

Repositório ISCTE-IUL

Deposited in *Repositório ISCTE-IUL*:

2019-04-23

Deposited version:

Pre-print

Peer-review status of attached file:

Unreviewed

Citation for published item:

Dello Russo, S. & Angelozzi, D. (2016). La gestione strategica delle Risorse Umane: implicazioni per il management sanitario da una rassegna sistematica della letteratura. *MECOSAN (Management ed Economia Sanitaria)*. 97, 41-69

Further information on publisher's website:

10.3280/MESA2016-097004

Publisher's copyright statement:

This is the peer reviewed version of the following article: Dello Russo, S. & Angelozzi, D. (2016). La gestione strategica delle Risorse Umane: implicazioni per il management sanitario da una rassegna sistematica della letteratura. *MECOSAN (Management ed Economia Sanitaria)*. 97, 41-69, which has been published in final form at <https://dx.doi.org/10.3280/MESA2016-097004>. This article may be used for non-commercial purposes in accordance with the Publisher's Terms and Conditions for self-archiving.

Use policy

Creative Commons CC BY 4.0

The full-text may be used and/or reproduced, and given to third parties in any format or medium, without prior permission or charge, for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes provided that:

- a full bibliographic reference is made to the original source
- a link is made to the metadata record in the Repository
- the full-text is not changed in any way

The full-text must not be sold in any format or medium without the formal permission of the copyright holders.

La gestione strategica delle Risorse Umane: implicazioni per il management sanitario da una rassegna sistematica della letteratura

Riassunto

Il presente lavoro riporta una rassegna sistematica della letteratura sulla gestione delle risorse umane (RU), e sul suo contributo strategico, all'interno del settore sanitario. Attraverso l'analisi di 57 articoli, sono state esaminate le principali prospettive di ricerca e i modelli teorici adottati, i campioni, le specifiche pratiche RU e la loro relazione con diversi criteri di efficacia organizzativa. Tale analisi ha portato alla comprensione dell'evoluzione della ricerca in questo campo e all'identificazione di importanti direttrici per la ricerca futura e per la pratica organizzativa.

Parole chiave: Gestione delle risorse umane, GRU, settore sanitario, rassegna sistematica della letteratura.

Strategic Human Resource management: implications for healthcare management from a systematic literature review

Abstract

The present work reports on a systematic review of the literature about human resource (HR) management practices and their strategic contribution in the healthcare sector. Through the analysis of 57 articles, we have examined the main theoretical approaches and models adopted by researchers, the samples, the specific HR practices and their relation with several criteria of organizational efficacy. This analysis has led to understanding the evolution of the research in this field and the identification of important directions for future research and organizational practice.

Keywords: Human Resource Management, HRM, healthcare, systematic literature review

1. Introduzione

I contesti sanitari di tutto il mondo si trovano a dover sopravvivere in ambienti caratterizzati da crescenti intensità competitiva e austerità finanziaria, affrontando la duplice sfida del miglioramento della qualità e della riduzione dei costi. Allo stesso tempo, le strutture sanitarie sono afflitte da una carenza di personale clinico, che comporta un'intensificazione del lavoro (Townsend and Wilkinson 2010) e rende in questo modo ancora più difficile la ricerca di una risposta efficace a tali sfide organizzative. Altre sfide significative a livello globale riguardano il coinvolgimento dei medici nella gestione ospedaliera e la riduzione di errori ed incidenti (*near-misses*) che impattano pesantemente sulla sicurezza e sulla soddisfazione dei pazienti e in ultima analisi sulla qualità delle cure erogate. Nel contesto sanitario, in quanto settore ad alta intensità di conoscenze, la qualità delle cure prestate è da attribuirsi principalmente ai servizi "immateriali" prestati da professionisti, medici e non, in forma di performance umana, collettiva e sinergica. Pertanto, un'efficace gestione delle risorse umane può facilitare una prestazione superiore e un vantaggio sostenibile, facilitando il contributo del personale di talento in un ambiente con crescenti pressioni competitive (Pfeffer, 1994).

