La giustizia sociale è questione di vita e di morte. Essa influenza il modo in cui le persone vivono, le conseguenti probabilità di ammalarsi, il loro rischio di morte prematura. Noi osserviamo, con meraviglia, come la speranza di vita e la buona salute continuino a crescere in alcune parti del mondo e, con allarme, come queste non riescano a migliorare in altre parti. Una bambina venuta alla luce oggi può sperare di vivere più di 80 anni se nata in alcune parti del mondo, ma meno di 45 anni se nata in altre parti. All'interno dei paesi ci sono drammatiche differenze nella salute che sono strettamente legate al grado di svantaggio sociale. Differenze di tale grandezza – tra nazioni e all'interno di una stessa nazione – semplicemente non dovrebbero mai accadere» [1].

L'azione dello Stato in campo ambientale, economico e socio-culturale, come alcuni studi sui determinanti della salute sembrano dimostrare, incide sulle condizioni del benessere e della salute molto più dell'azione esercitata tramite il sistema sanitario.

Ne consegue che la salute e il benessere possano, e debbano, essere promossi anche e soprattutto tramite politiche non esclusivamente sanitarie. A questo scopo è disponibile un approccio denominato Valutazione d'Impatto sulla Salute (VIS), secondo il quale la promozione della salute deve essere affrontata in un'ottica multisettoriale.

Le sei fasi principali della VIS sono:

⁹ Dirigente Sociologa Dipartimento Dipendenze Patologiche,

▪ Capitolo 2

1. *selezione* ("screening"): definizione della rilevanza del provvedimento in termini di potenziali impatti sulla salute;
2. *delimitazione* ("scoping"): delimitazione dell'ampiezza della VIS in funzione delle criticità evidenziate, del contesto e della disponibilità di risorse;
3. *valutazione*: identificazione e misurazione dei potenziali impatti sulla salute e loro distribuzione;
4. *equità*;
5. *raccomandazioni*: fase di rapporto con sintesi e priorità delle raccomandazioni o delle misure volte a evitare o mitigare gli impatti negativi e/o ad amplificare quelli positivi;
6. *negoziazione*: fase volta a decidere sull'adozione di misure aggiuntive o di correttivi al progetto originario;
7. *monitoraggio*: verifica dei risultati dell'implementazione con o senza correttivi [2].

I determinanti della salute sono fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e, conseguentemente di una comunità/popolazione.

C'è da chiedersi, però, quanto contino i comportamenti individuali rispetto al contesto politico, socio-economico, ambientale e culturale? Le conclusioni cui si può giungere hanno un'estrema rilevanza rispetto alle eventuali strategie di prevenzione e le politiche sanitarie.

I determinanti della salute possono essere raggruppati in diverse categorie (cui è possibile aggiungerne altre):

- comportamenti personali e stili di vita;
- fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio;
- condizioni di vita e di lavoro;
- accesso ai servizi sanitari;
- condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali;
- fattori genetici.

Evidentemente le controversie prendono avvio dai tentativi di stabilire vere e proprie gerarchie tra fattori.

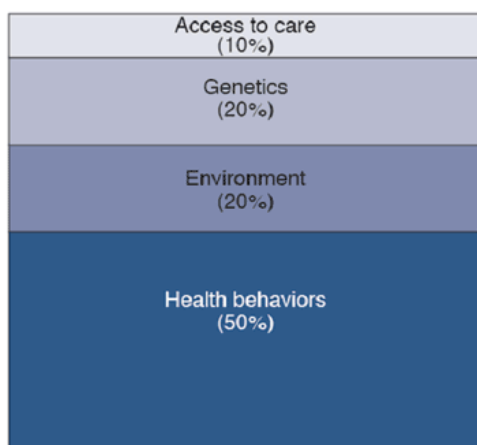
I modelli concettuali rappresentati di seguito sono diversi e propongono antitetiche strategie di sanità pubblica.

Secondo il primo modello [3] lo stato di salute delle persone sarebbe condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita. Molto meno importanti risulterebbero gli altri fattori: fattori ambientali (20%), fattori genetici (20%), assistenza sanitaria (10%).

Si tratta di un modello che mette in primo piano il ruolo gli stili di vita delle persone, riflettendo l'importanza che negli Stati Uniti viene attribuita alla responsabilità individuale nei confronti della salute e delle malattie:

Figura 2.1: Determinanti della salute (USA)

Slide 1. Determinanti della salute (USA)



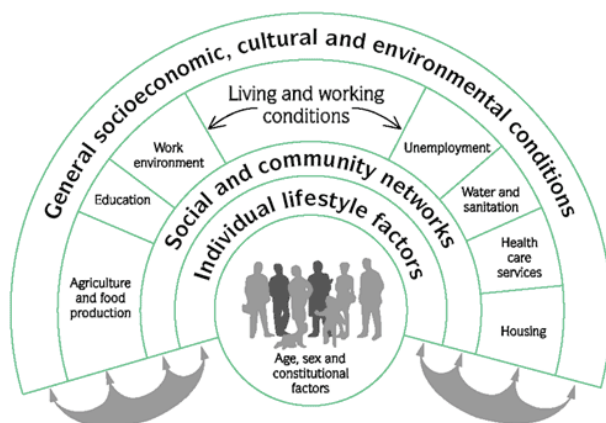
Source: IFTF; Centers for Disease Control and Prevention.

Il secondo modello [4], trova le sue radici nella tradizione europea del concetto di salute, rimarcandone a strati concentrici la molteplicità dei livelli di influenza. Al centro è posta la persona con le sue precipue componenti biologiche, i cosiddetti determinanti non modificabili:

Figura 2.2: Determinanti della salute (Europa)

Slide 2. Determinanti della salute (Europa)

The Main Determinants of Health



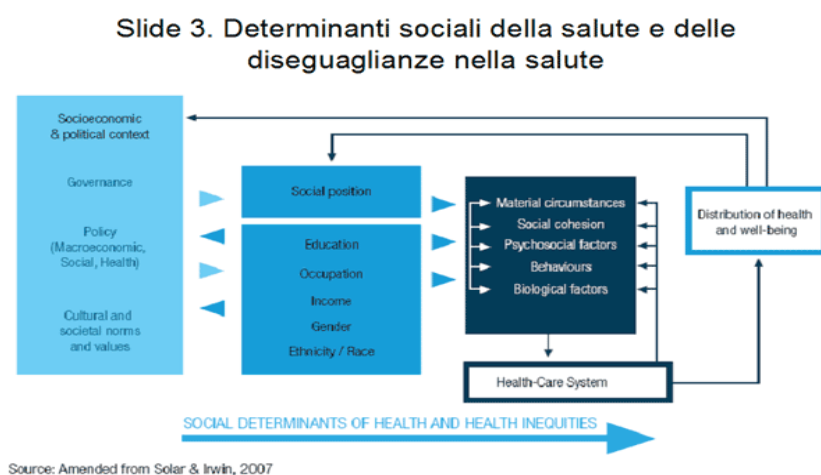
Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

▪ Capitolo 2

I determinanti modificabili, ossia quelli suscettibili di modifiche e aggiustamenti, si muovono dagli strati interni verso quelli più esterni: gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale. Questo secondo modello concettuale, decisamente più articolato del precedente, riflette la cultura europea di *welfare state* fondata sul diritto alla salute nonché la visione multisettoriale della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata [5].

Di seguito è riportato un terzo modello, la risultante dei lavori della Commissione dei Determinanti Sociali della Salute [6], nella quale vi è l'aggiunta dei determinanti delle disuguaglianze nella salute:

Figura 2.3: Determinanti sociali della salute e delle disuguaglianze nella salute



Leggendo la figura da sinistra a destra si evidenziano i fattori che a diverso titolo hanno un impatto sulla distribuzione della salute e del benessere:

1. Il contesto politico e socio-economico;
2. La posizione socio-economica – [a + b = *determinanti strutturali*];
3. Condizioni di vita e di lavoro, fattori psicosociali, coesione sociale, comportamenti individuali e fattori biologici, sistema sanitario – [*determinanti intermedi*].

Al di là del modello da condividere, vi sono aspetti non negoziabili. Se per Jeremy Bentham (1748-1832), infatti, la salute non può essere considerata un diritto in assenza di una legislazione vincolante, considerando una sorta di non senso la dichiarazione francese dei diritti dell'uomo del 1789, in quanto il diritto per essere tale deve essere legiferato, l'economista indiano, Amartya Kumar Sen esprime il suo dissenso [7].

Egli osserva che a tal proposito c'è una lunga tradizione di pensiero sul diritto come etica sociale, secondo cui le basi morali che una buona società deve avere sono da ritrovare in "certi inalienabili diritti". Questi devono essere concepiti non come conseguenze, bensì come fonte della legge stessa.

E' nel considerare la salute come diritto umano che risiede la chiamata all'azione per la promozione della salute della popolazione.

Il diritto alla salute, dunque, sembra pretendere analoghi importanti interventi, che vanno ben oltre una congrua e incisiva legislazione sanitaria.

Nel definire la salute come un diritto, si riconosce (e non potrebbe essere altrimenti) la necessità di un comune impegno sociale. Per Sen, e non è pensabile una posizione differente, poche cose sono così prioritarie nel mondo contemporaneo.

Per quanto si sia registrata negli ultimi anni un'impennata della speranza di vita, la stessa continua a presentarsi più limitata e più breve per i livelli bassi della scala sociale di ogni società. Per tale ragione, le politiche per la salute non possono continuare lungo la strada dell'omissione rispetto al tema dei determinanti sociali ed economici della salute [8].

La mancanza di risorse familiari, un'istruzione carente, un lavoro precario, lo svolgimento per lungo tempo di un'attività lavorativa esposta a rischi o senza prospettive, la disoccupazione, l'abitare in case di scarsa qualità, il cercare di portare avanti menage famigliari in condizioni difficili e il vivere con una pensione inadeguata, sono tutti svantaggi che non possono non incidere negativamente sulle condizioni di vita e di salute di un qualsiasi individuo [9,10,11,12,13].

Le società che mettono tutti i cittadini nelle condizioni di vivere un ruolo pieno e utile nel contesto della vita sociale, economica e culturale saranno nel complesso più sane di quelle in cui le persone affrontano l'insicurezza, l'esclusione e la privazione socio- culturale.

E' evidente che condizioni di vita difficili, instabili, precarie definiscono nella persona condizioni di stress prolungato, di ansia, bassa autostima, isolamento sociale, aggressività. La continua sollecitazione del sistema endocrino e nervoso operata dagli alti e persistenti livelli di stress distraggono energie e risorse dai fisiologici meccanismi di mantenimento della salute, impattando sul sistema immunitario e cardiovascolare [14,15,16,17,18].

Risultanza più diretta delle difficoltà di vita, della conseguente discriminazione e stigmatizzazione è l'esclusione sociale intesa anche come rischio divorzi e separazioni, disabilità, malattia in genere.

Alcuni studi, poi, confermano l'equazione secondo la quale quanti sono stati ospiti presso le cosiddette istituzioni totali (carcere, riformatorio, ospedali psichiatrici) sono particolarmente vulnerabili soprattutto rispetto alle patologie cardiovascolari [19,20,21].

Uno dei fattori determinanti circa una buona condizione di salute, appare essere una regolare occupazione, attraverso la quale sia possibile per l'individuo riuscire a realizzare le proprie capacità e potenzialità.

Studi effettuati in diversi Paesi e, dunque, contesti sociopolitici e culturali differenti, mostrano come, pur in presenza di altri fattori, le persone disoccupate e conseguentemente le loro famiglie vanno incontro a un aumento del rischio di morte prematura [22, 23, 24].

La crisi economica che si è abbattuta sul vecchio continente, e non solo, unitamente ad una scarsa educazione alimentare sono ulteriori fattori non trascurabili (ma forse ad oggi ancora trascurati) in merito alla condizione di buona salute degli individui. Meno risorse da parte delle famiglie significano una minore possibilità di alimentarsi in maniera sana e rispondenti alle reali necessità.

Un adeguato apporto alimentare e una sana dieta sono essenziali per conservare la salute e promuovere il benessere. Non è una scoperta recente che la scarsità, la mancanza di varietà del cibo e la sua ridotta qualità giocano un ruolo importante causando malattie da malnutrizione e da carenze. L'alimentazione eccessiva (anch'essa una forma di malnutrizione) o eccessivamente grassa contribuisce significativamente all'insorgenza di malattie cardiovascolari, diabete, cancro, obesità, ecc. [25,26].

Se a una scorretta alimentazione si unisce anche uno stile di vita incentrato sull'abuso (quando non la dipendenza vera e propria) di sostanze (legali e illegali), inevitabilmente i rischi di contrarre malattie o peggiorare il proprio stato di salute aumentano in maniera significativa.

Non è sempre così ma in molti casi, la dipendenza dall'alcol, il consumo di droghe illegali e il fumo sono strettamente correlati agli indicatori delle situazioni sociali ed economiche svantaggiate [27].

▪ Capitolo 2

Altri fattori che incidono sulla salute degli individui, non meno trascurabili di quelli già elencati sono, poi: lo spirito civico, la solidarietà, il sostegno sociale [28,29].

Il senso civico può essere definito come un atteggiamento di fiducia nei confronti degli altri orientato alla disponibilità a cooperare per il miglioramento della società. Sembra indubbio, almeno in ambito psico-sociologico, che tutto ciò contribuisca ad elevare i livelli di benessere [30, 31, 32, 33].

«Lo stock del capitale sociale determina il grado di coesione sociale, l'ampiezza e la profondità dei legami orizzontali (di solidarietà tra sconosciuti) e la natura delle relazioni con le istituzioni. In breve, l'espressione designa un insieme di caratteristiche che attestano la qualità della società civile, e può essere considerato come sinonimo di "senso civico". Questo tipo di dotazione collettiva non può che riflettersi anche sulla qualità delle istituzioni politiche e sullo sviluppo delle relazioni di mercato, determinando il tessuto etico in cui avvengono transazioni economiche e relazioni cittadini-istituzioni; affidabilità degli attori, rispetto delle regole, ridotta incidenza di comportamenti opportunistici, lealtà verso le istituzioni» [34].

Riprendendo le medesime conclusioni, sia pur a distanza di venti anni rispetto all'analisi di Putnam, Cartocci sostiene che il nesso tra redditi bassi e carenza di capitale sociale soprattutto nel Mezzogiorno sia evidente. La domanda è: il ridotto sviluppo impedisce la crescita del capitale sociale o un ridotto capitale sociale impedisce lo sviluppo?

Per Cartocci non si tratta di determinismo culturale quanto di casualità circolare, secondo il postulato della congruenza di Putnam: *«il meccanismo è quello della causalità circolare, in un gioco di rimandi dalla precarietà economica alla carenza di comunità civica, all'inefficienza delle istituzioni, allo sviluppo dell'economia informale, al deficit di legalità, alla difficoltà di attivare investimenti dall'esterno, per giungere di nuovo alla precarietà economica»* [35].

Dunque, per l'analista non si tratta di uscire dalla circolarità, individuando variabile indipendente e dipendente, quanto piuttosto di prendere coscienza di un dato già rimarcato da Banfield e da Almond e Verba negli anni '60, da Putnam negli anni '90 e dalla sua ricerca dei primi anni del 2000:

«Occorre l'onestà intellettuale di riconoscere un fallimento storico della Repubblica: l'incapacità di risolvere il problema del divario Nord-Sud quando le condizioni del mercato erano risultate più favorevoli all'Italia: ovvero quando si era aperta la finestra di opportunità offerta dai «gloriosi» trent'anni compresi tra la fine della guerra e il primo shock petrolifero. Le cospicue risorse investite in quegli anni non sono state sufficienti per venire a capo del problema, soprattutto per il loro uso spesso distorto, in vista dell'acquisizione di consenso elettorale a breve. Uno scambio politico che si è tradotto in mancato decollo autosostenuto e in pedagogia negativa delle istituzioni» [36].

In estrema sintesi, Cartocci sembra confermare la tesi Tocqueville-Putnam per cui la fiducia generalizzata, l'associazionismo, la solidarietà verso l'Altro sono dimensioni tra loro correlate in maniera costruttiva per la comunità e positiva per il singolo.

La fiducia negli altri risulterebbe egualmente correlata in termini positivi a quella nelle istituzioni, rafforzando il legame tra dimensione orizzontale e dimensione verticale del senso civico.

Per Edgar Morin, sociologo contemporaneo, il progresso concepito unicamente in termini quantitativi, ignora le qualità: le qualità dell'essere e dell'esistere, le qualità della solidarietà, le qualità dell'ambiente, la qualità della vita, le ricchezze umane non calcolabili e non monetizzabili; ignora il dono, la magnanimità, l'onore, la coscienza, l'etica e la morale.

Il questionario sul Benessere Organizzativo “Magellano” ■

Lo sguardo di Morin si fa impietoso dalle pagine del quotidiano Le Monde con un editoriale intitolato «*En 2013, il faudra plus encore se méfier de la docte ignorance des experts*».

Lo studioso francese scrive:

«Siamo in una civiltà nella quale sono degradate le vecchie solidarietà, dove la logica egocentrica è sovrasviluppata e dove la logica del "Noi" collettivo si è "sottosviluppata". E' per questo che, oltre all'istruzione, dovrebbe essere sviluppata una grande politica di solidarietà, che comporti il servizio civico di solidarietà della gioventù, per ragazzi e ragazze, e l'istituzione di case della solidarietà destinate a soccorrere chi vive in difficoltà e solitudine. Così, potremo vedere che uno degli imperativi politici è quello di fare di tutto per sviluppare congiuntamente quel che appare come antagonista agli spiriti binari: l'autonomia individuale e l'integrazione comunitaria.»

Non meno incisivo è Maurizio Viroli quando accenna all'impossibilità di un reale benessere per il nostro Paese dove egocentrismo e narcisismo, consolidatisi soprattutto negli ultimi quindici anni, minano anche solo la possibilità di coltivare l'attenzione per l'Altro, inficiando qualsiasi forma di senso civico [37].

2.2. PROGETTO “MAGELLANO” – ANALISI DESCRITTIVA DEL DATO ANAGRAFICO

Il Ministero della Salute con una ricerca quali-quantitativa sulle caratteristiche e trend dell'ultimo decennio ha analizzato il cosiddetto fenomeno della femminilizzazione della Sanità in Italia.

La ricerca si è articolata in due “focus” paralleli: un’analisi quantitativa dei dati ed un’indagine qualitativa.

Dal punto di vista quantitativo è stato realizzato un lavoro di analisi dei dati riferiti alle donne che lavorano nella sanità italiana, principalmente sulla base dei rilievi forniti dal Conto Annuale della Ragioneria dello Stato, facente parte del Ministero dell’Economia, sul personale del Servizio Sanitario Nazionale. Successivamente, sono stati analizzati i trend riguardanti il periodo compreso tra le annualità 2001-2009 e le caratteristiche di distribuzione della presenza delle donne nella sanità per un confronto con i dati riguardanti la popolazione maschile.

Dal punto di vista qualitativo sono state realizzate tredici interviste a donne del mondo della sanità che, trasversalmente alle professionalità, rivestono posizioni manageriali apicali e di coordinamento. Gli incontri sono stati occasione per una contestualizzazione del fenomeno di femminilizzazione nell’ambito delle diverse strutture e settori di appartenenza.

La traccia delle interviste è stata organizzata sul modello delle *storie di vita*, tecnica qualitativa propria della ricerca sociale che intende valorizzare la narrazione in prima persona, nonostante i rischi di riporti e interpretazioni del riferito. Nello specifico, le intervistate sono state interpellate in virtù del loro osservatorio privilegiato sulla femminilizzazione legato alla funzione verticistica che rivestono che sulla base della loro esperienza diretta di donne che lavorano in sanità e dell’opportunità di consentire il racconto dell’esperienza, fortemente valorizzata come fonte conoscitiva.

Attraverso il presente studio, inoltre, si è inteso trarre gli elementi cruciali di comprensione del fenomeno della femminilizzazione in sanità anche in vista di successive indagini di più ampia portata sul tema specifico e su altri temi correlati, soprattutto in merito alla qualità della vita lavorativa delle donne in sanità.

Nel 2001 le donne impiegate nel Servizio Sanitario Nazionale con un contratto a tempo indeterminato si attestavano al 59,08%; nell’ultimo anno di cui si ha disponibilità di dati, il 2009, tale percentuale ha raggiunto il 63,41%. L’andamento storico anche negli ultimi cinque anni è in costante crescita.

La presenza femminile è aumentata in tutte le categorie lavorative, con la sola eccezione dei profili di tipo professionale, che hanno subito una flessione scendendo al di sotto dei dieci punti percentuali.

Relativamente ai dirigenti medici che ricoprono incarichi sia di struttura semplice che complessa, le donne in tali posizioni rilevate dal Conto Annuale nel 2001 e nel 2009 sono aumentate di pochi punti percentuali. Se il trend appare incoraggiante, di fatto le cifre indicano come nell’arco del decennio ben poco sia cambiato.

La ricerca ha, poi, evidenziato come, la crescita della componente femminile tra il personale del SSN ha riguardato tutte le regioni italiane sia pure con una significativa differenza a favore del nord.

Se confrontato col dato maschile, ad oggi, l’impiego con orario part-time costituisce una prerogativa decisamente femminile, considerato che le donne impiegate mediante tale forma contrattuale sono oltre il 90%. Il generale aumento della presenza femminile rilevato dalla ricerca ha comportato l’aumento delle donne impiegate sia in modalità part-time che full-time.

Risulta evidente anche una maggiore caratterizzazione delle donne verso i livelli bassi di istruzione (scuola dell'obbligo e licenza) nel 2001 e nel 2005 ed un progressivo movimento verso la laurea nell'ultimo periodo osservato.

Considerando coloro i quali hanno preso servizio da meno di 5 anni, si evidenzia la forte crescita della componente femminile tra i medici, giunta quasi al 50%. Si registra, inoltre, una presenza decrescente delle donne nelle classi di anzianità man mano che si avanza nella carriera.

Dal dato qualitativo dello studio del Ministero della Salute è emerso che la conciliazione tra vita e lavoro rappresenta uno degli aspetti più critici.

Gli elementi rintracciati come indispensabili per una conciliabilità risultano essere:

- La grande capacità di organizzazione e di ottimizzazione dei tempi dedicati ai diversi ruoli – che richiedono anche importanti dosi di energie fisiche e mentali, nonché spirito di sacrificio;
- Il supporto di aiuti esterni – che possono venire dalla famiglia di origine, in genere dalla madre che si prende cura dei nipoti, oppure da figure esterne retribuite per prendersi cura dei figli delle donne lavoratrici (baby sitter), della casa (collaboratrici domestiche) o di genitori anziani o parenti ammalati (badanti); oppure si può trattare di strutture educative di particolare qualità.
- Il terzo fattore che facilita la conciliazione di famiglia e lavoro per le donne è il sostegno del compagno.

Parallelamente alle trasformazioni che interessano i ruoli femminili - basate sostanzialmente sulla perdita di scontatezza del primato del ruolo materno e casalingo e sullo sviluppo di ruoli legati alla professione - si assiste a trasformazioni relative ai ruoli maschili di padre e marito, anche se nel nostro paese le resistenze culturali a tali cambiamenti sono così forti che ancor oggi trova scarso riconoscimento sociale l'uomo che decide di dedicarsi alla cura della casa e dei figli e di usufruire dei congedi di paternità cui peraltro avrebbe diritto per legge.

Tra le soluzioni proposte dalle intervistate per ridurre i conflitti relativi alla gestione dei tempi di cura e lavoro troviamo, oltre alla dotazione delle strutture di lavoro di asili nido, le proposte di favorire il ritorno della donna dopo l'allontanamento per maternità attraverso percorsi personalizzati, di facilitare l'interazione con il lavoro durante la gravidanza e di facilitare la ripresa del lavoro e dei contatti, evitando che la neo-madre si senta al margine in un ambiente di lavoro che evolve a ritmi serrati. Una modalità con cui si potrebbe colmare l'allontanamento dall'ambiente di lavoro sarebbe la realizzazione di corsi formativi a distanza, proprio durante il periodo della assenza per maternità.

Dalla raccolta delle storie di vita è emersa l'importanza di favorire una gestione manageriale attenta a rendere flessibile il lavoro – soluzione più facilmente applicabile al mondo universitario e della ricerca scientifica- ed a valorizzare ed ottimizzare le ore di lavoro in modo tale che il tempo dedicato alle attività di gestione e organizzazione non sia demandato di fatto al “fuori orario di lavoro”, gravando di più sulle donne, sui loro carichi familiari e sulla loro possibilità di far carriera. In particolare sarebbe utile far sì che l'organizzazione del lavoro sia tale per cui si prediligano per i ruoli di vertice e le loro mansioni, (ad esempio le riunioni d'equipe) certe fasce orarie e non altre considerate critiche.

Molte ritengono problematica la preponderanza della politica nella gestione della sanità, che a volte comporterebbe uno scollamento tra la gestione centrale e la pratica clinica; altri problemi segnalati riguardano il taglio alle risorse economiche e umane, la burocratizzazione, la penalizzazione della trasparenza e della meritocrazia.

▪ Capitolo 2

Alcune donne hanno segnalato, inoltre, la criticità di una tensione professionale nel rapporto tra medici e infermieri, legata alle diverse trasformazioni culturali che hanno messo in discussione la disparità dei ruoli e gli equilibri di potere. Solo una buona capacità di mediazione, hanno confermato le intervistate, ha permesso nel tempo di evitare l'aperto conflitto.

Per la maggior parte delle intervistate, infine, la conflittualità non sembra risparmiare neppure il rapporto tra sanità e pazienti, rinfocolato e alimentato continuamente dall'opera denigratoria sulla "malasanità" attuato dai mass media.

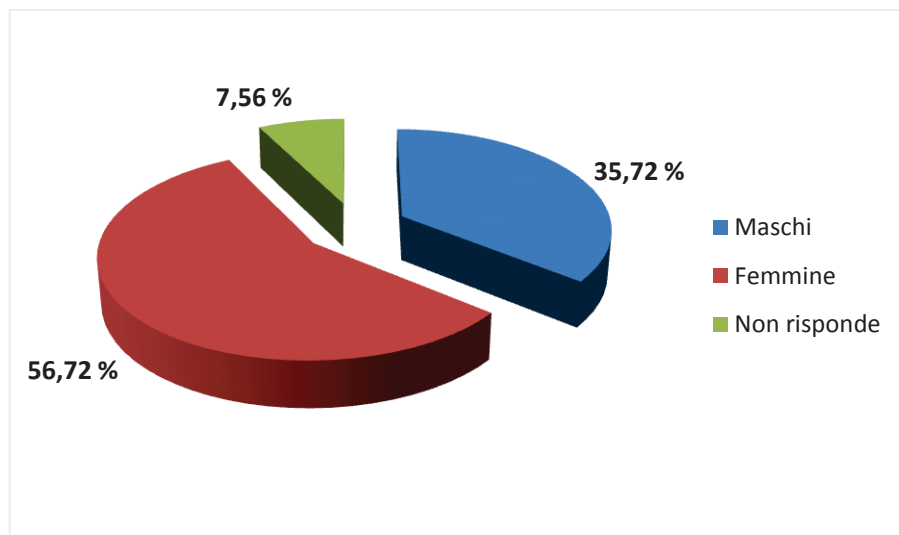
Le intervistate hanno suggerito la necessità di porre attenzione sulla prevalenza futura di un sistema sanitario "paziente-centrico", necessitante quindi di equipe multidisciplinari di lavoro capaci di avere una visione di insieme e di lavorare in rete, così come l'aumento dei problemi di cronicità e di lungodegenza rispetto alle acuzie.

In questa previsione evolutiva le storie di vita sembrano indicare quale precipua, e a forte impatto strategico, l'idea di una "umanizzazione" della sanità, in cui diviene particolarmente centrale la comunicazione con il paziente e con i familiari.

Le conclusioni della ricerca sembrano orientare sulla scorta di un'ipotetica buona performance delle donne dal punto di vista della capacità organizzativa, della capacità di relazionarsi col paziente e della possibilità di mediare tra conflitti e posizioni differenti, verso direzioni di sviluppo della sanità efficacemente connesse con il fenomeno della femminilizzazione.

Dall'analisi descrittiva dei dati anagrafici del personale dell'Azienda Sanitaria di Taranto che ha partecipato al questionario del "Progetto Magellano" si evince che il quasi il 57% è di genere femminile, a fronte di un 35,72% di maschi, confermando quanto espresso su scala nazionale negli ultimi anni (Grafico n. 2.1).

Grafico 2.1: Distribuzione per Sesso



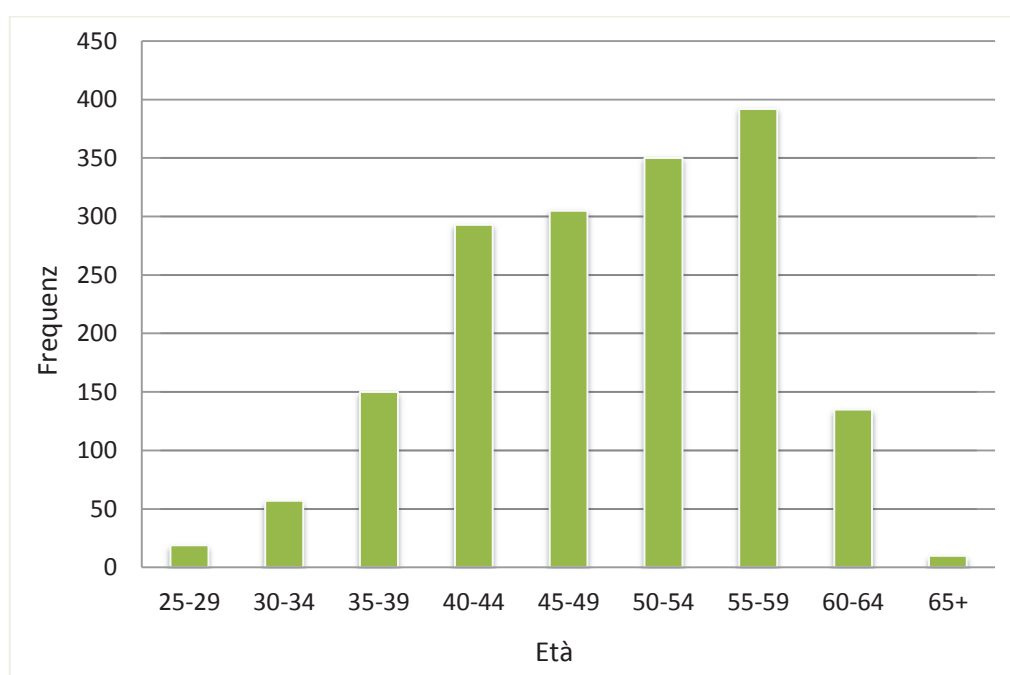
La Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle Risorse Umane del SSN ha evidenziato, non più tardi di tre anni fa, in una ricerca sull'età del personale della Sanità italiana come l'età media del personale sia pari a 47,5 anni, con valori inferiori al valore medio per il personale infermieristico (44,6 anni), tecnico sanitario (46,2 anni) e con funzioni riabilitative (46,8 anni).

Per contro, attingendo dai dati relativi al Personale delle strutture sanitarie, rilevati attraverso due modalità : il Conto annuale previsto dal titolo V del decreto 30 marzo 2001 n. 165 e i modelli Hsp16, FLS12, FLS21 e modello Ria.11 previsti dal D.M. 19 marzo 1988 e successive modificazioni, l'età media è pari a 50,8 anni e si rileva una maggiore presenza del sesso femminile nelle classi più giovani.

Per l'Area Infermieristica l'età media è pari a 44,6 anni con un'anzianità media di servizio di 17 anni. Per l'Area della Riabilitazione è pari a 46,8 anni con anzianità di servizio di 16,9 anni. Per quella Tecnica e della Prevenzione è di 46,2 anni e l'anzianità di servizio pari a 17,3 anni di servizio.

Non si può certo dire che l'età degli addetti della Asl di Taranto, non ricalchi il dato nazionale. Tra quanti hanno aderito allo Studio, infatti, l'età media è di 49,06 anni con una media di anni di lavoro totale pari a poco più di 22, per un massimo di 44 (Grafico 2.2).

Grafico 2.2: Età dei partecipanti



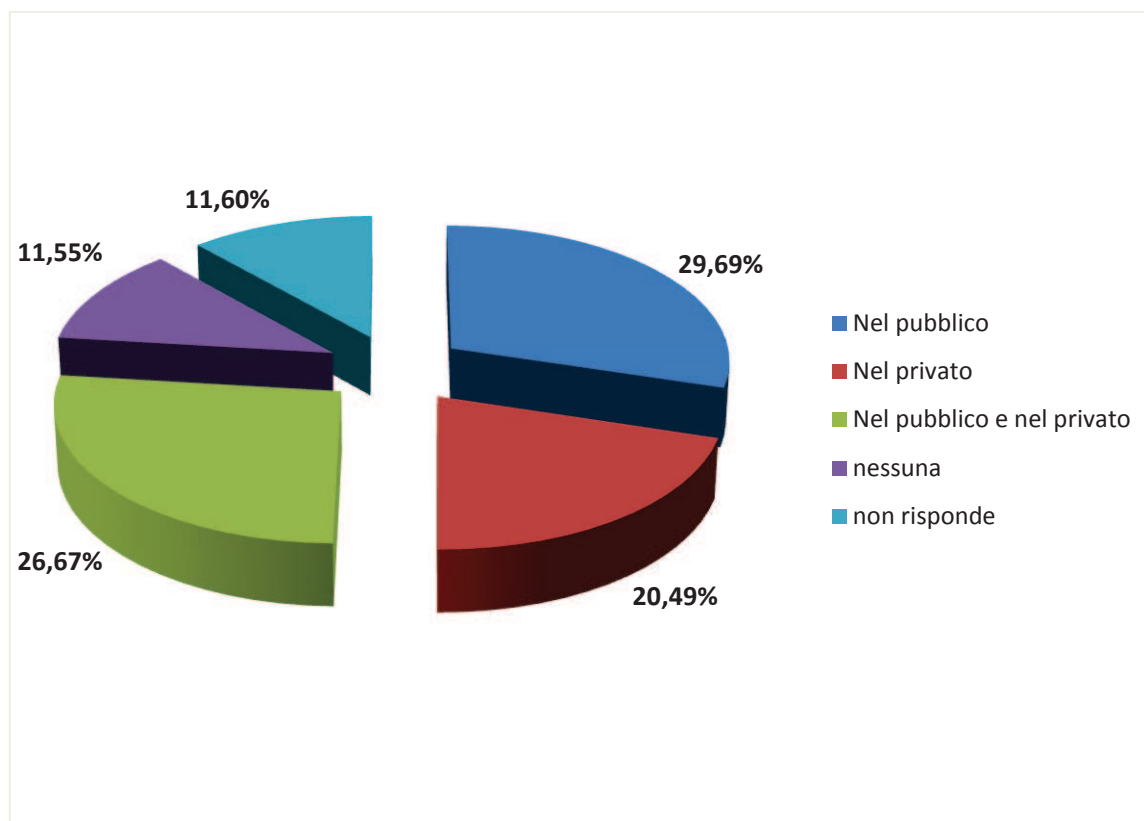
Nell'attuale Amministrazione la media scende a 17 con un valore massimo di 42 anni.

Il 90% degli intervistati ha un contratto a tempo pieno con la ASL di Taranto. Neanche al 3% si attesta il part-time. Oltre l'87% ha un contratto a tempo indeterminato.

Dal Grafico 2.3 appare evidente come il Personale che ha partecipato allo studio, prima di lavorare all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto ha accumulato pregresse esperienze lavorative anche in campi differenti dal Pubblico Impiego. Non è azzardato correlare tale dato con quello dell'età, come a dire che si raggiunge il "posto fisso" in un'età non proprio giovanissima.

▪ Capitolo 2

Grafico 2.3: Precedenti esperienze lavorative



Il tempo medio di percorrenza per giungere sul luogo di lavoro è poco più di 22 minuti, mentre le ore di lavoro giornaliero sono sette, con meno di un'ora e trenta minuti di straordinario settimanale.

Il 42,3% impiega dai cinque ai quindici minuti per raggiungere il luogo di lavoro. Il tempo impiegato appare davvero minimo, il che dovrebbe far pensare ad un elemento positivo. Come a dire che quasi un lavoratore su due raggiunge la sua postazione lavorativa senza aggravii eccessivi di spese e stress.

Se si guarda alla distribuzione della popolazione residente a Taranto nel 2013, secondo gli ultimi dati Istat, verrebbe quasi da dire che all'invecchiamento della popolazione cittadina corrisponde anche l'invecchiamento degli operatori della salute, come a ipotizzare che con il tempo sempre più gli anziani "cureranno" soprattutto anziani. Per quanto riguarda il territorio di Taranto, basti pensare che nel 2012 l'indice di vecchiaia puntualizzava un 130,7 anziani ogni 100 giovani.

Tabella 2.1: Distribuzione della popolazione 2013 – Taranto

Età	Maschi		Femmine		Totale	
		%		%		%
0-4	4.599	51,8%	4.278	48,2%	8.877	4,5%
5-9	4.812	51,0%	4.630	49,0%	9.442	4,8%
10-14	4.958	51,0%	4.767	49,0%	9.725	4,9%
15-19	5.367	50,4%	5.272	49,6%	10.639	5,4%
20-24	6.021	51,9%	5.571	48,1%	11.592	5,8%
25-29	6.095	51,3%	5.788	48,7%	11.883	6,0%
30-34	6.428	49,8%	6.490	50,2%	12.918	6,5%
35-39	7.477	49,3%	7.676	50,7%	15.153	7,6%
40-44	7.509	49,2%	7.751	50,8%	15.260	7,7%
45-49	6.986	46,2%	8.124	53,8%	15.110	7,6%
50-54	6.519	47,7%	7.142	52,3%	13.661	6,9%
55-59	5.877	48,5%	6.234	51,5%	12.111	6,1%
60-64	6.118	47,6%	6.738	52,4%	12.856	6,5%
65-69	5.210	45,7%	6.194	54,3%	11.404	5,7%
70-74	4.362	43,7%	5.620	56,3%	9.982	5,0%
75-79	2.925	38,3%	4.716	61,7%	7.641	3,8%
80-84	1.655	29,8%	3.908	70,2%	5.563	2,8%
85-89	1.143	33,0%	2.320	67,0%	3.463	1,7%
90-94	441	37,2%	745	62,8%	1.186	0,6%
95-99	58	24,6%	178	75,4%	236	0,1%
100+	9	34,6%	17	65,4%	26	0,0%
Totale	94.569	47,6%	104.159	52,4%	198.728	

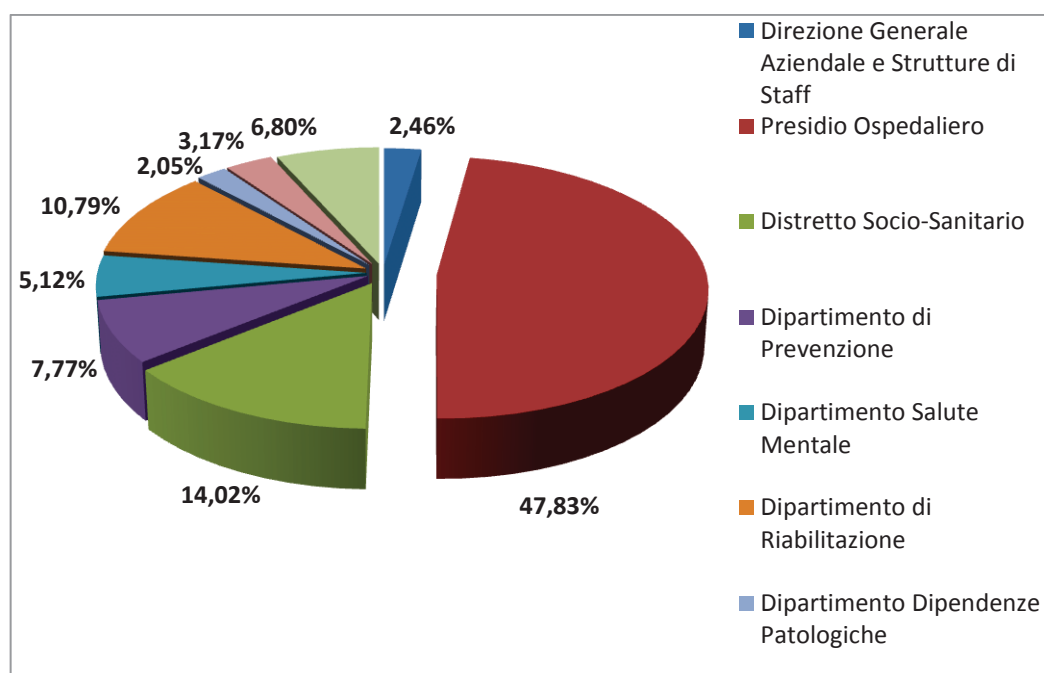
Per il 69,9% il Personale ASL TA è coniugato a fronte di neanche un 14% di celibi/nubili. L'8,33% è divorziato o separato.

Il titolo di studio più ricorrente è la Laurea con il 34%, seguito dalla Scuola Media Superiore con poco più del 26%. Quasi il 16% annovera nel proprio curriculum il Diploma Universitario. Sembra possibile concludere che il livello di scolarizzazione del Personale intervistato sia medio-alto.

Il Grafico 2.4 relativo alla distribuzione per Strutture di appartenenza evidenzia una prevedibile predominanza dei Poli ospedalieri, sebbene va ricordata la scarsa adesione al questionario da parte del più grande Polo Ospedaliero cittadino, ossia il "SS. Annunziata".

▪ Capitolo 2

Grafico 2.4: Struttura di appartenenza

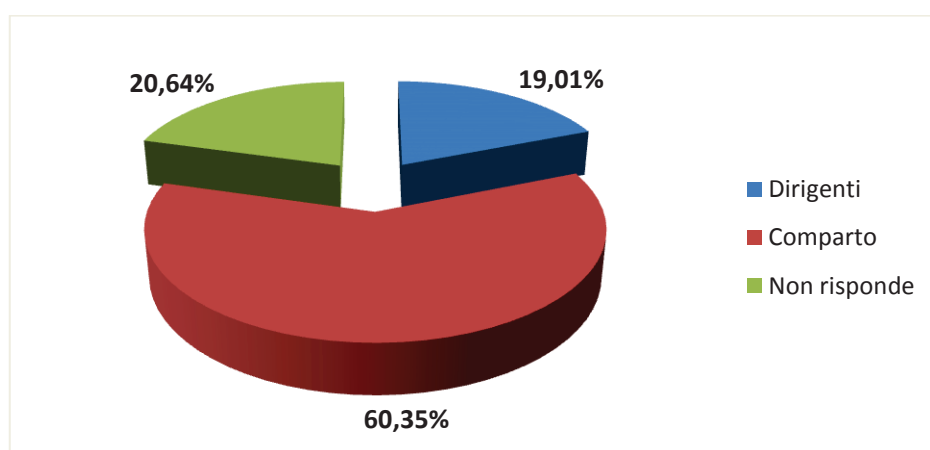


Le ragioni per cui le persone non rispondono ad indagini quali quelle relative alla rilevazione della loro soddisfazione e al benessere all'interno dell'ambiente di lavoro sono varie e con ragionevole probabilità non esaustivamente sintetizzabili in:

- perché non sono interessate all'indagine che si sta svolgendo;
- perché lo ritengono inutile;
- perché non si sentono qualificate a dare le risposte richieste;
- perché hanno paura di rispondere;
- perché non sono state coinvolte dal Management.

Nel Grafico 2.5 sono riportate le percentuali di aderenza al Progetto di ricerca suddivisa per "Dirigenza" e "Comparto" con un netto 60% a vantaggio di quest'ultimo, leggibile sulla scorta non tanto di una maggiore aderenza quanto di una più alta distribuzione per Area.

Grafico 2.5: Intervistati per Area



2.3 TRASCURABILI SUGGERIMENTI FINALI

L'economia agricola e marina del territorio jonico, nel corso del tempo ha lasciato sempre più spazio al mito del progresso, fattosi realtà con un intenso processo di industrializzazione pesante. E' evidente come questo fattore abbia ridisegnato oltre che il paesaggio naturale anche quello umano, sociale e specificatamente sanitario.

Il paradigma dello sviluppo e dell'industria, sia in chiave ideologica che economica, ha monopolizzato la storia recente di Taranto e della provincia aprendola verso l'esterno, fiaccandone, per contro, le forze e le risorse interne.

E' forse necessario, anche alla luce degli sviluppi della questione ILVA, occupazione e ambiente, provare a impegnarsi al fine di costruire e sostenere una rete di economia più solidale e eco-sostenibile, più attenta rispetto al passato alla rete sociale, valorizzando le relazioni prima che il capitale.