Negli ultimi anni la particolare conformazione del settore sanitario e le sfide che questo porta con sé hanno diretto l'attenzione di professionisti e policy makers sulla componente umana delle organizzazioni ed una sua più efficace gestione. In tale direzione possono leggersi alcuni decreti e recenti proposte di legge nel panorama nazionale italiano, ad esempio. Si pensi al decreto legislativo 502/92 che ha introdotto le figure professionali del Direttore Generale e dei direttori di unità operativa, delegando a questi ultimi una notevole parte delle attività gestionali, con riferimento sia alle risorse finanziarie sia a quelle umane. Nello stesso decreto si introduce l'obbligo di una formazione "manageriale" per i medici che vogliano accedere ai ruoli dirigenziali, in cui una buona quota delle competenze da acquisire riguardano il cosiddetto "people management". Il decreto legislativo 229/99 ha posto ulteriore enfasi sulla formazione "manageriale" di tali figure professionali, precisando che deve essere conseguita dai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa entro un anno dall'inizio dell'incarico e che al contrario il suo mancato ottenimento determina la decadenza dall'incarico stesso. Infine, una più recente proposta di legge (disegno di legge n. 1577, aggiornato al 30/05/2015) volta a ridefinire la selezione e la conferma in ruolo dei direttori generali delle aziende sanitarie enfatizza parimenti il ruolo critico delle pratiche di gestione delle risorse umane (GRU) poichè di fatto propone criteri e metodologie di selezione simili a quelle del settore privato, che segnano una netta interruzione con la tradizionale nomina di stampo politico, e una valutazione della prestazione basata sul raggiungimento di obiettivi chiari e ben definiti.

Cambiamenti simili sono stati introdotti in numerosi altri Paesi tanto che gli studi empirici volti a valutarne l'impatto e l'efficacia si sono moltiplicati, sebbene in ordine piuttosto sparso. D'altra parte, gli studi in materia di GRU condotti in altri settori sono altresì eterogenei, il che preclude generalizzazioni e applicazioni *tout-court* o indiscriminate. Considerando l'attualità e la rilevanza dell'argomento riteniamo utile sistematizzare il corpus di conoscenze finora accumulato con gli studi condotti in ambito specificamente sanitario attraverso una rassegna sistematica della letteratura, al fine di offrire alcuni suggerimenti pratici ai professionisti del settore così come aree di indagine ancora inesplorate ai ricercatori. In questa rassegna ci proponiamo di comprendere l'evoluzione della ricerca sulla GRU nel settore sanitario e soffermeremo la nostra attenzione su cinque punti principali: le prospettive di ricerca, i modelli teorici di riferimento, i contesti (o *setting* di ricerca), le differenti pratiche di GRU adottate e gli indicatori di efficacia organizzativa.

Sulla base di tali scopi conoscitivi, l'articolo è strutturato in diverse sezioni. Nel successivo paragrafo vengono gettate le basi per la nostra rassegna, riassumendo le principali teorie, gli approcci e gli studi condotti nel settore privato circa la gestione strategica delle risorse umane, che rappresentano la base di riferimento degli studi condotti in ambito sanitario. Successivamente sarà illustrata la metodologia utilizzata per effettuare la rassegna sistematica della letteratura ed i risultati emersi. Sulla base di questi, poi, saranno indicate alcune possibili direzioni della ricerca futura che affrontino il tema da prospettive diverse e complementari,

nonchè suggerimenti utili per la gestione delle risorse umane nella pratica organizzativa poiché questo é uno dei principali obiettivi delle rassegne sistematiche della letteratura: informare la ricerca e la pratica in una logica di gestione “evidence-based” (Briner e Denyer, 2012).

2. I fondamenti della ricerca sulla gestione strategica delle risorse umane

Il campo di studio della gestione delle risorse umane ha ad oggetto le politiche, le pratiche e gli strumenti con cui le organizzazioni attraggono, selezionano, utilizzano, mantengono e trasformano il capitale umano nella convinzione che esso sia almeno uno dei fattori, se non il principale, che consente il raggiungimento dei propri obiettivi. A partire dagli anni '90 un corpus consistente di ricerca ha cominciato ad esplorare empiricamente tale assunto implicito, ossia il collegamento tra la gestione delle risorse umane e i risultati organizzativi, cercando di mettere in luce se, in che misura e attraverso quali meccanismi essa impatti la prestazione organizzativa. Il campo di studio così ulteriormente delimitato è noto come *gestione strategica delle risorse umane*, a ragione del fatto che le pratiche di GRU se significativamente correlate con la prestazione sono evidentemente uno strumento per il raggiungimento degli obiettivi strategici.

Un punto di partenza universalmente riconosciuto per la gestione strategica delle risorse umane nelle organizzazioni è rappresentato da Barney (1991), il quale sviluppa un modello basato sulle risorse, e afferma che le risorse umane di un'impresa, collettivamente intese, forniscono una fonte di vantaggio competitivo unica e difficilmente imitabile, in quanto risorsa rara e non (facilmente) sostituibile. La teoria di Barney, anche chiamata “*resource-based*”, illustra come un'impresa che sfrutti i vantaggi delle sue risorse, da quelle finanziarie a quelle umane, si comporta in modo efficace ed efficiente. Gli sviluppi della teoria basata sulle risorse hanno portato a sostenere che la combinazione di un *pool* di capitale umano di alta qualità e le pratiche di gestione delle RU, che tale capitale costruiscono, gestiscono e alimentano, permettano all'organizzazione di implementare strategie di creazione di valore che sono difficilmente imitabili dai concorrenti. Questa teoria ha spinto i ricercatori ad indagare i meccanismi attraverso cui le pratiche di gestione delle RU contribuiscono alla performance aziendale, sfruttando il capitale umano, lo sforzo discrezionale, gli atteggiamenti e i comportamenti delle persone.

Dunque, alla teoria basata sulle risorse sono state affiancate altre teorie a livello “micro”-organizzativo, e in primis di matrice psicologica, brevemente descritte di seguito, proprio al fine di spiegare perché la gestione delle risorse umane avrebbe un effetto positivo sull'efficacia organizzativa. Rispondere a tale quesito significa studiare i meccanismi esplicativi o i cosiddetti “mediatori” delle pratiche di gestione delle risorse umane.

La teoria A.M.O. (*Abilities, Motivation, Opportunities*; Appelbaum, Bailey, e Berg, 2000), pone la prestazione organizzativa come aggregato della prestazione individuale, a sua volta funzione delle abilità, della motivazione e delle opportunità a partecipare della singola persona. La logica di fondo è che le pratiche di gestione delle risorse umane servano a sviluppare abilità, conoscenze e motivazione, quali amplificatori del desiderio di agire e a fornire opportunità tali da indurre le persone a mettere in atto comportamenti strumentali alla realizzazione di una particolare strategia competitiva dell'organizzazione (Appelbaum et al., 2000). Attraverso specifiche pratiche che potenziano le abilità, supportano la motivazione e offrono opportunità per l'azione individuale (ad esempio, formazione, piani di carriera, coinvolgimento nella presa di decisione), aumenterebbero le probabilità di ogni singolo di eseguire una migliore prestazione, giustificando così il contributo della gestione delle RU alla performance organizzativa (Pauwee e Boselie, 2005). Tali pratiche non solo motivano i dipendenti a soddisfare le attese, ma li spingono anche ad andare oltre il loro ruolo lavorativo, mostrando comportamenti organizzativi prosociali, anche conosciuti come “*extra-role*”, e funzionali al miglioramento della prestazione organizzativa (Hyde et al., 2009; Jiang, Lepak, Hu e Baer, 2012), così come di innovazione vera e propria (Ceylan, 2013).

Un'altra teoria che spiega gli effetti positivi delle pratiche di GRU è quella degli Scambi Sociali. Blau (1964) afferma che le organizzazioni sono luoghi di transazioni a lungo termine,

sociali e reciproche, tra i loro rappresentanti e i dipendenti. Questi scambi si riferiscono a rapporti che intercorrono tra due persone o gruppi e che, a partire da atteggiamenti positivi di una delle due parti, determinano aspettative circa un comportamento altrettanto positivo dalla controparte, sotto forma di obblighi futuri non specificati. La relazione che così si instaura è fortemente condizionata dalla fiducia di una delle due parti in rapporto ai potenziali obblighi della controparte, in un arco di tempo relativamente lungo. Questa teoria, insieme alla teoria della reciprocità (Gouldner, 1960), porta ad affermare che gli individui tendono a ricambiare il trattamento che ricevono dagli altri (supervisori, manager, collaboratori, l'organizzazione nel suo complesso) e nel trattamento ricevuto dall'organizzazione si fa rientrare spesso anche la gestione delle risorse umane. Affiancandosi al concetto di equità sociale, la relazione degli scambi sociali si basa sulla percezione del bilanciamento tra investimenti personali e ciò che si riceve in un contesto sociale lavorativo. Da un punto di vista concettuale, Zhang et al. (2013) chiariscono che la rappresentazione di scambio sociale è alquanto diversa da quella di scambio economico. Una percezione di scambio prettamente economico non necessariamente porta ad effetti positivi, bensì in taluni casi a manifestazioni di esaurimento emotivo, insoddisfazione lavorativa e scarso coinvolgimento lavorativo, mentre, nel caso di chiari segnali di scambio sociale, è probabile il manifestarsi di comportamenti positivi. Dunque, le pratiche di GRU sarebbero, in quest'ottica, un elemento del trattamento positivo che l'azienda riserva ai suoi dipendenti, i quali, in virtù della reciprocità e dello scambio sociale, saranno propensi a contraccambiare, mettendo in pratica le prestazioni attese e in definitiva dando il proprio contributo all'efficacia organizzativa.