Dalla percentuale di persone di 14 anni e più che ha svolto alcune attività sociali nei 12 mesi precedenti l'intervista (Istat, dati scorporati per province e comuni non disponibili), considerato il trend che va dal 2000 al 2012, non si può non prendere atto di un dato piuttosto basso:

Tabella 2.3: Attività sociali svolte nel corso dell'anno (2000-2012. Istat)

Puglia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	1,2	1,3	1,7	1,5	2,3	1,6	2,0	1,9	1,2	1,1	1,6	1,2	1,4

La frequenza di incontro con gli amici nel tempo libero dal 2000 al 2010 (dati Istat) evidenzia una percentuale in piccola risalita rispetto agli ultimi due anni seppur meno significativa rispetto all'anno 2000:

Tabella 2.4: Frequenza di incontro con amici nel tempo libero nel corso dell'anno (2000-2010. Istat)

Puglia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	38,9	34,4	33,2	35,9	34,6	33,8	33,5	31,5	28,9	30,8	31,4

Dall'ultimo censimento (2011), le diverse dotazioni naturali dei comuni capoluogo di provincia e le differenti velocità di attuazione delle opere di progettazione urbanistica delle città rendono la disponibilità di verde urbano fortemente variabile sul territorio nazionale. Nel 2008, i comuni di L'Aquila (2.927 m² per abitante), Pisa (1.521), Ravenna (1.262) e Matera (1.139) presentano la maggiore disponibilità di aree verdi, grazie alla presenza sul territorio di vasti parchi naturali, aree protette e boschi. All'opposto, Taranto (0,2), Imperia (3,2), Crotone (3,6), Ascoli Piceno (3,8), Chieti (4,1) e Lecce (4,6) registrano una disponibilità di verde urbano inferiore alla media dei comuni di oltre il 95 per cento.

Un numero crescente di studi riconosce l'importanza di ricoprire *ruoli sociali*, intrecciare relazioni e vivere il territorio e la comunità anche in chiave protettiva.

Negli anziani, ad esempio, la perdita di ruoli sociali è considerata un fattore critico per il senso di benessere.

▪ Capitolo 2

Alcune analisi qualitative, già sul finire degli anni '90, hanno esplicitato come gli individui percepiscano le loro identità di ruolo come fonti di significato, di scopo e di guida del comportamento.

Ricerche più recenti hanno messo in luce come le donne e gli uomini che ricoprono più ruoli, segnalano livelli minori nei problemi fisici e psicologici e più alti livelli di *benessere soggettivo* [38].

Negli anni '70, sulla scorta dell'interesse delle scienze umane per il sostegno sociale, si afferma l'importanza delle relazioni e del sostegno nel mantenimento della salute. Ampliandone le potenzialità, sarebbe possibile evitare gli effetti deleteri sulla salute, di eventi psicosociali stressanti o a rischio.

Il noto studio di Berkman e Syme [39] sostiene che i legami sociali non solo favoriscono il miglior adattamento in situazioni problematiche, ma sono anche in grado di diminuire i tassi di mortalità e di morbidità. Sono queste le conclusioni della ricerca condotta su 4.700 uomini e donne residenti in una piccola cittadina californiana, valutando la rete sociale con l'ausilio di un indice composto da quattro fattori: stato civile, contatti con amici e parenti, membri della chiesa e associazioni formali e informali.

Berkman e Syme hanno rimarcato, poi, come pur in presenza di fattori di rischio, i soggetti con scarsi legami sociali presentavano, dopo nove anni dall'intervista, una mortalità da due a cinque volte più alta rispetto ai soggetti più integrati socialmente.

Molti ricercatori, anche in seguito, hanno confermato la stretta relazione fra il tasso di mortalità e di morbidità e le misure del sostegno e dell'integrazione sociale [40, 41].

Lewinsohn, Redner e Seeley [42] hanno verificato come diverse componenti del sostegno sociale risultino associate al livello di benessere soggettivo. Le persone più soddisfatte dicono di avere un numero di fonti di sostegno sociale più esteso, contatti più frequenti, maggiori competenze e abilità sociali. Gli stessi intervistati riferivano di sentirsi soddisfatti delle relazioni con gli altri.

Risulterebbero quindi predittivi del benessere sia elementi di natura più oggettiva come il numero e la frequenza dei contatti, sia elementi più soggettivi come la soddisfazione per le relazioni.

In estrema sintesi, età, ruolo sociale, incarico lavorativo e tipologia del rapporto, distanza dal luogo di lavoro, pregresse esperienze lavorative risultano elementi fondanti rispetto al benessere personale. Ciò su cui, forse, bisognerebbe puntare un po' di più è il provare a stare serenamente con gli altri, creando legami sociali autentici e *protettivi* per il benessere personale, del luogo di lavoro, della comunità, legami sociali.

BIBLIOGRAFIA

1. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
1. 2.L. Taylor, C. Blair-Stevens, *Introducing health impact assessment HIA: Informing the decision-making process*, Health Development Agency, 2002
2. Institute for the future (ITFF), *Health and Healthcare 2010. The forecast, The challenge*. Princeton: Jossey-Bass, 2003.
3. Dahlgren G, Whitehead M., *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.
4. WHO/UNICEF. Declaration of Alma Ata. WHO, Geneva 1978.
5. Commission on Social Determinants of Health. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper (Final Draft), April 2007
6. Amartya K. Sen, *Why and how is health a human right?*, Lancet 2008; 372:210. doi:10.1016/S0140-6736(08)61784-5
7. Bartley M, Plewis I. *Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness*. International Journal of Epidemiology, 2002, 31:336-341.
8. Mitchell R, Blane D, Bartley M. *Elevated risk of high blood pressure: climate and the inverse housing law*. International Journal of Epidemiology, 2002, 31:831 - 838.
9. Montgomery Sm, Berney Lr, Blane D., *Prepubertal stature and blood pressure in early old age*. Archives of Disease in Childhood, 2000, 82:358- 363.
10. Morris Jn et Al., *A minimum income for healthy living*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2000, 54:885-889.
11. Programme Committee On Socio-Economic Inequalities In Health (Segv-Ii). *Reducing socio-economic inequalities in health*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001.
12. Van De Mheen H et Al. *Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health*. Journal of Epidemiology and Community Health, 1998, 52:15-19.
13. Brunner Ej., *Stress and the biology of inequality*, British Medical Journal, 1997, 314:1472-1476.
14. Brunner Ej et Al. *Adrenocortical, autonomic and inflammatory causes of the metabolic syndrome*. Circulation, 2002, 106:2659-2665.
15. Kivimaki M et Al., *Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees*, British Medical Journal, 2002, 325:857-860.
16. Marmot Mg, Stansfeld Sa. *Stress and heart disease*. London, BMJ Books, 2002.
17. Marmot Mg et Al., *Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence*, Lancet, 1997, 350:235-239.
18. Claussen B, Davey Smith G, Thelle D., *Impact of childhood and adulthood socio-economic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study*, Journal of Epidemiology and Community Health, 2003, 57:40-45.
19. Kawachi I, Berkman L, eds. *Neighborhoods and health*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
20. Hemingway H, Kuper K, Marmot Mg., *Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies*. In: Yusuf S et al., eds. *Evidence-based cardiology*, 2nd ed. London, BMJ Books, 2003:181-217.

▪ Capitolo 2

21. Beale N, Nethercott S., *Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure*, Journal of the Royal College of General Practitioners, 1985, 35:510-514.
22. Ferrie J et Al., eds. *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (WHO Regional Publications, European Series, No. 81). Testo disponibile al sito: <http://www.euro.who.int/document/e66205.pdf>, accessed 15 August 2003).
23. Iversen L et Al., *Unemployment and mortality in Denmark*, British Medical Journal, 1987, 295:879-884.
24. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916). Testo disponibile al sito: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf, accessed 14 August 2003)
25. First Action Plan for Food and Nutrition Policy [web pages]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (http://www.euro.who.int/nutrition/ActionPlan/20020729_1, accessed 14 August 2003).
26. Bobak M et Al., *Poverty and smoking*, In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:41-61.
27. Kaplan Ga Et Al., *Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland*, American Journal of Epidemiology, 1988, 128:370-380.
28. Kawachi I et Al., *A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA*, Journal of Epidemiology and Community Health, 1996, 50(3):245-251.
29. Fukuyama F., *Fiducia. come le virtù sociali contribuiscono alla creazione della prosperità*, Milano, Rizzoli, 1996
30. Putnam R.D., *Capitale sociale e individualismo. Crisi e rinascita della cultura civica in America*, Bologna, Il Mulino, 2004
31. Putnam R.D., *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Milano, Mondadori, 1993
32. Banfield E., *The Moral Basis of a Backward Society*, New York, The Free Press, 1958
33. Cartocci R., *Mappe del tesoro. Atlante del capitale sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2007, pag. 53
34. Ibidem, pag. 119
35. Ibidem, 116
36. Viroli M. (2011) *La libertà dei servi*, Laterza, Roma-Bari.
37. Barnett, R.C., & Hyde, J.S. (2001). Women, men, work, and family: an expansionist
38. theory. *American Psychologist*, 56(10), 781-796.
39. Berkman LF, Syme L., 1978 *Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of alameda county residents*. American Journal of epidemiology, 109:2, 186-204.
40. Berkman, L. F. 1995. *The role of social relations in health promotion*. Psychosomatic Medicine, 57,245-254.
41. House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. J. (1982). The association of social relationships and activities with mortality. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
42. Lewinsohn, P. M., Redner, E., & Seeley, J. R. 1991. *The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives*. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 193- 212). New York: Pergamon.

I FATTORI DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO

di Giuseppina Di Cesare ¹⁰

3.1. POCHE RIFLESSIONI SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO

Il concetto *salute* in ambito lavorativo è diventato oggetto di studio solo a partire dal '900. In effetti scarso o nullo era l'interesse del datore di lavoro verso lo stato di salute dei lavoratori o l'ambiente malsano in cui essi operavano in quanto esclusivamente proteso a raggiungere il miglior risultato produttivo.

Negli anni '30 il concetto di *valutazione* assume rilevanza; rischi infortunistici e malattie professionali vengono valutati in rapporto alla specificità lavorativa e ai luoghi di lavoro e inizia ad evidenziarsi la necessità di intervenire per modificare complessivamente le condizioni ambientali.

Il focus viene posto sulle possibili *conseguenze psichiche* dovute al malessere del lavoratore-l'affaticamento è una delle tante espressioni - e sulla necessità di garantire *sicurezza* sui posti di lavoro (anni '50) accompagnata da un'attività di *prevenzione*.

Relativamente recente (1986) è la distinzione effettuata da Terborg tra *proteggere* la salute dalle minacce (*Health Protection*) e *promuovere* la salute (*Health Promotion*) persuadendo le persone a modificare i propri comportamenti o stili di vita affinché dal nuovo modus vivendi possano trarre benefici fisici e mentali. Il concetto innovativo per indicare il benessere in senso lato *Wellness* venne introdotto a partire dagli anni '80.

Nel corso dei decenni considerati, il lavoratore da *soggetto passivo* diviene *attore* potendo operare (spesso unitamente ai sindacati) delle scelte all'interno del processo partecipativo che va affermandosi nell'organizzazione. Diffusa la consapevolezza che egli, anche nella condizione di potenziale paziente, può incidere sulla propria salute divenendo il soggetto primo nell'assunzione di responsabilità e nella cura di sé (*empowerment*) contribuendo altresì a determinare cambiamenti nei servizi. Pratt ritiene che la cultura della salute vada ben oltre la cultura della sicurezza che appare fortemente riduttiva e non sempre vede convergere il contributo imprescindibile di lavoratori ed organizzazione. Comunicazione, empowerment ed armonizzazione tempi vita/lavoro risultano elementi essenziali per definire la cultura della salute (2000).

Organizzazione che per essere autosufficiente deve inevitabilmente avvalersi di tutte le risorse presenti in ambito produttivo, formarle adeguatamente senza soluzione di continuità per accrescere le competenze acquisite ed intervenire per stabilizzare le relazioni personali, ed evitare il cronicizzarsi dei conflitti. Questi se non incanalati nella giusta direzione, con il supporto di esperti supervisor indipendenti, rischierebbero di tradursi in elevato costo per l'intera organizzazione.

¹⁰ Sociologa ed esperta in Metodologia della Ricerca Sociale, nella valutazione, nella Pianificazione e Politiche Sociali, nella progettazione oltre che nello sviluppo locale ed animazione istituzionale

▪ Capitolo 3

Organizzazione che ancora oggi si avvale del *fattore umano*, concetto quest'ultimo la cui scoperta è da attribuire a Mayo, psicologo australiano e fondatore della Scuola di Human Relations, in occasione degli esperimenti di Hawthorne. Il fattore umano porta con sé nel mondo lavorativo esigenze emerse in altri ambienti; esso vive in un contesto sociale all'interno di un rapporto bidirezionale, il cui orientamento può assumere connotazioni favorevoli o sfavorevoli, da cui dipende e ne risulta influenzato. I rapporti, se favorevoli, possono indurre a mutamenti qualora l'organizzazione venga percepita come *sistema sociale* nel quale individui e gruppi elaborano, negoziano, scambiano progetti e valutazioni (prospettiva psicologica).

Un *lavoratore* in salute è colui che:

- ha accesso alle informazioni, alla formazione, agli incentivi in rapporto alle specifiche esigenze lavorative e al sistema meritocratico;
- viene utilizzato per quelle attività per le quali si è formato e in cui prova soddisfazione;
- è capace di bilanciare la vita lavorativa con quella privata;
- viene valorizzato per il contributo apportato come singolo e all'interno del gruppo;
- vive in un clima favorevole alle relazioni umane e professionali che gli consentono il confronto e la critica costruttiva;
- ecc.

Un' *organizzazione* in salute:

- non crea condizioni tali da generare stress e burnout nei suoi dipendenti;
- si occupa e si preoccupa dello stato di salute dei propri collaboratori tenendo a mente le necessità di ognuno;
- attribuisce importanza alla distribuzione del carico di lavoro facendo sì che il lavoratore assuma su di sé la responsabilità dei compiti assegnati;
- non si veste di autorità, se non in casi gravi, assumendo atteggiamenti persecutori e di controllo esasperato ma mostra interesse ai risultati;
- crea le condizioni favorevoli affinché si lavori sinergicamente nel gruppo operativo assicurando il miglior servizio possibile.

Un' *organizzazione* vive una *condizione* di *benessere* allorché sia capace di:

- promuovere al proprio interno fattori come *richiesta lavorativa*, *efficienza organizzativa*, *apertura all'innovazione*, che contribuiscono a creare benessere perdurante nel tempo per i propri dipendenti;
- far crescere i propri dipendenti - incentivandoli, valorizzandoli e formandoli - affinché gli stessi possano garantire servizi/interventi efficaci e soddisfacenti per l'utenza;
- migliorarsi e svilupparsi anche a livello produttivo affinché ci siano ricadute positive per la collettività e l'intero territorio;
- porre attenzione ai *risultati ottenuti* dai singoli operatori o dai gruppi di lavoro piuttosto che alla forma e al procedimento.

“Richiesta lavorativa” ed “Efficienza Organizzativa” sono *fattori* rientranti nella *macro area organizzativa* che, se connotati positivamente, possono afferire al benessere organizzativo.

3.2. ANALISI DEI PRINCIPALI ASPETTI ORGANIZZATIVI

3.2.1. Richiesta lavorativa

La specifica prestazione di ciascun operatore è strettamente correlata ad elementi che la connotano:

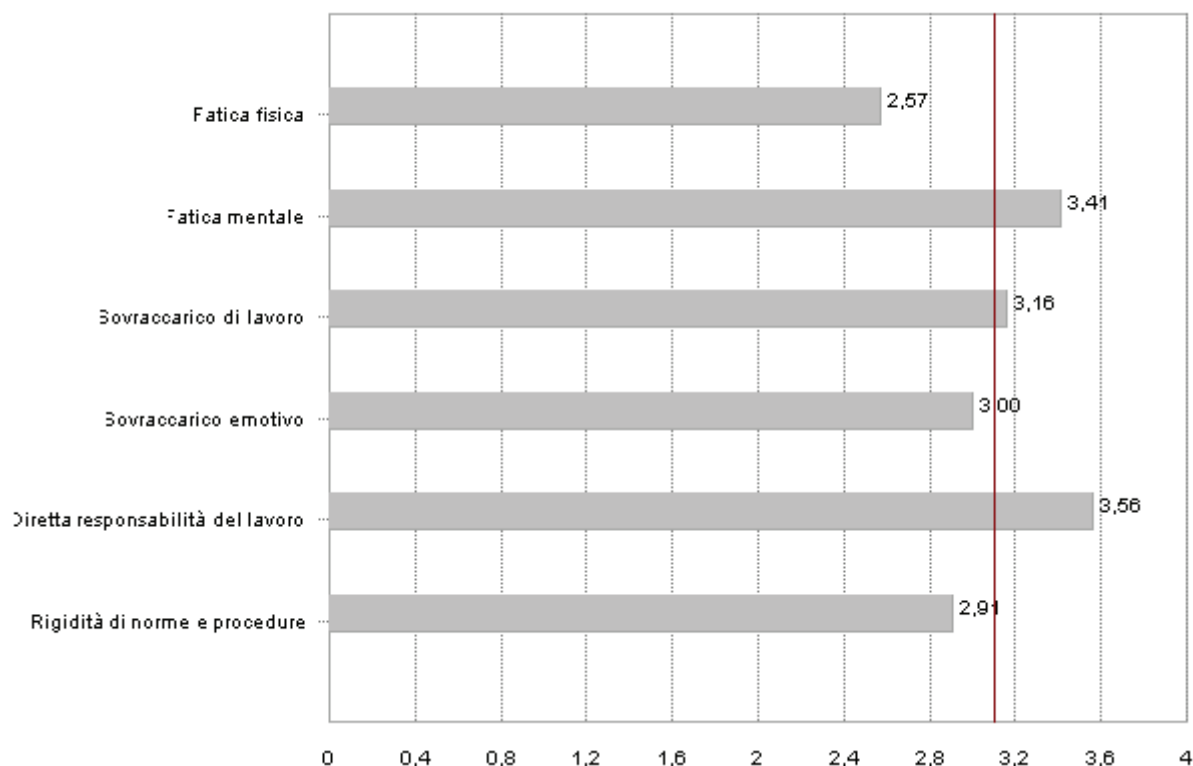
- profilo professionale (professional skills) ossia i tratti distintivi dell'attività svolta;
- differente contesto in cui si opera (in una sala operatoria piuttosto che in un Ser.T);
- target di riferimento che trae beneficio dal servizio/intervento offerto;
- capacità di intrattenere relazioni, capitalizzando competenze ed esperienze acquisite anche altrove;
- investimento emotivo da contenere per evitare che i risultati dell'agire lavorativo siano intaccati all'interno di una relazione umana;
- presenza/assenza di uno stato di benessere del lavoratore.

Benessere inteso come *fisico, psichico e sociale* che rimanda alla definizione data già nel 1946 dall'OMS al concetto di *salute* non più avvertita come *assenza di malattia*. A distanza di mezzo secolo (1991) la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità stabilisce che la salute per i lavoratori si ottiene non solo rendendo salubri gli ambienti di lavoro o contenendo malattie ed infortuni ma, soprattutto, promuovendo il *benessere* dei lavoratori che non risulta essere esclusiva prerogativa e responsabilità del settore sanitario.

I contesti lavorativi come quelli di vita (in senso lato) inglobano *minacce* per la salute (in ambito lavorativo parleremmo di stress occupazionale, burnout, mobbing) e *risorse* favorenti lo sviluppo del benessere. L'indagine condotta dalla ASL TA su sollecitazione del CUG (in particolare del *Gruppo Buon Ascolto*) e promossa dal Ministero della Funzione Pubblica mette in luce entrambi gli aspetti analizzandoli non già per esprimere giudizi ma per riprogettare il *benessere individuale, di gruppo ed organizzativo* partendo dalle risultanze e coinvolgendo gli attori principali: azienda, lavoratori, organizzazioni sindacali ed utenza.

▪ Capitolo 3

Grafico 3.1: Profilo generale richiesta lavorativa



Il fattore *richiesta lavorativa*, oggetto di analisi del presente paragrafo, rimanda al vecchio modello di ricerca-intervento precedentemente adottato dal Ministero e alla dimensione *tollerabilità dei compiti*. Per tale fattore l'interrogativo da porsi è il seguente: quali le caratteristiche dei compiti lavorativi, quale il carico di lavoro ed il tipo di investimento emotivo, fisico, psichico e cognitivo?

Osservando il grafico 1 sulla *richiesta lavorativa* emergono item che si connotano negativamente. Essi attengono:

- alla *diretta responsabilità* del dipendente (sia esso espressione dell'area dirigenziale o del comparto) che si presume sia proporzionata a compiti e ruoli a ciascuno attribuiti;
- al *carico di lavoro* di cui si sobbarca il dipendente e la *fatica mentale* derivante anche da routine ed emergenza.

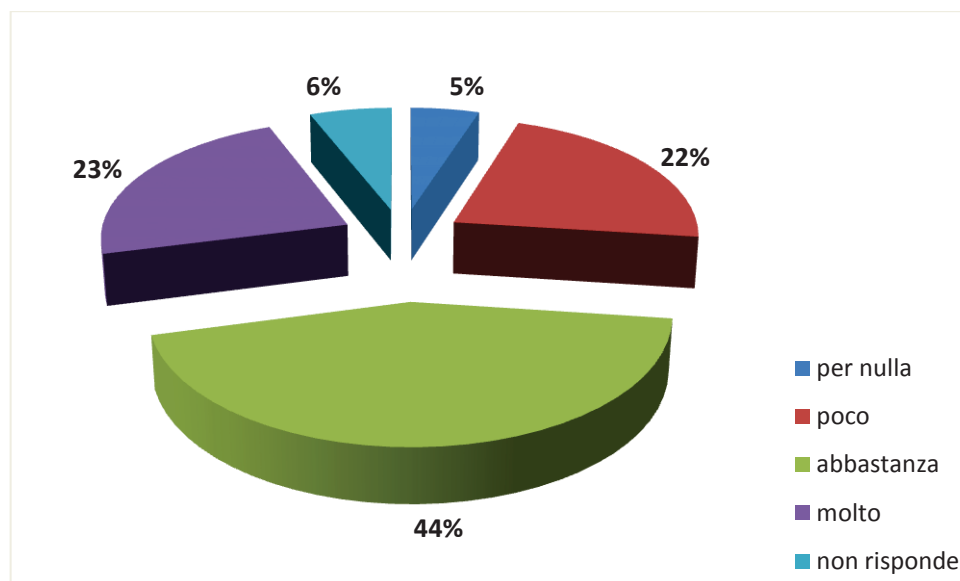
La routinizzazione come la dequalificazione, la demotivazione, ecc. sono insidie per il benessere del lavoratore e possono determinare seri danni. Una delle conseguenze dei danni prodotti da tali insidie è il mobbing che per Harald (2001) non risulta essere *un problema medico o psichiatrico ma una malattia dell'ambiente di lavoro*, da non confondersi con lo straining o lo stress occupazionale¹¹.

La *fatica mentale* è una problematica trattata all'interno della norma ISO 10075 dagli enti di normazione e definita come *alterazione temporanea dell'efficienza funzionale mentale e fisica*. Essa è attribuibile ai soggetti che non riescono ad adattarsi agli stimoli esterni ed interni perché ritenuti eccessivi. Qualora il soggetto, nonostante il flusso continuo di stimoli, trovi il suo equilibrio parleremo di *tensione positiva*.

¹¹ Lo straining è lo stress forzato sul posto di lavoro.

La *fatica fisica* invece appare decisamente meno percepita dai dipendenti.

Grafico 3.2: Rigidità norme e procedure



Eccessivo carico di lavoro e fatica mentale risultano peculiarità dei *compiti lavorativi* ed è probabile che essi siano aggravati dall'influenza subita da *norme e rigide procedure* dato che l'item considerato risulta prossimo alla media e alla modalità di risposta *abbastanza* (2,91 contro 3,1)¹².

Item come il *sovraccarico emotivo*, quasi sovrapponibile alla media (3 su 3,1), è da considerarsi rilevante ed alquanto credibile considerato che:

- gli operatori (in buona parte) prestano la propria attività lavorativa nei presidi ospedalieri (935 su 1.957 - 47,83%), luoghi dove costante è il contatto con la sofferenza;
- l'utenza frequentante le strutture socio-sanitarie (distretti ad esempio) generalmente pone problematiche attinenti la cagionevole salute di qualche congiunto;
- esiste la coincidenza tra momento di auto-somministrazione del questionario a cura del dipendente e vita aziendale scossa per lo smantellamento di alcuni presidi ospedalieri periferici senza attivo coinvolgimento di operatori e cittadini.

Alcuni item come "isolamento, monotonia e ripetitività, contatti frequenti con le persone" sono stati omessi nel grafico 1; incomprensibili, anche agli estensori del report, le ragioni di tali omissioni soprattutto per quest'ultima variabile dato che l'89,3% (1665 su 1.864) dei rispondenti ha concentrato il focus sulle modalità di risposta "abbastanza-molto".

¹² Le Likert fanno parte della cosiddetta famiglia *scale ordinali* che consentono di ordinare gerarchicamente oggetti presenti nel questionario come gli atteggiamenti. Esse sono affermazioni nei cui confronti l'intervistato deve dichiarare il grado di accordo o di disaccordo.

▪ Capitolo 3

Indipendentemente dalle possibili lacune presenti nella macchina aziendale, dal clima non sempre respirabile nelle varie sedi operative e dai conflitti generati a volte da dirigenti dalle scarse competenze manageriali e relative capacità a tradurle operativamente, i dipendenti dell'azienda che hanno aderito al progetto Magellano non avvertono l'isolamento se non per il 23,6% (432 su 1.830). E' probabile che, nonostante le difficoltà, la rete relazionale sia esistente poiché costruita e consolidata nel tempo, permettendo ai lavoratori, anche in momenti critici, di attivare collaborazioni e di esprimersi a livello professionale ricercando nel piccolo poche ma significative gratificazioni, spesso attribuibili al feed-back proveniente dall'utenza.

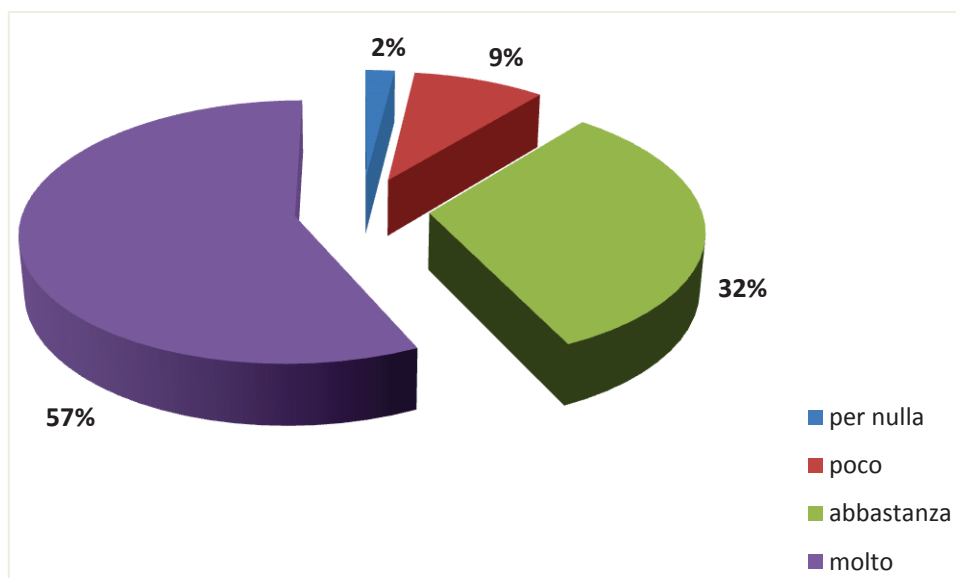
Tabella 3.1: Richiesta lavorativa

	R	NR	% NR
Fatica Fisica	1.829	128	6,5
Fatica mentale	1.874	83	4,2
Sovraccarico di lavoro	1.851	106	5,4
Sovraccarico emotivo	1.845	112	5,7
Diretta responsabilità del lavoro	1.856	101	5,1
Rigidità di norme e procedure	1.827	130	6,6

R = numero di operatori che hanno risposto sul totale pari a 1.957

NR = numero di operatori che hanno ritenuto di non fornire risposta

Grafico 3.3: Contatti frequenti con le persone



Come innanzi detto l'attività resa individualmente sul posto di lavoro, impone una elevata e diretta assunzione di *responsabilità* che potrebbe attenuarsi qualora le decisioni fossero condivise ed assunte dall'intero gruppo e non esclusivamente dal singolo. Il servizio reso risulterebbe qualitativamente valido poiché frutto di efficienza ed efficacia. A conclusione degli esperimenti di Hawthorne (terza fase), Mayo (1933, 1945) scoprì che l'azione dei *gruppi primari* o gruppi di lavoro (organizzazione sociale/spontanea/informale), visti attualmente come *sotto-sistema organico all'interno dell'organizzazione*, può favorire o contrastare gli obiettivi del management che se condivisi risulterebbero facilmente raggiungibili.

L'interazione attivata dai lavoratori all'interno del piccolo gruppo (anche informale) appare cruciale in quanto l'uomo *individualmente insicuro* esprime un bisogno prioritario quale appunto quello di sicurezza. Tale bisogno secondo la scuola delle Relazioni Umane si articola in rispetto di sé, significato del proprio lavoro ovvero sua funzione sociale, posizione assunta in ambito societario e possibilità che tale posizione nel tempo possa migliorare.

Una Direzione Aziendale deve saper cogliere l'opportunità offerta dai lavoratori a fronte di un desiderio umano, che è quello di voler cooperare e creare gruppi formali ed informali affinché il lavoratore dal suo inserimento in questa piccola entità sociale possa trarre soddisfazione ed essere efficiente. Mayo (1945) sosteneva che *l'impellente desiderio* del lavoratore a cooperare *può essere utilizzato da un management intelligente e lungimirante*.

3.2.2. Efficienza organizzativa

Ancor prima di considerare il secondo fattore della Macro Area Organizzativa *efficienza organizzativa* è opportuno disquisire sul concetto *efficienza* mutuando il contributo offerto dalla Stame e da Bezzi in ambito valutativo. La Stame (1998) avvalendosi dello schema di MEANS, che chiarisce sui rapporti esistenti tra gli elementi valutativi (obiettivo, mezzi, risultati, ecc.) di un progetto, un intervento, un servizio, un'azione, ecc., definisce l'efficienza come *rapporto mezzi/risultati*. Per *mezzi* la Stame ha inteso *misure* adeguate per perseguire gli obiettivi e per *risultati* output misurabili in linea con le aspettative¹³.

Bezzi (2007), nel ritenere i criteri di efficacia ed efficienza *piatti di una stessa bilancia*, ha sostenuto che *a parità di risultato è più efficiente il progetto che ha speso meno*. Spendere meno è da intendere come ottimizzazione temporale di risorse, strutture, ecc., e non già minore qualità dell'intervento reso. Le risorse umane, utilizzate con differenti modalità organizzative non soggiacenti al *governo gerarchico* o alle *scansioni procedurali* ma al *controllo efficiente*, attiverebbero meccanismi di gruppo e consentirebbero un loro pieno coinvolgimento nei processi programmatici, decisionali ed operativi/gestionali¹⁴.

L'obiettivo della Direzione Strategica in qualsiasi organizzazione, formulato ed esplicitato con chiarezza, potrebbe eludere il gap tra quanto dalla stessa dichiarato e quanto tradottosi in pratica quotidiana dai lavoratori. Questi se motivati contribuirebbero al conseguimento dell'*obiettivo* aziendale poiché:

- possiedono *l'informazione* data la *circolarità* del processo attivato;
- attribuiscono senso alla loro giornata lavorativa consapevoli che i problemi saranno effettivamente affrontati e superati - *consapevolezza operativa*;
- *svolgono celermente* compiti ed attività senza inutili trascinalenti temporali avendone piena responsabilità.

¹³ Un esempio di mezzo (misura) è costituito dal lavoro part-time, il risultato invece è dato dal numero di donne/uomini che ad esso ricorrono. Per comprendere se l'intervento è stato efficace dovremmo rispondere all'interrogativo: i risultati sono stati ottenuti con il minor dispendio di danaro?

¹⁴ Direttiva del Dipartimento Funzione Pubblica, 2004.

▪ Capitolo 3

Obiettivo, operatività, utilità sociale ed informazioni sono le dimensioni che compongono il nuovo fattore *efficienza organizzativa* introdotto dall'evoluzione del modello di ricerca - intervento messo a punto dalla Guida (aggiornata) sul *benessere organizzativo* del Ministero Funzione Pubblica ed Innovazione.

Riquier (1997):

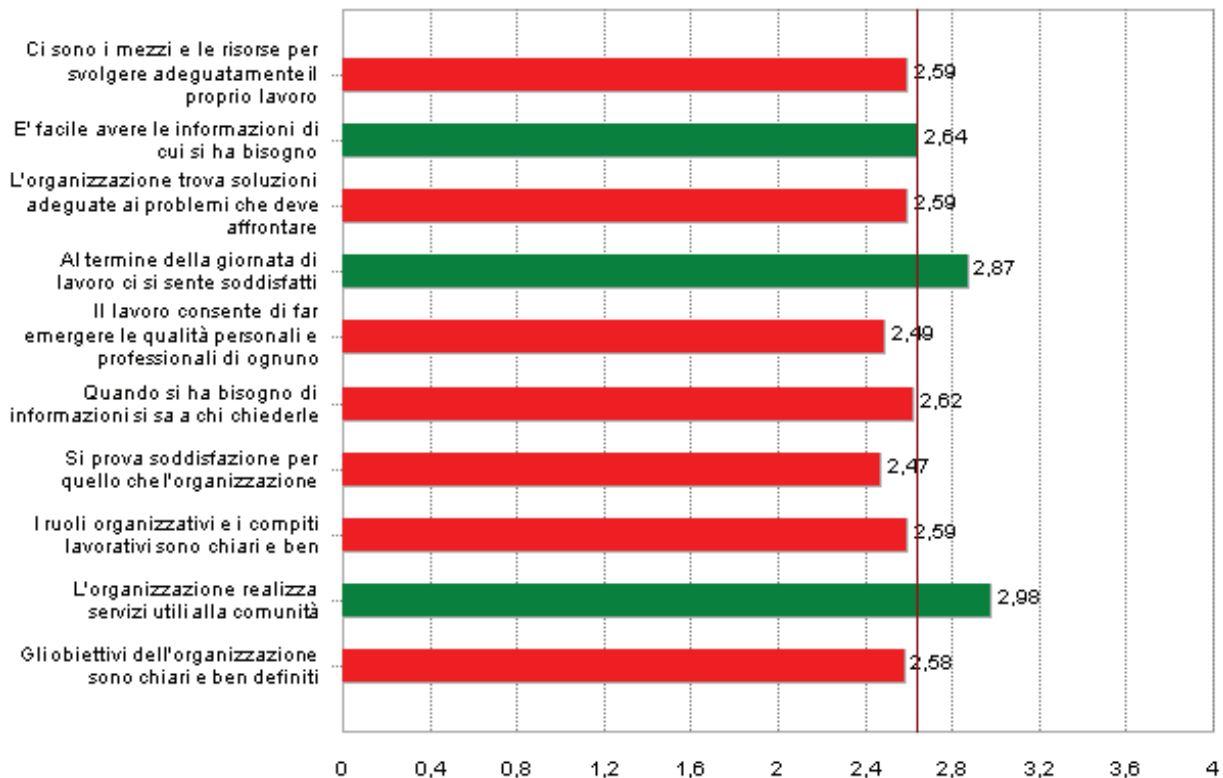
- definisce l'organizzazione come insieme strutturato di risorse, persone, regole, che tendono verso un obiettivo;
- rileva l'inefficienza come problema in agguato da eliminare se si vuole essere concorrenziali;
- evidenzia l'utilità di apprendere dagli errori, avendo il coraggio di apportare le dovute modifiche, con il contributo della valutazione.

Le modalità di apprendimento sono influenzate dalle condizioni in cui si riceve l'informazione (dall'esterno, dall'interno, attraverso un dialogo, ecc.) e dal grado di partecipazione alla *vita* della organizzazione nel suo evolversi. I detentori di interessi o stakeholders (politici, amministrativi, beneficiari, utenti, ecc.) attivando un processo dialogico e negoziale comparteciperebbero alle scelte e alla costruzione di percorsi condivisi verso la risoluzione dei problemi, consentendo all'organizzazione nel suo complesso di trarne vantaggio.

La Pubblica Amministrazione deve confrontarsi con una complessità di problemi in crescendo derivanti da repentini ed irrefrenabili cambiamenti della società e da nuovi ed emergenti bisogni posti dalla collettività. Essa per impattare la complessità deve poter dispiegare forze tali da operare adattamenti alle situazioni contingenti per scongiurare, dice Cannon (1939), *l'arresto delle proprie funzioni e la disintegrazione delle proprie parti*. Il fisiologo coniò il concetto *omeostasi* (rimanere costanti) per indicare la capacità di auto-regolazione posseduta da una organizzazione complessa in condizioni di sforzo; l'auto-regolazione va intesa come uno stato che nel variare mantiene la sua costanza e non come qualcosa di stagnante.

Dall'osservazione del grafico 4 *efficienza organizzativa* si rileva che i dipendenti riconoscono all'organizzazione la capacità implementativa di servizi ed interventi, non di natura esclusivamente sanitaria, che incidono sulla salute della comunità amministrata. Si rileva altresì che l'organizzazione, per consentire ai suoi ingranaggi di funzionare, deve rendere fluido il flusso informativo identificandone con chiarezza le fonti da cui attingere per un agire corretto e consapevole.

Grafico 3.4: Efficienza organizzativa



Indipendentemente dalle crepe che traspaiono nell'organizzazione, gli operatori a giornata conclusa sembrano appagati dalla loro attività prestazionale. Si presume tale atteggiamento possa trovare riscontro nel senso di appartenenza al sistema ancora vivo e nelle risposte fornite all'utenza alla cui adeguatezza i lavoratori concorrono.

Talvolta accade che l'organizzazione:

- espliciti e chiarisca gli obiettivi aziendali affinché siano condivisibili;
- metta a disposizione mezzi (strumentali, informatici, ecc.) e risorse (umane, economiche, strutturali e tecnologiche) per consentire loro di attivarsi adeguatamente a livello operativo;
- cerchi ed individui all'interno di una gamma di opzioni le soluzioni possibili scegliendo quella risolutiva alle sue problematiche interne ed esterne all'ambiente di lavoro;
- riconosca e valorizzi qualità personali e professionali messe in campo dai dipendenti nello svolgimento del proprio lavoro, favorendone l'emersione e la disseminazione perché si contaminino e si arricchiscano reciprocamente.

▪ Capitolo 3

Tabella 3.2: Efficienza organizzativa

	R	NR	%NR
Ci sono i mezzi per svolgere adeguatamente il proprio lavoro	1.898	59	3
È facile avere le info di cui si ha bisogno	1.883	74	3,7
L'organizzazione trova soluzioni adeguate ai problemi che deve affrontare	1.893	64	3,2
Al termine della giornata ci si sente soddisfatti	1.909	48	2,4
Il lavoro consente di far emergere le qualità personali e professionali di ognuno	1.893	64	3,2
Quando si ha bisogno di informazioni si sa a chi chiederle	1.885	72	3,6
Si prova soddisfazione per quello che l'organizzazione	1.876	81	4,1
I ruoli organizzativi e i compiti lavorativi sono chiari e ben definiti	1.870	87	4,4
L'organizzazione realizza servizi utili alla comunità	1.832	125	6,3
Gli obiettivi dell'organizzazione sono chiari e ben definiti	1.887	70	3,5

R = numero di operatori che hanno risposto sul totale pari a 1.957

NR = numero di operatori che hanno ritenuto di non fornire risposta

3.3. EQUITÀ ORGANIZZATIVA: FATTORE TRASVERSALE ALLE TRE MACRO AREE

Le motivazioni, sottese al comportamento assunto dal lavoratore allorché aderisce o meno alle richieste lavorative, crescono o diminuiscono in rapporto al livello di equità/iniquità percepito dal soggetto all'interno del contesto lavorativo.

Festinger (1954), psicologo sociale, elaborò la *teoria del confronto sociale* e postulò l'esistenza di una *spinta motivazionale* (drive) che in un rapporto equilibrato tra *input/output* induce il lavoratore, a parità di condizione (equivalenti background ed identici compiti per lo svolgimento del lavoro), a confrontarsi con il collega riducendo le incertezze.

Distribuire le risorse tra i lavoratori, attivare lo scambio di risorse sociali ed economiche, creare un equilibrio tra opera prestata e relativo riconoscimento da parte dell'organizzazione, confrontarsi con altri colleghi che si trovano nelle medesime condizioni, sono elementi rintracciabili nella teoria dell'equità distributiva di Homas ed Adams.

Adams (1963) riferisce sull'esistenza di una *relazione di scambio sociale* che intercorre tra individuo ed organizzazione ritenendo che input (contributo fornito dal lavoratore) ed output (ricompensa assicurata dall'organizzazione) costituiscano gli elementi essenziali di tale relazione. *Formazione, abilità, creatività, tratti della personalità, sforzo e presenza, ecc.* rientrano tra gli input che il lavoratore mette in campo aspettandosi che l'organizzazione gli attribuisca una giusta ricompensa *stipendio, benefit e riconoscimenti, promozioni, compiti sfidanti, partecipazione in decisioni importanti, ecc*¹⁵.

All'interno dello scambio sociale sussiste *equità* qualora il lavoratore, a parità di input con il collega (referente), riceverà il medesimo trattamento. L'*iniquità* prevarrà se la ricompensa del lavoratore non coinciderà con quella del collega nonostante entrambi attivino medesimo input (contributo). Putacaso il lavoratore ricevesse una ricompensa maggiore rispetto al collega l'iniquità si connoterebbe per lui positivamente, al contrario qualora la bilancia non pendesse a suo favore parleremmo di iniquità negativa.

Per evitare situazioni di iniquità (positiva o negativa), che andrebbero ad intaccare le motivazioni del lavoratore, Neri (1984), avvalendosi del contributo di altri studiosi, propone otto modalità operative per contenere tale fenomeno. Il lavoratore potrebbe attivare azioni di riequilibrio intervenendo nell'incrementare la propria attività lavorativa oppure prolungando le pause e contraendo il proprio impegno sul lavoro¹⁶. Impegno definito da Meyer e Allen (1997) come *uno stato psicologico che lega il dipendente all'organizzazione e ne riduce il turnover*.

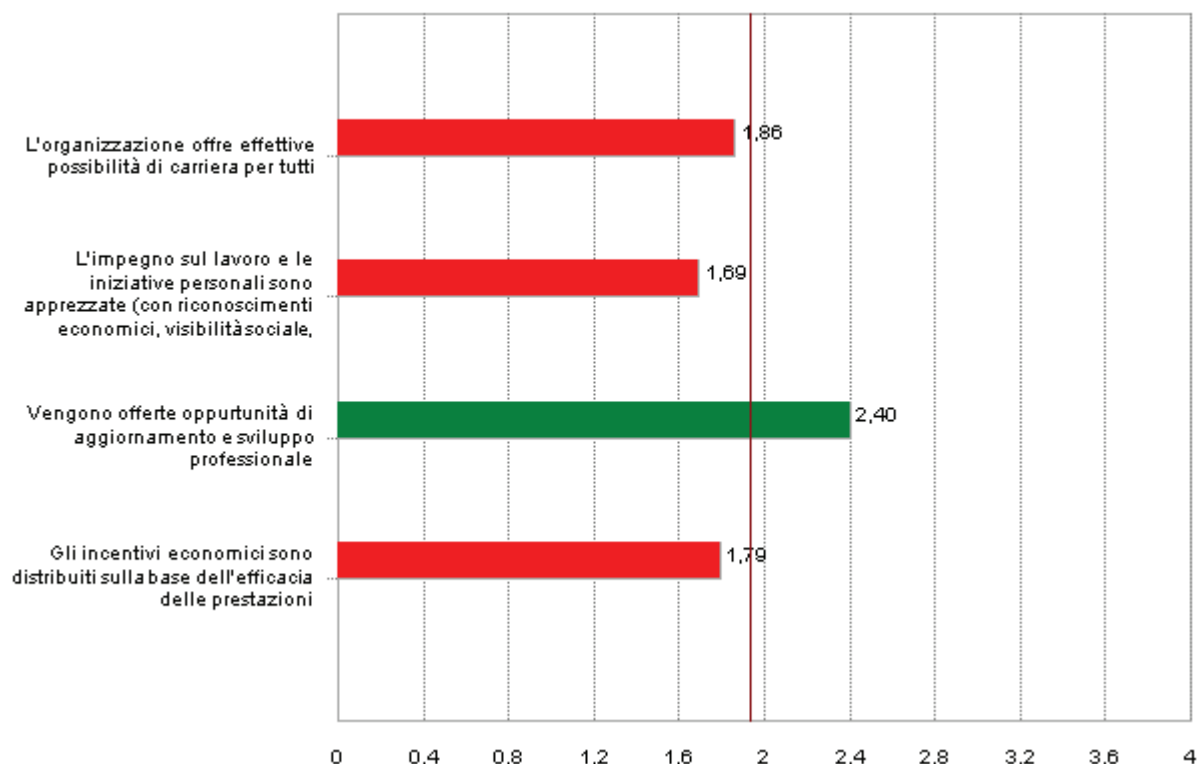
Il lavoratore percepisce le aspettative con differenti modalità, poiché tale percezione è influenzata dalla convinzione che lo stesso soggetto ha sulle proprie capacità di fornire una determinata prestazione (*autoefficacia*) o di saper valutare ed apprezzare doti particolari possedute o background disponibile (*autostima*). La percezione di aspettative del soggetto, inoltre, è influenzata dai *successi* raggiunti in precedenti esperienze lavorative o dalla disponibilità di strumenti e materiali per lavorare.

Equità è un costrutto non riconducibile esclusivamente alla ricompensa di natura economica come lo stipendio (uscita tangibile da parte dell'azienda) ma è da intendersi anche come riconoscimento (uscita intangibile da parte dell'azienda) di una efficace prestazione (energia, impegno, creatività, abilità, capacità, ecc.) tendente al raggiungimento degli obiettivi prefissati dall'organizzazione.

¹⁵ Neri nel 1994 basandosi sul lavoro di Adams predispose una tabella sinottica riportando alcuni elementi riconducibili ad input ed output.

¹⁶ Neri nel 1994 basandosi sul lavoro di Tosi, Rizzo e Carroll (1986) predispose una tabella sinottica contenente alcuni metodi per ridurre l'iniquità percepita dai lavoratori.

Grafico 3.5: Equità organizzativa



Equità si dovrebbe tradurre altresì in:

- *avanzamento di carriera* per quei dipendenti che hanno mostrato e mostrano entusiasmo nel lavoro, propensione a relazionarsi, capacità di lavorare in team contribuendo a superare le difficoltà piuttosto che a crearle;
- *sviluppo personale/professionale* attraverso l'organizzazione di percorsi formativi con modalità, tecniche ed approcci diversi da quelli tradizionali favorendo tra gli operatori di uno stesso servizio o di servizi differenti lo scambio di idee, progettualità ed esperienze.

La possibilità che l'organizzazione possa assicurare la *progressione di carriera* per tutti i suoi dipendenti, anche in presenza di impegno lavorativo includente iniziative personali apprezzabili, o distribuire gli *incentivi economici* auspicati tenuto conto dell'efficacia prestazionale, appare remota. Lo si deduce dal fatto che gli operatori fanno ricadere la loro scelta all'interno delle modalità di risposta "raramente". Viene in soccorso la teoria dell'equità procedurale che, a differenza di quella tradizionale (equità distributiva), rileva l'importanza attribuita al controllo e alla partecipazione degli attori al processo percepenti soddisfazione. Il collaboratore deve poter incidere sulle procedure di gestione del personale e sulla creazione di sistemi di regole tale da poter disporre di effettivo controllo, feedback e partecipazione costante.

Il lavoratore pur possedendo buone potenzialità non sempre trova spazio per esprimerle adeguatamente ma, qualora l'organizzazione attuasce con sistematicità il processo di valorizzazione del personale, trarrebbe enormi vantaggi dato che una migliore performance lavorativa si traduce inevitabilmente in una migliore performance dell'organizzazione.

Evidenziate le criticità, il personale – in primis quello afferente all’area dirigenziale – rimarca la significativa inversione di tendenza attuata dall’Ufficio Formazione che ha generato per gli operatori socio-sanitari una maggiore:

- *opportunità di accesso* a percorsi formativi dentro e fuori alla ASL;
- *circolarità delle informazioni* sui corsi promossi e gestiti dall’Ufficio preposto;

i cui effetti fanno registrare un accresciuto sviluppo professionale e un più costante aggiornamento.

Sono di questo avviso tutti i lavoratori indipendentemente dalla struttura lavorativa a cui afferiscono, per lo più quelli dedicati ad intervenire sulle dipendenze patologiche, sui diversamente abili e su gravi patologie neurovegetative. I Distretti negli ultimi anni sono divenuti oggetto di particolare attenzione da parte dell’Ufficio Formazione e del SIOTER, lo sono ancor più gli operatori impegnati nell’Assistenza Domiciliare Integrata beneficiari di una formazione innovativa aderente alle emergenti patologie fortemente invalidanti¹⁷. Gli operatori agiscono in frontiera convivendo (seppur parzialmente) e condividendo quelle forme di patologia che simboleggiano il massimo della sofferenza umana. Differenti le ragioni che spingono gli operatori delle dipendenze patologiche ad esprimere un giudizio positivo sulla formazione ricevuta dato il ruolo determinante del Dipartimento Dipendenze Patologiche in tale settore nei decenni e sino ad esaurimento del fondo nazionale.

Esiste convergenza sulla capacità organizzativa, sullo spessore contenutistico e sulle metodologie adottate nel campo formativo, peculiarità riconosciute al Dipartimento Dipendenze Patologiche a tal punto che gli operatori del settore (e non solo) ancora oggi risentono del beneficio di tale formazione sul proprio operato. Formazione programmata per una o più annualità che ricorreva all’uso di tecniche basate sull’analisi di casi all’interno di gruppi di lavoro con supervisione di esperti esterni.

La Guida del Ministero FP non ha inteso collocare il fattore *equità organizzativa* all’interno delle tre macro aree *strutturale*, *organizzativa* e *relazionale* (seppure strettamente connesso ad esse) poiché, unitamente ai fattori stressanti, lo ha individuato come fattore trasversale. L’equità organizzativa seppure caratterizzata da forti criticità può costituire la chiave di volta per l’organizzazione qualora, avvalendosi del contributo fattivo dei suoi collaboratori, apporti i giusti correttivi al sistema informativo e premiante, al lavoro di team, all’ambiente fisico, ecc. Emblematico in tal senso l’encomiabile lavoro prodotto anche dal gruppo *buona amministrazione* del CUG in tema di omogeneità della modulistica ed accessibilità all’informazione; CUG e gruppi di lavoro fortemente voluti e supportati dalla Direzione Generale. Il gruppo non solo ha operato una revisione dei moduli esistenti, relativi al personale tecnico-amministrativo, o addirittura prodotto una modulistica ex novo, bensì ha elaborato una GUIDA alle assenze dal servizio del personale medesimo¹⁸.

¹⁷ La formazione è stata oggetto di analisi all’interno della tesi di Master Universitario di I livello in *Comunicazione e formazione in sanità pubblica* dal titolo “Comunicare e Formare: Processi trasversali su efficienza ed efficacia degli interventi in sanità pubblica Ricercando un modello integrato che umanizzi curi ed assista i malati SLA ASL TA” redatto da Giuseppina Di Cesare

¹⁸ La modulistica attiene ai permessi di varia natura (innumerevoli), ai congedi (formazione, assistenza a familiari con grave disabilità, motivi di famiglia, ecc.), per maternità (comprensivo del congedo parentale, per adozione, ecc.), per malattia ed infortuni sul lavoro, per lavoro straordinario, ecc. Il gruppo di lavoro è coordinato dalla Signora Filomena Sanarico collaboratore amministrativo professionale Ufficio personale di Mottola.

▪ Capitolo 3

Tabella 3.3: Equità organizzativa

	R	NR	% NR
L'organizzazione offre effettive possibilità di carriera per tutti	1.860	97	4,9
L'impegno sul lavoro e le iniziative personali sono apprezzate	1.882	75	3,8
Vengono offerte opportunità di aggiornamento e sviluppo professionale	1.874	83	4,2
Gli incentivi economici sono distribuiti sulla base dell'efficacia delle prestazioni	1.813	144	7,3

R = numero di operatori che hanno risposto sul totale pari a 1.957

NR = numero di operatori che hanno ritenuto di non fornire risposta

3.4. CORRELAZIONI TRA VARIABILI

Il ricercatore ha interesse ad operare approfondimenti ossia a ricercare relazioni tra variabili analizzando i dati ottenuti dall'incrocio tra i fattori principali esaminati nel profilo generale *richiesta lavorativa*, *efficienza organizzativa*, *equità organizzativa*, e variabili come sesso, età, tipologia contrattuale, strutture di appartenenza, comparto/dirigenza (analisi bivariata)¹⁹. Pertanto, tutte le riflessioni a seguire saranno frutto di tali incroci.

Esaminando la *richiesta lavorativa* e le risultanze desunte da tali incroci si ha la conferma dell'interesse degli intervistati orientato alla *personale responsabilità* nello svolgimento di compiti appartenenti (o meno) al proprio ruolo e profilo professionale. Responsabilità che risulta inversamente proporzionale all'età (ultrasessantenni), direttamente proporzionale allo status assunto nella scala gerarchica (dirigenti); responsabilità più avvertita nelle sedi Dipartimentali (Prevenzione, Dipendenze Patologiche e Salute Mentale) e nei Distretti Socio-Sanitari, meno nei presidi ospedalieri ed in quei settori dove si registra una massiccia presenza di amministrativi.

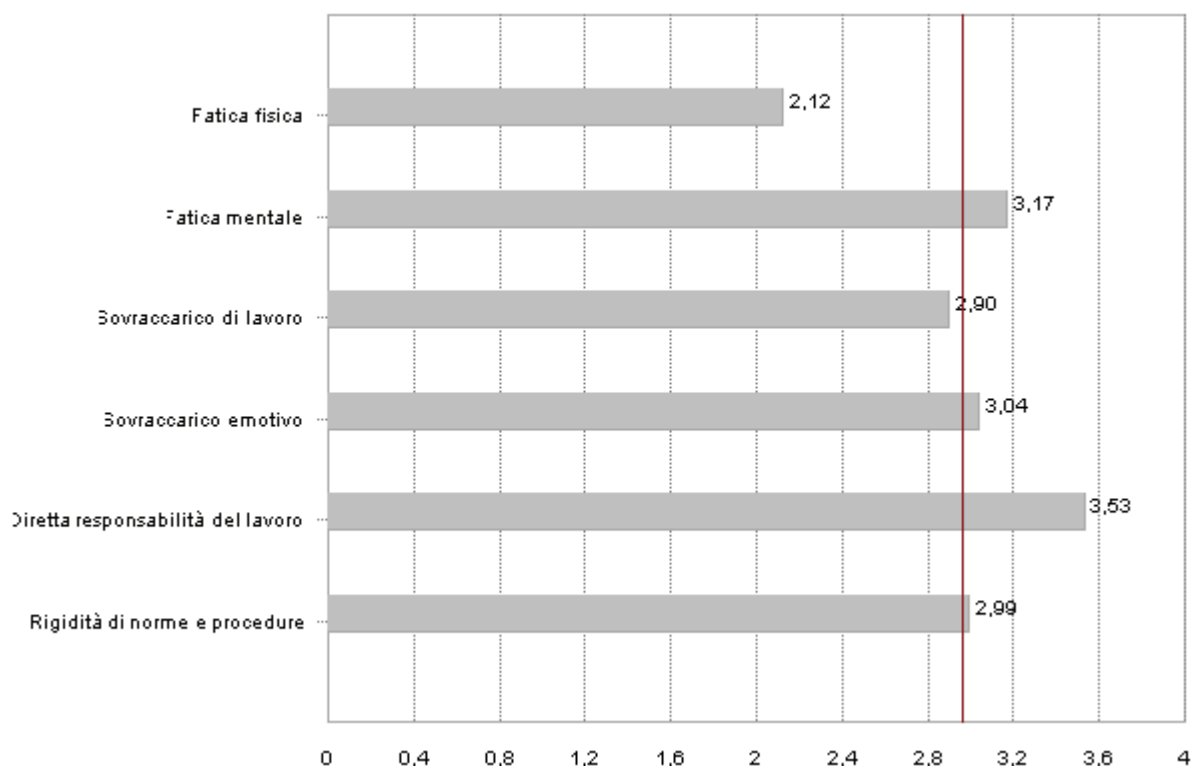
La percezione di essere *sovraccaricati* di lavoro, che comporta una *fatica mentale* non indifferente, è colta nella fascia giovanile (18-30 anni) ed in quella definita della "prima maturità" (41-50 anni)²⁰. Sono le femmine ad avvertire maggiormente il sovraccarico emotivo e quanti operano nell'ambito delle dipendenze patologiche (3,37 contro 2,97 che rappresenta il valore medio).

Il gap tra quest'ultimo Dipartimento ed altre strutture aziendali probabilmente risente della ubicazione riservata da tempo ai tossicodipendenti e agli operatori che di loro si occupano. Ubicazione fuori dal contesto socio-culturale della città capoluogo e difficilmente raggiungibile che, nonostante abbia subito importanti ristrutturazioni, risente dell'ambiente malsano data la vicinanza con imponenti impianti industriali.

¹⁹ Con la presente indagine il termine ricercatore è usato impropriamente poiché la ricerca a livello territoriale è stata condotta dal CUG sulla base di quanto contenuto nella GUIDA redatta dal Ministero della Funzione Pubblica che è promotore e committente del progetto Magellano.

²⁰ La fascia d'età giovanile in azienda va dai 25 ai 30 anni ed include 19 unità.

Grafico 3.6: Richiesta lavorativa oltre 60 anni



Essere femmina, avere un rapporto stabile ed operare presso la direzione Generale e le strutture di staff appaiono elementi discriminanti se correlati alla *fatica fisica*; essa è più percepita dalle femmine, è meno avvertita con il progredire dell'età (ne costituisce una eccezione la fascia giovanile) e tra coloro che dispongono di un rapporto stabile ed operativo nel settore delle tossicodipendenze, in Direzione Generale e nelle strutture di staff. Tale risultato probabilmente è da ricondurre, in quest'ultimo caso, al minor rapporto che i soggetti hanno con l'utenza.

La *rigidità di norme e procedure*, item che contribuisce alla costruzione del fattore richiesta lavorativa, è abbastanza avvertita dagli ultrasessantenni e meno da coloro che sono in organico presso il DSM. Storicamente tale Dipartimento di Salute Mentale ha operato scevro da sovrastrutture mentali e libero da schemi fissi nell'agire quotidiano, soprattutto con l'utenza. Ciascun operatore ha preso su di sé l'onere di difendere i diritti dell'utenza e di salvaguardarli mobilitandosi spesso per e con essa.

Incrociando le variabili sesso, età, ecc. con il secondo fattore dell'Area Organizzativa ossia **efficienza organizzativa** emerge un dato sorprendente ed incontrovertibile ossia gli operatori della Direzione Generale e strutture connesse (come Statistica ed Epidemiologia, Servizio Socio-Sanitario, Ufficio Formazione, ecc.) hanno una minore percezione circa l'utilità dei servizi implementati dall'azienda in favore dell'utenza, ritenuti inefficaci e poco rispondenti ai bisogni espressi dalla comunità. Tale percezione probabilmente è da attribuire al fatto che la schiera di amministrativi, seppur vicini ai luoghi decisionali, dove vengono adottate le scelte strategiche e pianificati gli interventi (strutturali, tecnici, ambientali, socio-sanitari, ecc.), in realtà sono lontani da quei contesti sociali dove i servizi possono trovare efficace applicazione.

▪ Capitolo 3

Il ruolo rivestito dalla Direzione Generale e dagli staff nonché dal Dipartimento di Prevenzione appare cruciale perché la macchina organizzativa possa funzionare ed evolversi a livello produttivo. In questi luoghi l'informazione circola come in altri ma si ha maggiore cognizione sulla certezza delle fonti e sul vantaggio che si trarrebbe nell'agire quotidiano. La Direzione Generale rimane il luogo di massima rappresentanza all'esterno ed il suo Direttore la più autorevole espressione dentro e fuori alla struttura. In essa i collaboratori fanno emergere le migliori qualità prestazionali poiché la percezione che si ha è quella di avere opportunità a portata di mano e clima manifesto favorevole.

Gli operatori sono dell'avviso che in questo luogo esiste una trasparenza più percettibile sui compiti lavorativi da assolvere, ben definiti e che non rimandano ad equivoci, e sui ruoli organizzativi assunti in cui compiti ed attività sono parte integrante e principale. Il ruolo organizzativo altro non è che l'insieme delle attività effettivamente svolte da un individuo nell'ambito della posizione ricoperta in azienda. Il ruolo organizzativo è l'insieme di comportamenti, richiesti dalla posizione assunta, attesi dall'organizzazione, che si esprimono attraverso le competenze (conoscenza, motivazione, esperienza, attitudine, ecc.) e che producono performance. Le attività attengono ai risultati da conseguire, alle relazioni che si andranno a creare e alle aspettative che andranno a determinarsi. Allo stesso risultato approdano gli incroci con le variabili "tipologia contrattuale e comparto/dirigenti" relativamente al tempo determinato (contratto atipico) e all'area dirigenziale.

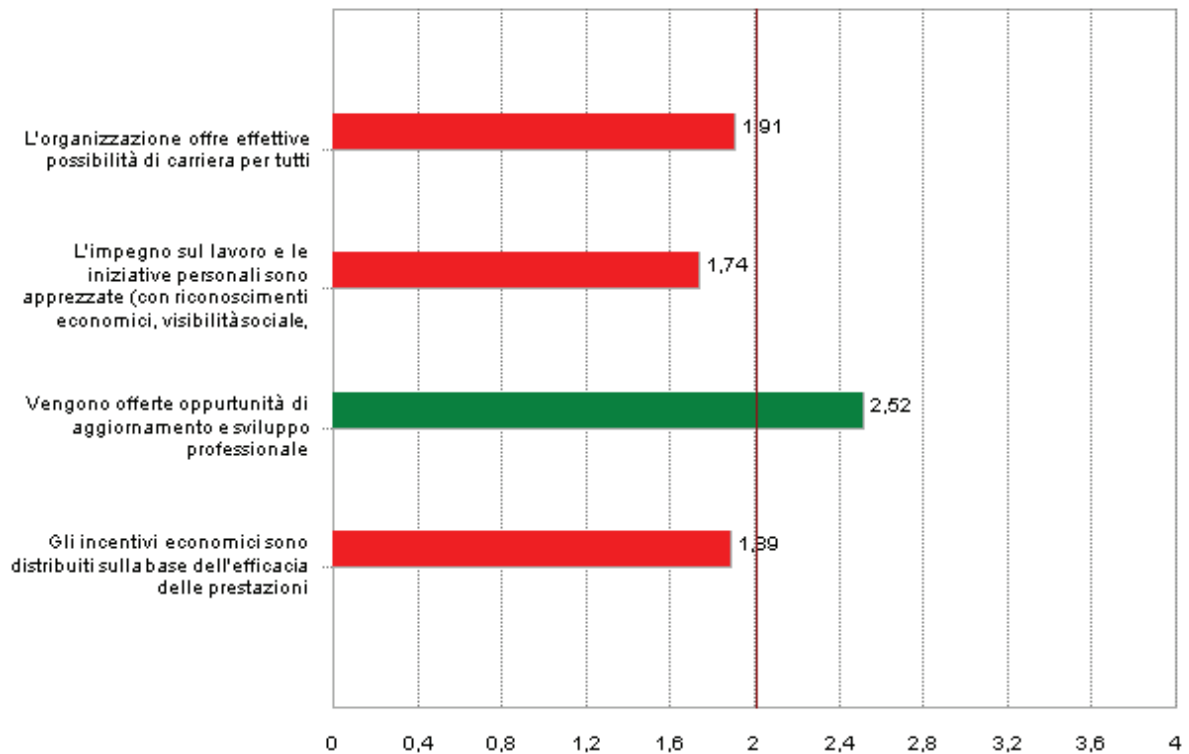
L'item in questione *ruoli e compiti lavorativi chiari e ben definiti* che nel profilo generale si tingeva di rosso (negativo), correlandosi con l'età diventa positivo (verde) per quanti rientrano nella fascia giovanile (18-30 anni) ed in quella cosiddetta matura ed oltre (dai 51 anni in su). La positività deriva dalla maggiore definitezza e chiarezza che i dipendenti ravvisano in quanto a ruoli e compiti.

L'unico item sui quattro previsti, caratterizzato da note positive nel profilo generale, per indagare il fattore trasversale **equità organizzativa** rimanda all'area della *formazione ed aggiornamento professionale*. Formazione che l'Unione Europea vuole sia assicurata per l'intero ciclo di vita dell'individuo spinto a ricercare possibilmente l'attività per la quale si è formato ed in cui prova piacere.

Nessuna rilevazione degna di nota è stata riscontrata negli incroci equità organizzativa e sesso/ tipologia contrattuale; l'età incrociandosi con il fattore trasversale (equità) dà come risultato il maggior scostamento positivo dal valore medio all'interno della fascia d'età 51-60 anni (655 su 1.711 – 38,2%)²¹.

²¹ Le non risposte sono escluse dal dato complessivo.

Grafico 3.7: Equità organizzativa 51-60 anni



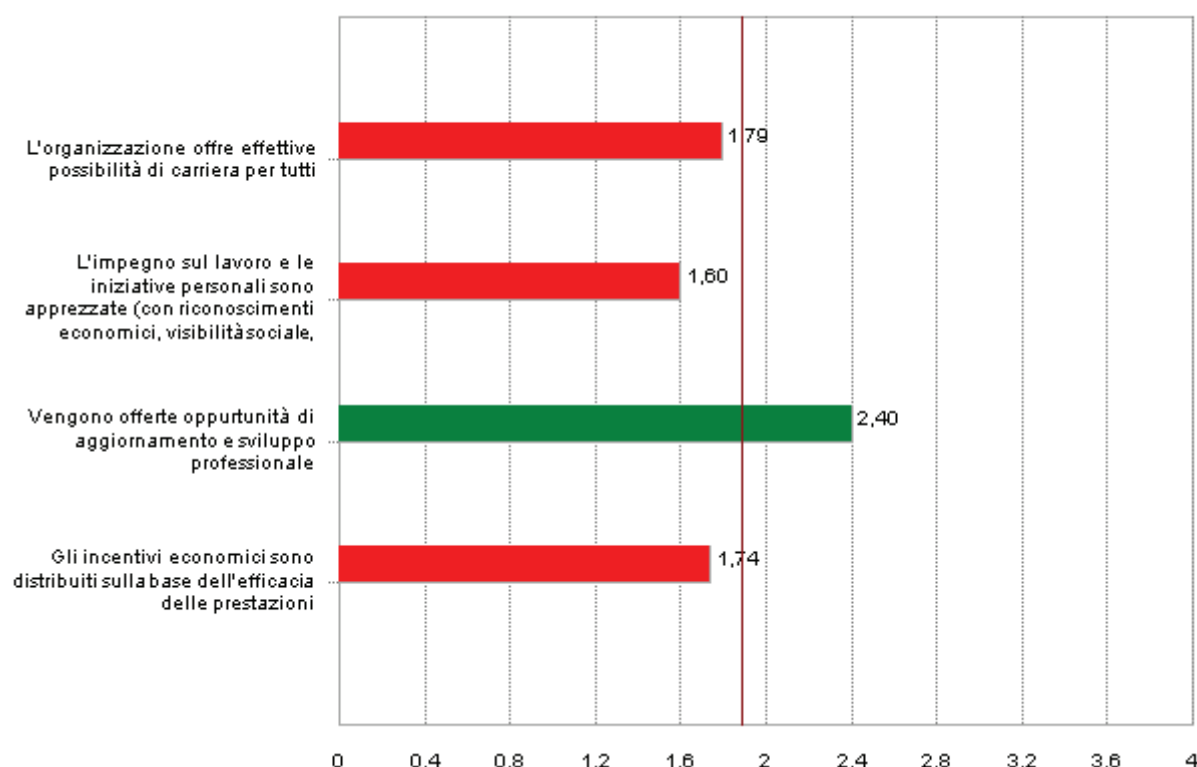
Considerando tra gli item negativi del profilo generale quello che più si allontana dal valore medio e relazionandolo al genere si riscontra che, nonostante gli sforzi compiuti e le personali intraprendenze, sono le lavoratrici a risentire del mancato riconoscimento. Le donne in genere, le più giovani in particolare, che per farsi valere devono corrispondere un impegno superiore alla norma (grafico 8).

Non vedersi riconosciuti ed apprezzati per quello che si rende in azienda si traduce tout-court in:

- demotivazione e disaffezione al lavoro;
- aggressività (a volte) verso l'ambiente in genere;
- assenza di incentivi economici e visibilità sociale;
- ricadute importanti nel progetto di vita dell'utenza;
- mancata attribuzione di particolari compiti che necessitano di back-ground.

Non è influente essere designati quali componenti di una commissione o di un gruppo di lavoro per i quali nel primo caso sono previsti benefit di rilievo e nel secondo caso riconoscimenti di qualità professionali poiché ritenuti esperti.

Grafico 3.8: Equità organizzativa femminile



3.5. CONCLUSIONI

All'interno di una organizzazione il *fattore umano* riveste un ruolo preminente per i servizi qualitativamente validi e rispondenti ai bisogni collettivi, per la macchina organizzativa ed il funzionamento dei suoi ingranaggi, per il cambiamento che va a determinarsi orientandolo nella giusta direzione. E' su di esso che si focalizza la massima attenzione affinché sia garantito benessere agli operatori, all'utenza e ai gestori della res pubblica avendo un particolare riguardo per la *persona* che ciascuno attore rappresenta.

Il fattore umano, che porta con sé i vissuti personali, va inteso come operatore (in senso lato includendo la stessa Direzione Strategica) ed utente. L'operatore, impegnato a salvaguardare il benessere dell'utenza, fornendo celermente prestazioni connotate da qualità, potrà assolvere a tale compito partendo dalla sua condizione di benessere che solo un clima lavorativo favorevole potrà garantire. L'utente, bisognoso di essere accompagnato nel suo percorso assistenziale e di cure (non esclusivamente socio-sanitarie) potrà assurgere ad un ruolo attivo qualora si crei la giusta empatia con l'operatore (singolo o parte integrante dell'équipe) contribuendo all'evolversi della patologia nel senso migliorativo se non risolutivo. In entrambi i casi assumere un ruolo attivo, piuttosto che di semplice spettatore, implica l'idea irrinunciabile che ciascuno possa nel piccolo contribuire a cambiamenti significativi nell'interesse collettivo.

La rilettura del presente lavoro riporta in superficie gli *elementi di criticità*, che attengono all'organizzazione, da interpretare come *opportunità* di confronto e di riflessione per formulare ipotesi di *lavoro di gruppo* da cui far emergere le proposte operative. Proposte, probabilmente non del tutto risolutive delle problematicità, che si rifletterebbero sulle trasformazioni in primis di natura culturale attraverso l'impegno tanto del comparto/dirigenti quanto delle organizzazioni sindacali e della Direzione Strategica.

La proposizione di idee innovative, capaci di contenere le lacune, la loro trasposizione in progettualità, sperimentandole in contesti lavorativi che ne necessitano, induce ad una riflessione congiunta (Direzione Strategica, CUG e personale) sulle criticità perché sia testata la validità delle proposte, semmai integrandole. L'efficacia dell'organizzazione è strettamente correlata al grado di coinvolgimento delle persone non solo nelle attività svolte per istituto bensì nelle scelte strategiche aziendali e nei processi progettuali partecipati. Per Lawler (1986) l'efficacia organizzativa e la soddisfazione di chi opera può derivare dai diversi livelli di coinvolgimento del personale.

I costrutti su cui maggiormente i dipendenti si sono soffermati attribuendo loro valenza sono:

- *riconoscimento ed apprezzamento* dell'operatore che passa inevitabilmente attraverso l'utilizzo appieno del suo background, l'attribuzione (laddove possibile) di compiti sovrapponibili alle attitudini e alle aspettative di ciascuno, la progressione di carriera dettata da titoli/esperienze/competenze possedute, la fruizione di incentivi eludendo la mediocrazia ed affezionandosi progressivamente al sistema meritocratico;
- coinvolgimento nelle scelte incrementando *informazione/formazione* tale da consolidare e favorire nuove acquisizioni di competenze professionali, tenendo conto dell'introduzione di tecniche e strumenti tecnologici avanzati (validi per qualsiasi settore) e permettendo, soprattutto al personale che opera in frontiera e/o in front-office di analizzare in introspezione, con supporto specialistico esterno, le proprie capacità nell'interagire con l'utenza nell'intento di migliorare complessivamente le condizioni del rapporto.

Sarebbe utile per l'organizzazione operare opportuni correttivi al sistema di distribuzione degli incentivi, distribuzione che dovrebbe incentrarsi, per avere la sua efficacia, sul concetto di *meritocrazia*.

Attribuire il merito al proprio dipendente significa riconoscere l'impegno mostrato durante il lavoro se svolto con senso di responsabilità ed abnegazione nei confronti dell'organizzazione e dell'utenza. Si creerebbe così un clima favorevole alle relazioni e al trasferimento del sapere tacito ai meno esperti, approdando ai risultati attesi da sottoporre a controllo/verifica con strumenti tangibili rispetto agli obiettivi prefissati.

La valutazione del proprio dipendente non può essere rapportata alla scheda della produttività per la quale si ricorre all'uso di medesime voci (stessi fattori di valutazione e stessi criteri di misurazione) valide per tutti i profili professionali a fronte di ruoli e livelli diversi (riferimento comparto sino al livello D). Si intende rappresentare un altro sistema valutativo della performance individuale espressa sul posto di lavoro, eventualmente da sperimentare, *valutarsi reciprocamente*, sia in senso verticale (il collaboratore valuta il proprio dirigente) che orizzontale (valutazione tra pari).

▪ Capitolo 3

Passando in rassegna il secondo costrutto *informazione/formazione* inutile tacere sulla necessità che l'informazione circoli attraverso l'uso di canali ufficiali ed istituzionali perché abbia valenza. Il passa parola o, ancor peggio, il pettegolezzo (insidia presente) rischia di distorcere il contenuto delle informazioni creando, a volte, ambiguità e malumore. La buona prassi vorrebbe che l'informazione circolasse utilizzando qualsiasi strumento in uso in azienda anche quelli tecnologici, come è accaduto (in diverse circostanze) per l'Ufficio Formazione che è riuscito a coinvolgere vaste platee ai propri percorsi formativi.

La formazione, non percepita come indicatore negativo, può accorrere in aiuto per il superamento di alcune criticità; se ben fatta, capace cioè di cogliere il reale bisogno formativo dei dipendenti e del contesto nel quale operano ed esprimono le proprie competenze, essa può configurarsi come proficuo canale informativo, relazionale, comunicazionale e di scambio esperienziale. La condizione affinché l'organizzazione sviluppi nuove idee e si innovi dice Kanter (1984) è data dalla capacità espressa dall'azienda nel *consentire ai propri dipendenti di apprendere, di acquisire nuove abilità, di formarsi*.

Nel tempo sono state cantierizzate esperienze singolari in tal senso per le quali la consequenzialità sarebbe risultata fondamentale²². In effetti le modalità attuative e strutturali del percorso formativo per dirigenti *Accompagnare al cambiamento* riporta alla mente i "Circoli di ascolto organizzativo", previsti nell'ambito del Programma Cantieri del Dipartimento della Funzione Pubblica ed attivati per la prima volta nel 2007²³. Come nei Circoli di ascolto organizzativo anche nel percorso formativo, realizzato dalla ASL TA nel 2010, si è creato nell'arco di una annualità un luogo istituzionale dove c'è stato ascolto reciproco nella diversità di vedute e dove è stato possibile agire la *dimensione emozionale* nella relazione tra colleghi e tra questi e l'organizzazione. L'esperto esterno è stato chiamato a favorire e facilitare il dialogo, che è stato acceso e dinamico. Voleva essere un *gruppo di miglioramento* nel tentativo di sviluppare competenze di ascolto (in molti casi si desconoscevano le singolari iniziative messe in campo da altri/e colleghi/e), permettendo ad operatori - afferenti a diversi servizi - di confrontarsi/scontrarsi su specifici temi, di fare autocritica ed eventualmente costruire un percorso operativo condiviso per tema, per interesse e per settore. Alle risultanze non è stato dato seguito.

Oltre alla sperimentazione di Circoli di ascolto organizzativo, creando e valorizzando il *lavoro di TEAM* e fatte salve le specifiche peculiarità personali, l'organizzazione dovrebbe favorire la partecipazione dinamica dei suoi dipendenti attivando bandi denominati *concorso di idee* su modalità di messa in opera e gestione di servizi ed interventi.

La formazione potrebbe contribuire ulteriormente a dipanare le conflittualità che si concentrano nei luoghi di lavoro permettendo alle diverse équipes dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti, dei Distretti, ecc. di darsi una ulteriore opportunità di confronto sulla gestione dei casi più problematici. Si raggiungerebbe lo scopo di far emergere, avvalendosi dell'aiuto di esperti esterni, i diversi punti di vista, gli eventuali errori umani commessi affinché gli stessi non vengano ripetuti ma diventino un motivo di apprendimento.

Il CUG, complessivamente, è testimonianza di un *modus operandi* che implica il lavoro di gruppo le cui risultanze possono divenire fonte di gratificazione per le persone coinvolte e utile occasione per formulare proposte tese a migliorare le condizioni lavorative e di vita delle lavoratrici e dei lavoratori. L'organizzazione, colto e fatto proprio il *modus operandi* del CUG, potrebbe trarre enormi vantaggi interni ed esterni, presentando all'esterno la migliore performance possibile.

²² I percorsi formativi a cui ci si riferisce sono "Le forme di violenza - luoghi di riflessione e stili di prevenzione", "Accompagnare al cambiamento", "Formare i formatori".

²³ I Circoli di ascolto organizzativo sono stati sperimentati nell'ambito del Cantiere di innovazione competenze per l'ascolto organizzativo. Il Cantiere ha coinvolto 52 Pubbliche Amministrazioni e 500 circa di dipendenti.

BIBLIOGRAFIA

1. F. Avallone, M. Bonaretti, *Benessere Organizzativo – Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*, Presidenza Consiglio Ministri e Dipartimento Funzione Pubblica, Rubettino Editore Srl, Roma, 2003
2. C. Bezzi, *Cos'è la valutazione. Un'introduzione ai concetti, le parole chiave e i problemi metodologici*, Franco Angeli, Milano, 2007
3. E. Bertana e A. Nocera, *Equità percepita e rischi psicosociali. Introduzione*
4. P. Braghin, *Organizzazione aziendale e teoria dei sistemi. Una analisi sociologica*, Montefeltro Edizioni Urbino, Città di Castello (PG), 1983
5. W. B. Cannon, *La saggezza del corpo*, Bompiani, Milano, 1956 (1939)
6. P. Cenni *Commissione Ergonomia UNI, Servizi per la medicina del lavoro, SMLD srl Group, online*
7. R. Kreitiner, A. Kinicki, *Comportamento organizzativo. Dalla teoria all'esperienza*, Apogeo Education, C. Bombelli, B. Quacquarelli (edizione italiana), 2008
8. G. Dal Miglio, P. Richini, A. Salomone, N. Zamaro, *ISFOL, Strumenti_11 Contesto lavorativo e benessere organizzativo in un'amministrazione in cambiamento. Analisi del modello e strumenti della ricerca*, Editoria Digitale Isfol, Roma, 2011
9. E. Harald, *Mobbing: conoscerlo per vincerlo*, Franco Angeli Edizioni, Milano, 2001
10. A. Paparelli, *Gli esperimenti di Mayo: qual è stato il vero effetto Hawthorne? – Ticonzero emergenze organizzative tecnologiche manageriali n. 14/2000*, SDA Bocconi
11. B. Pelizzoni, F. Minchillo, *I Circoli di ascolto organizzativo. Dall'analisi del benessere organizzativo all'esperienza dell'ascolto nelle pubbliche amministrazioni*, Presidenza Consiglio Ministri e Dipartimento Funzione Pubblica, Rubettino Editore Srl, Roma, 2007
12. G. Riquier, *Stakeholders Participation in Public Policy Evaluations: Impact on Organizational Learning*, Comunicazione presentata alla Conferenza di Stoccolma dell'European Evaluation Society, 1997 (a cura di) Servizi Risorse Umane e Finanziarie Camera di Commercio Brescia, *Benessere Organizzativo*, Tipografia Camuna, 2004
13. I. Solari, *Equità e soddisfazione: un confronto tra forme organizzative nel Terzo Settore*, Working Paper n. 14, 1999
14. N. Stame, *L'esperienza della valutazione*, Edizioni SEAM, Roma, 1998

PERCEZIONE DELLO STRESS E GESTIONE DELLA CONFLITTUALITÀ

di Salvatore De Fazio²⁴ e Vincenza Ariano²⁵

Il presente studio analizza in maniera transezionale la condizione percepita dai dipendenti della azienda pubblica ASL Taranto rispetto alla propria condizione di benessere, nonché gli eventuali strumenti messi a disposizione dal datore di lavoro per identificarne i fattori maggiormente responsabili. Questo studio analizza le carenze e le aree di criticità in funzione del discostamento da un valore medio, evidenziando una deviazione negativa come una carenza ed un incremento positivo come un discostamento problematico o positivo, a seconda del valore semantico della domanda. E' necessario precisare, in maniera preliminare, che questi dati, sebbene uniformati ad un modello generale di studio proposto dalla Pubblica Amministrazione, come altrove discusso in questo lavoro rispetto agli obiettivi ed alla metodologia del Progetto Magellano, nel valutare i risultati nell'ottica di un discostamento dalla media, potrebbe risentire pesantemente di una condizione di stratificazione della percezione della propria condizione, dipendente in modo sensibile dal ruolo e dalla mansione, nonché dal luogo in cui questi vengono svolti. La presente sezione analizza in modo sistematico le aree della Percezione dello stress e della Gestione della conflittualità.

4.1. PERCEZIONE DELLO STRESS

4.1.1. La condizione di stress

Il termine *stress* racchiude, in maniera spesso eccessivamente generica, una serie di esperienze e percezioni negative riferite ad ambiti organici specifici, od appartenenti al vissuto soggettivo, spesso assai poco attinenti al significato originale del termine. Lo stress, inteso come meccanismo neurobiologico di difesa, è in realtà una risposta fisiologica ad uno stimolo, che mira, attraverso il cambiamento di alcuni parametri funzionali e bioumoral, a determinare una risposta di adattamento. Lo stress è pertanto un meccanismo di risposta immediato, rapido, e per molti aspetti incontrollabile; laddove le sostanze che ne mediano gli effetti repentini (ovvero la catecolamine, ed in prevalenza adrenalina e noradrenalina) funzionano da ormoni o da neurotrasmettitori con un meccanismo di secrezione indipendente dal controllo volontario [1].

Come diffusamente descritto [2], questa condizione adattativa di tipo fasico riporta ad un correlato negativo quando gli elementi stressanti si perpetuano nel tempo e da meccanismo di compenso esitano in un meccanismo di scompenso, capace di modificare in maniera tonica alcune funzioni biologiche perpetuando i danni organici e psichici (es: ipertensione, ritenzione idrosalina, alterazioni del sonno, modificazioni dell'umore, discontrollo degli impulsi).

²⁴ Dirigente Medico Farmacologia e Tossicologia Clinica Dipartimento Dipendenze Patologiche, Dottore di Ricerca in Scienze Neurologiche e Riabilitative.

²⁵ Dirigente Medico Tossicologia Medica, Responsabile Struttura Semplice Coordinamento SerT Territoriali Asl TA, Direttore ff Dipartimento Dipendenze Patologiche.

Di recente, una importante quota della letteratura scientifica internazionale si è soffermata sul ruolo che tutti gli eventi stressanti esercitano nel determinare modificazioni stabili di funzioni psichiche e cognitive, attraverso un meccanismo epigenetico, ovvero di modificazione post-trascrizionale dei geni responsabili dei processi di memoria, apprendimento e delle funzioni emotive, riservando pertanto all'ambiente un ruolo primario almeno quanto il patrimonio genetico nella suscettibilità allo sviluppo di un atteggiamento o di una condotta francamente depressiva, od almeno suscettibile di un discontrollo emotivo [3].

4.1.2. I determinanti dello stress nel luogo di lavoro

La caratterizzazione dei determinanti dello stress nel luogo di lavoro è stata oggetto di molte analisi inclusive di vari aspetti, quali la cultura organizzativa e la gestione del clima di lavoro, le richieste dei lavoratori, il controllo operato su di essi, la gestione della leadership, ed il supporto di colleghi e superiori [4-6].

Alcuni studi internazionali di recente pubblicazione [7] hanno analizzato il profilo di percezione dello stress di una azienda sanitaria, basandosi sull'analisi dei dati provenienti da quasi 1900 dipendenti. Lo studio ha dimostrato in maniera consistente come la percezione dello stress sia influenzata non solo da fattori meramente organizzativi ma anche da fattori più squisitamente ambientali. Nello specifico i lavoratori a tempo pieno ed assunti a tempo indeterminato mostravano un profilo di percezione dello stress maggiore rispetto ai lavoratori a tempo determinato o a quelli part-time. I fattori organizzativi maggiormente determinanti della condizione di stress sono stati invece identificati nel regime di turnazione (giorno/notte), nella difficoltà a raggiungere il posto di lavoro, dalla natura più squisitamente manuale del lavoro oltre che dalla temperatura ambientale. Analogamente, e in maniera molto utile, lo studio ha evidenziato alcune categorie a rischio per una incrementata percezione dello stress (come i sanitari, lo staff amministrativo e dal punto di vista del genere i soggetti di sesso femminile con età superiore a 40 anni).

Tutti gli studi presenti nella letteratura internazionale analizzano la percezione dello stress in modo sostanzialmente incidentale fornendo al massimo delle indicazioni sulle situazioni a rischio nel tentativo di offrire una modalità di intervento con finalità preventive; nel compiere questo meritevole sforzo ben pochi sono gli studi che analizzano le informazioni in regime controllato, cioè sfruttando le differenze emergenti tra due gruppi con analoghe caratteristiche di presentazione divisi solo per il tipo di intervento. In particolare in uno dei primi studi controllati sulla percezione dello stress nel luogo di lavoro [8] gli autori hanno dimostrato come una adeguata valutazione categorica dello stress ed un approccio di tipo cognitivo-comportamentale potevano prevenire le situazioni a rischio e mitigare nel tempo i decorsi depressivi.

Appaiono assai controversi i correlati neurochimici di questo effetto, giacché in alcuni studi è stato evidenziato come il ruolo principe inizialmente deputato al cortisolo come ormone dello stress sia suscettibile di molte restrizioni risultando l'increzione di quest'ultimo spesso indipendente da variabili stressanti lavorative, risultando l'ormone dipendente solo dal ben noto meccanismo di secrezione circadiano. [9]

La medicina del lavoro italiana ha offerto una lettura su base preventiva del fenomeno della percezione dello stress ponendo l'accento sulla ricerca di indicatori misurabili di rischio. In un vasto studio recentemente pubblicato [10] gli autori hanno evidenziato che le relazioni causali tra la percezione dello stress traevano principalmente origine dal disequilibrio tra la richiesta ed i compiti lavorativi, e le risorse messe a disposizione dal datore di lavoro per rispondere in maniera adeguata a tali richieste, identificando nella misura della pressione arteriosa sistolica

▪ Capitolo 4

un parametro di percezione del carico emotivo. Lo studio analizza anche l'impatto farmaco economico della alterazione della produttività, identificando in una quota del 3,7% degli introiti delle amministrazioni studiate in questa analisi, la spesa per trattare i dipendenti che vi lavorano in funzione di problemi correlati allo stress.

Altri importantissimi contributi, in grado di indirizzare la ricerca dei fattori di rischio hanno evidenziato un livello di correlazione estremamente positivo tra il sesso femminile, la giovane età ed un basso livello di globuli bianchi nel sangue rispetto allo stress percepito in una popolazione studiata transezionalmente di 486 soggetti appartenenti ad un corpo di Polizia Municipale metropolitana. In modo molto significativo questa associazione si ripercuote anche sul consumo di caffè, di cioccolato e sul fumo di sigaretta (considerate nello studio come abitudini voluttuarie), ma non sul consumo di bevande alcoliche [11].

Esistono recentissimi studi che analizzano la percezione del benessere del lavoratore in funzione soprattutto dell'aiuto e dall'atteggiamento propositivo offerto dai dirigenti, evidenziando un rischio quasi doppio per i lavoratori che non percepiscono supporto da parte dei propri dirigenti di sviluppare un problema di salute correlato allo stress [12].

La percezione dello stress tra le varie categorie professionali viene evidenziata anche attraverso lo scollamento tra i bisogni della dirigenza e dei lavoratori collocati nei regimi di turnazione od a contatto col pubblico. I secondi sono infatti molto più inclini a percepire i fattori ambientali dello stress, mentre i primi a sensibilizzarsi alla tensione ed alle incombenze temporali dettate dalla agenda di lavoro [13].