I modelli teorici fin qui esposti enfatizzano il contenuto delle pratiche di gestione delle RU, ossia ciò che queste contribuiscono a costruire (competenze, motivazione, contratto psicologico con l'organizzazione). Bowen e Ostroff (2004), invece, hanno enfatizzato la dimensione processuale, oltre a quella del contenuto. In altre parole, questi autori hanno indagato le caratteristiche di coerenza del sistema di pratiche di gestione delle risorse umane nell'inviare segnali ai dipendenti, poiché sarebbe proprio la coerenza tra le diverse pratiche RU a motivare le persone, permettendo loro di comprendere le risposte desiderate e appropriate e di formare un senso collettivo di ciò che è atteso dall'organizzazione. Dunque, il concetto cruciale è quello di clima interno forte e coeso che ha la funzione di mediare tra le pratiche di gestione delle RU e la prestazione aziendale. Tale modello ha richiamato l'attenzione sulle caratteristiche dei sistemi coerenti di gestione delle RU in grado di generare situazioni "forti"; le principali di queste caratteristiche sono: la consistenza delle comunicazioni relative alle pratiche di gestione delle RU, e la coerenza tra queste e la leadership esercitata ai vertici dell'organizzazione; la distintività delle pratiche, che sono così facilmente osservabili da tutti, catturano l'attenzione e suscitano interesse; la strumentalità percepita delle pratiche RU per l'ottenimento di conseguenze positive per l'individuo; il consenso tra i dipendenti nel cogliere il rapporto strumentale di causa-effetto tra pratiche e conseguenze positive.

In aggiunta alle specifiche teorie che spiegano l'efficacia delle pratiche di gestione di risorse umane, è opportuno anche soffermarsi e passare brevemente in rassegna le prospettive di ricerca che costituiscono lo scenario più ampio dentro il quale si muovono gli studiosi. Delery e Doty (1996) illustrano tre dominanti prospettive, a cui si aggiunge una quarta (la prospettiva contestuale), come ulteriore evoluzione della prospettiva della contingenza.

La prospettiva universalistica (Huselid, 1995; Osterman, 1994; Pfeffer, 1994) assume che alcune pratiche per le RU siano sempre migliori di altre e, pertanto, strategiche per tutte le organizzazioni, "universalmente". Di fatti, esse possono essere definite "buone pratiche" o "pratiche di lavoro ad elevata prestazione". Il presupposto di fondo è che esista un'associazione o relazione lineare tra le pratiche di gestione delle RU, anche prese singolarmente, e le prestazioni organizzative. La somma di più pratiche di gestione delle RU (o *bundle*) darebbe luogo ad un miglioramento della prestazione organizzativa, attraverso incrementi additivi.

La prospettiva della contingenza, rifiutando l'universale applicabilità delle pratiche di gestione delle risorse umane (Gooderham et al., 2008), ritiene che il rapporto gestione delle RU-prestazione organizzativa sia condizionato da numerosi fattori interni ed esterni, e che le pratiche di GRU debbano essere consistenti con altri aspetti dell'organizzazione stessa, *in*

primis la strategia. Jackson e Schuler (1995) elencano quali fattori interni da considerare in aggiunta alla strategia, la dimensione dell'organizzazione, le relazioni interne, la struttura e la tecnologia, mentre tra i fattori esterni aggiungono il contesto macro-economico e il mercato del lavoro. Inoltre, recenti contributi teorici suggeriscono che alcune pratiche di GRU possono rivelarsi più efficaci con alcune famiglie professionali, a seconda del loro apporto strategico all'organizzazione (Huselid & Becker, 2011) e a seconda della complessità del lavoro e del grado di incertezza che le caratterizza (Krausert, 2014).