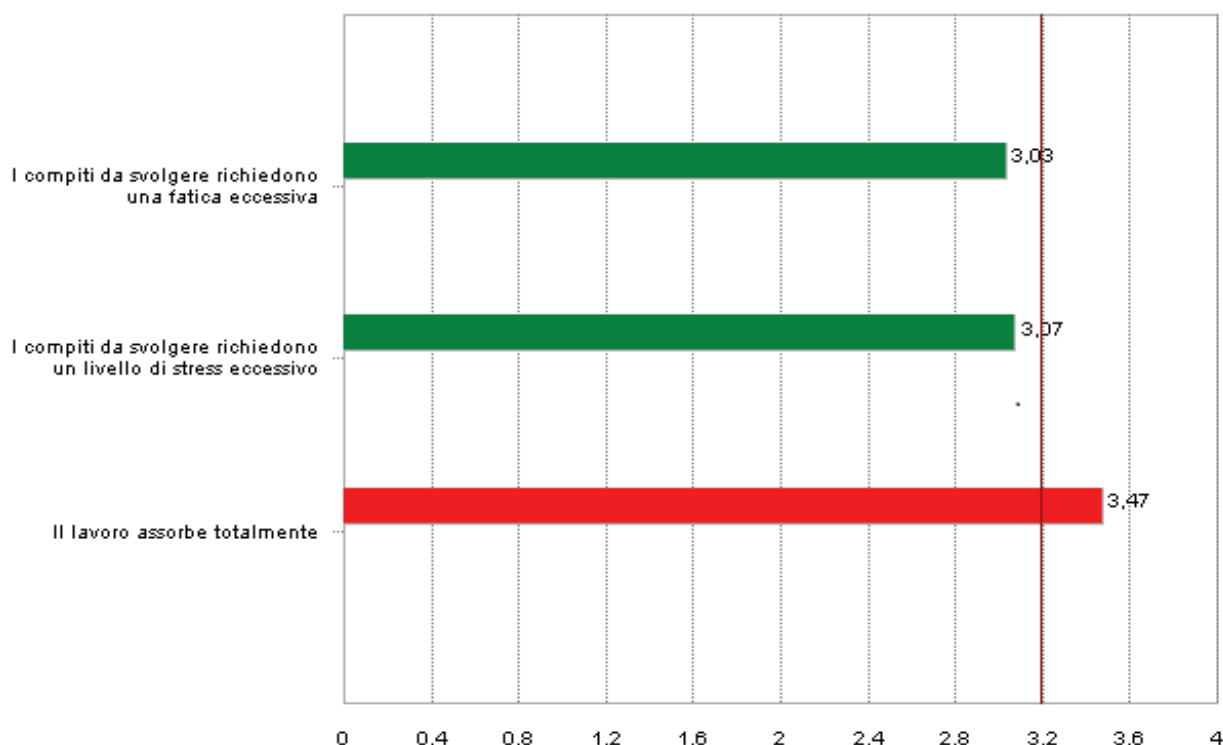
Appare sicuramente chiaro che la percezione dello stress opera quindi come un fattore di rischio, da un lato poiché cronicamente inficia il benessere soggettivo e si ripercuote sulle capacità del lavoro in gruppo, determinando un circuito di mantenimento in cui l'ambiente di lavoro stesso viene percepito come un luogo ostile ed infine estraneo alle proprie progettualità umane e professionali. Lo stress si amplifica anche nell'ottica della necessità della condizione lavorativa, soprattutto in un contesto storico come quello attuale, in cui si tende a privilegiare una condizione di stato (essere occupato piuttosto che non esserlo) ed a enfatizzare i drammatici avvenimenti che portano a seri problemi di salute o addirittura al suicidio per motivi legati alla perdita del lavoro. Diviene pertanto indispensabile, almeno nella percezione comune, mantenere una condizione di stato, qualsiasi essa sia, giustificando col criterio della emergenza ogni possibile azione per il miglioramento del benessere del lavoratore.

Ben poco ci si interroga sulla natura di questa emergenza, derivante anche in parte dall'attribuzione di incarichi assai importanti non sempre ai più meritevoli, ad alla conseguente demotivazione che questo ingenera in chi assiste, lavorando, al declino spesso piuttosto patetico della istituzione per cui opera.

Il ricorso al diritto di alcuni istituti del lavoratore dipendente (malattia, permessi, congedi) è divenuto una misura di stato di insoddisfazione piuttosto che di reale bisogno di salute, o di miglioramento professionale. In questo senso la adozione di misure di screening precoce, derivanti dalla esperienza dei paesi scandinavi [14] consentirebbe di identificare una popolazione a rischio per incremento di incidenza dell'istituto della malattia, migliorando contemporaneamente il livello di benessere e tutelando, anche attraverso un principio farmaco-economico, il criterio della produttività a vantaggio della salute della collettività.

4.1.3. Risultati della percezione dello stress

Grafico 4.1: Profilo generale della percezione dello stress



Il quadro generale della analisi evidenzia in modo inequivocabile che la percezione media dello stress nell'ambito della coorte dei soggetti intervistati raggiunge il valore medio più alto se paragonato alle altre aree di indagine (Apertura all'innovazione, Confort Ambientale, Efficienza Organizzativa, Equità Organizzativa, Sicurezza lavorativa, Supporto dei dirigenti), confinando l'aspetto più delicato del proprio benessere in una dimensione che viene diffusamente percepita come problematica. Sebbene sia da rimarcare il dato che la percezione dello stress subito non sia da mettere in relazione diretta con i valori medi relativi alla fatica fisica ed al livello attenzionale operativo circostanziato alla mansione (fatica eccessiva e stress eccessivo), l'amplificazione emotiva del luogo di lavoro prevale nel determinare la sensazione di malessere. Il dato di un totale assorbimento del lavoro come superiore alla media e come determinante della condizione di percezione dello stress deriva assai probabilmente non già da differenze di genere come evidenziato dalla sostanziale sovrapponibilità dei profili tra la popolazione in studio dei due sessi, quanto da criteri temporali ed anagrafici.

▪ Capitolo 4

Grafico 4.2: Percezione dello stress maschi

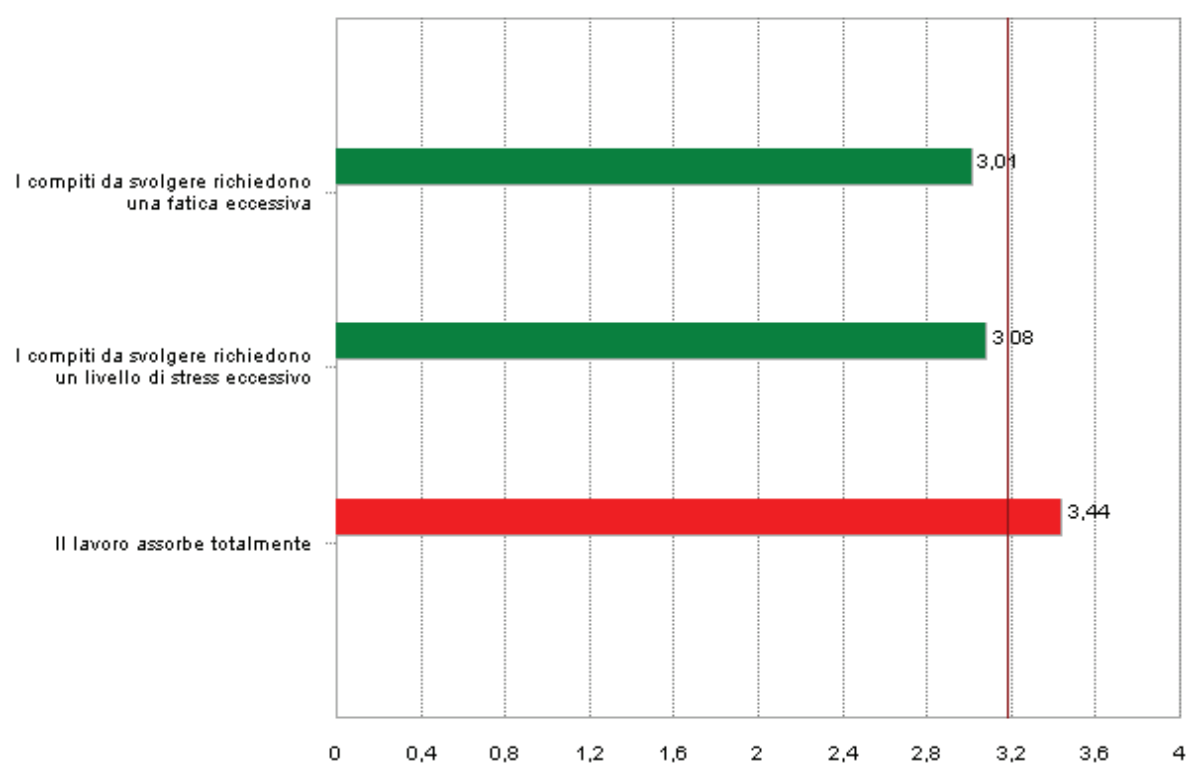


Grafico 4.3: Percezione dello stress femmine

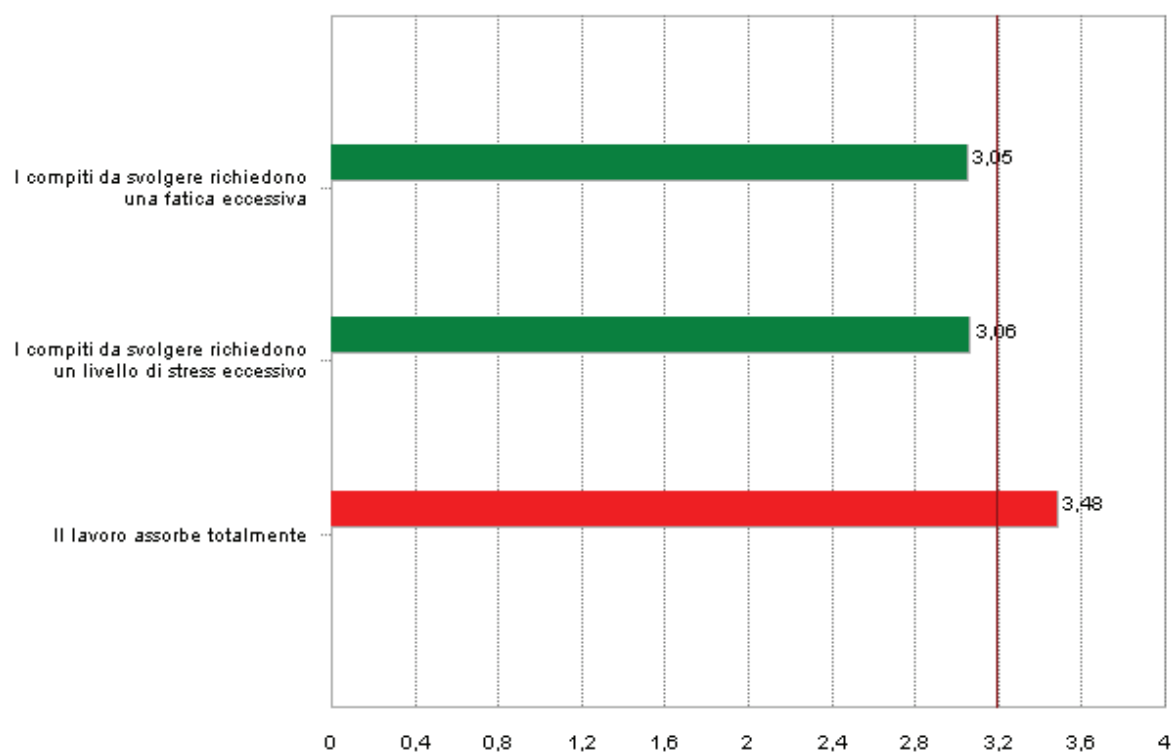


Grafico 4.4: Percezione dello stress nella classe d'età 18-30 anni

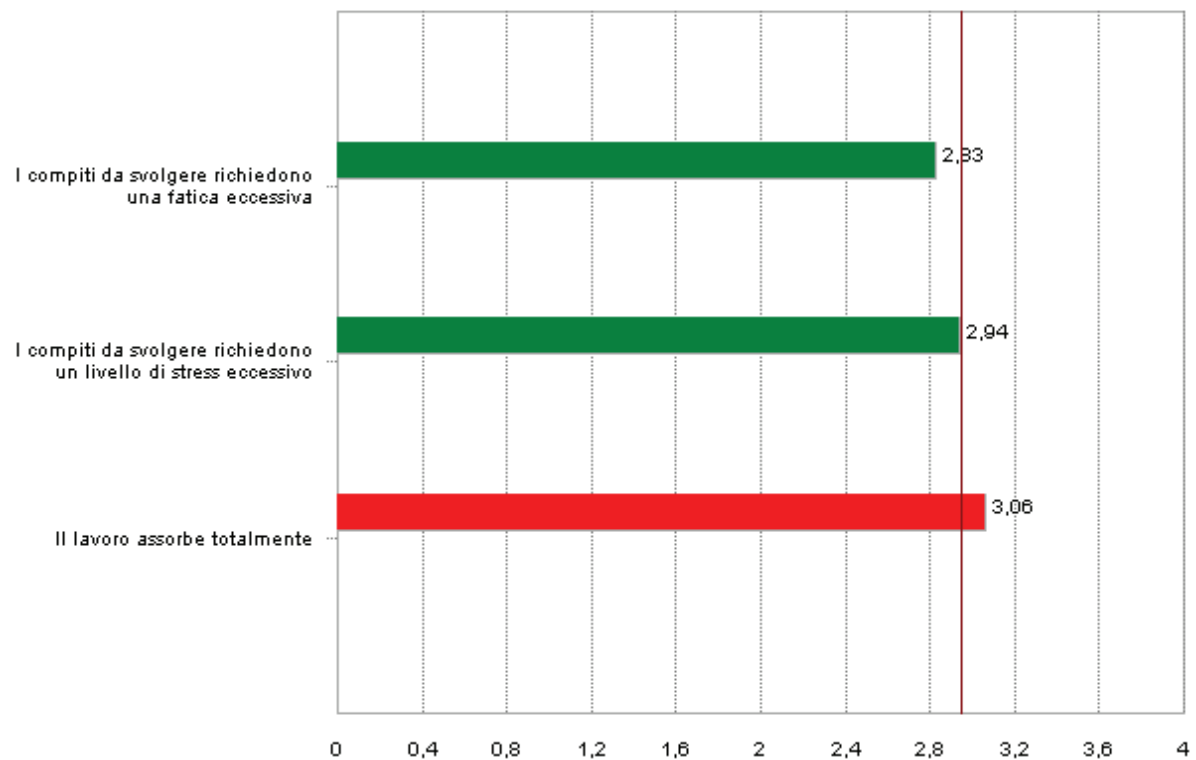


Grafico 4.5: Percezione dello stress nella classe d'età 31-40 anni

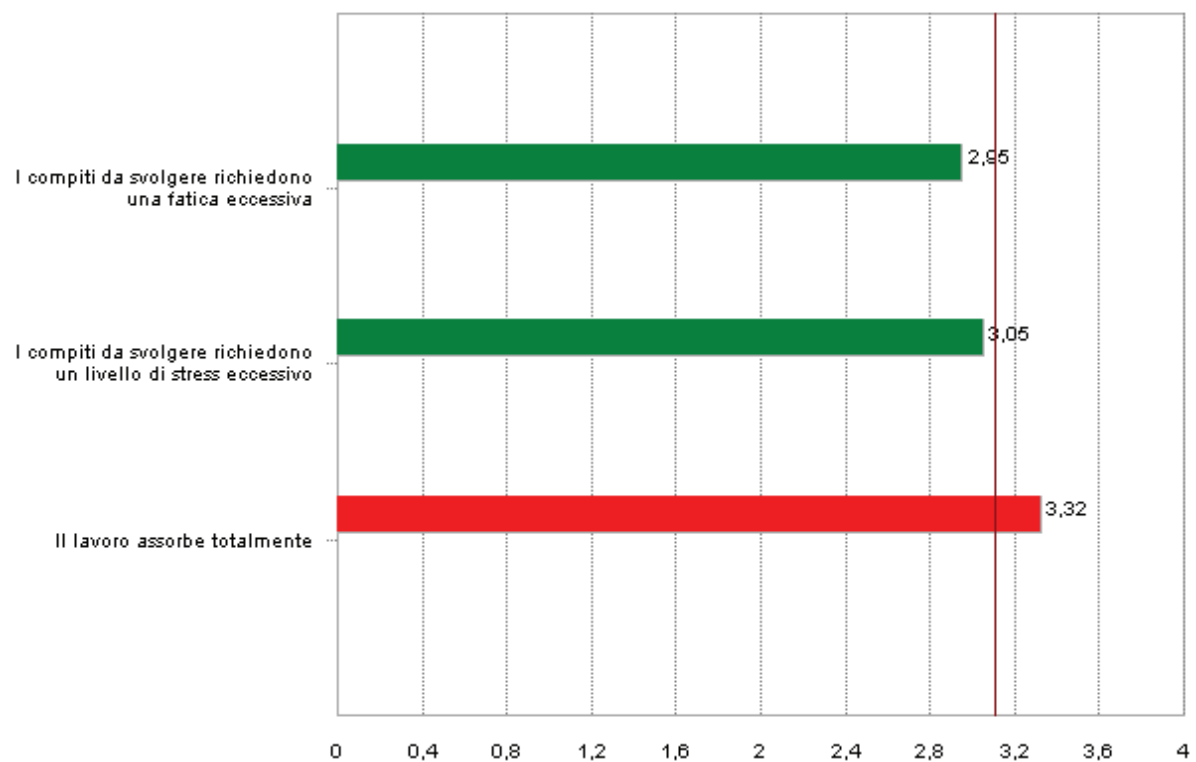


Grafico 4.6: Percezione dello stress nella classe d'età 41-50 anni

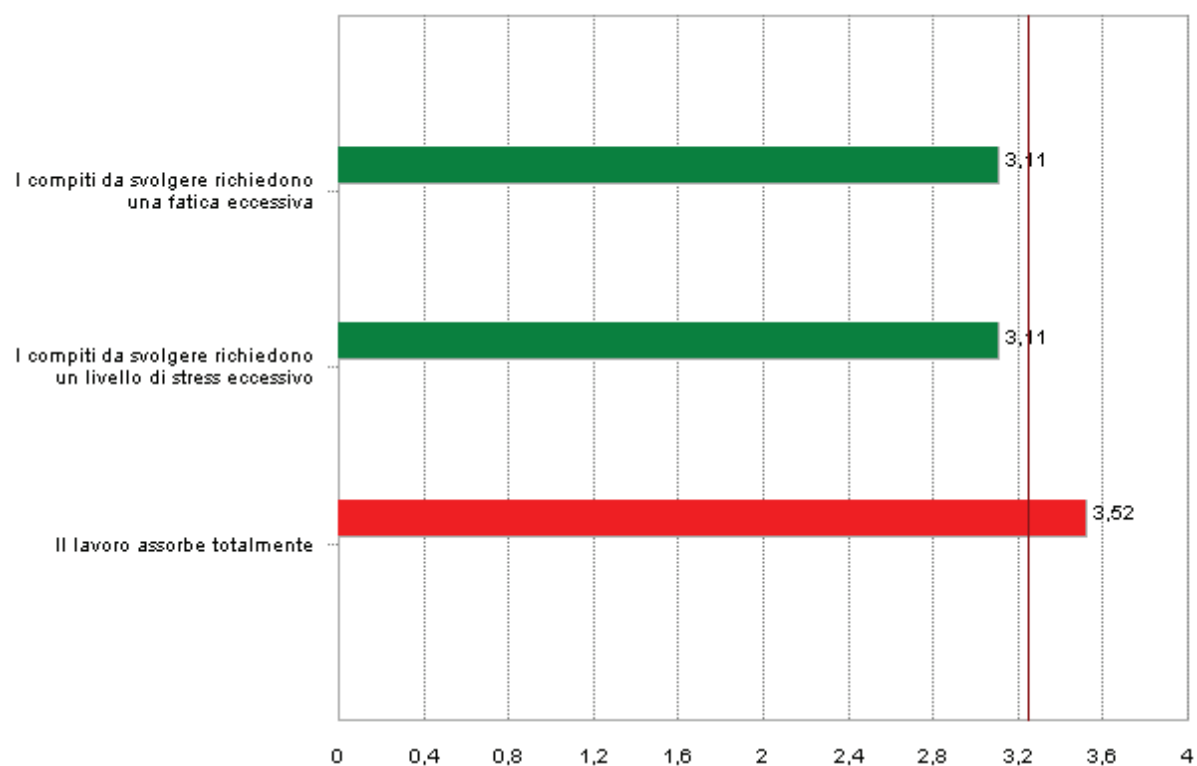


Grafico 4.7: Percezione dello stress nella classe d'età 51-60 anni

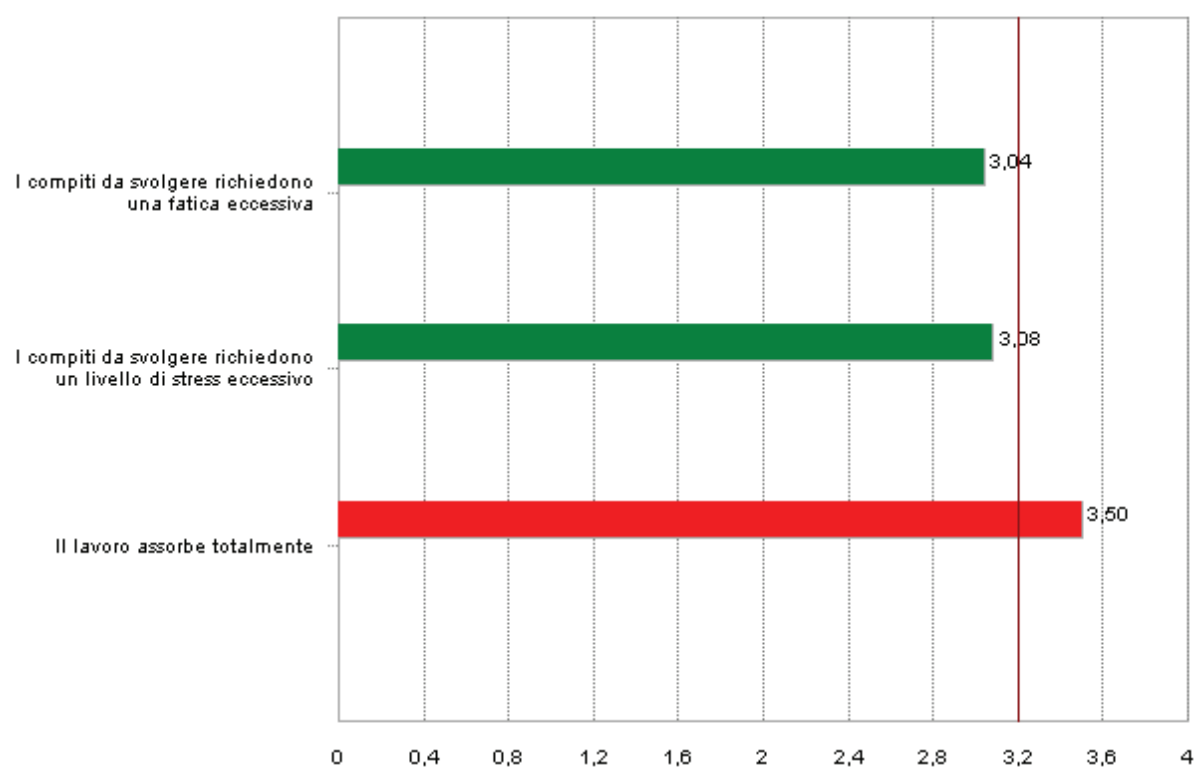
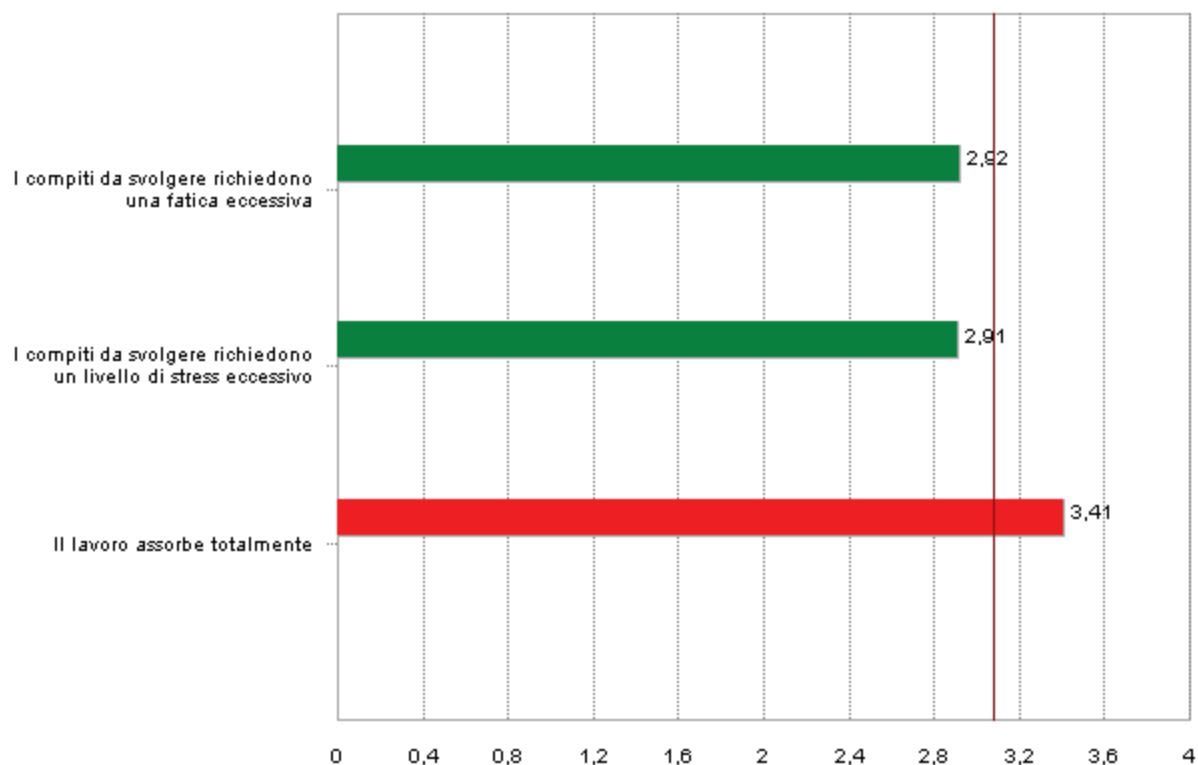


Grafico 4.8: Percezione dello stress nella classe d'età oltre 60 anni



Si può infatti notare come le due dimensioni relative alla fatica fisica ed alla percezione attenzionale dell'impegno nello svolgimento di un compito specifico si avvicinino alla media solo nella categoria più giovane di dipendenti, mantenendosi in tutte le altre fasce di età sotto il valore medio. La maturazione di un adeguato livello di esperienza migliora sensibilmente la percezione della fatica ma non quella della percezione globale del lavoro, con un andamento ad U che riflette una progressiva auto-attribuzione di responsabilità ed una presunta azione di delega delle mansioni con il proseguire della carriera, assestandosi sempre però oltre la media. Ci si chiede tuttavia quali determinanti intervengano nella percezione di un lavoro che assorbe totalmente sebbene in realtà non si percepisca come problematica nella media né la fatica né la specificità di un compito. Una prima interpretazione di questo discostamento dalla media può essere identificato dal fatto che in realtà gli ultimi due item della sezione risentono pesantemente del vissuto soggettivo e di aspetti caratteriali che spesso travalicano gli elementi organizzativi di base. In altre parole portarsi il lavoro a casa, pur divenendo una consuetudine quasi inevitabile, ha tuttavia un correlato personale dipendente da molti fattori non tutti completamente indagabili in tre soli item.

Quello che invece appare evidente sebbene le deviazioni medie siano minime è che la classe di età compresa tra i 40 ai 50 anni risente pesantemente della tensione lavorativa legata probabilmente alle aspettative di carriera ed alle dinamiche interne dei reparti e delle articolazioni aziendali percependo di fatto il peso delle operazioni cliniche ed amministrative come problematico.

▪ Capitolo 4

I livelli di contrattualizzazione dei dipendenti non sembrano avere influito sulla percezione media dello stress, non essendo presenti differenze tra i lavoratori a tempo determinato e quelli a tempo indeterminato, così come di seguito riportato.

Grafico 4.9: Percezione dello stress per il personale a tempo determinato

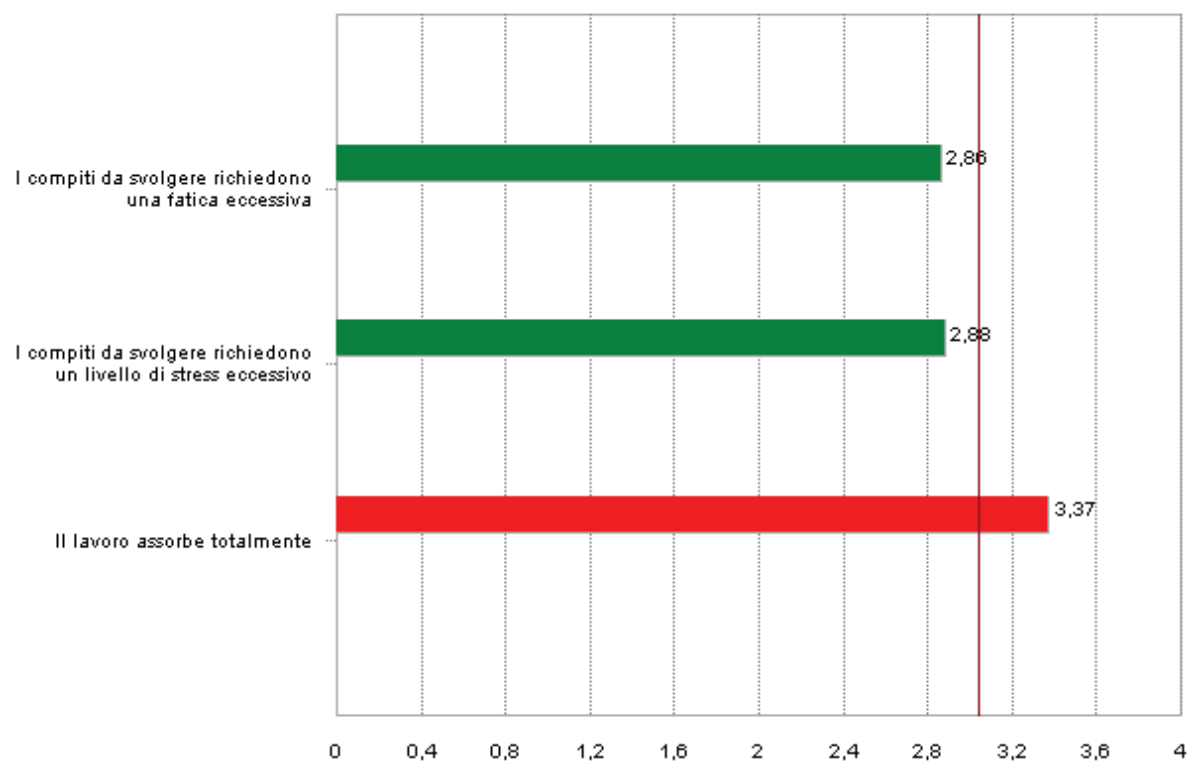
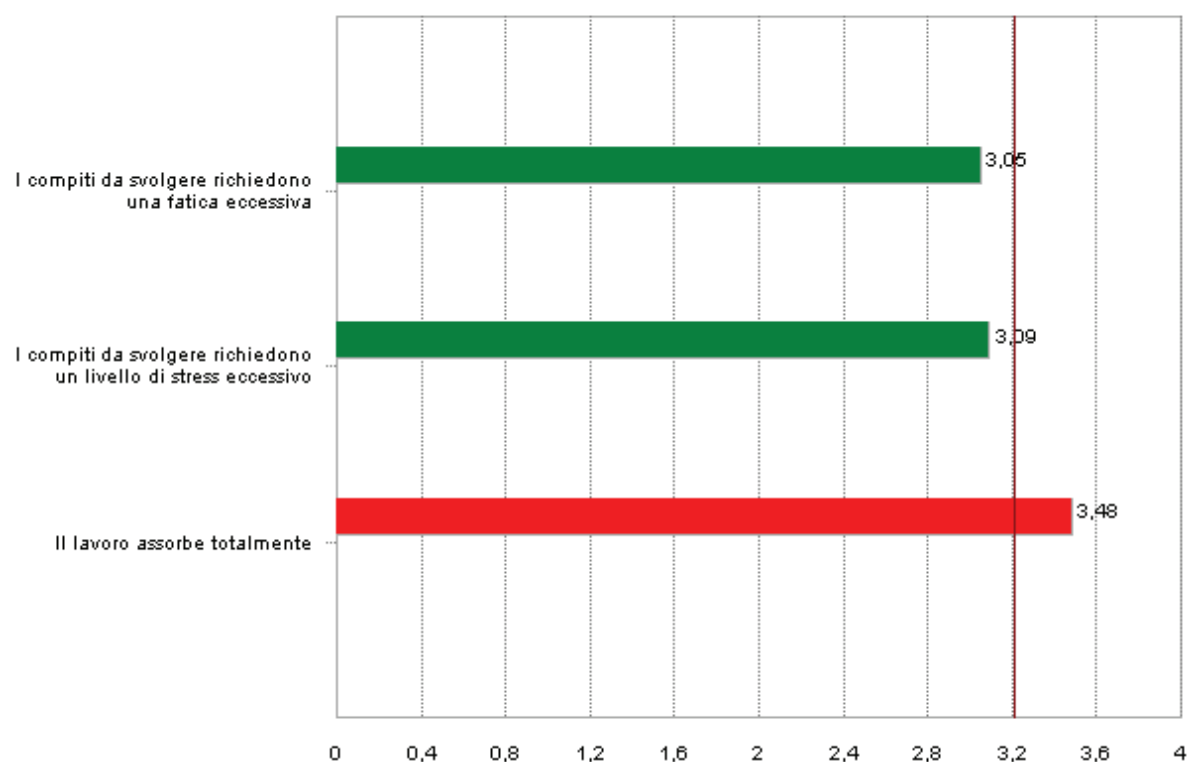


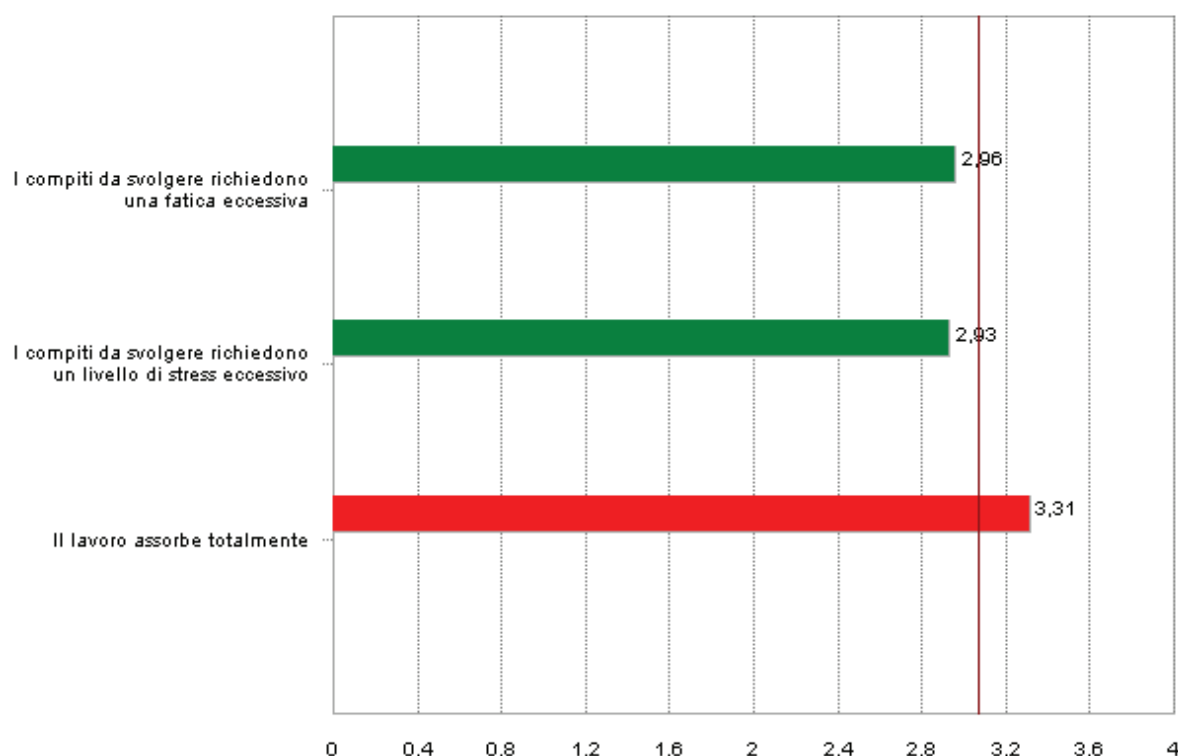
Grafico 4.10: Percezione dello stress per il personale a tempo indeterminato



Affinando la analisi della percezione dello stress in funzione della collocazione dei dipendenti nei vari dipartimenti, colpisce che i valori medi più bassi siano presenti in quelle strutture che per tipologia di utenza sarebbero attese come quelle con il maggiore carico emotivo (vedi Dipartimento Dipendenze Patologiche e Dipartimento di Salute Mentale). Se una spiegazione positiva può essere data a questo dato appare suggestiva l'idea che chi si trovi di fronte a patologie croniche e recidivanti; per le quali purtroppo a tutt'oggi le possibilità di cura appaiono scarse, sia per la refrattarietà ai trattamenti medici, sia per la complessità psicosociale dei quadri di presentazione; ponga tra sé ed il proprio lavoro una serie di sane ed inevitabili barriere; generate spesso dal colpevole abbandono istituzionale in cui gli operatori di questi servizi sono chiamati ad operare.

In accordo con i dati della letteratura internazionale il rapporto di anzianità nell'ente non migliora la percezione dello stress, anzi se pur minimo l'incremento appare costante per tutte le fasce di età in ordine crescente. Così, una cultura lavorativa in cui il concetto di delega passa spesso attraverso una ripartizione feudale delle proprie competenze, un progressivo indebolimento organico e la innaturale immobilità lavorativa tipica del nostro paese configurano un quadro di stasi e demotivazione di cui una certa attempata quota della dirigenza dovrebbe forse meglio prendere consapevolezza. Lungi dalla idea di una precoce rottamazione politica ed ideologica dei colleghi più anziani, non si può escludere che i fenomeni di stasi lavorativa all'interno di una azienda sanitaria condizionino il vissuto dei lavoratori, spesso dei più anziani, che hanno purtroppo più lungamente dovuto sopportare un numero maggiore di tensioni lavorative, influenzando su stress e demotivazione.

Grafico 4.11: Anzianità nell'ente 0-5 anni



▪ Capitolo 4

Grafico 4.12: Anzianità nell'ente 6-10 anni

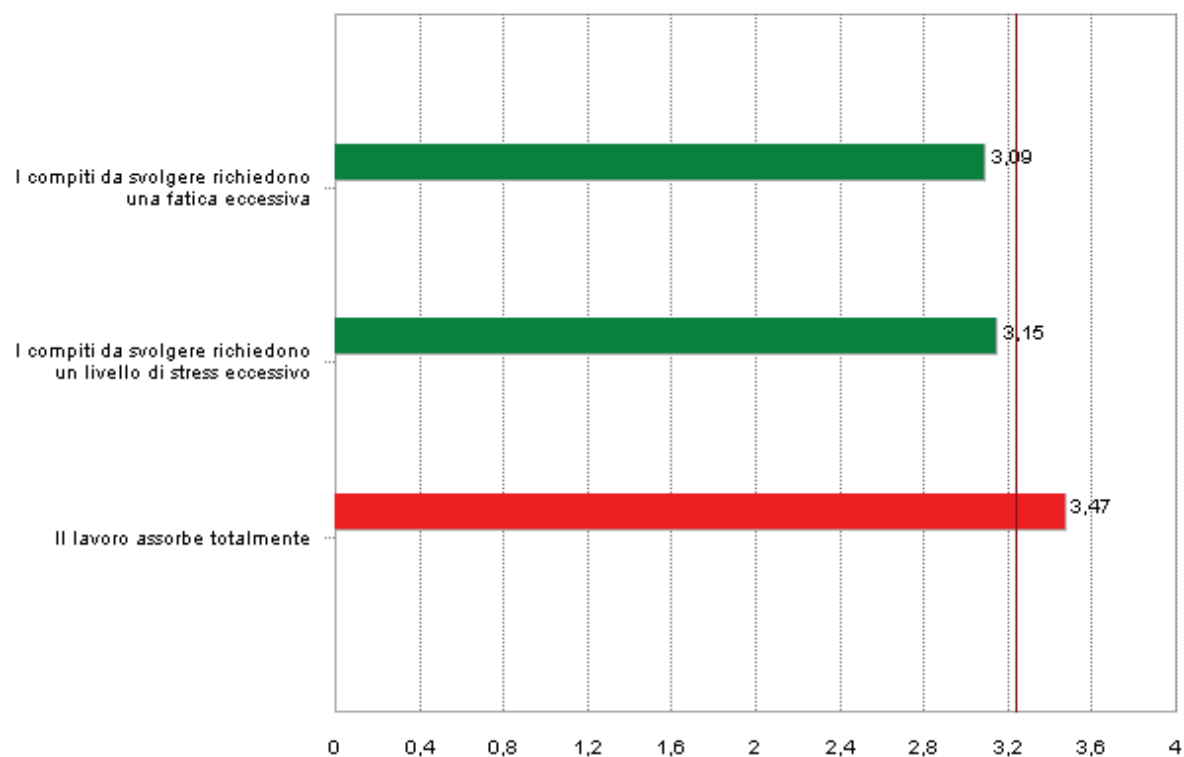


Grafico 4.13: Anzianità nell'ente 11-20 anni

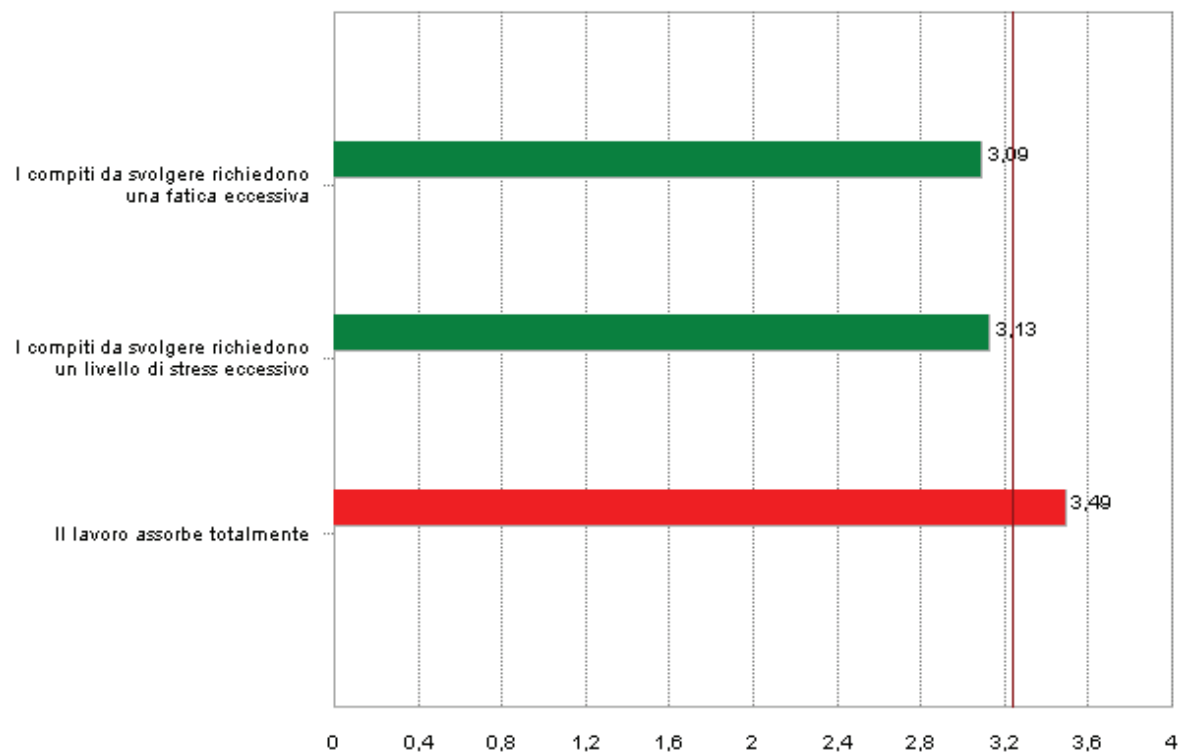


Grafico 4.14: Anzianità nell'ente 21-30 anni

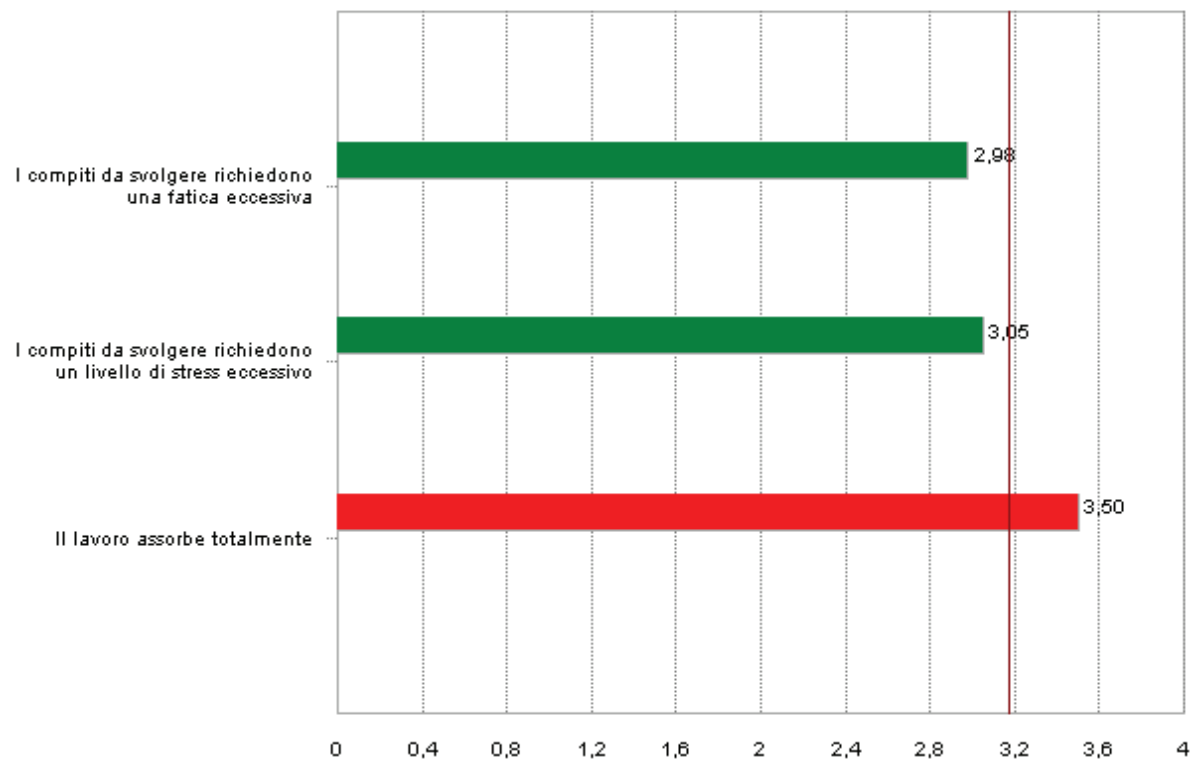
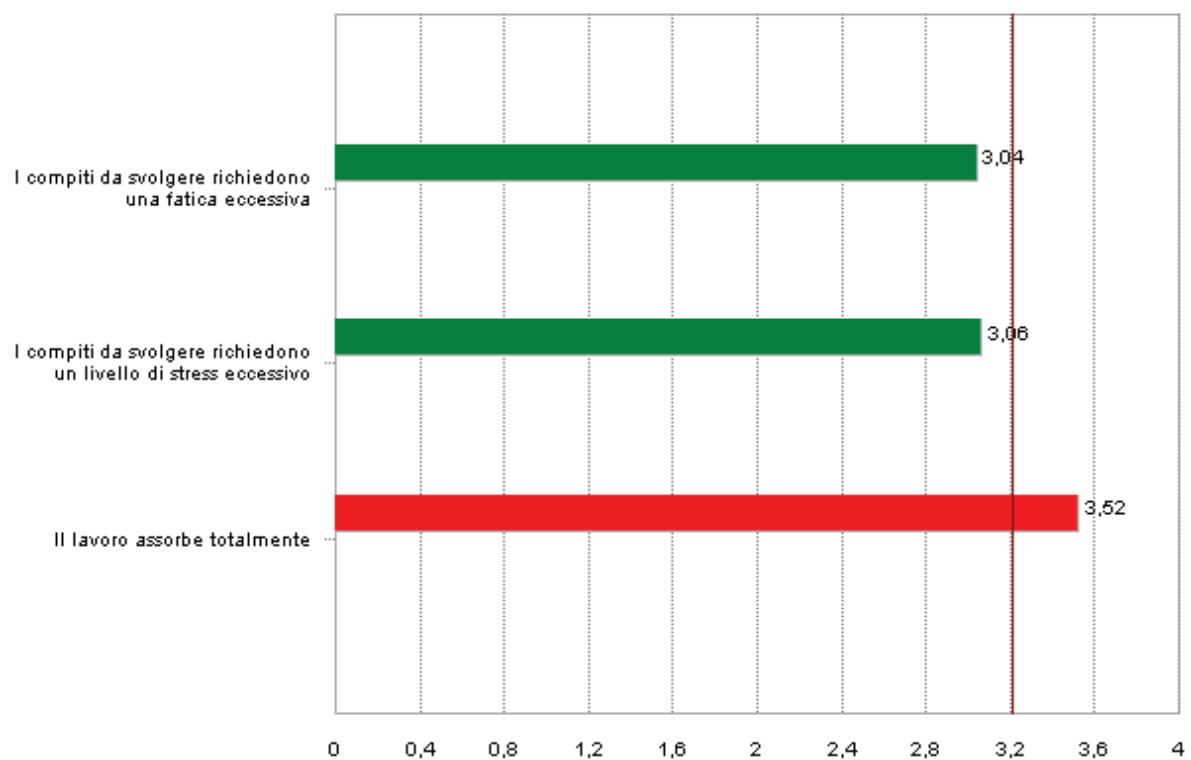


Grafico 4.15: Anzianità nell'ente oltre 30 anni



4.2. GESTIONE DELLA CONFLITTUALITÀ

4.2.1. I determinanti della gestione della conflittualità

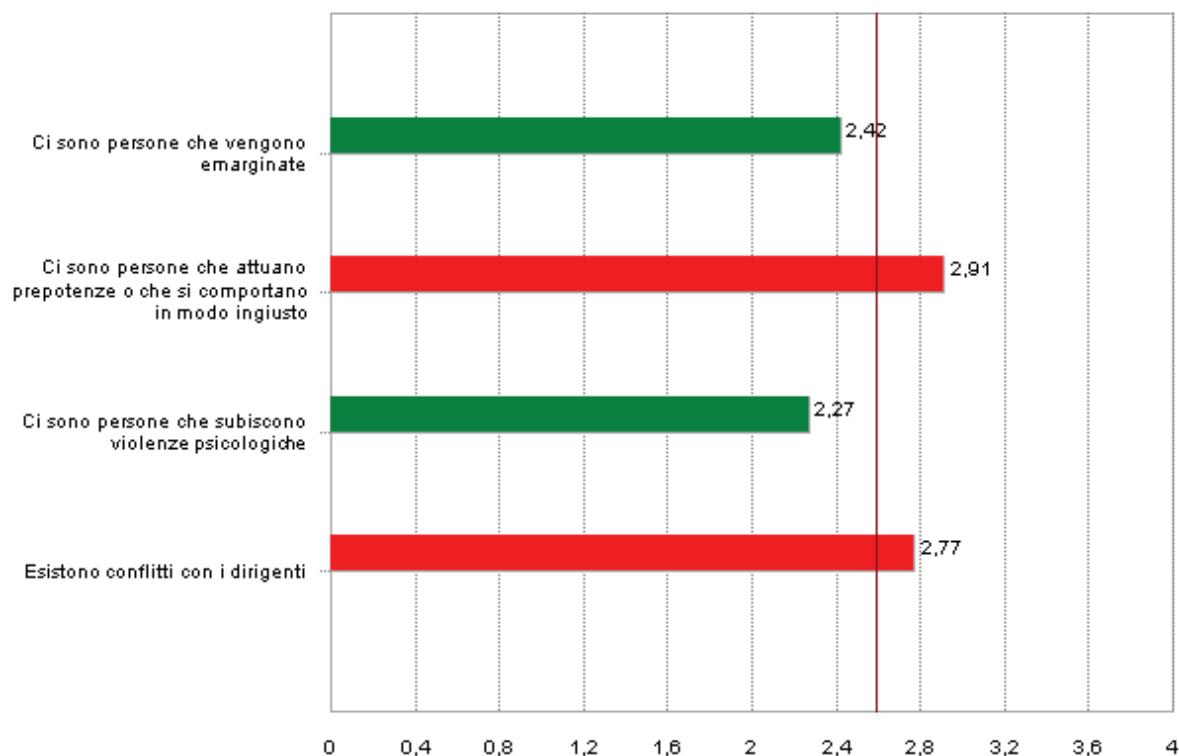
I meccanismi di conflittualità sul luogo di lavoro condizionano evidentemente molte delle dinamiche interne di natura professionale, non limitandosi spesso ad una controllata e magari fruttuosa divergenza di opinioni o *modus vivendi*, quanto piuttosto divenendo un meccanismo di prevaricazione professionale, personale, e nei casi più gravi di ostacolo alla carriera lavorativa del soggetto percepito come nemico.

L'esatto dimensionamento del fenomeno è assai difficile da stabilire soprattutto se il tentativo è quello di delineare preventivamente delle aree di rischio per lo sviluppo di un clima ostile sul luogo di lavoro. Sono stati identificati alcuni fattori determinanti lo sviluppo del meccanismo di conflittualità; quali la percezione di un bersaglio, la persistenza dello stesso, l'intenzionalità; oltre che la affiliazione organizzativa intesa come gerarchia lavorativa [15]. Mentre i primi due aspetti attengono al funzionamento psicologico del soggetto, e per questo in qualche modo sono purtroppo difficilmente inquadrabili in un'ottica di generale funzionamento di un apparato, il secondo stabilisce un importante ruolo almeno preventivo attribuibile al datore di lavoro. La metodologia seguita nello studio citato, ha previsto un modello sostanzialmente bifasico caratterizzato inizialmente da uno studio pilota caratterizzato da un piccolo numero di partecipanti, da cui trarre indicazioni su un campione molto più grande di circa 400 soggetti (con una prevalenza del 70% del sesso femminile). Lo studio ha identificato in tre fattori fondamentali, l'interferenza con le proprie mansioni, la denigrazione e l'esclusione come i fattori maggiormente responsabili di un distress. Queste condizioni, inoltre, sono state percepite in maniera più grave ed intrusiva se a perpetrarle fosse stato un superiore (genesì di sentimenti di paura, in funzione soprattutto del ruolo che la gerarchia esercita sulle dinamiche lavorative del mondo anglosassone, dove il licenziamento ed il demerito sono elementi più comuni rispetto alla nostra cultura lavorativa). Rispetto a quanto sostanzialmente già noto, questo studio per primo evidenzia che tra tutti i fattori in grado di creare ostilità, nessuno se non l'esclusione è responsabile e correlato al reale desiderio di abbandonare il luogo di lavoro.

Facendo riferimento ad elementi più precisi della nostra analisi si evidenzia come nel campione analizzato presso la ASL di Taranto il sistema della problematicità delle relazioni umane venga analizzato in modo generale rispetto al valore di quattro indicatori:

- percezione della emarginazione (dato risultato essere sotto la media);
- percezione della prepotenza o di comportamenti sbagliati (dato sensibilmente sopra la media);
- percezione della violenza psicologica non meglio precisata (dato sotto la media);
- percezione dei conflitti coi dirigenti (dato sopra la media).

Grafico 4.16: Quadro generale della percezione della conflittualità



In entrambi gli item indagati che sono risultati problematici un dato comune, tra i tanti, potrebbe essere rappresentato da una diffusa de-regolamentazione, che partendo da aspetti procedurali incerti (chi fa cosa) porta allo sviluppo del fenomeno per il quale la negazione di un compito diviene strumento di prevaricazione (non è compito mio, ma anche se lo fosse devi farlo tu). Non appare casuale che questo dato rifletta l'andamento di una relazione problematica rispetto ai conflitti coi dirigenti (valore medio 2,77). L'assenza di una leadership, o meglio di un coordinamento effettivo, non solo di natura organizzativa, ma ottimisticamente anche umana, sembra tradursi infatti in una relazione alla fine problematica.

Appare particolarmente interessante poi considerare che gli andamenti di tutti gli aspetti indagati, sia quelli problematici sia quelli percepiti sotto la media, mostrano una sostanziale sovrapponibilità tra i due sessi, laddove tuttavia varia la percezione di questi fattori, nel senso che le lavoratrici di sesso femminile presentano valori medi più alti che i loro colleghi di sesso maschile, con un sensibile discostamento sia nelle aree problematiche che in quelle sotto la media.

Grafico 4.17: Gestione della conflittualità maschi

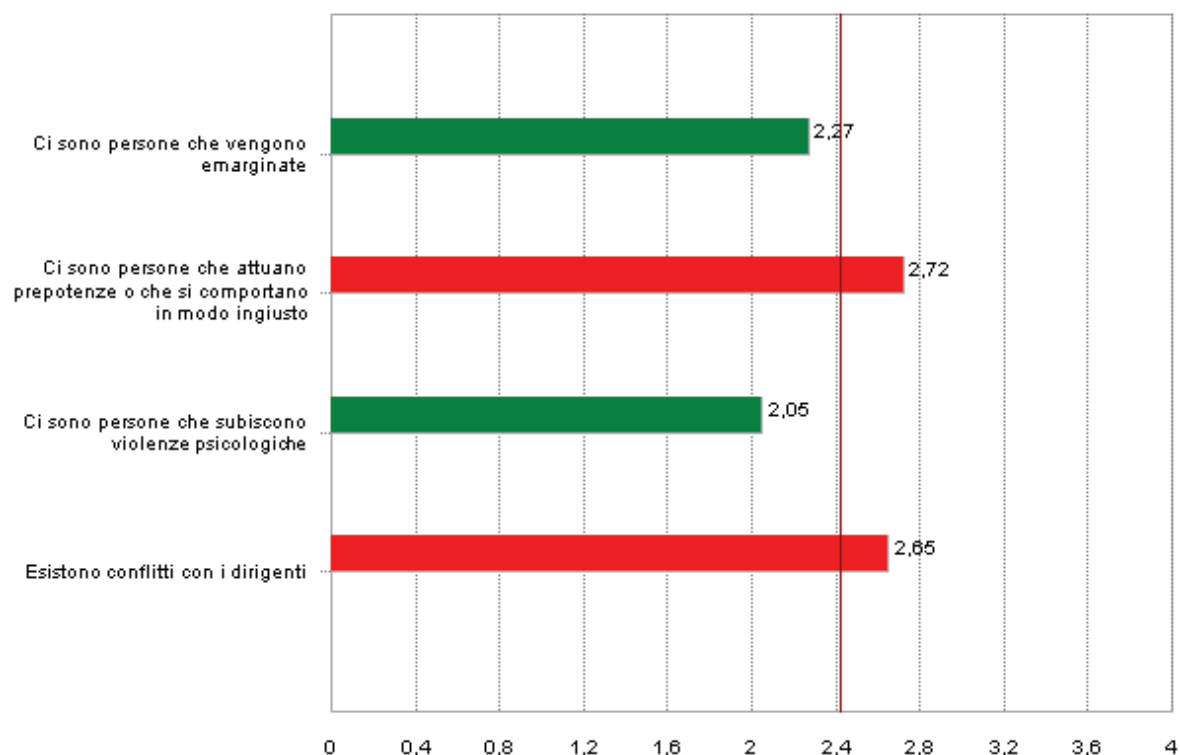
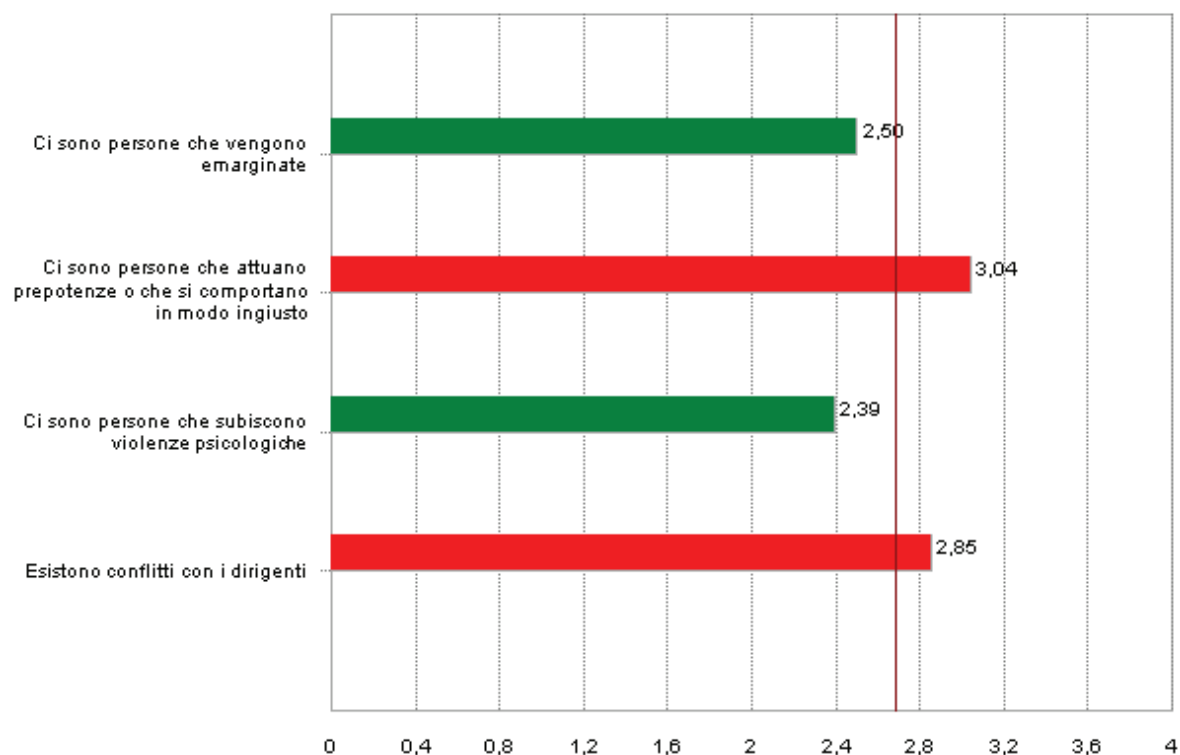


Figura 4.18: Gestione della conflittualità femmine



In accordo con quanto evidenziato nell'altro aspetto studiato nella presente sezione la tipologia del contratto di lavoro a tempo determinato è percepita come meno intrusiva e limitante rispetto a quanto avviene per i lavoratori a tempo indeterminato, con sostanziali differenze, per fortuna positive, negli aspetti della emarginazione e del conflitto coi dirigenti. Il dato potrebbe riflettere l'attitudine della azienda ad essere comunque un ente inclusivo, soprattutto in funzione che l'inserimento di nuove figure professionali a tempo determinato possa tradursi in un miglioramento complessivo dell'organizzazione.

Grafico 4.19: Gestione della conflittualità per il personale a tempo determinato

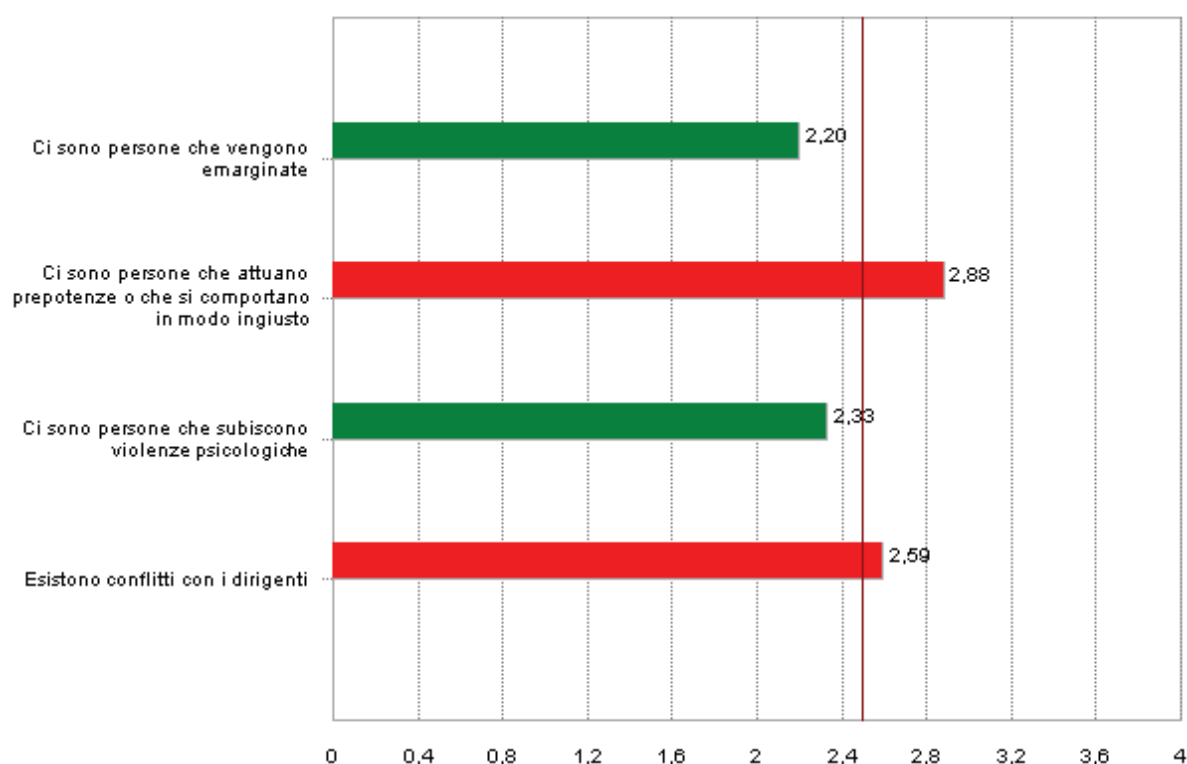
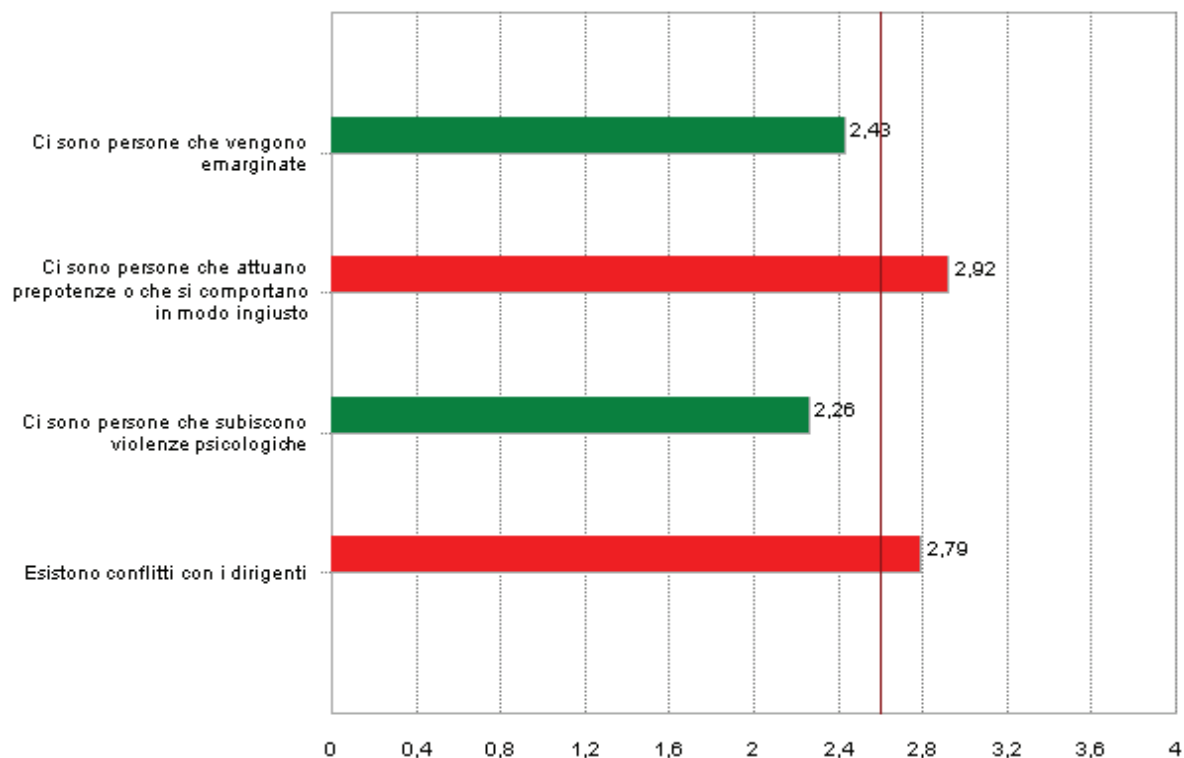


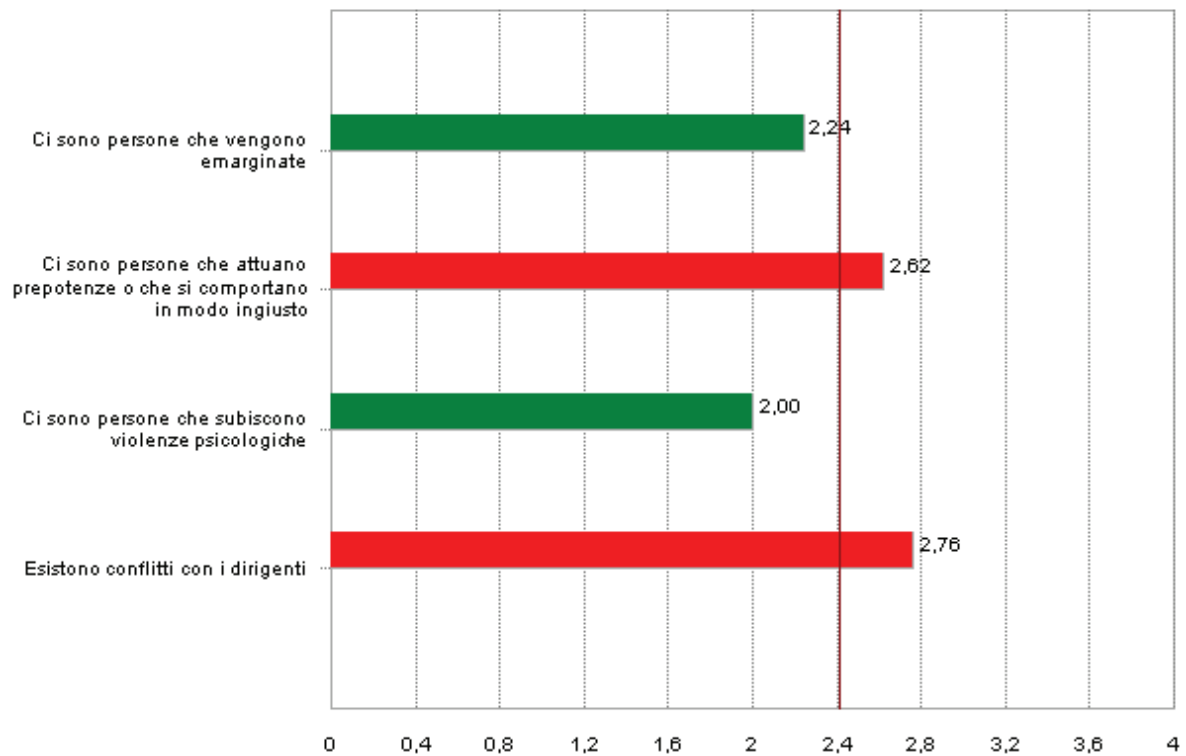
Grafico 4.20: Gestione della conflittualità per il personale a tempo indeterminato



Anche analizzando l'aspetto della gestione della conflittualità dividendola per fasce di età, diversamente da quanto evidenziato per l'altro aspetto di questa analisi, alcuni fattori problematici (ovvero la percezione di prepotenze) tendono a mostrare un trend di diminuzione in funzione della classe di età esaminata. Non appare chiaro se questo dato rappresenti il risultato di un adattamento al sistema o di una comprensione globale dello stesso in cui la maturazione del proprio bagaglio globale di esperienze e relazioni si configuri in un approccio più sereno col problema della prepotenza che pure esiste chiaramente e risulta sempre limitante [grafici non riportati per brevità].

Sebbene sia identificato come un dato sotto la media problematica, si evidenzia come, analizzando i dati in una divisione tra posizioni dirigenziali e non, semplificando apparirebbe che la funzione dirigenziale eserciterebbe un fattore protettivo almeno verso la percezione che esistano violenze psicologiche, non mutando invece gli item problematici.

Grafico 4.21: Percezione dei dirigenti



4.3. CONCLUSIONI

Il luogo di lavoro condiziona la nostra vita, influenza le nostre giornate, modifica i nostri comportamenti sociali di tipo adattativo, rappresenta per molti il terreno, spesso unico, di una qualche realizzazione o almeno, per alcuni, della più urgente. Se queste premesse dettate dal senso comune sono vere, come pensare che il luogo in cui le dinamiche umane professionali vanno in scena non possa condizionare il nostro benessere globale oltre le nostre migliori intenzioni e le nostre più sofisticate barriere mentali e fisiche?

Lavorare in determinati contesti modifica consistentemente le abitudini extralavorative ed i patterns biofisici [16], così il nostro ambiente di lavoro ci cambia spesso in modo più sensibile di quanto possa avvenire al contrario.

Il lavoro dunque sembra “assorbire totalmente” i lavoratori della Nostra Istituzione, senza che questo sia legato necessariamente alla fatica necessaria per svolgerlo. Una dimensione pervasiva del lavoro, specie nel contesto di questo manoscritto, dovrebbe essere mirata su almeno due piani temporalmente sequenziali: il primo l'individuazione di procedure più consone (aspetto tecnico) per migliorare il servizio ritenuto eccessivamente *impegnativo*; il secondo di natura più squisitamente preventiva ed educativa, ovvero identificare le situazioni a rischio ed intervenire su di esse.

Come ampiamente descritto, in questo contesto le modificazioni dello stato di salute del lavoratore, intese nel senso di indicatori misurabili ma anche di percezioni soggettive di disagio, sarebbero da analizzare e mettere in relazione a tutte le variabili del proprio micro-contesto lavorativo e poi della macrostruttura.

In un momento storico caratterizzato da resistenza attiva alle difficoltà oggettive, ma anche da resistenza passiva al cambiamento vero, gli elementi della percezione dello stress e della gestione della conflittualità dovrebbero prevedere una più adeguata valutazione almeno periodica dei responsabili dei Servizi e delle Strutture della Nostra Istituzione.

BIBLIOGRAFIA

1. Timmermans W. Xiong H. Hoogenraad CC. Krugers HJ. Stress and excitatory synapses: from health to disease. *Neuroscience*. 2013 Sep 17;248:626-36.
2. Dimitrijevic M. Stanojevic S. Kustrimovic N. Leposavic G. End-point effector stress mediators in neuroimmune interactions: their role in immune system homeostasis and autoimmune pathology. *Immunol Res*. 2012 Apr; 52(1-2):64-80.
3. Tammen SA. Friso S. Choi SW. Epigenetics: the link between nature and nurture. *Mol Aspects Med*. 2013; 34(4):753-64.
4. Karasek R. *Healthy Work: Stress, productivity, and the Reconstruction of Working Life*; Basic Books: 1992
5. Lindstrom K. *Measurement of Psychological and Social factors at Work: Description of Selected Questionnaire Methods Employed in Four Nordic Countries*; Nordic Council of Ministers. 1995
6. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. *J. Occup. Health Psychol*. 1996; 1, 27-416.
7. Tripodi D. Roedlich C. laheux A. Longuenesse C. Roquelaure Y. Lombrail P, and Gerault C. Stress perception among employees in a French University Hospital . *Occupational Medicine* 2012; 62:216-219
8. Mino Y. Babazono A. Tsuda T. Ysuda N. Can stress Management at the workplace prevent depression? A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2006; 75(3):177-82.
9. Hanson EK. Maas CJ. Mijman TF. Godaert GL. Cortisol secretion throughout the day, perception of the work environment, and negative effect. *Ann Behav Med* 2000 Fall; 22(4):316-24
10. Cavenini G. Fratini I. Gambassi R. A new quantitative approach to measure perceived work-related stress in Italian employees. *Int J Occup Med Environ Health*. 2012; 25(4):426-45
11. Tomei G. Casale T. Marrocco M. Gioffrè PA. Rosati MV. De Sio S. Fiaschetti M. Schifano MP. Capozzella A. Caciari T. Perceived stress, peripheral blood counts and luxury habits. *G Ital Med Lav Ergon*. 2013; 35(2):94-101
12. Schmidt B. Loerbroeks A. Herr RM. Wilson MG, Jarczok MN, Litaker D. Mauss D. Bosch JA. Fischer J. Association between supportive leadership and employees self rated health in an occupational sample. *Int J Behav Med*. 2013. Epub ahead of print]
13. Yong M. Nasterlack M. Pluto RP. Lang S. Oberlinner C. Occupational stress perception and its potential impact on work ability. *Work*. 2013; 1(46):347-54.
14. Holmgren K, Fjallstrom-Lundgren M, Hensing G. Early identification of work-related stress predicted sickness absence in employed women with musculoskeletal or mental disorders: a prospective, longitudinal study in a primary health care setting. *Disabil Rehabil*. 2013 Mar;35(5):418-26
15. Selden MP. Downney RG. Workplace hostility: defining and measuring the occurrence of hostility in the workforce. *Work*. 2012; 42(1):93-105.
16. Nelson CC. Wagner GR. Caban-Martinez AJ. Buxton OM. Kenwood CT. Sabbath EL. Hashimoto DM. Hopcia K. Allen J. Sorensen G. Physical activity and body mass index: the contribution of age and workplace characteristics. *Am J Prev Med*. 2014 Mar;46(3 Suppl 1):S42-51.

APERTURA ALL'INNOVAZIONE

di Donato Salfi²⁶ e Antonella Matichecchia ²⁷

*“L'unica costante è il cambiamento”
Eraclito*

5.1. INTRODUZIONE

L'attenzione all'Innovazione diffusa a tutti i livelli dell'Organizzazione favorisce lo sviluppo di competenze adeguate al governo del cambiamento. Una buona analisi dell'assetto organizzativo permette all'azienda di affrontare al meglio il cambiamento (dal punto di vista della riprogettazione organizzativa basata sulla trasformazione dell'attuale assetto aziendale in funzione delle modifiche strutturali del settore), così come la formulazione di scelte opportune anche in base alle competenze distintive necessarie. La prospettiva sul benessere è, fondamentalmente, una prospettiva di cambiamento culturale. Significa considerare centrale, nelle scelte strategiche e nei valori di riferimento, la qualità della convivenza organizzativa. Le pubbliche Amministrazioni sono oggi attraversate da fermenti di vitalità e di innovazione e possono sperimentare nuovi stili di convivenza organizzativa [1]. Il benessere organizzativo nasce dal riconoscere il valore della propria Organizzazione e dei propri collaboratori e si concretizza attraverso un intermediario che realizza il cambiamento: la Formazione, la “Formazione come Cambiamento”. Questa Azienda ha individuato nel modello centrato sulle competenze il riferimento per sviluppare la formazione; individuando come protagonista del processo formativo le persone e non l'Azienda (si veda documento programmatico U.O.D. Formazione ASL Taranto).

La letteratura relativa alla ricerca sul benessere organizzativo [2] ha più volte evidenziato un collegamento tra benessere organizzativo e propensione all'innovazione: il benessere organizzativo è più elevato nelle Organizzazioni che sono più aperte al cambiamento. L'analisi dei dati finora disponibili, tuttavia, non permette ancora di rispondere in modo univoco sul tipo di correlazione presente tra le due variabili: le Organizzazioni innovative generano benessere o se, al contrario, il benessere organizzativo permette anche di migliorare la propensione delle amministrazioni all'innovazione? Ciò che appare piuttosto chiaro però è che queste due dimensioni sono associate tra loro. Alcuni studiosi hanno riscontrato una miglior qualità di vita dei lavoratori nelle organizzazioni più aperte all'innovazione ed una correlazione tra la motivazione delle persone e la propensione, da parte dell'amministrazione, ad adottare programmi significativi di cambiamento senza, tuttavia, individuare quale dimensione influisce in modo determinante sull'altra [3].

La priorità che l'analisi sul benessere organizzativo si è posta per la realizzazione delle politiche di sostegno al cambiamento e all'innovazione, è quella di creare specifiche condizioni che possano incidere sul miglioramento del sistema sociale interno, delle relazioni interpersonali e, in generale, sulla cultura organizzativa. Un'altra priorità sarà quella di indicare all'Organizzazione le strategie per tradurre in azioni concrete le soluzioni che scaturiranno dalle indagini, e, a partire dalla lettura dei dati se:

“Il benessere facilita il cambiamento nell'Organizzazione o viceversa?”

²⁶ Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente Responsabile U.O.D. Formazione

²⁷ Dott.ssa in Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Tirocinante U.O.D. Formazione

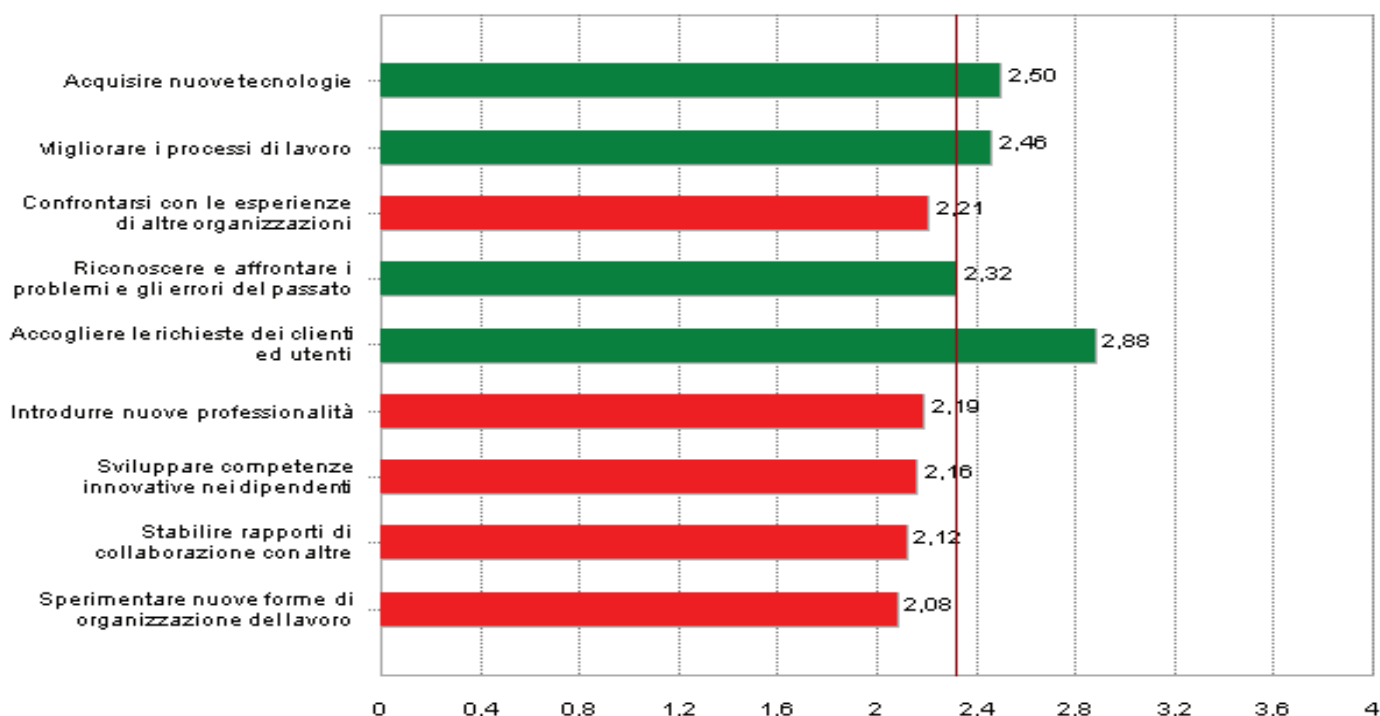
5.2. PROFILO GENERALE DELL'APERTURA ALL'INNOVAZIONE

La presente sezione riporta i risultati emersi riguardanti la dimensione *“Propensione all’Innovazione”*. Essa esplora l’area relativa alla capacità di innovazione dell’Organizzazione ed alla sua apertura al cambiamento. Vengono presi in considerazione nove Indicatori:

- Innovazione Tecnologica;
- Miglioramento dei Processi;
- Confronto con le esperienze di altre Organizzazioni;
- Apprendimento Organizzativo;
- Orientamento al Cliente;
- Professionalità Innovative;
- Competenze Innovative;
- Reti Interorganizzative;
- Innovazione Organizzativa.

L’organizzazione dei dati presentata non è stata scelta ma dettata dalle indicazioni e dalla struttura di Magellano così come predisposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, diversamente si sarebbe proceduto ad operare differenti ed ulteriori analisi statistiche.

Grafico 5.1: Apertura all'innovazione



Gli elementi critici dell’innovazione mettono in rilievo una connotazione di staticità dell’Organizzazione. Le voci dello scarso sviluppo di competenze innovative nel personale e dell’introduzione di nuove professionalità, della scarsa sperimentazione di nuove forme di organizzazione del lavoro accanto a una scarsa capacità di confrontarsi e stabilire rapporti di collaborazione con altre Organizzazioni rendono bene il senso di una discreta difficoltà a innovare e cambiare.

▪ Capitolo 5

Il personale rileva sicuramente molta attenzione e apertura nei confronti dell'utenza, affermatasi ormai nella mentalità collettiva come il fulcro delle Organizzazioni di servizio; l'importanza per l'innovazione tecnologica e il miglioramento dei processi di lavoro, la capacità di riconoscere e affrontare i problemi e gli errori del passato. I dati emersi confermano con chiarezza che il concetto di orientamento al cliente è sufficientemente consolidato, rappresentando quindi un punto di forza insieme al processo di innovazione tecnologica in atto. È importante notare quindi che l'attenzione alle richieste del cliente viene percepita come mediamente presente. Si riscontrano carenze dal lato della valorizzazione delle persone, vista la bassa valutazione data alla capacità dell'organizzazione a sviluppare competenze innovative. Altri aspetti in cui si individuano esigenze di miglioramento sono legati all'organizzazione del lavoro e all'apertura al confronto con altre organizzazioni.

5.3. DIFFERENZE TRA I SESSI

Sono stati confrontati i valori medi di ciascun indicatore caratterizzante la dimensione "Propensione all'Innovazione" tra i due sessi. Dai risultati non emergono differenze legate alla variabile di genere. Contrariamente al target maschile, la popolazione femminile analizzata evidenzia con maggiore criticità la capacità di riconoscere e affrontare i problemi e gli errori del passato. Tra i due sessi c'è un sostanziale accordo nell'assegnare più bassi punteggi agli indicatori che fanno riferimento al confronto e collaborazione con altre Organizzazioni, introduzione di nuove professionalità e sviluppo di competenze innovative, sperimentazione di nuove forme di organizzazione del lavoro.