Un'evoluzione è rappresentata dalla prospettiva nota come "contestuale". Essa si sofferma sui fattori che influenzano l'adozione delle pratiche di GRU ad un livello ancora superiore, ossia la cultura nazionale e le pressioni istituzionali a cui le organizzazioni sono soggette (Brewster, 1999). In questa ottica, per esempio, si spiegano alcune delle differenze osservabili tra organizzazioni, operanti in contesti culturali che differiscono in termini di maggiore o minore orientamento al futuro e maggiore o minore formalizzazione delle relazioni interpersonali (Aycan et al., 2000), così come le differenze riscontrabili in realtà istituzionali che pongono maggiori vincoli all'azione organizzativa (quali le economie coordinate di mercato) o che al contrario offrono alle aziende maggiore autonomia (quali le economie liberali di mercato; Bjorkman e Gooderham, 2012).

L'approccio configurazionale, infine, guidato da un principio olistico di indagine, guarda al modo in cui più variabili indipendenti (un insieme di pratiche) si legano ad una variabile dipendente, anziché considerare le singole pratiche. La differenza con la prospettiva universalistica consiste nel fatto che quest'ultimo approccio comprende pratiche singole o combinate in modo additivo (Alcàzar et al., 2005). Tuttavia, Gooderham (2008) sostiene che certe varianti di raggruppamenti universalistici e configurazionali rappresentano approcci strettamente correlati e problematici da distinguere, soprattutto perché di rado in letteratura sono state indagate configurazioni di pratiche che specificassero relazioni più complesse tra esse, al di là di un effetto additivo (per un'eccezione si veda Toh, Morgeson e Campion, 2008).

Emerge, dunque, uno scenario molto sfaccettato con una ricchezza di approcci teorici e di evidenze empiriche a sostegno del contributo delle pratiche di gestione RU all'efficacia organizzativa. Inoltre, gli indicatori di efficacia di volta in volta considerati coprono una vasta gamma di comportamenti individuali (prestazione di lavoro, comportamenti *extra-role*, assenteismo, turnover volontario) che, aggregati a livello di gruppo, di unità o di organizzazione, rappresentano l'efficacia organizzativa da diversi punti di vista. Infine, è da sottolineare una tendenza degli studi nel settore privato verso una sofisticazione degli strumenti di indagine, dei disegni di ricerca e delle tecniche di analisi dei dati, incluse quelle per dati *multi-* e *cross-level*.

Alla luce di tale *excursus* della letteratura nel settore privato, che vuole essere esclusivamente illustrativo e non già esaustivo, abbiamo formulato le seguenti domande di ricerca a cui dare una risposta con la nostra rassegna:

- 1) Quali modelli teorici sono stati prescelti, e testati, per spiegare l'impatto delle pratiche di gestione delle RU sull'efficacia organizzativa in ambito sanitario?
- 2) Quali prospettive di ricerca sono state maggiormente adottate nel settore sanitario?
- 3) In quali setting è stata raccolta la maggior parte dell'evidenza empirica sulla GRU nel settore sanitario? Quali sono i paesi maggiormente rappresentati, e quali le professioni tipicamente indagate?
- 4) Quali pratiche di GRU caratterizzano il settore sanitario e sono state maggiormente esplorate? Sono state prese in considerazione singolarmente o come *bundles*?
- 5) Considerata la specificità del contesto sanitario, attraverso quali criteri è stata operazionalizzata l'efficacia organizzativa, e quindi quali sono gli indicatori prescelti quali variabili dipendenti?