Grafico 5.2: Apertura all'innovazione maschi

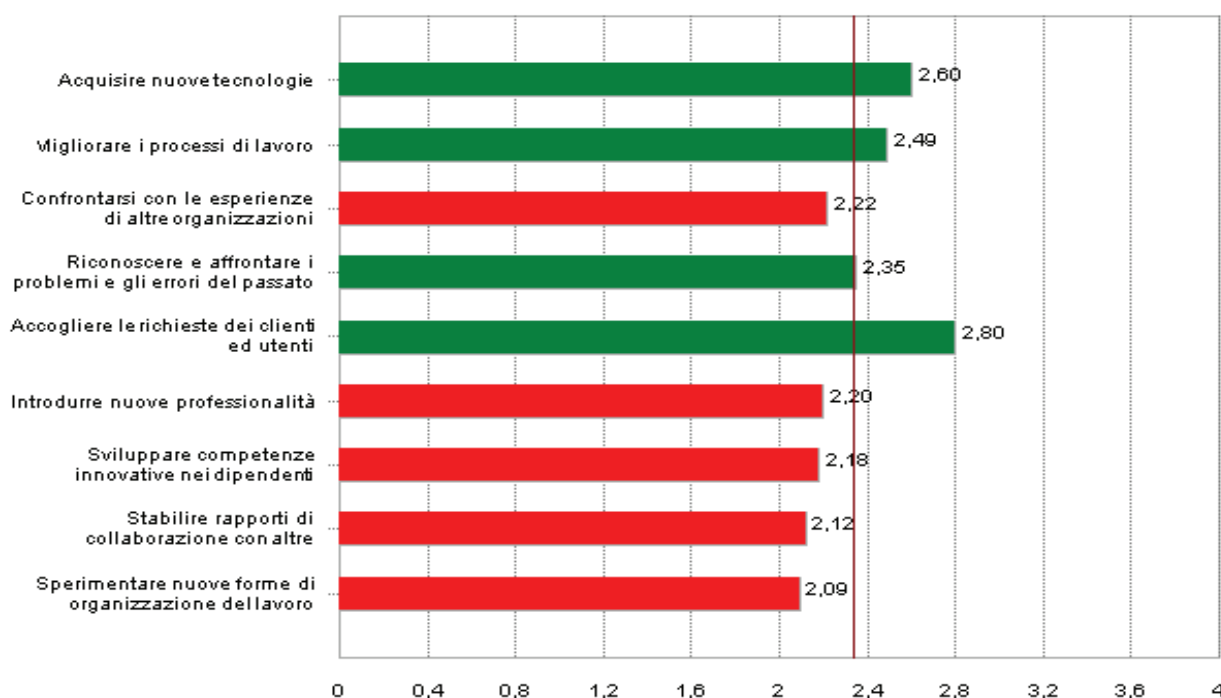
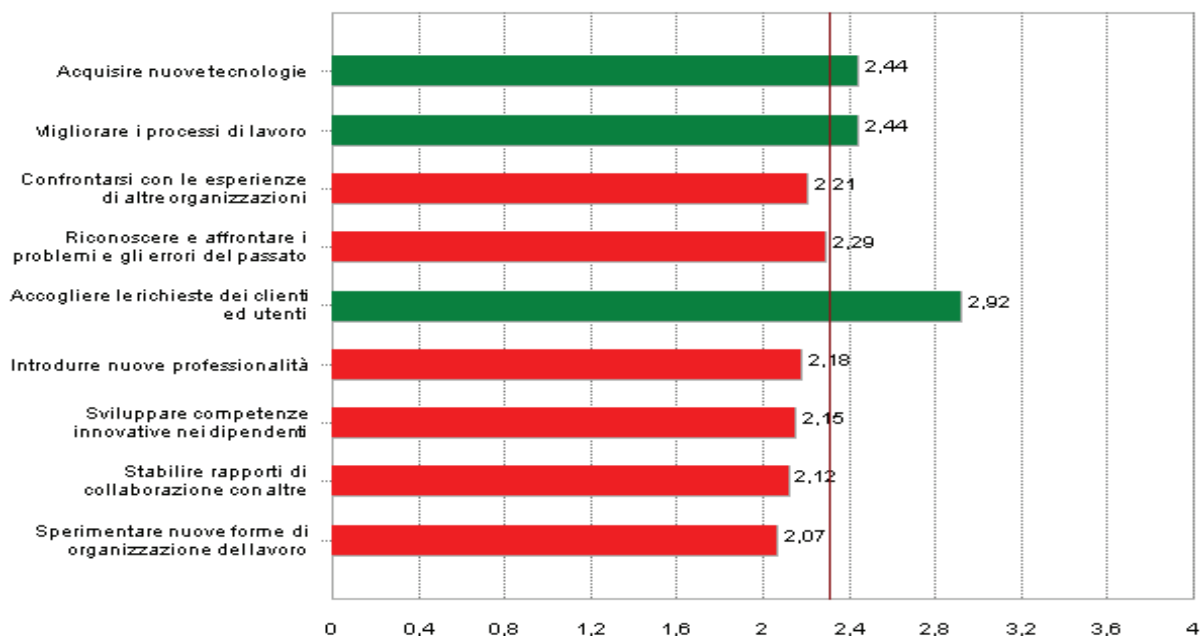


Grafico 5.3: Apertura all'innovazione femmine

5.4. DISTINZIONE PER FASCE D'ETÀ

Gli indicatori caratterizzanti la dimensione “Propensione all’Innovazione” sono stati confrontati per fasce d’età al fine di rilevare l’eventuale presenza di differenze nella percezione di apertura al cambiamento e all’innovazione dovute alla variabile età, considerando che la fascia anagrafica prevalente nel campione è quella tra i 55 e i 60 anni.

Anche per la variabile età non si riscontrano differenze rispetto ai diversi indicatori analizzati. L’unica distinzione riguarda la capacità di riconoscere e affrontare i problemi e gli errori del passato che tende ad essere percepita come mediamente negativa e quindi presentare un decremento dei valori medi nella fascia d’età più giovane (18-30 anni) e in quella più anziana (51-oltre i 60 anni), mentre tende ad essere percepita discretamente nella fascia d’età centrale (31-40 anni).

5.5. DISTINZIONE PER TIPOLOGIA DI CONTRATTO DI LAVORO

Tra le variabili è stata esaminata anche la tipologia contrattuale, nello specifico il personale con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato. Il campione esaminato è costituito dall’ 87,12% da personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato e il 7,61% da personale con contratto di lavoro a tempo determinato. L’unico indicatore che distingue i due gruppi è che il personale con contratto di lavoro a tempo determinato a differenza del personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato considera negativamente la capacità di riconoscere e affrontare i problemi e gli errori del passato.

Grafico 5.4: Apertura all'innovazione per il personale a tempo determinato

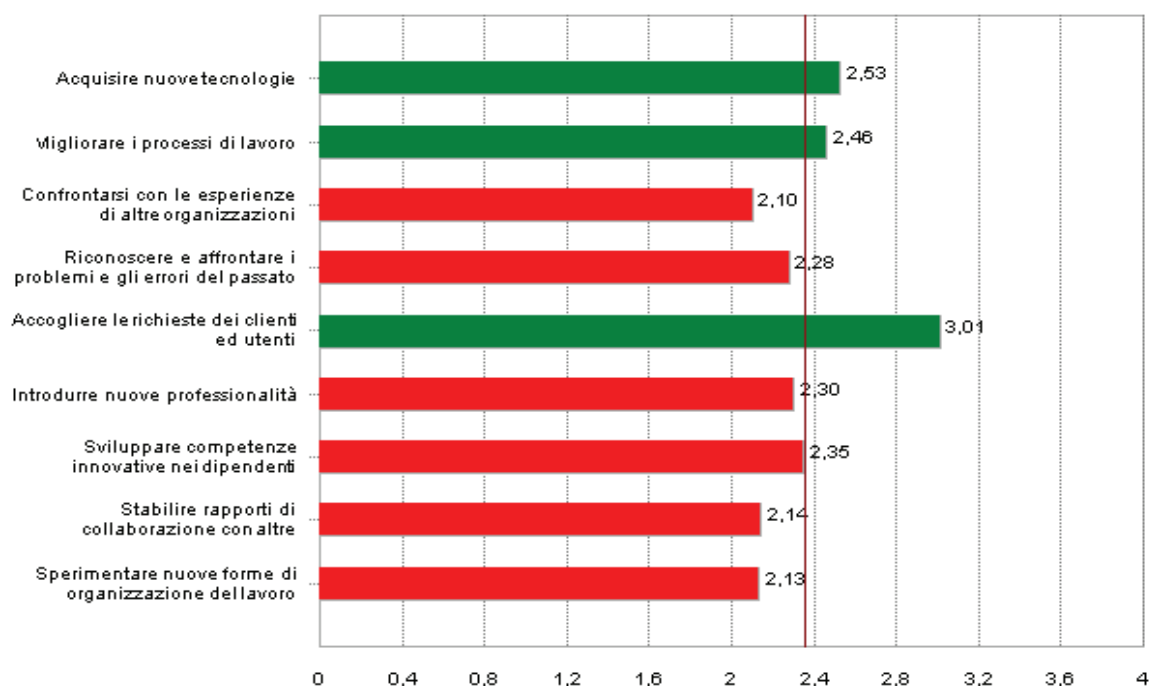
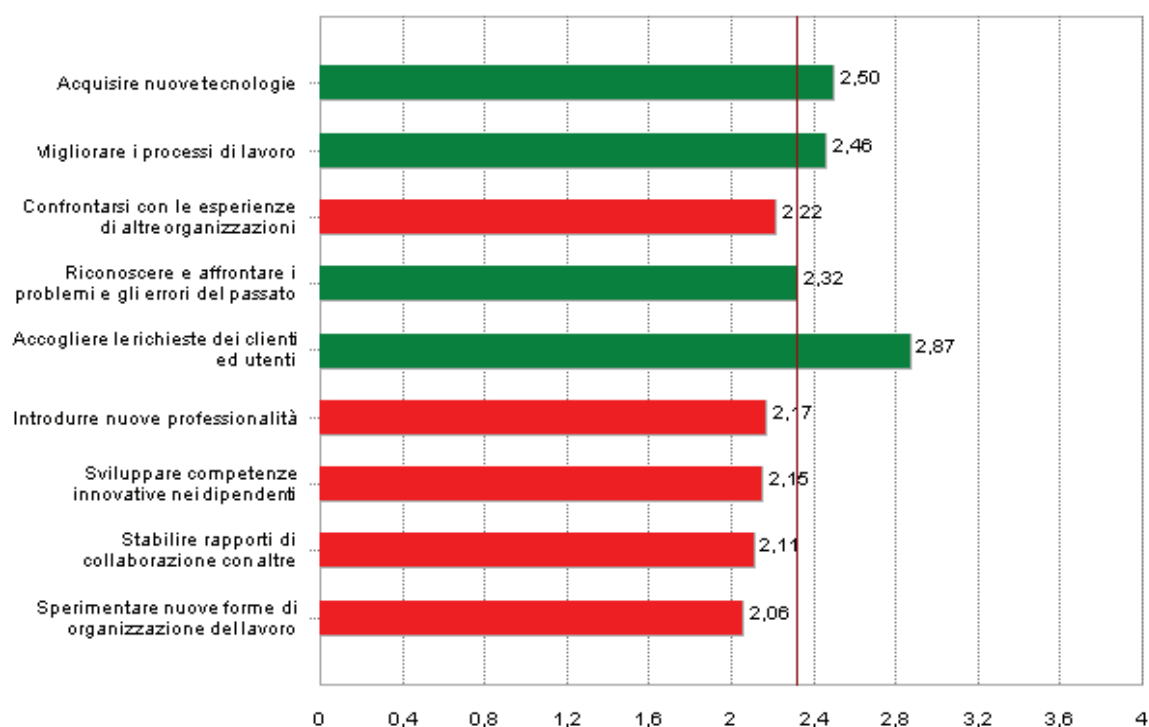


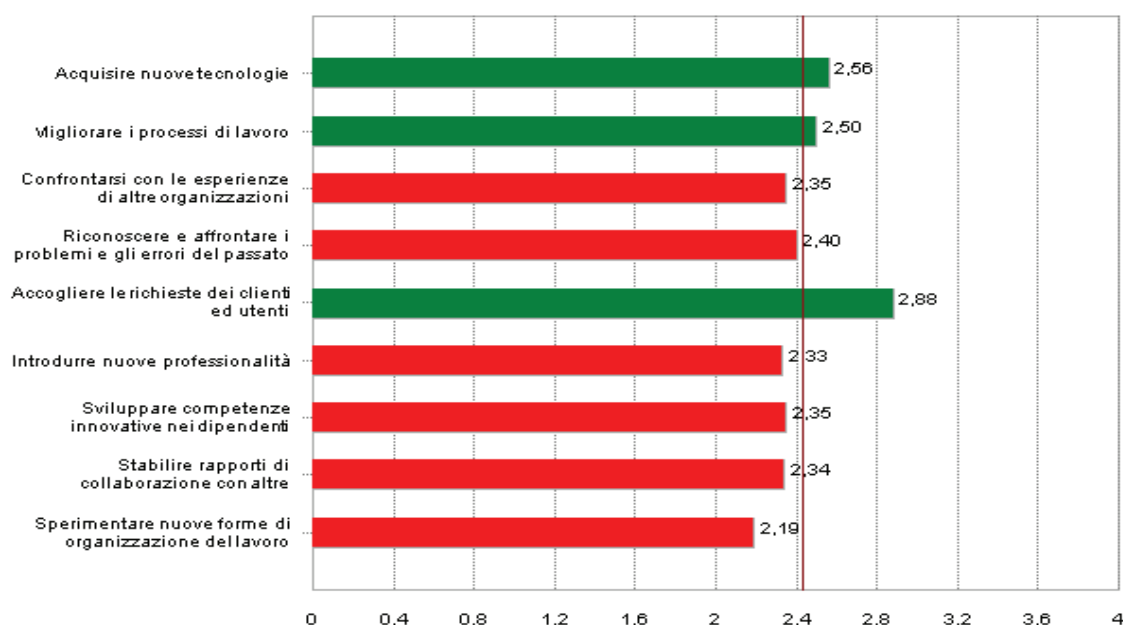
Grafico 5.5: Apertura all'innovazione per il personale tempo indeterminato



5.6. APERTURA ALL'INNOVAZIONE PER I DIRIGENTI

Gli indicatori che costituiscono la dimensione “Propensione all’Innovazione” per quanto riguarda la dirigenza presentano valori al di sotto della media relativamente: al confronto e collaborazione con altre Organizzazioni, alla capacità di riconoscere e affrontare i problemi e gli errori del passato, all’introduzione di nuove professionalità e competenze innovative, alla sperimentazione di nuove forme di organizzazione del lavoro.

Grafico 5.6: Apertura all'innovazione per i dirigenti



5.7. APERTURA ALL'INNOVAZIONE PER STRUTTURA DI APPARTENENZA

La dimensione relativa all’Apertura all’Innovazione è stata analizzata anche rispetto alla Struttura di Appartenenza, di seguito vengono riportati i valori medi corrispondenti:

Tabella 5.1: Apertura all'innovazione

STRUTTURA DI APPARTENENZA	VALORE MEDIO
Servizi Amministrativi e Tecnici	2,29
Dipartimento di Prevenzione	2,56
Dipartimento di Riabilitazione	2,38
Dipartimento Dipendenze Patologiche	2,2
Dipartimento Salute Mentale	2,5
Distretto Socio-Sanitario	2,36
Presidio Ospedaliero	2,24
Direzione Generale e Strutture di Staff	2,43

▪ Capitolo 5

Nello specifico tutte le strutture di appartenenza evidenziano criticità :

- nel confrontarsi con le esperienze di altre Organizzazioni;
- nell'introdurre nuove professionalità;
- nello sviluppare competenze innovative nei dipendenti;
- nello sperimentare nuove forme di organizzazione del lavoro.

L'indicatore che fa riferimento all'acquisizione di nuove tecnologie presenta valori al di sotto della media, rispettivamente, nei Dipartimenti di Riabilitazione e di Dipendenze Patologiche.

Viene segnalata la difficoltà di riconoscere e affrontare i problemi e gli errori del passato nei Dipartimenti di Riabilitazione, di Dipendenze Patologiche, di Salute Mentale oltre che nel Distretto Socio Sanitario. Il personale del Dipartimento Dipendenze Patologiche, presenta valori al di sotto della media rispettivamente nella capacità dell'Organizzazione di migliorare i processi di lavoro.

Si rileva una più positiva capacità di stabilire rapporti di collaborazione con altre Organizzazioni rispettivamente nella Direzione Generale e Strutture di Staff oltre che nel Dipartimento di Dipendenze Patologiche.

5.8. CONCLUSIONI

I cambiamenti socio-economici degli ultimi anni hanno comportato profonde variazioni nel contesto di riferimento delle pubbliche amministrazioni, creando nuovi bisogni sia a livello generale, sia per i singoli cittadini. Le riforme avvenute in questi anni nella Pubblica Amministrazione hanno cercato di rispondere a questi nuovi bisogni; in molti casi implementando in ambito pubblico alcuni principi propri del management privato. I dipendenti riconoscono alle proprie amministrazioni lo sforzo profuso in questi anni per creare organizzazioni più efficaci e efficienti e rispondenti ai bisogni della cittadinanza; ma vorrebbero che le proprie amministrazioni tendessero ad investire di più nelle competenze innovative dei dipendenti e nella sperimentazione di nuove forme di organizzazione del lavoro, confrontandosi anche con le esperienze positive di altre amministrazioni.

Dall'analisi esplorativa condotta, circa la propensione di questa Organizzazione verso l'innovazione emerge che essa è percepita come discretamente aperta al cambiamento e ai fattori esterni come una risorsa per il miglioramento. Le criticità riscontrate nelle risposte ai quesiti riguardanti il tema dell'innovazione mettono in rilievo la percezione da parte del personale di una certa rigidità. Il modesto riscontro evidenziato nelle voci che prendono in considerazione lo sviluppo di competenze innovative, l'introduzione di nuove professionalità e la sperimentazione di nuove forme di lavoro accanto alla capacità di riconoscere gli errori del passato e di confrontarsi con le esperienze di altre organizzazioni, indicano, in ogni caso, una sentita voglia dei dipendenti d'intraprendere percorsi rivolti all'innovazione, sia dal lato dello sviluppo delle competenze che da quello riguardante la moderna concezione dell'organizzazione del lavoro; incentivando il confronto e la collaborazione con altre Organizzazioni. Viene evidenziata la percezione che l'Azienda presti molta attenzione e apertura nei confronti dell'utenza; si attesta vicino al valore medio la percezione che l'Azienda dia importanza all'acquisizione di nuove tecnologie e attenzione al miglioramento dei processi. Al contrario il personale appare molto più critico nei confronti della capacità dell'Amministrazione di sviluppare competenze innovative nelle persone e nell'introduzione di nuove professionalità, ciò sta ad indicare l'impressione di una scarsa valorizzazione del personale (Figura 1).

Il cambiamento non appare ancora metabolizzato dall'organizzazione e soprattutto non sembra se ne vedano i risultati sullo sviluppo delle singole professionalità e competenze.

Inoltre i dati emersi indicano che il personale, nel portare avanti il proprio lavoro, accusa un senso eccessivo di affaticamento mentale, le cui cause possono essere ritrovate in un sovraccarico di lavoro, frequenti contatti con le persone e un forte senso di responsabilità nei compiti che si devono svolgere. Tali elementi possono generare un sovraccarico emotivo, se i compiti da svolgere non sono sufficientemente supportati da conoscenze e capacità idonee (valorizzazione), se sussistono norme e procedure rigide che limitano l'operatività (innovazione organizzativa) e i mezzi e le risorse per svolgere il proprio lavoro sono carenti.

Questi fattori indicano una richiesta ben precisa espressa dai dipendenti, che si sostanzia attraverso l'esigenza di sempre maggior innovazione e la volontà d'impegnarsi verso forme di sviluppo organizzativo e professionale orientate alla persona, che sempre più viene percepita come elemento fondamentale per il successo di ogni Amministrazione.

L'Azienda dovrà pertanto facilitare e guidare l'attivazione di:

- meccanismi di coinvolgimento;
- funzioni di ascolto;
- gruppi di lavoro.

in cui lo spazio lasciato agli individui possa permettere all'organizzazione di sviluppare capacità di innovazione e apprendimento e agli individui di esprimere al meglio il proprio potenziale e di valorizzare le proprie esperienze. Anche la formazione realizzata dal personale interno rappresenta una modalità importante per riconoscere e valorizzare il contributo individuale e comunicare nuove opportunità nei confronti del personale che consenta di esplicitare e socializzare il sapere presente, di trasformare l'apprendimento individuale in apprendimento organizzativo volto allo sviluppo di Comunità di Apprendimento; oltre che assicurare ai dipendenti appartenenza verso l'organizzazione e visibilità verso i colleghi.

Le opportunità offerte dalla contrattazione nell'utilizzo di personale interno, in considerazione dei notevoli tagli ai capitoli di spesa dedicati alla formazione che impongono una riflessione sulle capacità di garantire alta qualità con l'impiego di minori risorse, e la domanda di espressione del potenziale proveniente dai dipendenti potrebbero rappresentare condizioni facilitanti in questa direzione.

Alla luce della ricerca sul benessere organizzativo svolta e della lettura dei dati, si evidenzia la necessità di promuovere l'attività formativa come strumento di sviluppo individuale ed organizzativo; un costrutto fondamentale della cultura organizzativa di questa Azienda è quello che vede la Formazione come Cambiamento.

La prospettiva sul benessere è, fondamentalmente, una prospettiva di cambiamento culturale. È in quest'ottica che nel contesto lavorativo è necessario mirare al ben-essere, inteso come positiva interfaccia tra la persona e l'Organizzazione di cui fa parte e come cultura del lavoro fatta di valorizzazione e motivazione. Il successo di un'Organizzazione sanitaria dipende sempre più dalla capacità d'integrazione delle diverse figure professionali, di sperimentare nuove forme di organizzazione del lavoro accanto ad una capacità di confrontarsi e stabilire rapporti di collaborazione con altre Organizzazioni. Un efficace leadership, cioè la capacità di motivare le persone per raggiungere degli obiettivi, è indispensabile per organizzare, superare le differenze individuali, lavorare in collaborazione e ottenere risultati positivi in un ambiente che richiede una continua innovazione.

▪ Capitolo 5

Il controllo delle attività e delle persone, funzione fondamentale nella descrizione classica della dirigenza, non produce risultati nelle organizzazioni sanitarie moderne. Il controllo deve essere sostituito dalla leadership, dalla capacità di offrire una visione, di motivare, delegare, rendere capaci i collaboratori di provvedere al servizio nella maniera più efficace ed efficiente possibile per l'utente e l'Organizzazione. L'idea che si sviluppa è basata su un modello di management che privilegia le relazioni umane, il compito fondamentale del dirigente è di provvedere ad una struttura organizzativa e metodi operativi che consentano ai collaboratori di raggiungere i propri obiettivi perseguendo gli obiettivi dell'Organizzazione. Proprio relativamente alla dirigenza, la presente ricerca sul benessere organizzativo presenta valori al di sotto della media relativamente la capacità dei dirigenti di:

- coinvolgere i dipendenti nelle decisioni che riguardano il loro lavoro;
- aiutare a lavorare nel modo migliore;
- comunicare chiaramente a tutto il personale i cambiamenti gestionali ed organizzativi;
- ascoltare chi avanza richieste o formula proposte e suggerimenti;
- valutare le persone secondo criteri equi e trasparenti.

È in quest'ottica che nasce e si colloca il percorso formativo rivolto alla dirigenza di questa Azienda: "Empower Management-Vision and Mission of Quality" messo a punto dall'U.O.D. Formazione. Dallo strumento utilizzato volto a rilevare il benessere organizzativo nell'Organizzazione, non è tuttavia possibile reperire ulteriori elementi di analisi circa le capacità direzionali del management di questa Azienda. In funzione di ciò, il percorso formativo "Empower Management-Vision and Mission of Quality" prevederà proprio come fase iniziale un "check up psicosociale" che consentirà di avere un quadro generale dell'Azienda circa abilità possedute dai dirigenti, funzioni e cultura organizzativa che consenta di sviluppare in una seconda fase, una formazione ad hoc, personalizzata rispetto alle criticità e potenzialità emerse.

La seconda fase sarà caratterizzata dall'avvio del percorso formativo suddiviso in tre step:

1. Abilità Personali e Relazionali;
2. Competenze Professionali e Specialistiche;
3. Performance Gestionali, Organizzative, Amministrative.

Ad ognuno di questi step potrà partecipare chi nella fase di check up abbia evidenziato deficit o lacune in un'area specifica rendendo così il percorso formativo personalizzato e adatto a colmare le mancanze e problematicità riscontrate [7].

La formazione come strumento per promuovere il cambiamento e il benessere organizzativo consentirà di proporre o realizzare nuove idee di impatto rilevante per il funzionamento organizzativo interno e per il contesto territoriale.

BIBLIOGRAFIA

1. Ungaro F. e T. Fiore, *Il Metodo come cambiamento. Un modello di formazione etico-sostenibile orientato a produrre salute*. Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, 2012.
2. Avallone F. e M. Bonaretti, *Benessere Organizzativo- Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*, 2003.
3. Avallone F. e A. Paplomatas, *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*, 2005.
4. Dipartimento della Funzione Pubblica per l'efficienza delle Amministrazioni, *Amministrazioni alla ricerca del benessere organizzativo. Esperienze di analisi del clima organizzativo nelle amministrazioni pubbliche*, 2005.
5. "Il Benessere, il clima e la cultura delle organizzazioni: significati ed evoluzione in letteratura". Pubblicazione realizzata nell'ambito del progetto Indagine sul Benessere Organizzativo nel CNR, Marzo 2012.
6. "Indagine sul Benessere Organizzativo nel CNR: la metodologia e gli strumenti adottati. Pubblicazione realizzata nell'ambito del progetto Indagine sul Benessere Organizzativo nel CNR, Dicembre 2012.
7. Salfi D., Matichecchia A., Scattaglia V., "Empower Management-Vision and Mission of Quality", ASL di Taranto, 2013.

COMFORT AMBIENTALE E SICUREZZA LAVORATIVA

di Emanuele De Fazio²⁸ e Egidio Solito ²⁹

6.1. COMFORT AMBIENTALE

6.1.1 Premesse introduttive

Sono stati analizzati i seguenti fattori:

1. Pulizia;
2. Illuminazione;
3. Temperatura;
4. Silenziosità;
5. Condizioni dell'edificio;
6. Gradevolezza ambienti e arredi;
7. Spazio disponibile per persona;
8. Servizi Igienici.

I requisiti fondamentali ai quali deve rispondere un luogo di lavoro sono rappresentati da idonee condizioni di:

1. Microclima, ovvero il particolare clima degli ambienti confinati;
2. Illuminazione;
3. Protezione contro il rumore.

Il microclima è definito dal complesso delle caratteristiche chimiche e fisiche dell'aria degli ambienti confinati.

Alla fine del XIX secolo e all'inizio del XX erano state formulate teorie secondo cui il benessere delle persone viventi in tali ambienti era legato ad assenza di inquinanti di tipo chimico e che, all'opposto, le condizioni di viziazione dell'aria confinata erano dovute alla diminuzione del tenore di ossigeno e all'aumento di quello dell'anidride carbonica (Pettenkofer) o alla produzione di sostanze volatili dalla cute e dal tubo digerente, ritenute tossiche, ossia le antropotossine (Brown-Sequard) e le chenotossine (D'Arsonval).

Il progresso delle conoscenze ha annullato la teoria delle antro-po-chenotossine, mai sperimentalmente isolate e identificate; in epoca recente si è avuta una modesta rivalutazione del ruolo degli odori sgradevoli, capaci di provocare fenomeni soggettivi di malessere in locali non ben arieggiati.

²⁸ Dirigente Medico S.C. Statistica ed Epidemiologia

²⁹ Dirigente Medico Servizio Prevenzione e Protezione

Lo stesso progresso ha portato a chiarire che negli ambienti confinati, per quanto affollati, non si raggiungono mai, per la porosità dei muri e la non perfetta tenuta degli infissi, quei valori di ossigeno (intorno al 17%) e di anidride carbonica (intorno al 3%), sperimentalmente capaci di dare i primi effetti fisiopatologici.

Della teoria di Pettenkofer l'unico aspetto che sopravvive è la correlazione, ma non il rapporto causa-effetto, tra il raggiungimento del livello dell'1% di anidride carbonica e l'insorgenza di malessere; la correlazione è, tuttavia, ancora utilizzata per il calcolo della quota di ventilazione e del cubo d'aria.

E' risultato invece chiaro che le condizioni di benessere o di malessere in coloro che vivono in ambienti confinati sono legate a quei fattori fisici (temperatura, umidità, ventilazione, temperatura radiante media) che, in varie combinazioni, determinano l'entità dell'impegno dei meccanismi di termoregolazione, di quei meccanismi cioè che assicurano la costanza della temperatura interna e contribuiscono alla percezione soggettiva definita comfort o benessere termico.

6.1.2. Temperatura

Le condizioni di benessere termico si raggiungono in situazioni ambientali che sono state sperimentalmente individuate da Parvis e Grosso su un campione di popolazione in buone condizioni di salute, tenendo conto della variabilità in rapporto alle stagioni, al tipo di abbigliamento, alla sensibilità individuale.

Stagione invernale:

Temperatura dell'aria intorno ai 20°C ;

Umidità relativa intorno al 50% ;

Velocità dell'aria: 5-10 cm/s.

Stagione estiva:

Temperatura dell'aria inferiore di non oltre 5 °C a quella esterna e quindi in media intorno ai 25°C ;

Umidità relativa non oltre il 60% ;

Velocità dell'aria: 10-20 cm/s.

Ovviamente le due combinazioni non sono sempre raggiungibili, pertanto le condizioni di benessere termico si potranno ottenere variando i parametri in un numero molto alto di possibili combinazioni.

Il regolare svolgimento di tutte le funzioni vitali può avvenire soltanto se la temperatura corporea viene mantenuta intorno al suo valore ottimale.

Per mantenere costante la temperatura interna, il nostro organismo mette in funzione dei meccanismi di termoregolazione che, a seconda delle condizioni microclimatiche dell'ambiente in cui si trova, aumentano o diminuiscono la dispersione del calore continuamente prodotto dai processi metabolici.

La termodispersione, cioè la cessione all'ambiente delle calorie prodotte con il metabolismo basale e con il lavoro muscolare, avviene con quattro meccanismi: per conduzione, per convezione, per irraggiamento e per evaporazione.

La cessione di calore per conduzione avviene da parte della cute e delle mucose allo strato d'aria a diretto contatto, pertanto dipende dalla temperatura ambientale.

▪ Capitolo 6

La convezione consiste in un continuo ricambio dell'aria a contatto con le superfici corporee a causa della modificazione di densità dell'aria stessa che si è riscaldata a contatto della cute; in tal caso assume importanza la ventilazione ambientale.

La cessione di calore per irraggiamento avviene mediante scambio di radiazioni elettromagnetiche con i corpi freddi o caldi circostanti: l'organismo cede calore ai corpi circostanti con temperatura inferiore, ne riceve da quelli con temperatura superiore; in tal caso non influiscono né la temperatura dell'aria, né la ventilazione, né l'umidità.

La cessione di calore per evaporazione avviene per il fatto che il passaggio dallo stato liquido a quello di vapore comporta un assorbimento di energia termica pari a 0,59 kcal/g di acqua; il nostro organismo cede acqua con la *perspiratio sensibilis*, con la *perspiratio insensibilis* e con l'espiazione.

In tal caso l'entità della perdita di calore è funzione del grado di umidità relativa dell'aria e della ventilazione.

Per quanto descritto su tali meccanismi è di facile comprensione l'importanza dei parametri microclimatici già indicati sul benessere termico e sul loro equilibrio così come teorizzato da Parvis e Grosso.

Gli impianti di climatizzazione degli ambienti confinati e i corpi radianti consentono di regolare opportunamente i diversi parametri che regolano il microclima, in modo da assicurare il massimo benessere termico.

L'adozione ormai generalizzata degli impianti di condizionamento comporta interventi regolari di manutenzione, legati non solo all'efficienza delle apparecchiature, ma anche ad evitare il rischio di contaminazione microbiologica (*legionella*) agendo periodicamente sui filtri.

Gli impianti di riscaldamento devono essere installati e regolati per evitare la produzione di polveri dannose e l'eccessivo essiccamento dell'aria.

La sensazione di benessere o le sensazioni di disagio dipendono, tuttavia, anche da fattori personali che sono essenzialmente: la costituzione fisica, l'efficienza individuale dei meccanismi di termoregolazione, l'abbigliamento, l'attività fisica.

Malgrado le suddette variabili individuali siano importanti nel determinare l'apprezzamento delle condizioni termiche di un dato ambiente, è possibile regolare i diversi fattori fisici in modo che la maggioranza di coloro che vi soggiornano abbiano una sensazione di benessere.

A tale scopo sono stati messi a punto indici unitari per esprimere il complesso delle condizioni microclimatiche in relazione ai loro effetti fisiologici e fisiopatologici.

Citiamo tali indici la cui descrizione esula dai fini della presente relazione se non in funzione del loro utilizzo in caso di rilevazioni strumentali di situazioni di discomfort termico: indice *katatermometrico*, indice di temperatura effettiva, gli indici di Fanger, l'indice WBGT.

6.1.3. Illuminazione

Una illuminazione sufficiente è fondamentale per raggiungere buoni livelli di acuità visiva, di velocità di lettura, di sicurezza e di accuratezza nel compiere i lavori più svariati; serve anche a prevenire la fatica oculare, che è una causa non trascurabile di malessere per i disturbi che ne conseguono direttamente.

L'illuminazione naturale degli ambienti confinati è un obiettivo da perseguire in tutti i casi in cui le condizioni esterne lo consentono, per documentati motivi psicologici e di comfort visivo, per il senso di libertà e di comunicazione con il mondo esterno che tale tipo di illuminazione determina.

Le possibilità di illuminazione naturale sono in rapporto all'ampiezza delle finestre, alla superficie e altezza dei vani, all'altezza dell'architrave delle finestre, all'altezza e distanza di edifici antistanti o di altri ostacoli.

Le normative in vigore, sia per ambienti domestici, sia per ambienti lavorativi, stabiliscono un rapporto minimo tra superficie finestrata e superficie del pavimento di 1/8, quindi considerando solo due dei numerosi elementi che consentono di determinare il livello di illuminazione naturale, ma dimostratisi sufficienti nell'esperienza edilizia.

Tecnicamente l'illuminazione diretta si misura con il Misuratore di angolo Spaziale di Weber, che determina la porzione di cielo visibile.

L'intensità di illuminazione richiesta per il benessere visivo varia in rapporto a diversi fattori quali: età delle persone, presenza o meno di difetti della vista, tipo di lavoro.

Il grado di illuminazione è in rapporto con l'intensità luminosa, l'ampiezza del fascio di radiazioni, distanza della sorgente diretta di luce, capacità che hanno pareti e oggetti di riflettere e di diffondere la luce che su essi incide.

In caso di illuminazione artificiale non si devono produrre fenomeni di abbagliamento e bisogna garantire luce di composizione spettrale simile a quella naturale.

6.1.4. Suono-rumore

L'inquinamento acustico è in grado di compromettere il benessere e di generare malattie non meno di altri fattori di nocività, pertanto ogni lavoratore deve essere protetto da rumori nocivi o semplicemente molesti.

Secondo una definizione dell'OMS il rumore è un fenomeno acustico che genera una sensazione uditiva sgradevole o che causa disturbo (o addirittura dolore oltre una certa intensità): questa definizione tiene conto della soggettività individuale, per cui rumori dello stesso tipo ed intensità possono essere percepiti in maniera diversamente gradevole o sgradevole. La stessa persona può, peraltro, avere una percezione diversa a seconda del luogo e della circostanza.

Considerato che il disturbo, la molestia e i disagi provocati dal rumore derivano in larga misura da sensazioni soggettive, non esiste un modo oggettivo univoco per misurarli.

E' possibile, però, misurare e quantificare in modo oggettivo la forza sonora e l'altezza dei suoni e dei rumori: la forza sonora, o intensità, è misurata in decibel (dB), mentre l'altezza, o frequenza, è espressa in hertz (Hz). L'intensità sonora si misura con i fonometri, comunemente impiegati in situazioni lavorative e non.

Negli ambienti di lavoro, una volta stabiliti i livelli sonori da non superare, quantificati da precise normative, il controllo della rumorosità è un requisito fondamentale per evitare i danni uditivi e non uditivi.

I primi sono quelli specifici dell'orecchio medio e dell'orecchio interno, dovuti al danneggiamento delle varie componenti anatomiche e che possono spaziare da lesioni temporanee o permanenti, parziali (diminuizione di vario grado della facoltà uditiva) o totali (sordità).

Gli effetti non uditivi vanno da una semplice molestia, fino a numerose alterazioni che cerchiamo di sintetizzare in: malattie dell'apparato circolatorio (es. ipertensione arteriosa), del sistema nervoso (es. disturbi dell'equilibrio, disturbi del sonno, turbe emozionali), dell'apparato visivo (es. nistagmo, alterazione del visus), difficoltà di concentrazione nel lavoro, difficoltà nell'apprendimento.

Il controllo della rumorosità si ottiene proteggendo gli edifici dalle sorgenti esterne di rumore (es. traffico veicolare) e isolando adeguatamente tutte le sorgenti interne (apparecchiature varie).

▪ Capitolo 6

6.1.5. Analisi dei risultati

I grafici sono stati elaborati dal software fornito dal Ministero e sono caratterizzati da bande orizzontali corrispondenti ai singoli fattori elencati.

Preliminarmente è importante chiarire che le valutazioni, così come in tutto lo studio, sono soggettive: non andrebbe considerata la qualità oggettiva dei parametri considerati, pertanto non dovrebbero essere in gioco considerazioni di tipo tecnico, lontane dal patrimonio di conoscenze della maggior parte dei dipendenti.

Ogni grafico presenta una linea verticale in corrispondenza del valore medio del profilo che, di volta in volta, si sta valutando. Le aree al di sopra della media, colorate in verde, sono quelle percepite come presenti nell'amministrazione, quindi esprimono una valutazione positiva del fattore, mentre le dimensioni al di sotto della media sono percepite come meno presenti e sono da considerare come aspetti critici del benessere organizzativo.

I fattori positivi sono risultati: pulizia, illuminazione e temperatura, tutti gli altri sono risultati inferiori al valore medio. Non esistono differenze tra la percezione positiva o negativa nella suddivisione dei dipendenti per sesso.

E' stata effettuata una suddivisione per fasce di età: 18-30 anni, 31-40 , 41-50, 51-60, oltre 60: in questo caso è interessante il dato di percezione lievemente negativa rispetto alla media del fattore pulizia nella fascia degli ultrasessantenni; altro dato interessante, tra le percezioni negative, quello relativo ai servizi igienici, più spiccato nelle fasce 31-40 e 41-50.

Per quanto attiene alla suddivisione tra dipendenti a tempo determinato e dipendenti a tempo indeterminato, i primi hanno una percezione positiva delle condizioni dell'edificio di poco superiore alla media del profilo, mentre i secondi hanno una percezione negativa delle condizioni dell'edificio di poco inferiore alla media. Le differenze sopraindicate, riferendosi a valutazioni soggettive, esulano dalle competenze specifiche di questo gruppo, con professionalità esperte in protezione e sicurezza (Dr. Egidio Solito) o con una prolungata esperienza igienistica (Dr. Emanuele De Fazio), pertanto si rinviano le riflessioni alle professionalità sociologiche e psicologiche del gruppo.

Occorre comunque fare delle considerazioni specifiche sui vari fattori del profilo generale.

Le aree positive nel profilo generale (pulizia, illuminazione, temperatura) corrispondono a realtà oggettivamente favorevoli negli ambienti di lavoro, dove, peraltro, eventuali situazioni di discomfort possono essere valutate con misurazioni specifiche e corrette con accorgimenti tecnici anche minimi.

Suscita perplessità la percezione negativa generalizzata della silenziosità, ove non è chiaro se si tratti di fastidio legato a rumori di varia provenienza o ad una modulazione personale della silenziosità, mai sufficiente per chi si concentra in determinate attività.

Le rilevazioni fonometriche effettuate hanno sempre registrato valori di intensità sonora di gran lunga inferiori a quelli previsti per legge, rimarcandosi pertanto in questo parametro il concetto di soggettività già considerato. Per quanto riguarda le condizioni dell'edificio e la gradevolezza di ambienti e arredi si fa riferimento a parametri sicuramente differenziati nei vari ambienti lavorativi, considerando la numerosità delle strutture edilizie in tutto il territorio della ASL, di vetustà differente e con differente collocazione delle diverse tipologie di lavoratori.

Questo ultimo aspetto potrebbe aver influito sulle risposte relative allo spazio disponibile per persona. La percezione negativa rispetto ai servizi igienici andrebbe analizzata per verificare se si tratta di valutazioni legate alla struttura degli stessi (numerosità, vetustà, accessibilità, ecc.) o alla pulizia, ma in tal caso ci viene in aiuto la percezione complessivamente favorevole della pulizia stessa in tutti gli ambienti.

Grafico 6.1: Risultati generali sul Comfort ambientale

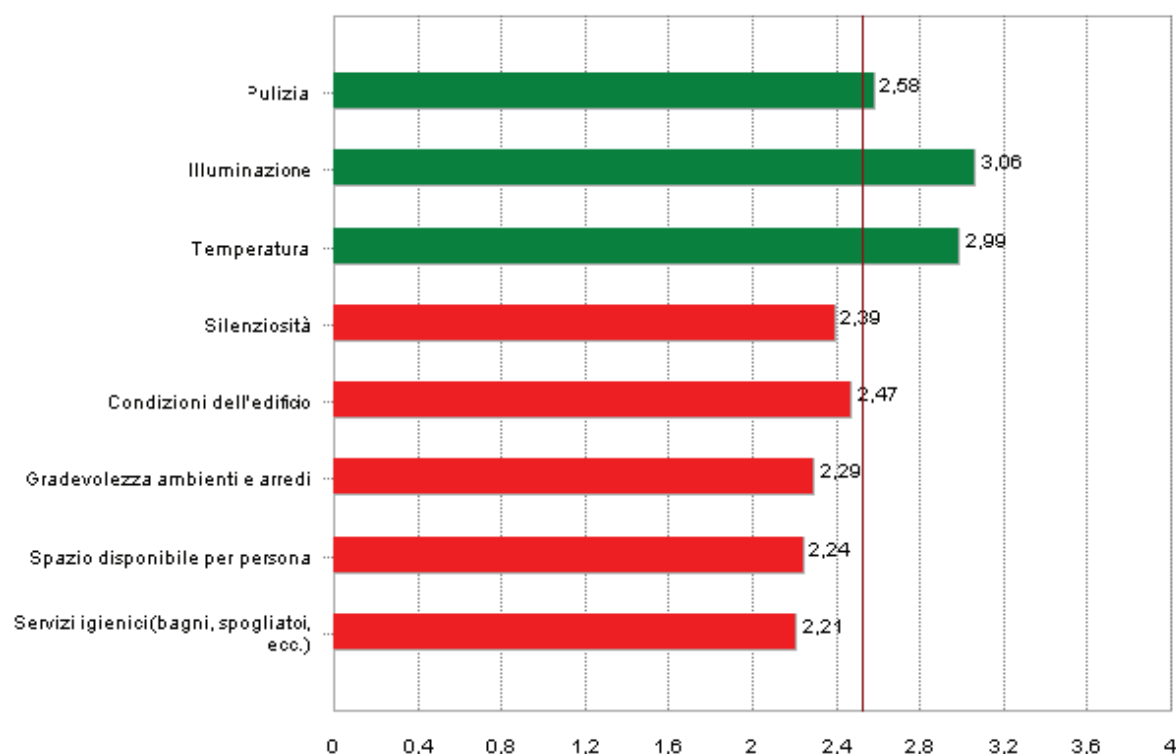
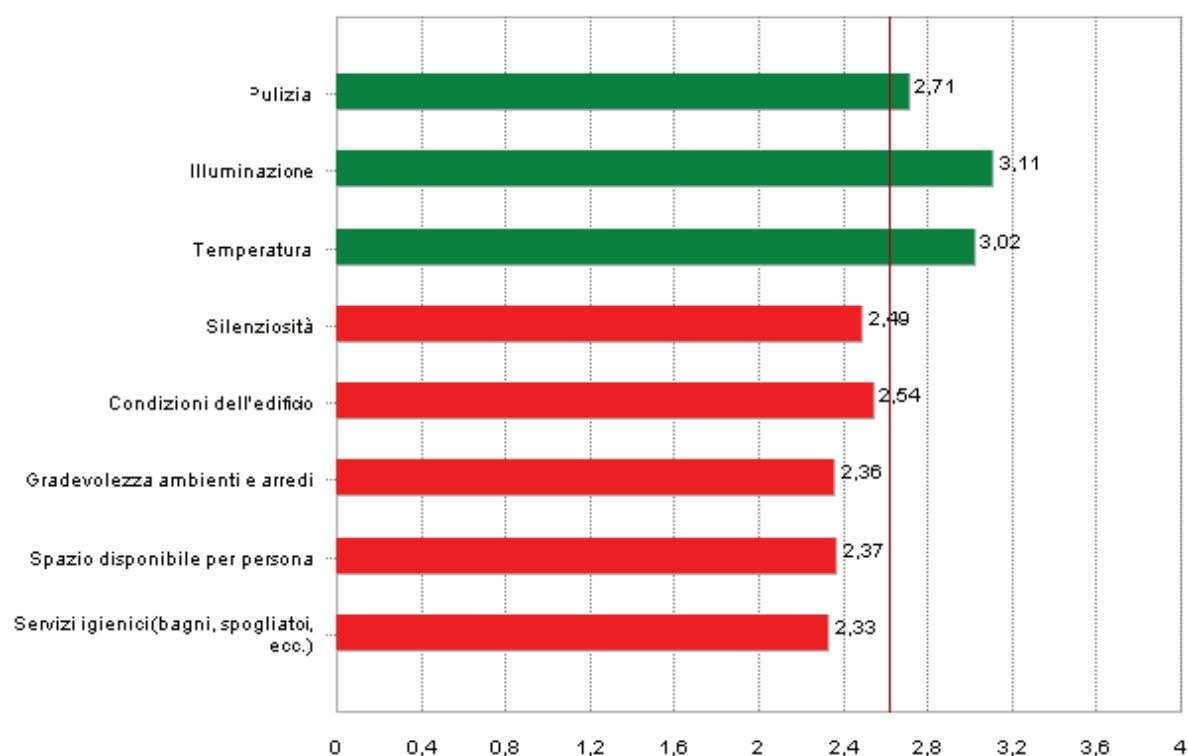


Grafico 6.2: Comfort ambientale maschi



▪ Capitolo 6

Grafico 6.3: Comfort ambientale femmine

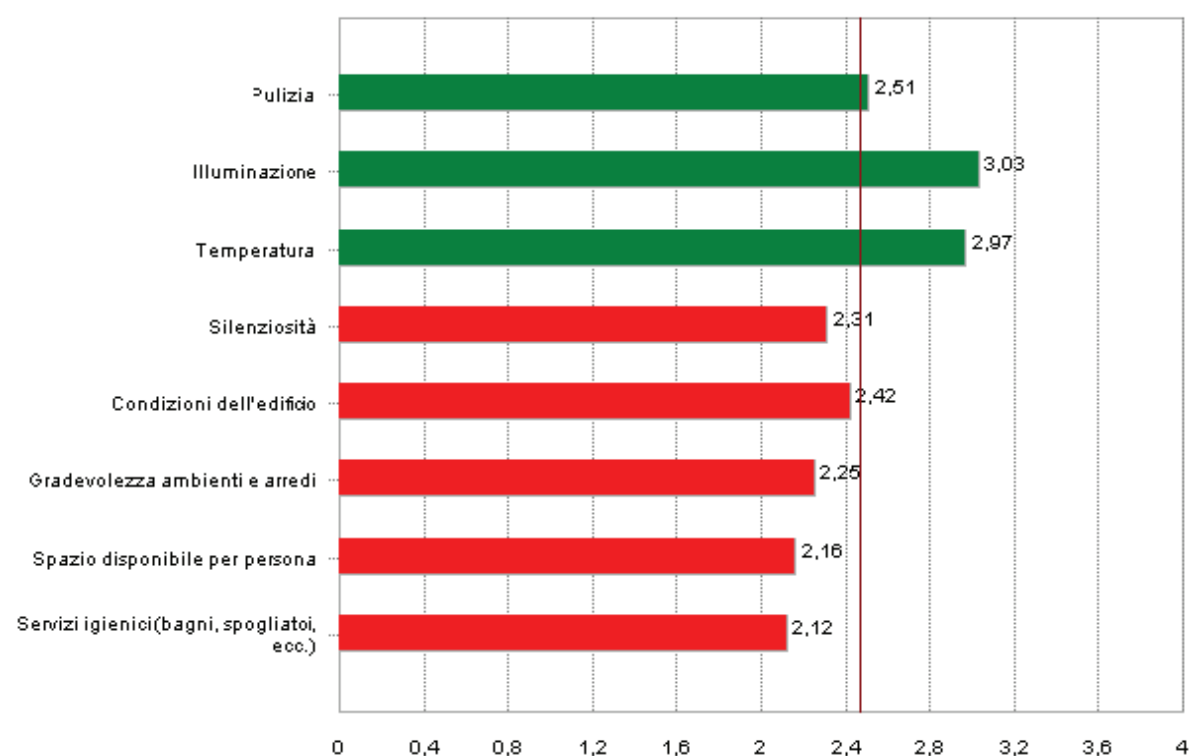


Grafico 6.4: Comfort ambientale 18-30 anni

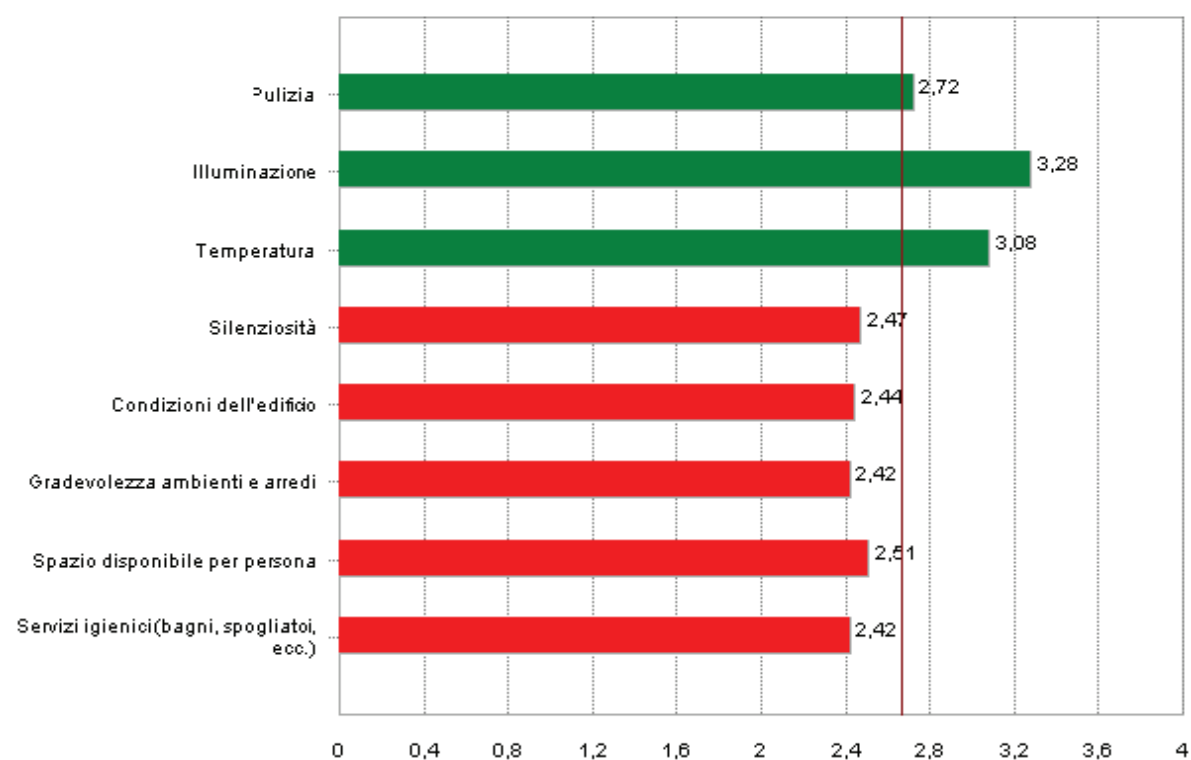


Grafico 6.5: Comfort ambientale 31-40 anni

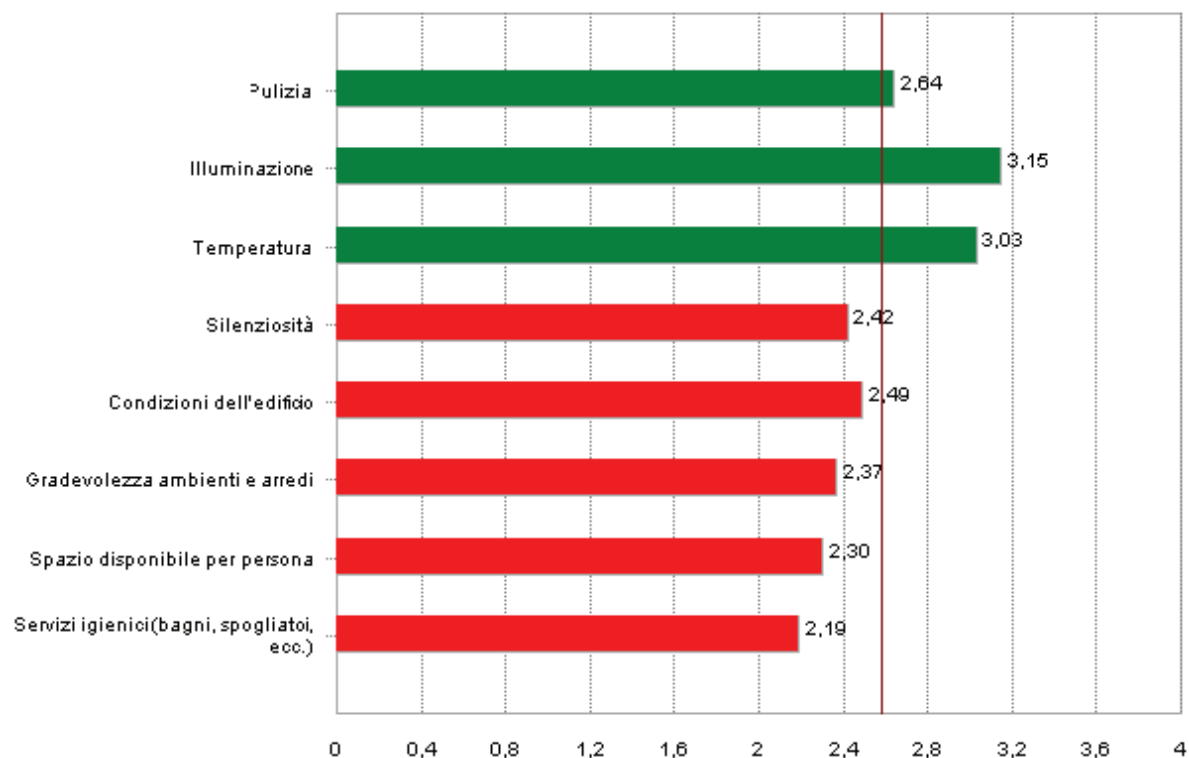
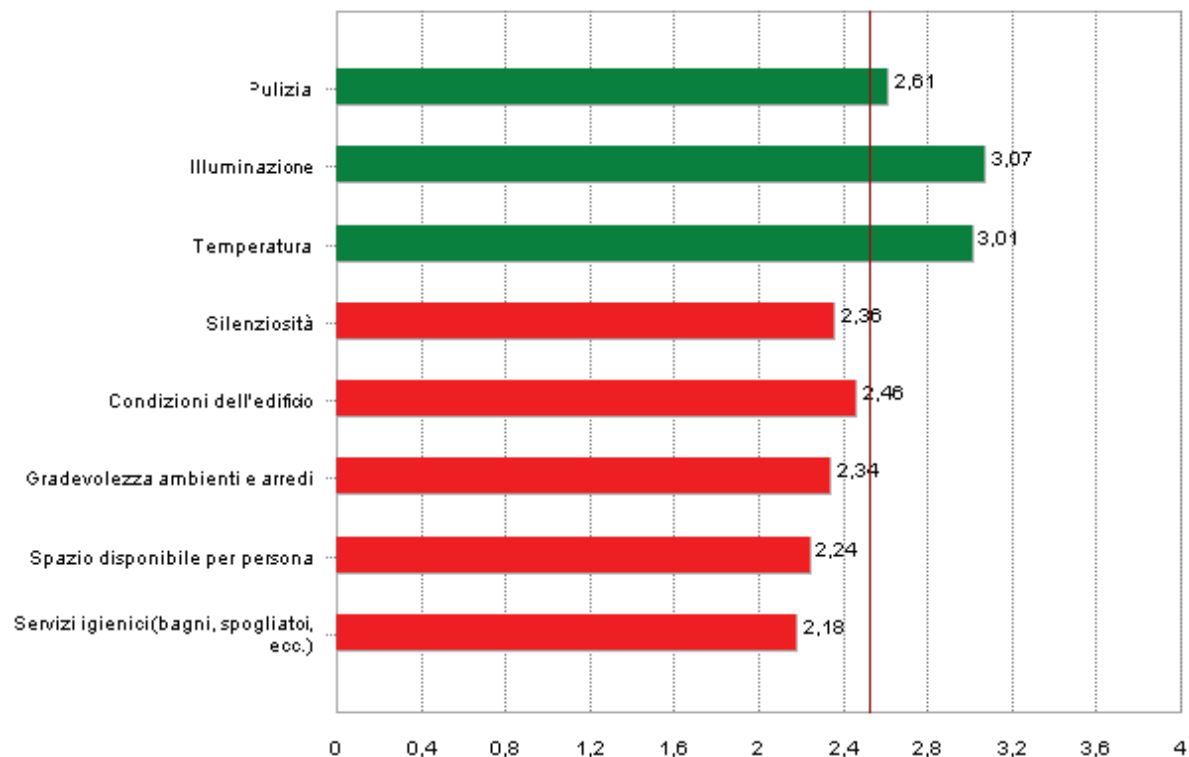


Grafico 6.6: Comfort ambientale 41-50 anni



▪ Capitolo 6

Grafico 6.7: Comfort ambientale 51-60 anni

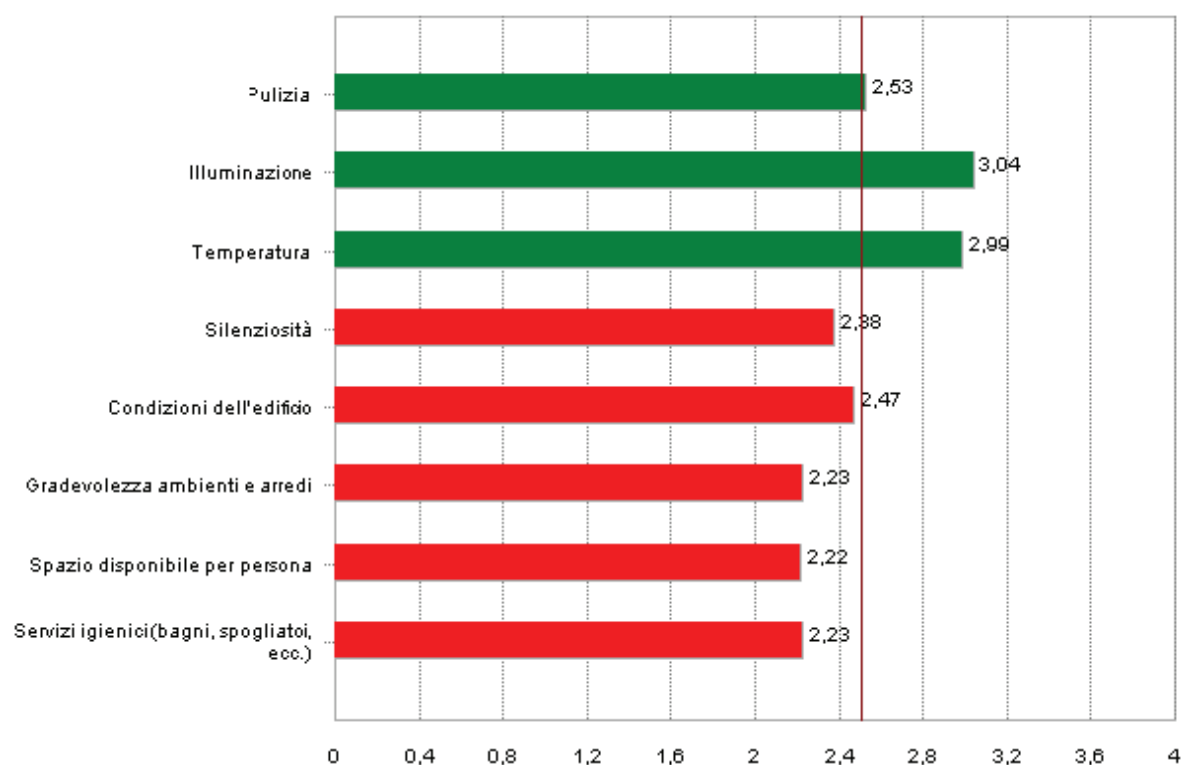


Grafico 6.8: Comfort ambientale oltre 60 anni

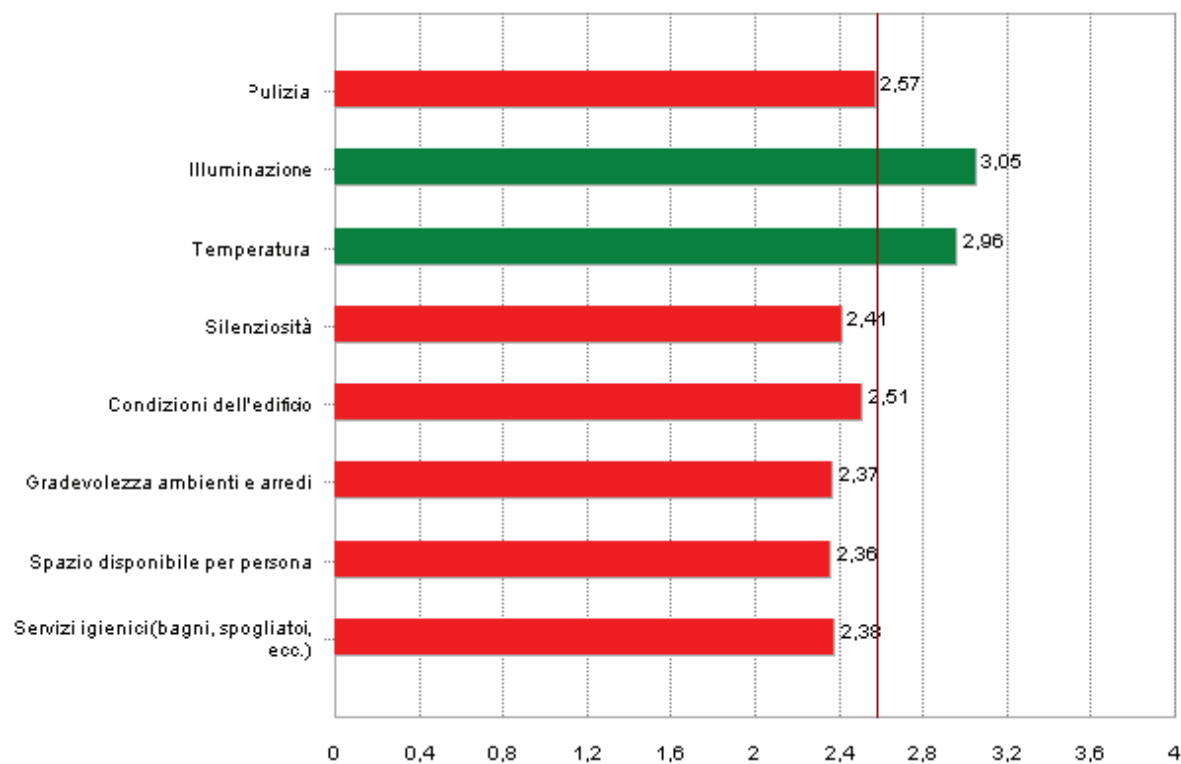


Grafico 6.9: Comfort ambientale per il personale a tempo determinato

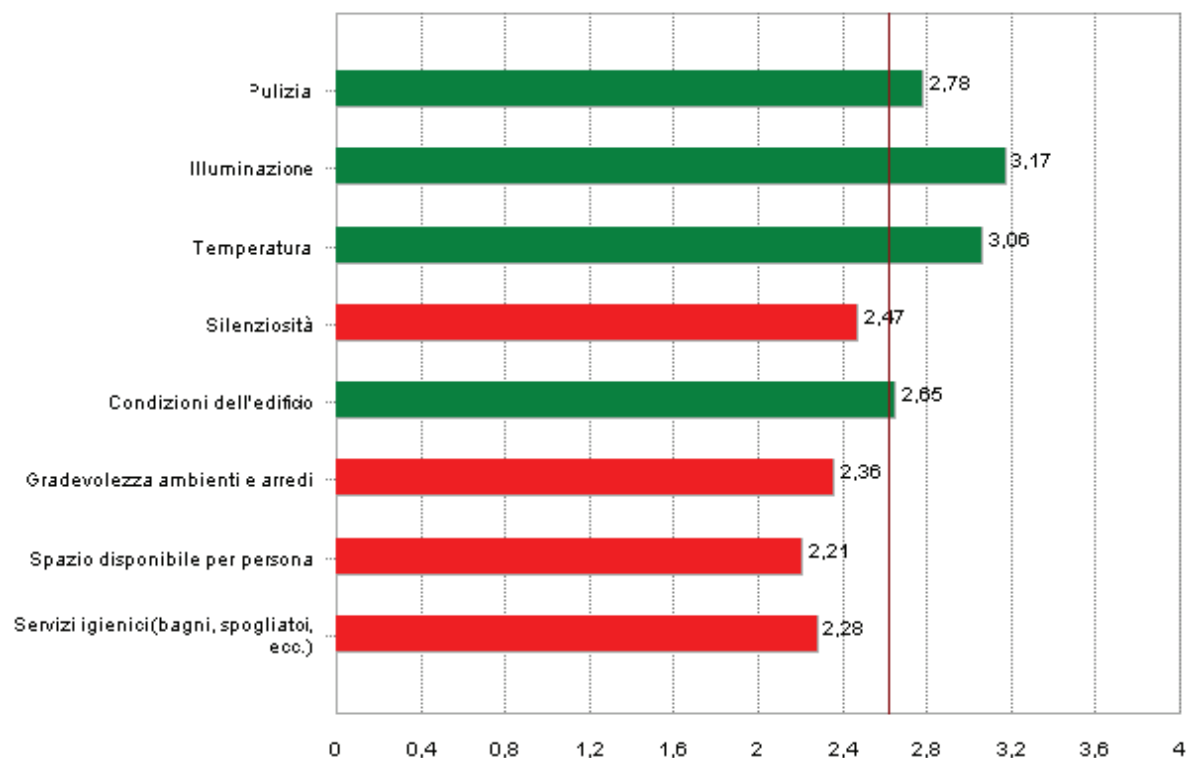
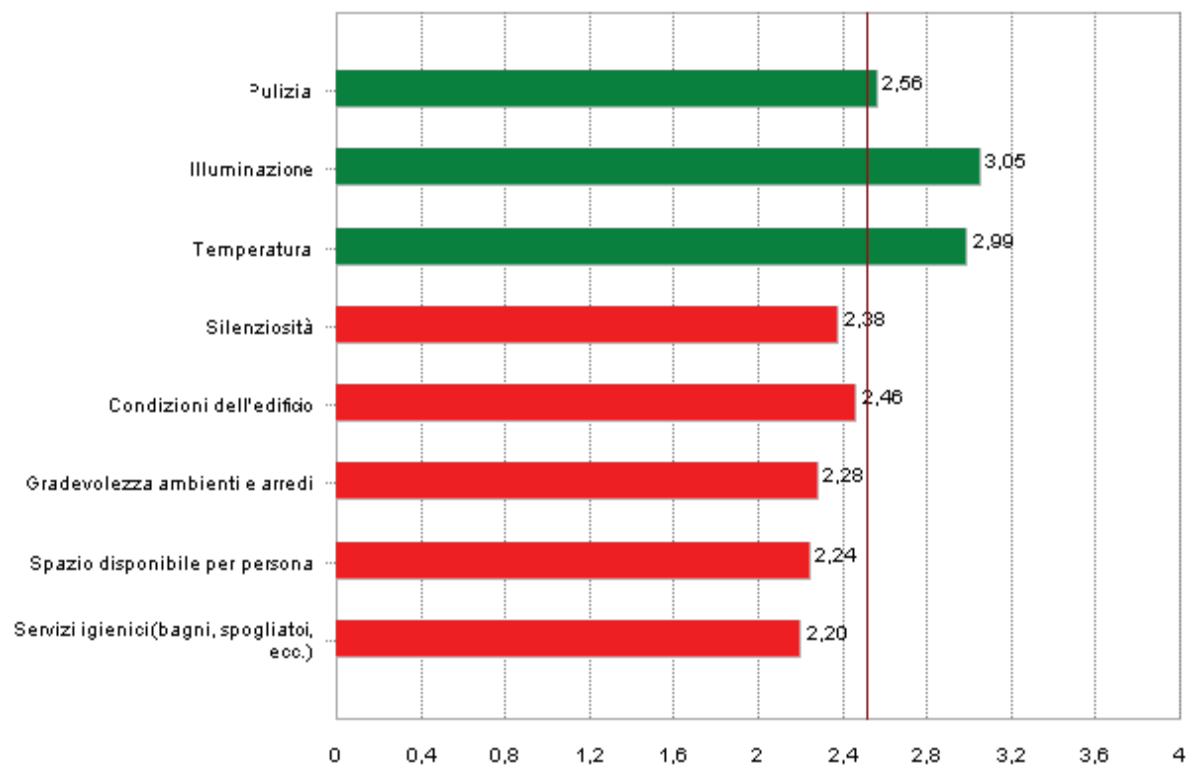


Grafico 6.10: Comfort ambientale per il personale a tempo indeterminato



▪ Capitolo 6

6.2. SICUREZZA LAVORATIVA

6.2.1. Premesse introduttive

Sono stati analizzati i seguenti fattori:

1. L'organizzazione in cui lavora si preoccupa della salute nell'ambiente di lavoro?;
2. Impianti elettrici;
3. Illuminazione;
4. Rumorosità;
5. Temperatura;
6. Polveri;
7. Pc e Videoterminali.

I fattori di rischio presenti in un ambiente di lavoro possono essere suddivisi in quattro gruppi:

- I. **Fattori microclimatici** (temperatura-umidità-ventilazione) **e dell'ambiente confinato** (illuminazione-rumore-pressione);
- II. **Fattori di diversa natura e diverso stato fisico connessi ai differenti cicli produttivi** (elementi biologici e microbiologici-liquidi-polveri-gas-fumi-vapori-aerosol-vibrazioni-radiazioni);
- III. **Fattori organizzativi ergonomici** (fatica-ritmi-turnazioni);
- IV. **Fattori psicologici e sociali** (accettabilità-responsabilità-conflitti).

Alcuni di questi fattori sono già stati analizzati nella parte relativa al comfort ambientale.

6.2.2. Analisi dei risultati

Per questo item valgono le premesse già fatte per il comfort ambientale per quanto riguarda l'impostazione metodologica e grafica e la soggettività delle risposte.

In questo caso i fattori positivi sono risultati: impianti elettrici, illuminazione, temperatura. Non esistono differenze nella percezione considerando la suddivisione per sesso.

Anche nella suddivisione per fasce di età e in quella fra dipendenti a tempo determinato e a tempo indeterminato non esistono differenze.

Anche per questi fattori occorre fare delle valutazioni ancora più specifiche in quanto le domande, esclusa la prima sulla salute dei luoghi di lavoro, erano formulate su componenti lavorative di natura puramente tecnologica e per le quali la percezione soggettiva è di difficile interpretazione.

Il primo punto relativo alla tutela della salute rappresenta una criticità che fa riflettere sulla sfiducia del personale in merito a questa variabile, per la quale si dovrebbero scomporre le sue componenti: salute fisica, prevenzione degli infortuni, tempestivo intervento infortunistico, conflittualità, ecc.

Si tratta, probabilmente, di uno stimolo all'implementazione di interventi specifici o quanto meno al miglioramento della loro qualità.

L'illuminazione risulta percepita positivamente anche in questa analisi, ovviamente in un'ottica, valida anche per gli impianti elettrici, di consapevolezza dei dipendenti sulla regolarità e rigorosità dei controlli tecnici, sulla corretta gestione dei guasti e dei disagi correlati.

Altro fattore percepito positivamente è la temperatura, per la quale non sembrano essere in gioco componenti tecnologiche, la cui sicurezza non dovrebbe essere patrimonio culturale dei dipendenti, tuttavia si può considerare tale positività come la consapevolezza del ruolo giocato sulla salute dal benessere termico.

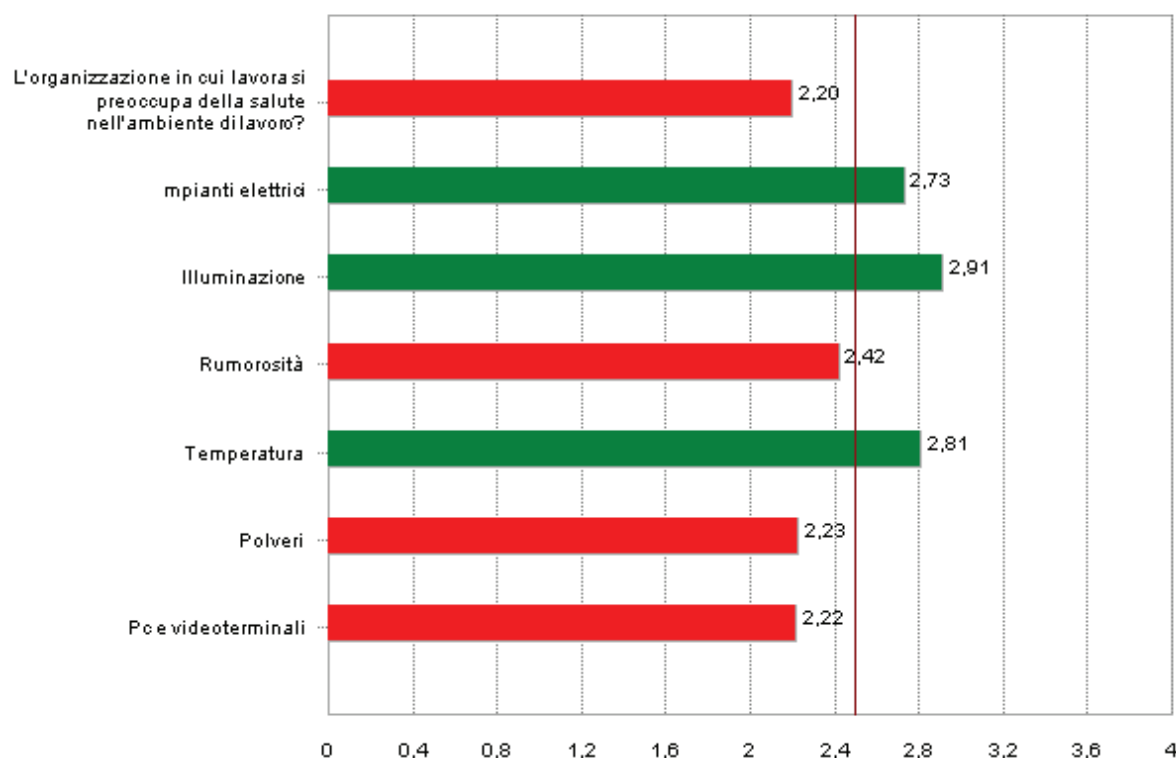
Suscita nuovamente perplessità la percezione negativa della rumorosità, verosimilmente collegata alla percezione negativa della silenziosità, ma se per quest'ultima la soggettività può giocare un ruolo importante e comprensibile, per la rumorosità è difficile comprendere come venga intesa in termini di sicurezza, se non come timore dell'effetto negativo del rumore in generale sulla salute.

Ancora meno convincente è la percezione del ruolo giocato dalle polveri, se genericamente intese come il risultato di scarsa pulizia di ambienti, ritenuti comunque puliti, ovvero come preoccupazione della presenza di particelle inquinanti di provenienza esterna.

Di notevole interesse è, infine, la percezione negativa del livello di sicurezza di pc e videotermini, che riflette il timore delle conseguenze del loro uso continuativo sull'apparato visivo e su altre parti corporee (es. colonna vertebrale, polsi, ecc.).

In merito a quest'ultimo aspetto è importante conoscere quale sia il livello di consapevolezza del personale sul corretto utilizzo dei video terminali e quindi sulla necessità di interventi formativi specifici, ferma restando la buona qualità e la modernità delle postazioni.

Grafico 6.11: Risultati generali sulla sicurezza lavorativa



▪ Capitolo 6

Grafico 6.12: Sicurezza lavorativa maschi

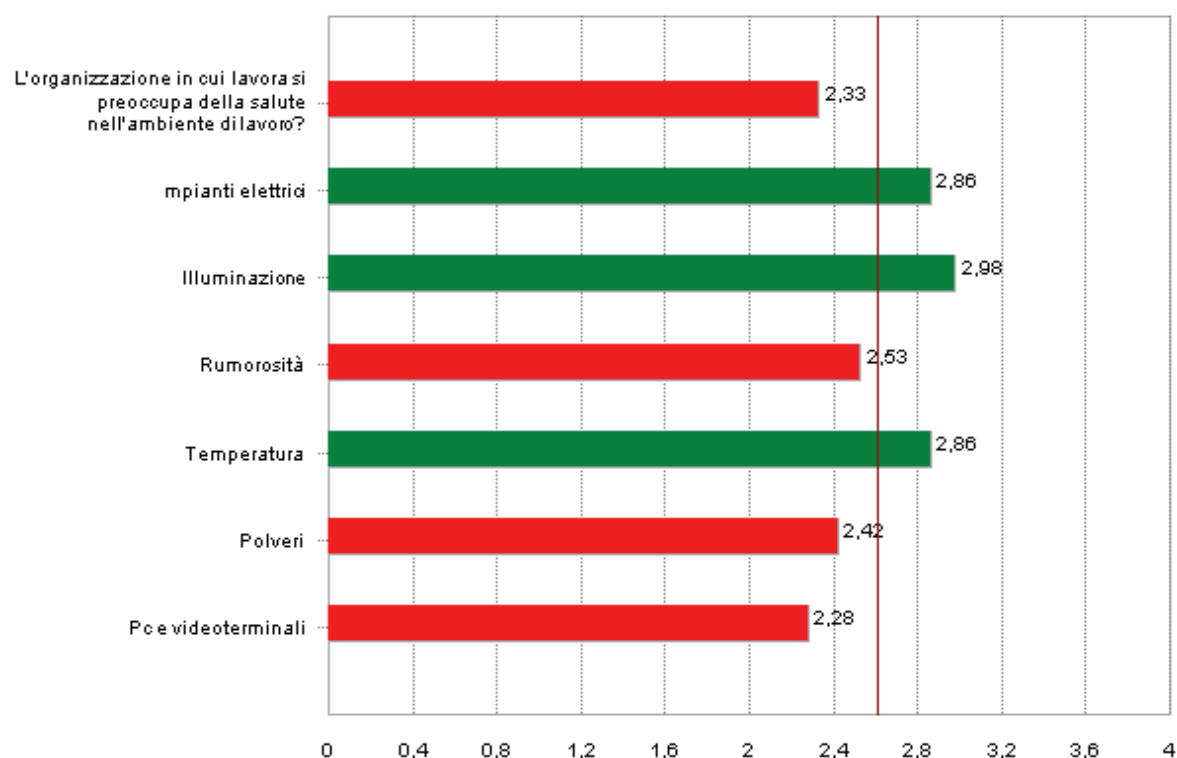


Grafico 6.13: Sicurezza lavorativa femmine

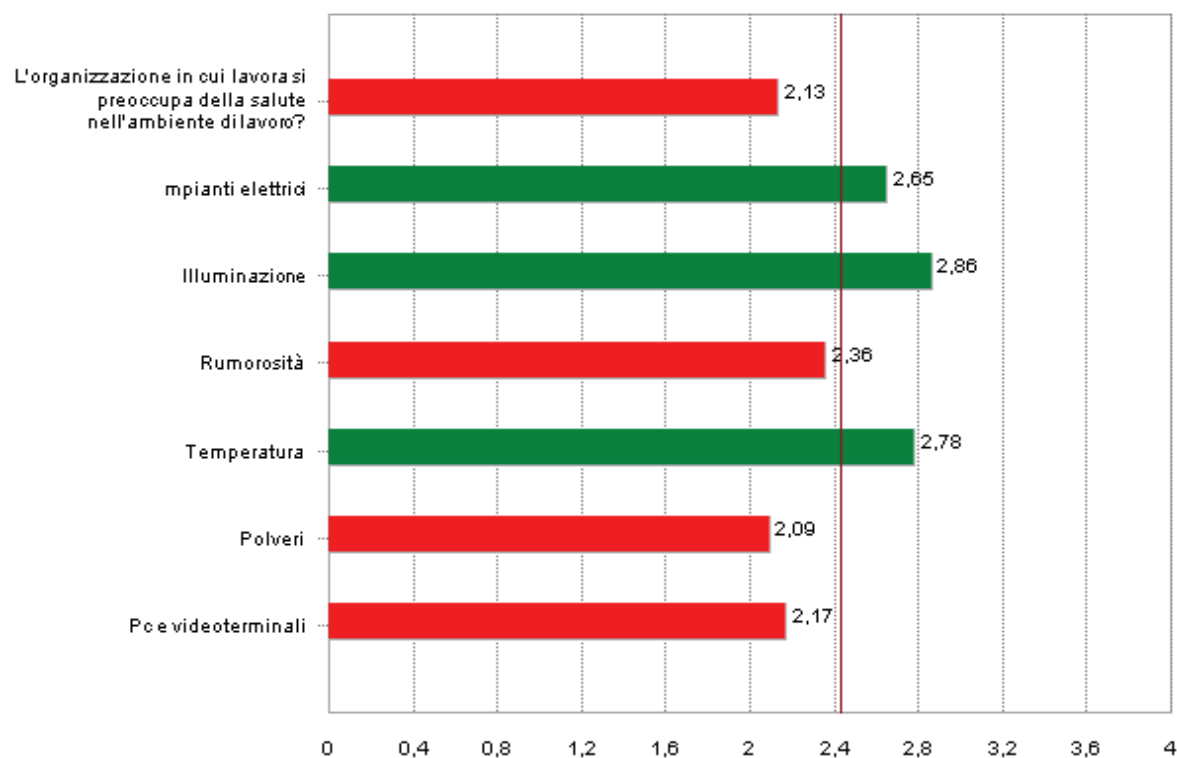


Grafico 6.14: Sicurezza lavorativa 18-30 anni

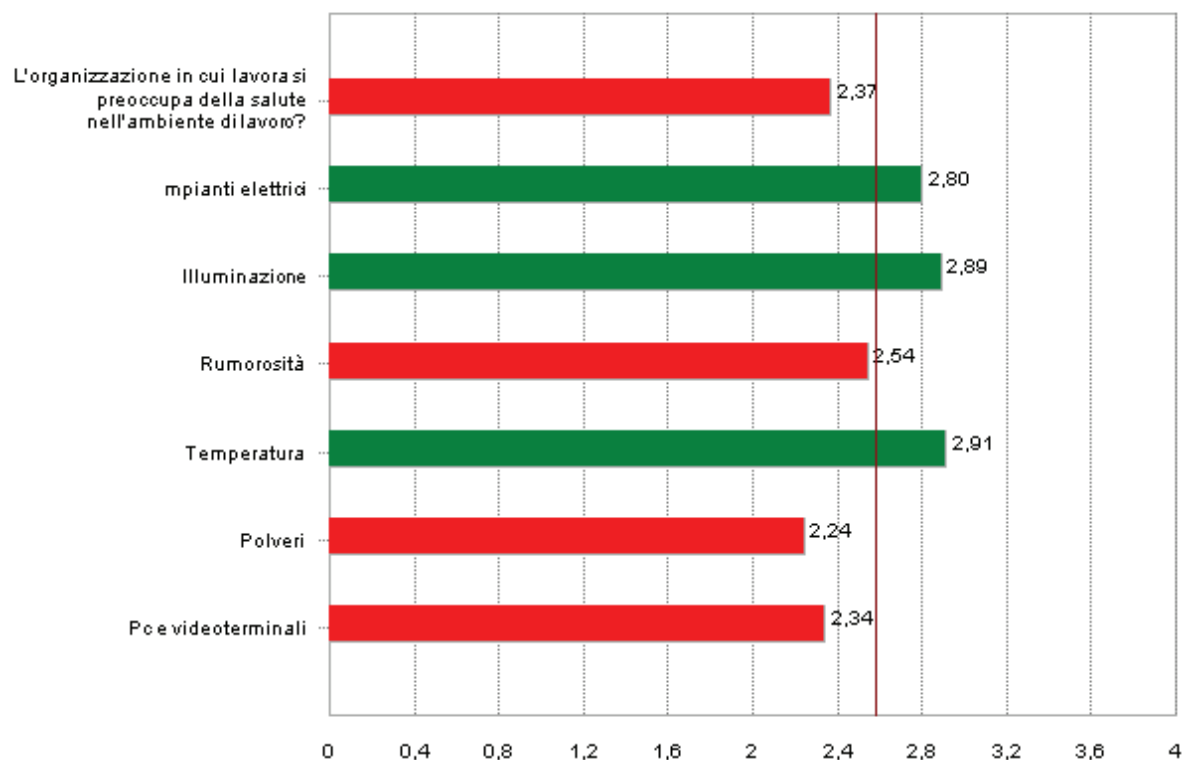


Grafico 6.15: Sicurezza lavorativa 31-40 anni

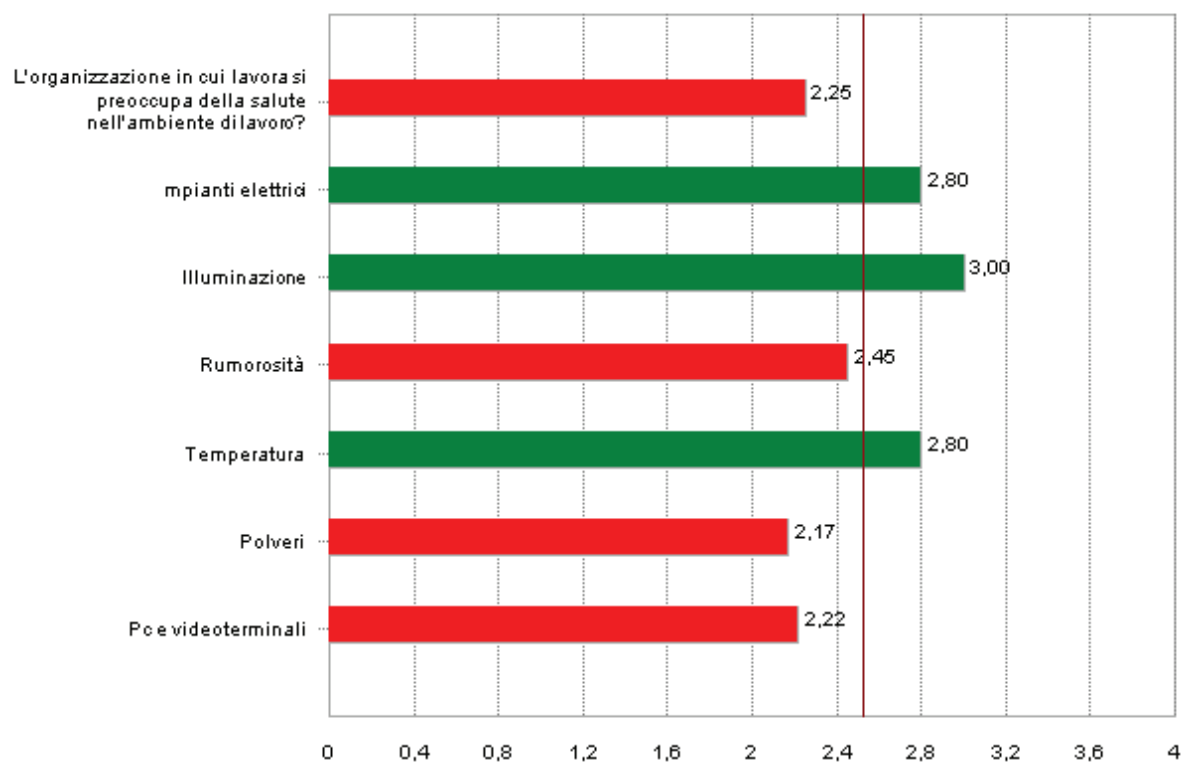


Grafico 6.16: Sicurezza lavorativa 41-50 anni

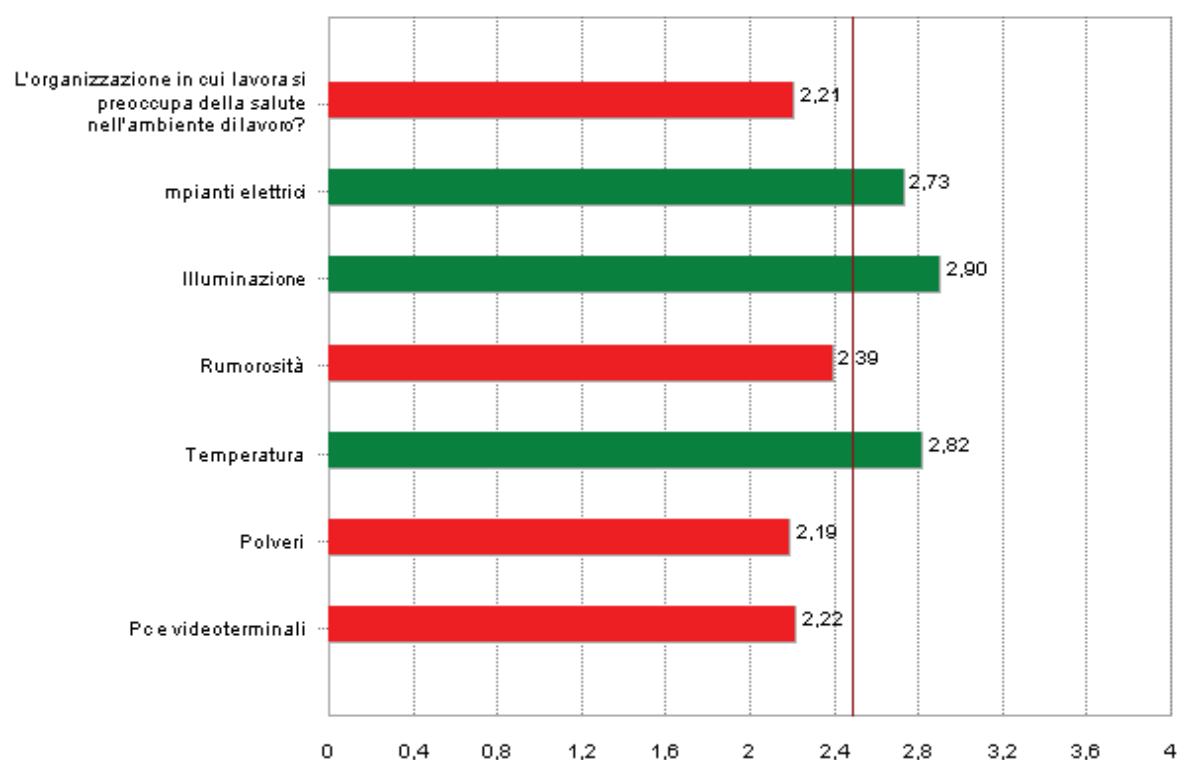


Grafico 6.17: Sicurezza lavorativa 51-60 anni

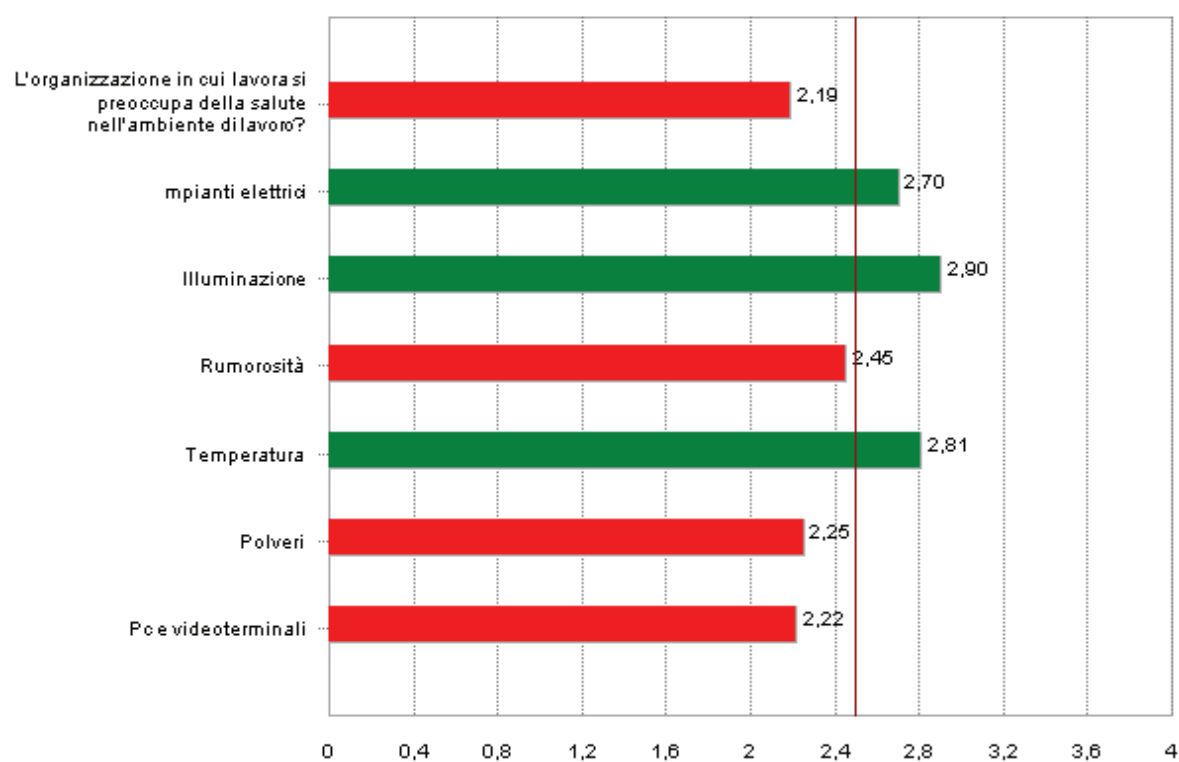


Grafico 6.18: Sicurezza lavorativa oltre 60 anni

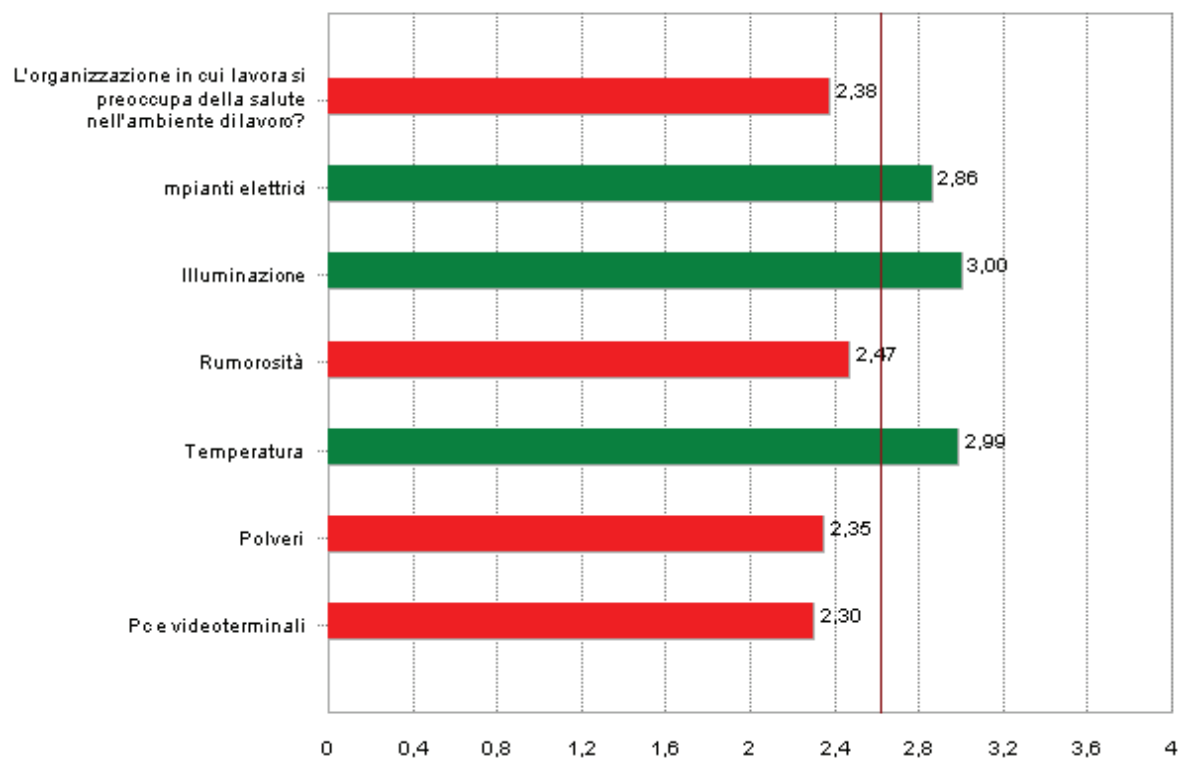


Grafico 6.19: Sicurezza lavorativa per il personale a tempo determinato

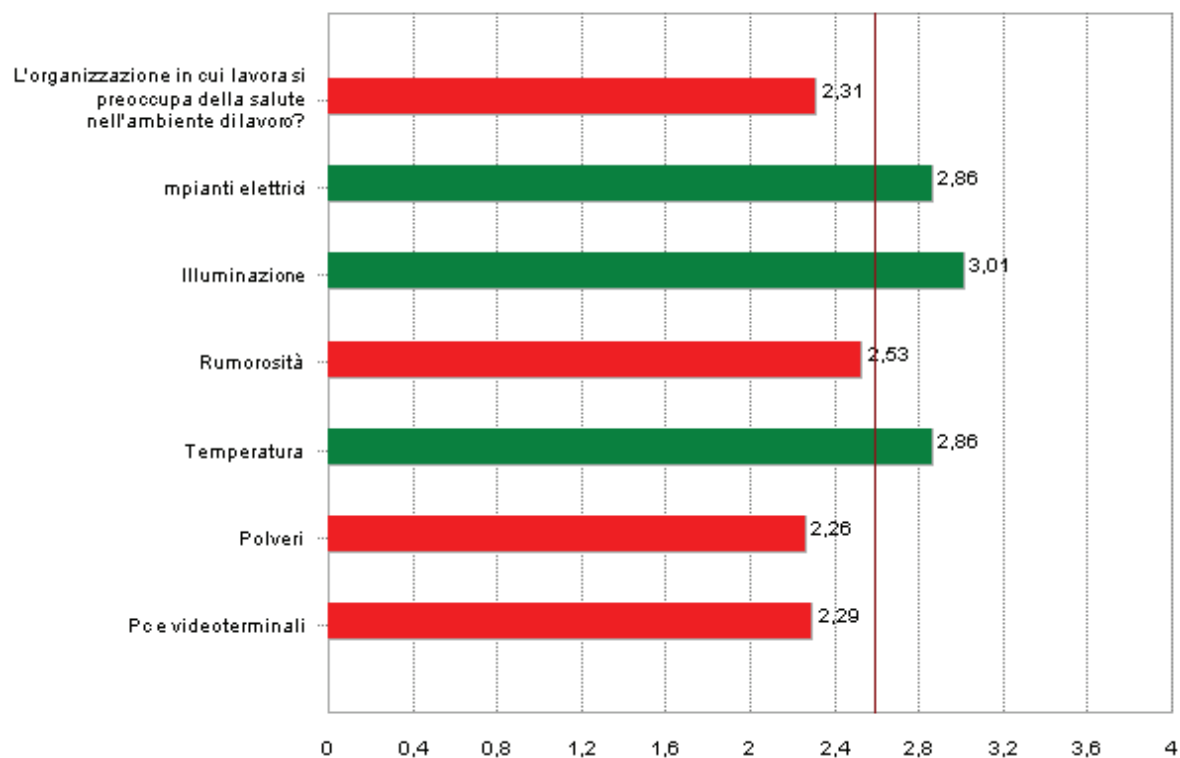
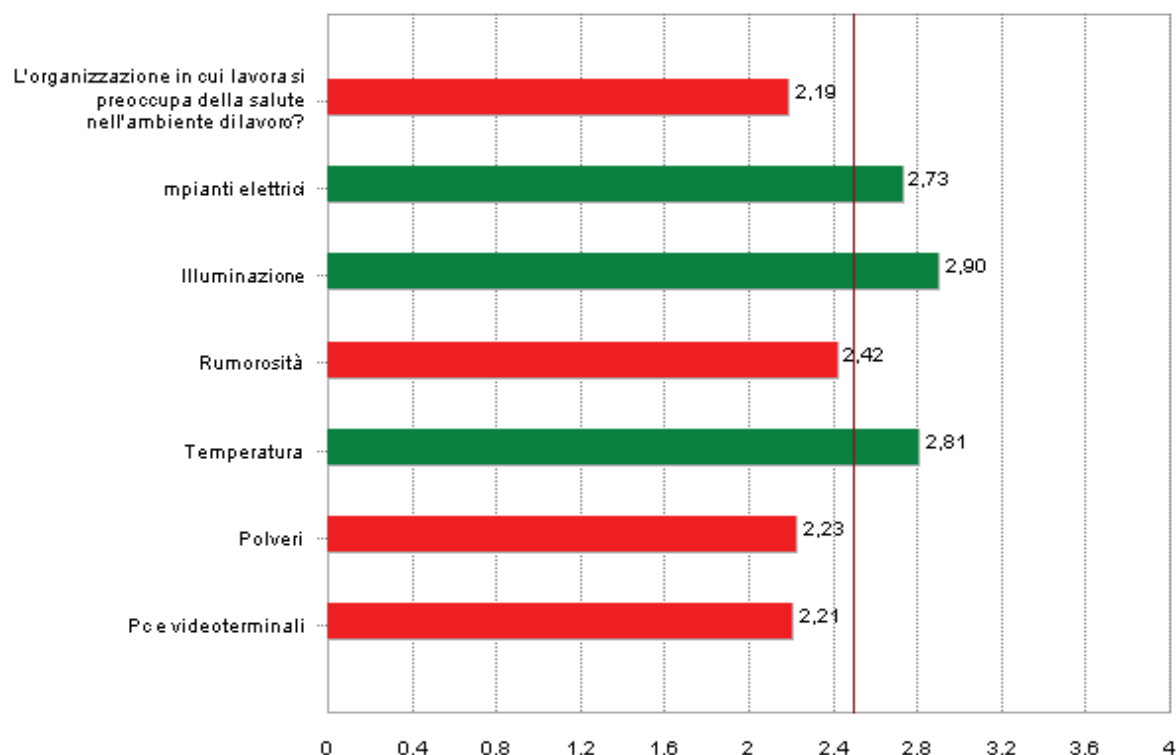


Grafico 6.20: Sicurezza lavorativa per il personale a tempo indeterminato



L'analisi delle criticità relative ai due item affrontati porta ad alcune sostanziali considerazioni. Le componenti negative non hanno scarti significativi rispetto ai valori medi, anche in funzione di quella che si ritiene essere una soddisfacente situazione ambientale e di sicurezza, pertanto si tratta di percezioni soggettive di lieve disagio, di sicura competenza delle professionalità psicologiche e sociologiche del gruppo.

Come già evidenziato, inoltre, viste le dimensioni dell'Azienda, vi è una ampia distribuzione sul territorio provinciale di presidi di varia ampiezza e struttura, tali da non potersi avere omogeneità di condizioni ambientali.

Si ritiene opportuno ricordare che l'Azienda è dotata di un'Area Gestione Tecnica, che comprende una U. O. Elettromedicali ed un Servizio di Manutenzione, e di un Servizio di Prevenzione e Protezione, previsto dal D. Lgs 81/08 (T. U. sulla sicurezza e salute dei lavoratori): tali servizi garantiscono continuità di interventi tecnici e di sicurezza.

Per quanto sopra premesso possiamo ritenere di non dover proporre all'Azienda particolari interventi, anche in funzione del livello complessivamente soddisfacente delle risposte. Ovviamente sentiamo di affermare che l'Azienda non deve mai abbassare la guardia sui fattori considerati e deve mantenere un alto livello di attuazione degli interventi, eventualmente incrementandoli, ove necessario, in quantità e qualità.

Una considerazione merita la percezione negativa della sicurezza di pc e videotermini, per i quali potrebbe essere utile un intervento formativo, magari non parcellizzato sulla componente informatica, ma mirato alla eliminazione di false percezioni di rischio (es. radiazioni elettromagnetiche); e chiarendo che le potenzialità di rischio possono risiedere in uno scorretto utilizzo di arredi o di eccessive personalizzazioni della grafica e dei colori sui monitor.

BIBLIOGRAFIA

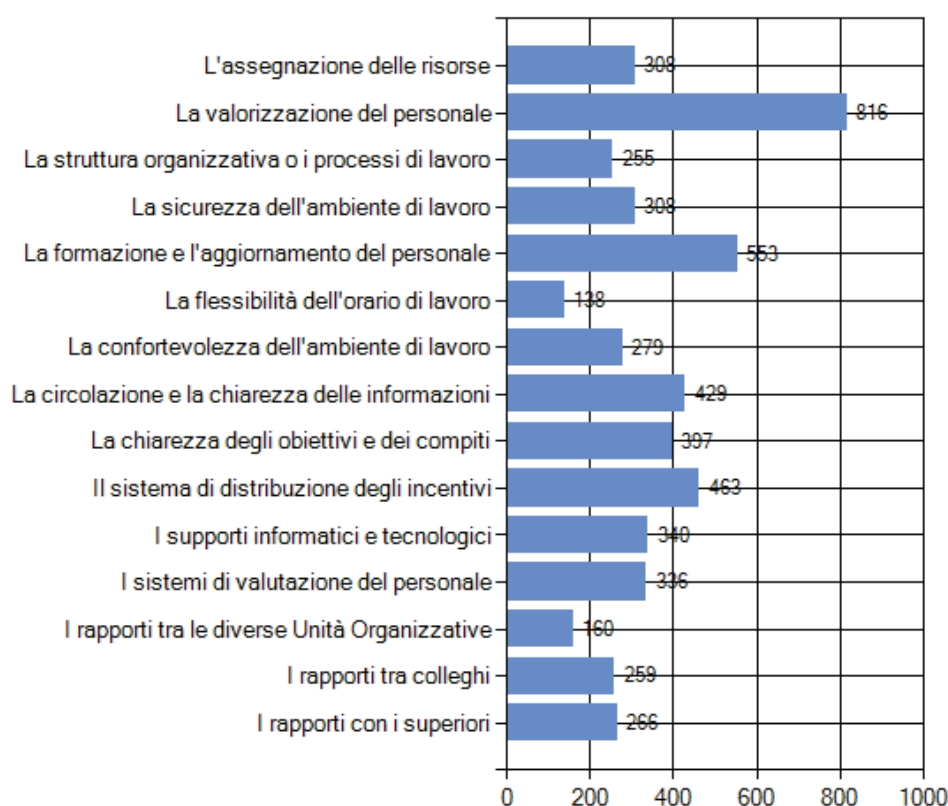
1. Barbuti S., Fara G.M., Giammanco G. : *Igiene e Medicina Preventiva* – Monduzzi, Bologna, 5^a Edizione;
2. Vanini G., Calamo Specchia F. : *Igiene e Metodologia Epidemiologica* – UTET-USES, Torino, 1^a Edizione;
3. Bellante De Martiis G., D'Arca S.U., Fara G.M., Signorelli C., Simonetti A. : *Manuale di Igiene Ambientale* – Società Editrice Universo, Roma 1^a Edizione;
4. Checcacci L., Meloni C., Pellissero G. : *Igiene* – Ambrosiana, Milano 2^a Edizione;
5. Melino C. : *Lineamenti di igiene del lavoro* – Società Editrice Universo, Roma, 2^a Edizione;
6. Cosa M. : *L'Inquinamento da rumore* – La Nuova Italia Scientifica, 2^a Edizione;
7. Tomaselli S., D'Arca S.U. : *L'evoluzione del concetto di "comfort" nell'edilizia* – N. Ann. Ig., 25, 334-79, 1974;
8. Bellante De Martiis G., D'Arca S.U., Simonetti A., Tarsitani G., Vanini G.: *L'Aria Indoor:tutela della salute negli ambienti confinati* – Ig. Mod., 97, 705-56, 1992.

RIFLESSIONI RIASSUNTIVE

di Emanuele De Fazio³⁰

I risultati dell'indagine hanno consentito di tracciare un ruolo del benessere organizzativo globalmente positivo, sia pure con qualche zona d'ombra in misura dei diversi settori organizzativi.

Grafico 1: Suggerimenti scaturiti dal questionario



Sicuramente le risposte sembrano suggerire un'attenzione particolare per la formazione: si evidenzia la necessità di promuovere l'attività formativa come strumento di sviluppo individuale e organizzativo, infatti un costrutto fondamentale di questa azienda è quello che vede la *formazione come cambiamento*.

L'analisi del contesto e del clima aziendale costituisce un irrinunciabile momento di "diagnosi" organizzativa.

Oltre a fornire il profilo dell'Azienda, direttamente percepito dai suoi lavoratori, i dati provenienti dalla somministrazione del questionario si prestano a fondamenti per progettazioni-fusioni-inserimenti di nuove modalità operative.

³⁰ Dirigente Medico S.C. Statistica ed Epidemiologia

L'esperienza praticata per la prima volta all'interno della ASL di Taranto può intendersi come la risultanza di un insieme di rappresentazioni e percezioni di persone che quotidianamente operano al suo interno pur rappresentando profili professionali differenti.

La prospettiva sul benessere è, fondamentalmente, una prospettiva di cambiamento culturale: nel contesto lavorativo è necessario mirare al ben-essere, inteso come positiva interfaccia fra la persona e l'Organizzazione di cui fa parte, e come cultura del lavoro fatta di valorizzazione e motivazione.

Il successo di un'organizzazione sanitaria dipende sempre più dalla capacità di integrazione delle diverse figure professionali, di sperimentare nuove forme di organizzazione del lavoro e di confronto con le altre organizzazioni.

In questa ottica si comprende anche l'idea di una dirigenza capace di offrire una visione, motivare, delegare, rendere capaci i collaboratori di raggiungere i propri obiettivi perseguendo gli obiettivi dell'organizzazione.

All'interno di un'organizzazione ovviamente il fattore umano riveste un ruolo preminente per servizi qualitativamente validi e rispondenti ai bisogni collettivi.

Il fattore umano va inteso come operatore ed utente, pertanto il primo potrà assolvere al compito di fornire prestazioni di qualità mirate alla salvaguardia del benessere dell'utenza, partendo dalla sua condizione di benessere che solo un clima lavorativo favorevole potrà garantire.

I costrutti su cui si sono in tal senso soffermati maggiormente i dipendenti sono: la valorizzazione del personale e il coinvolgimento nelle scelte incrementando informazione e formazione (si veda Fig. 1).

Sul primo esiste una convergenza quasi totale, ad eccezione del Dipartimento di Prevenzione: valorizzazione intesa come riconoscimento del background posseduto dagli operatori dai differenti skill ed afferente ai diversi settori operativi.

Questi due aspetti possono essere letti più compiutamente nella relazione sulla richiesta lavorativa, efficienza organizzativa, equità organizzativa, sottolineando che la valorizzazione del personale necessita del processo meritocratico perché perda i suoi connotati di astrattività e corredi di correttivi il sistema di distribuzione degli incentivi.

Non possiamo, tuttavia, trascurare la circostanza, emersa nella relazione su percezione dello stress e gestione della conflittualità, che il lavoro sembra assorbire totalmente i lavoratori della nostra istituzione, senza che questo sia legato necessariamente alla fatica necessaria per svolgerlo.

Il benessere della persona nel luogo di lavoro appare collegato a molte variabili, quasi tutte accomunate dal profilo motivazionale del soggetto; la motivazione, inoltre, appare concretamente correlata alla produttività.

Una dimensione pervasiva del lavoro dovrebbe essere mirata su almeno due piani temporalmente sequenziali: il primo consisterebbe nell'individuazione di procedure più consone per migliorare il servizio ritenuto eccessivamente impegnativo (aspetto tecnico), il secondo di natura più squisitamente educativa e preventiva, ovvero identificare le situazioni a rischio e intervenire su di esse.

Per quanto attiene, infine, all'analisi del comfort ambientale e della sicurezza lavorativa, sembra scaturirne una soddisfacente situazione ambientale e di sicurezza, ad esclusione della percezione negativa della sicurezza di pc e videotermini, in merito alla quale si potrebbe proporre un intervento formativo.

L'Azienda, infine, non dovrà mai abbassare la guardia sull'attuazione efficace ed efficiente degli interventi tecnici.

Si riportano, pertanto, qui di seguito alcuni spunti operativi da sottoporre all'attenzione della Direzione Aziendale, scaturite dall'analisi dei dati relativi alle criticità individuate e dalle considerazioni di tutte le relazioni, come già sintetizzate nella premessa di cui sopra, che hanno riportato le rappresentazioni e le percezioni degli operatori, che quotidianamente operano all'interno dell'azienda nei diversi profili professionali.

Tai spunti sono il frutto, altresì, di ulteriori contributi apportati dai componenti del gruppo e condivisi.

Seminari MIW “Models Internal Working” (Modelli Operativi Interni), attraverso i quali consentire alla persona/operatore di scoprire e attivare le risorse emotive e cognitive favorendo la mobilitazione di strategie in grado di fronteggiare e risolvere eventi e situazioni stressanti; la persona/operatore sarebbe chiamata a farsi attore e regista del proprio sviluppo individuando bisogni, risorse e potenzialità da condividere.

Miglioramento delle procedure: si tratta di individuare le procedure più consone per migliorare un servizio ritenuto eccessivamente impegnativo.

Identificazione di situazioni a rischio ed intervento su di esse: le modificazioni dello stato di salute del lavoratore, intese nel senso di indicatori misurabili ma anche di percezioni soggettive di disagio, sarebbero da analizzare e mettere in relazione a tutte le variabili del proprio micro-contesto lavorativo e poi della macrostruttura di appartenenza.

Gruppi dinamici di incontro: attraverso i quali consentire alle componenti dello stress e del burn-out degli operatori, soprattutto quelli più esposti alle implicazioni emotive della professione sanitaria, di essere indagati e portati alla luce condividendoli con il gruppo stesso. Non è pensabile, infatti, ipotizzare che i comportamenti professionali siano scevri da implicazioni emotive e personali. Le rappresentazioni di questo bagaglio e conoscenze necessitano, al fine di migliorare il benessere organizzativo e la relazione con il paziente, di essere portate in superficie e alla piena consapevolezza della persona/operatore. Scopo prioritario dei seminari dovrebbe essere quello di apportare conoscenze nuove sia a livello teorico, sia a livello emotivo, garantendo uno spazio di espressione all'interno di un gruppo “protetto” proprio perché aperto all'ascolto e al confronto.

Formazione: mirata per Aree e ruolo di appartenenza in relazione agli ambiti risultati critici dal dato disaggregato del Questionario, nella logica che la valorizzazione del personale non rimanda esclusivamente ad incentivi economici, ma anche al processo formativo, peraltro di valenza integrata nel caso in cui coinvolgesse operatori provenienti da differenti servizi.

Formazione specifica: che possa dare reale appropriatezza a timori, false conoscenze e sentire comune e diffuso ma non necessariamente supportato da scientificità: un esempio potrebbe essere fornito dalla falsa percezione del rischio derivante dall'uso di videotermini (pensare che l'esposizione ai PC possa determinare campi magnetici dannosi per la salute, ecc.), pertanto formando gli operatori ad un corretto utilizzo degli arredi e delle potenzialità grafiche dei monitor, spesso troppo personalizzati in grafica e colori.

Percorso formativo “Empower Management-Vision and Mission of Quality”, già messo a punto dall'U.O.D. Formazione, rivolto alla dirigenza di questa Azienda, nell'ottica della logica della Formazione come Cambiamento nella quale la leadership privilegia le relazioni umane,

provvedendo ad una struttura organizzativa e metodi operativi che consentano ai collaboratori di raggiungere i propri obiettivi perseguendo gli obiettivi dell'organizzazione.

Poiché dall'indagine non è possibile ricavare elementi di analisi circa le capacità direzionali del management dell'azienda, tale percorso formativo prevederà una fase di iniziale di "check up psicosociale" che consentirà di avere un quadro generale dell'Azienda circa abilità possedute dai dirigenti, funzioni e cultura organizzativa che consenta di sviluppare, in una seconda fase, una formazione ad hoc, personalizzata rispetto a criticità e potenzialità emerse.

Schede di valutazione: la valorizzazione del personale implicherebbe la eventuale rivisitazione condivisa di fattori, criteri e punteggi di tali schede, con finalità di ridistribuire la produttività per abilità e competenze comportamentali e di gestione delle relazioni con colleghi e pazienti/utenti e non solo per criteri numerici e quantitativi. Esistono buone prassi riferite alla valutazione reciproca tra pari (orizzontale) e dall'alto (verticale), che potrebbero, se ritenute valide, divenire, nel contesto ambientale, sperimentazione.

Valorizzazione del concetto di meritocrazia: apportando opportuni correttivi al sistema di distribuzione degli incentivi.

Offrire agli operatori l'opportunità di svolgere un'attività per la quale si sono formati, in cui la prestazione sia la migliore possibile e gli incentivi proporzionati ai risultati conseguiti, significherebbe assicurare una performance prossima a quella ideale.

Questo punto e il precedente scaturiscono dalla necessità di riconoscimento del background posseduto dagli operatori dei differenti skill ed afferente ai diversi settori operativi. Ne consegue un utilizzo appieno delle potenzialità espresse o inesprese ed un apprezzamento dell'investimento personale.

Circoli di ascolto organizzativo: che rimandano ad una timida ma significativa esperienza per gli operatori che l'hanno vissuta, denominata "Accompagnare al cambiamento", messa in campo dall'Azienda, favorendo la creazione di un gruppo di miglioramento orientato all'inclusione socio-lavorativa di utenti afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche e di Riabilitazione, con lo scopo di creare un clima favorevole all'ascolto reciproco e all'integrazione dell'intervento.

Concorso di idee: al fine di valorizzare le potenzialità e capacità della persona/operatore, attraverso l'attivazione di bandi, appunto denominati "Concorso di Idee", su modalità di messa in opera e gestione di servizi ed interventi.

Possibilità di armonizzare tempi di vita e di lavoro: con una gestione dell'orario più elastica e orientata al risultato e non quasi esclusivamente alla presenza. Flessibilità, laddove fattibile, non operata in modo indiscriminato, ma sovrapponibile a specifiche e particolari esigenze da condividere e codificare con il supporto delle OO.SS. Ne costituisce un esempio non esaustivo quello riconducibile alle esigenze evidenziate da dipendenti madri/padri con minori: in tal senso sta operando il Gruppo Buona legislazione del CUG attraverso la micro indagine sui congedi e sui reali bisogni dei lavoratori.

In termini di prevenzione del disagio si suggerisce **un'analisi psicoattitudinale** del personale neo assunto o trasferito presso l'Azienda Sanitaria che possa accompagnare

l'attività di sorveglianza sanitaria fatta dal medico competente al fine di ottimizzare le risorse di personale anche in funzione di inserimenti lavorativi più vicini e adeguati alle reali caratteristiche di personalità della persona/operatore.

Necessità di mantenere un alto livello di attenzione sugli interventi tecnici.

IMPRESSIONI DI GRUPPO

Kurt Lewin (1948)³¹ definiva il gruppo «un insieme dinamico, costituito da individui che si percepiscono vicendevolmente come più o meno interdipendenti per qualche aspetto». Evidentemente non è possibile ridurre un gruppo alla somma degli individui che lo compongono.

E' forse utile a conclusione di questo percorso di ricerca sottolineare che tipo di dinamica di gruppo si sia stabilita all'interno dello stesso.

L'interdipendenza del compito da assolvere, l'obiettivo da raggiungere, la cooperazione hanno creato un clima positivo e disteso tra i membri, favorendo l'adesione alle regole e alle indicazioni proposte dal coordinatore.

L'assenza di competizione ha consentito ampia espressione alle soft skills che hanno portato ad un'interazione proficua e a un apprendimento reciproco all'insegna della multidisciplinarietà e delle singole competenze professionali.

L'analisi dell'attività svolta (debriefing), dunque, ci consente di uscire dalla metafora del gruppo di lavoro sul benessere organizzativo, focalizzando l'attenzione sull'intendimento positivo e sull'apprendimento attraverso l'azione.

Le sensazioni di collaborazione, coesione, scambio reciproco di competenze e conoscenze percepite dai membri del gruppo nel corso dell'intera esperienza di lettura del dato relativo al questionario ci fanno concludere che l'attività di team building e team working possono davvero essere una grande risorsa anche e soprattutto per un'Azienda, come la ASL di Taranto, che annovera un cospicuo numero di dipendenti.

La capacità di ascolto attivo e di comunicazione, provando a farlo attraverso un linguaggio comune in presenza di multidisciplinarietà, la comprensione e l'empatia, l'interesse concreto rispetto al compito affidato, la voglia di negoziare e mediare gli eventuali e fisiologici conflitti, la disponibilità a porre l'obiettivo del gruppo al di sopra dei propri obiettivi personali, sono sembrati rappresentare i tratti più importanti di un Gruppo di lavoro che ha visto l'esperienza della stesura del presente Report come un momento di crescita e “ benessere organizzativo “.

³¹ Lewin K.(1948), *I conflitti sociali. Saggi di dinamica di gruppo*, Franco Angeli, Milano, 1972



AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO

QUESTIONARIO SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO

Brevi note per la compilazione

Il questionario allegato è uno strumento conoscitivo attraverso il quale sarà possibile individuare criticità e punti di forza circa le dinamiche ed i processi organizzativi della ASL TA.

Ogni dipendente è pertanto invitato a dare un proprio contributo, compilando liberamente il questionario che è ovviamente ANONIMO.

Il questionario sarà distribuito dai referenti incaricati per le diverse Strutture Aziendali muniti dell'elenco dei propri colleghi di struttura (dirigenti e personale di comparto).

Per garantire che lo stesso sia consegnato a tutti, il referente farà apporre la firma per ricevuta sull'elenco, in corrispondenza del nominativo.

Il questionario, entro una settimana dal ricevimento, dovrà essere riconsegnato in **BUSTA CHIUSA** allo stesso referente o imbucato nell'apposito contenitore sito nella Struttura di appartenenza.

Il questionario può essere:

- 1) compilato in tutte le sue parti;
- 2) compilato in parte;
- 3) non compilato, ma restituito.

Confidando nella collaborazione di tutti, si ringrazia anticipatamente.

PARTE PRIMA: Dati anagrafici

1. Sesso: M ☐ F ☐

2. Et  : _____

3. Titolo di studio:

Licenza Scuola Elementare ☐ Scuola Media Inferiore ☐

Istituto professionale o simile ☐ Scuola Media Superiore ☐

Diploma Universitario ☐ Laurea ☐

4. Stato civile:

Celibe/Nubile ☐ Separato/a-Divorziato/a ☐

Coniugato/a o Convivente ☐ Vedovo/a ☐

5. Tipo di contratto di lavoro:

A tempo indeterminato ☐ A tempo determinato ☐

6. Regime orario

A tempo pieno ☐ Part-time ☐

7. Struttura di appartenenza

Direzione Generale Aziendale e Strutture di Staff ☐ Dipartimento Salute Mentale ☐

Presidio Ospedaliero ☐ Dipartimento di Riabilitazione ☐

Distretto Socio-Sanitario ☐ Dipartimento Dipendenze Patologiche ☐

Dipartimento di Prevenzione ☐ Dipartimenti, Aree , Servizi amministrati e tecnici ☐

8. Dirigente ☐

9. Comparto: ☐

Categoria: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ DS ☐

10. Anni di lavoro totali: _____ anni

11. Anni di lavoro nell'attuale amministrazione: _____ anni

12. Precedenti esperienze lavorative: nel pubblico ☐ nel privato ☐
nel pubblico e nel privato ☐ nessuna ☐

13. Tempo impiegato per recarsi al posto di lavoro: _____ minuti _____

(un tragitto, non andata e ritorno)

14. Numero di ore di lavoro al giorno, in media: _____ ore

15. Ore settimanali di straordinario, in media: _____ ore

PARTE SECONDA: Caratteristiche dell'ambiente di lavoro

16. Come valuta il comfort dell'ambiente in cui lavora:

	Insuffi- ciente	Mediocre	Sufficiente	Buono
Pulizia	☐	☐	☐	☐
Illuminazione	☐	☐	☐	☐
Temperatura	☐	☐	☐	☐
Silenziosità	☐	☐	☐	☐
Condizioni dell'edificio	☐	☐	☐	☐
Gradevolezza ambiente e arredi	☐	☐	☐	☐
Spazio disponibile per persona	☐	☐	☐	☐
Servizi igienici (bagni, spogliatoi, ecc.)	☐	☐	☐	☐

(17-56) CON QUALE FREQUENZA NELLA SUA ORGANIZZAZIONE SI VERIFICANO LE SITUAZIONI DI SEGUITO DESCRITTE?

	Mai	Raramente	A volte	Spesso
17. Gli obiettivi dell'organizzazione sono chiari e ben definiti	☐	☐	☐	☐
18. Ci sono i mezzi e le risorse per svolgere adeguatamente il proprio lavoro	☐	☐	☐	☐
19. I dipendenti sono generalmente disponibili ad andare incontro alle esigenze dell'organizzazione	☐	☐	☐	☐

- In tutto il questionario quando si usa il termine organizzazione ci si riferisce all'amministrazione

	Mai	Raramente	A volte	Spesso
20. E' facile avere le informazioni di cui si ha bisogno	☐	☐	☐	☐
21. Ci sono persone che vengono emarginate	☐	☐	☐	☐
22. Esiste collaborazione con i colleghi	☐	☐	☐	☐
23. L'organizzazione trova soluzioni adeguate ai problemi che deve affrontare	☐	☐	☐	☐
24. I dirigenti trattano i dipendenti in maniera equa	☐	☐	☐	☐
25. I compiti da svolgere richiedono una fatica Eccessiva	☐	☐	☐	☐
26. Al termine della giornata di lavoro ci si sente soddisfatti	☐	☐	☐	☐

	Mai	Raramente	A volte	Spesso
27. Il comportamento dei dirigenti è coerente con gli obiettivi dichiarati	☐	☐	☐	☐
28. Il lavoro consente di far emergere le qualità personali e professionali di ognuno	☐	☐	☐	☐
29. I dirigenti desiderano essere informati sui problemi e le difficoltà che si incontrano nel lavoro	☐	☐	☐	☐
30. Quando si ha bisogno di informazioni si sa a chi chiederle	☐	☐	☐	☐
31. Ci sono persone che attuano prepotenze o che si comportano in modo ingiusto	☐	☐	☐	☐
32. I dirigenti coinvolgono i dipendenti nelle decisioni che riguardano il loro lavoro	☐	☐	☐	☐
33. I dirigenti aiutano a lavorare nel modo migliore	☐	☐	☐	☐
34. L'organizzazione offre effettive possibilità di carriera per tutti	☐	☐	☐	☐
35. I compiti da svolgere richiedono conoscenze e capacità di cui non si dispone	☐	☐	☐	☐
36. Il lavoro di ogni dipendente rappresenta un contributo rilevante	☐	☐	☐	☐
37. I cambiamenti gestionali e organizzativi sono comunicati chiaramente a tutto il personale	☐	☐	☐	☐
38. L'impegno sul lavoro e le iniziative personali sono apprezzate (con riconoscimenti economici, visibilità sociale, encomi, ecc.)	☐	☐	☐	☐
39. Chi avanza richieste o formula proposte e suggerimenti viene ascoltato dai dirigenti	☐	☐	☐	☐
40. Nel gruppo di lavoro chi ha un'informazione la mette a disposizione di tutti	☐	☐	☐	☐
41. Ci sono persone che subiscono violenze psicologiche	☐	☐	☐	☐
42. Nel gruppo di lavoro tutti si impegnano per raggiungere i risultati	☐	☐	☐	☐
43. Le decisioni sono assunte rapidamente	☐	☐	☐	☐

4. I criteri con cui si valutano le persone sono equi e Trasparenti	☐	☐	☐	☐
	Mai	Raramente	A volte	Spesso
45. I compiti da svolgere richiedono un livello di stress eccessivo	☐	☐	☐	☐
46. Si prova soddisfazione per quello che l'organizzazione realizza	☐	☐	☐	☐
47. I ruoli organizzativi e i compiti lavorativi sono chiari e ben definiti	☐	☐	☐	☐
48. Vengono offerte opportunità di aggiornamento e sviluppo professionale	☐	☐	☐	☐
49. Anche tra colleghi ci si ascolta e si cerca di venire incontro alle reciproche esigenze	☐	☐	☐	☐
50. I dirigenti assicurano la diffusione delle informazioni tra il personale	☐	☐	☐	☐
51. Esistono conflitti con i dirigenti	☐	☐	☐	☐
52. Esistono scambi di comunicazione tra i diversi gruppi di lavoro	☐	☐	☐	☐
53. Nel gruppo di lavoro si trovano soluzioni adeguate ai problemi che si presentano	☐	☐	☐	☐
54. Gli incentivi economici sono distribuiti sulla base dell'efficacia delle prestazioni	☐	☐	☐	☐
55. Il lavoro assorbe totalmente	☐	☐	☐	☐
56. L'organizzazione realizza servizi utili alla comunità	☐	☐	☐	☐

PARTE TERZA: la sicurezza

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
57. L'organizzazione in cui lavora si preoccupa della salute nell'ambiente di lavoro ?	☐	☐	☐	☐
58. In particolare, come valuta il livello delle misure di sicurezza in ciascuno di questi ambiti:				
	Insuff	Mediocre	Sufficiente	Buono
- impianti elettrici	☐	☐	☐	☐
- illuminazione	☐	☐	☐	☐
- rumorosità	☐	☐	☐	☐
- temperatura	☐	☐	☐	☐
- polveri	☐	☐	☐	☐
- pc e videotermini	☐	☐	☐	☐

PARTE QUARTA: Caratteristiche del proprio lavoro

59. In che misura le caratteristiche di seguito elencate fanno parte dei compiti da lei svolti?

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto
Fatica fisica	☐	☐	☐	☐
Fatica mentale	☐	☐	☐	☐
Sovraccarico di lavoro	☐	☐	☐	☐
Monotonia o ripetitività	☐	☐	☐	☐
Sovraccarico emotivo	☐	☐	☐	☐
Isolamento	☐	☐	☐	☐
Contatti frequenti con le persone	☐	☐	☐	☐
Diretta responsabilità del lavoro	☐	☐	☐	☐
Rigidità di norme e procedure	☐	☐	☐	☐

Per nulla Poco Abbastanza Molto

60. In che misura le caratteristiche da lei indicate alla domanda 59 le pesano e le creano difficoltà

☐ ☐ ☐ ☐

PARTE QUINTA: Indicatori positivi e negativi del benessere organizzativo

61. In che misura le capita di osservare i fenomeni seguenti nel suo ambiente di lavoro?

	Mai	Raramente	A volte	Spesso
- soddisfazione per la propria organizzazione	☐	☐	☐	☐
- voglia di impegnare nuove energie per l'organizzazione	☐	☐	☐	☐
- sensazione di far parte di una squadra	☐	☐	☐	☐
- voglia di andare al lavoro	☐	☐	☐	☐
- sensazione di realizzazione personale attraverso il lavoro	☐	☐	☐	☐
- fiducia che le condizioni negative attuali potranno cambiare	☐	☐	☐	☐
- sensazione di giusto equilibrio tra lavoro e tempo libero	☐	☐	☐	☐
- soddisfazione per le relazioni personali costruite sul lavoro	☐	☐	☐	☐
- condivisione dell'operato e dei valori dell'organizzazione	☐	☐	☐	☐
- fiducia nelle capacità gestionali e professionali della dirigenza	☐	☐	☐	☐
- apprezzamento delle qualità umane e morali della dirigenza	☐	☐	☐	☐
- percezione che il lavoro dell'organizzazione sia apprezzato all'esterno	☐	☐	☐	☐

62. In che misura le capita di osservare i fenomeni seguenti nel suo ambiente di lavoro?

	Mai	Raramente	A volte	Spesso
- insofferenza nell'andare al lavoro	☐	☐	☐	☐
- disinteresse per il lavoro	☐	☐	☐	☐
- desiderio di cambiare lavoro/ambiente di lavoro	☐	☐	☐	☐
- pettegolezzo	☐	☐	☐	☐
- risentimento verso l'organizzazione	☐	☐	☐	☐
- aggressività e nervosismo	☐	☐	☐	☐
- sensazione di fare cose inutili	☐	☐	☐	☐
- sensazione di contare poco nell'organizzazione	☐	☐	☐	☐
- sensazione di non essere valutato adeguatamente	☐	☐	☐	☐
- sensazione di lavorare meccanicamente, senza coinvolgimento	☐	☐	☐	☐
- lentezza nell'esecuzione dei compiti	☐	☐	☐	☐
- poca chiarezza su "cosa bisogna fare e chi lo deve fare"	☐	☐	☐	☐
- mancanza di idee, assenza di iniziativa	☐	☐	☐	☐

63. Negli ultimi sei mesi, quanto tempo si è assentato dal luogo di lavoro (esclusi i giorni di ferie) ?

Mai ♠ 2-3 giorni ♠ Oltre 1 settimana ♠ Oltre 2 settimane ♠

PARTE SESTA: Il benessere psicofisico

64. Negli ultimi 6 mesi le è capitato di avvertire:	Mai	Raramente	A volte	Spesso
- mal di testa e difficoltà di concentrazione	☐	☐	☐	☐
- mal di stomaco, gastrite	☐	☐	☐	☐
- nervosismo, irrequietezza, ansia	☐	☐	☐	☐
- senso di eccessivo affaticamento	☐	☐	☐	☐
- asma, difficoltà respiratorie	☐	☐	☐	☐
- dolori muscolari e articolari	☐	☐	☐	☐
- difficoltà ad addormentarsi, insonnia	☐	☐	☐	☐
- senso di depressione	☐	☐	☐	☐

65. In che percentuale attribuisce i disturbi segnalati alla domanda 64 al lavoro che svolge? _____ %

PARTE SETTIMA: L'apertura all'innovazione

66. L'organizzazione in cui lavora è attenta a:

	Mai	Raramente	A volte	Spesso
- acquisire nuove tecnologie	☐	☐	☐	☐
- migliorare i processi di lavoro	☐	☐	☐	☐
- confrontarsi con le esperienze di altre organizzazioni	☐	☐	☐	☐
- riconoscere e affrontare i problemi e gli errori del passato	☐	☐	☐	☐
- accogliere le richieste dei clienti ed utenti	☐	☐	☐	☐
- introdurre nuove professionalità	☐	☐	☐	☐
- sviluppare competenze innovative nei dipendenti	☐	☐	☐	☐
- stabilire rapporti di collaborazione con altre organizzazioni	☐	☐	☐	☐
- sperimentare nuove forme di organizzazione del lavoro	☐	☐	☐	☐

PARTE OTTAVA: Suggerimenti

67. Quali sono, secondo lei, le cose più urgenti da migliorare nella sua organizzazione? (Massimo 3 risposte)

- ☐ La confortevolezza dell'ambiente di lavoro
- ☐ La sicurezza dell'ambiente di lavoro
- ☐ La circolazione e la chiarezza delle informazioni
- ☐ I rapporti tra colleghi
- ☐ I rapporti con i superiori
- ☐ I rapporti tra le diverse Unità Organizzative
- ☐ I supporti informatici e tecnologici
- ☐ La flessibilità dell'orario di lavoro
- ☐ La chiarezza degli obiettivi e dei compiti
- ☐ La valorizzazione del personale
- ☐ La formazione e l'aggiornamento del personale
- ☐ Il sistema di distribuzione degli incentivi
- ☐ La struttura organizzativa o i processi di lavoro
- ☐ I sistemi di valutazione del personale
- ☐ L'assegnazione delle risorse

Molte grazie per la sua collaborazione.