2. Approccio metodologico e identificazione della letteratura

Il nostro lavoro si è svolto attraverso una serie di passaggi. Il primo è inerente alla scelta delle riviste di riferimento per reperire la letteratura. A tale riguardo, ci si è basati sulla quarta versione del ranking internazionale stilato dall'Associazione delle Scuole di Business (ABS; Association of Business Schools, 2010¹; Harvey, Kelly, Morris & Rowlinson, 2010), considerandone la reputazione riconosciuta a livello mondiale, che aumenta l'affidabilità dei nostri risultati e la loro solidità per trarre raccomandazioni politiche e pratiche (Podsakoff et al 2005). Inoltre, uno studio ha mostrato che la lista generata dall'ABS oltre ad essere costantemente aggiornata, riunisce una serie di caratteristiche positive presenti in altri metodi (tra cui indici di citazioni, elenchi di riviste generati da specifiche istituzioni, sondaggi tra "addetti ai lavori"), ricevendo così il più ampio consenso dalla comunità scientifica (Morris, Harvey, e Kelly, 2009). L'ABS divide le riviste scientifiche in base al campo di studio di riferimento, e noi abbiamo preso in considerazione i campi: "General Management", "Human Resource Management and Employment Studies", "Organization Studies" e "Psychology". La scelta è stata dettata dalla multidisciplinarietà della ricerca in oggetto, ragione per cui era opportuno considerare, oltre alle riviste afferenti al settore delle risorse umane, anche gli studi in campo gestionale, organizzativo e psicologico. All'interno di ciascun campo di studio, le riviste scientifiche sono classificate su una scala da 1 a 4*, in ordine crescente di impatto, e noi abbiamo selezionato le riviste che si posizionano nel *ranking* con valutazioni tra 3 e 4*. La scelta è legata alla volontà di prendere in riferimento quello che l'ABS stessa definisce "International excellence" nei vari campi. Le riviste così identificate, per un totale di 62, sono riportate nella Tabella 1. L'ultima fase è stata la ricerca diretta all'interno di ogni rivista, considerandone l'aggiornamento a dicembre 2014.

Al fine di raccogliere i contributi rilevanti per la nostra rassegna, sono state ricercate all'interno degli abstract le parole chiave "HRM" o "human resource management" o "HR practice" o "human resource practice" abbinate a "health care" o "healthcare" o "health service" o "hospital". Una prima selezione è stata effettuata sulla base della lettura degli abstract, verificandone la pertinenza. Escludendo le *book review*, sono emersi 64 articoli. Successivamente alla fase di lettura degli articoli per esteso sono stati esclusi 7 articoli. In particolare, due articoli sono stati esclusi in quanto contenenti interviste con personaggi esterni al nostro panorama di riferimento. Le cause di esclusione dei rimanenti 5 articoli, sono da imputare agli argomenti trattati negli stessi, piuttosto distanti dal nostro campo di ricerca (l'esternalizzazione dei servizi sanitari offerti da aziende non sanitarie, il bilanciamento vita – lavoro di lavoratori soggetti a turni in un contesto non sanitario, un programma di formazione condotto da operatori anche sanitari, l'introduzione della robotica nel servizio sanitario) o, in un caso, non riportavano riferimenti alle pratiche di gestione delle risorse umane. Il numero totale di articoli analizzati è, pertanto, 57 ed il dettaglio per area scientifica e rivista è riportato nella Tabella 1. La procedura di coding di ciascun articolo rispetto ai cinque quesiti portanti la nostra indagine è stata eseguita dai due autori sulla base della lettura degli interi testi. I casi di discordanza sono stati risolti attraverso la discussione.

Inserire qui la tabella 1

3. Risultati

Nei sottoparagrafi che seguono riportiamo i risultati di dettaglio relativi ai cinque interrogativi che hanno dato avvio alla ricerca². Una visione sintetica dei principali risultati per ciascuno dei cinque temi oggetto della nostra analisi è offerto nella Tabella 2.

¹ Al momento in cui lo studio è stato avviato questa era la versione più recente, poichè la quinta versione è stata pubblicata alla fine di Febbraio 2015.

² Gli schemi di classificazione di dettaglio degli articoli analizzati possono essere richiesti direttamente agli autori.

Inserire qui la tabella 2

3.1 I modelli teorici di riferimento

Dall'analisi degli articoli emerge che diversi studi spiegano la relazione positiva tra pratiche di gestione RU e diversi indicatori di prestazione organizzativa adottando la teoria AMO, sebbene operazionalizzandola in modo diverso. Ad esempio, Hyde e colleghi (2009) indagano le aspettative dei dipendenti e gli effetti del loro (mancato) soddisfacimento sulle abilità, motivazioni e opportunità e, attraverso queste, sulla performance. Yang e Lin (2009) utilizzano la mediazione del capitale umano, distinguendo tra quello intellettuale, relazionale e organizzativo, al fine di operazionalizzare rispettivamente le abilità, la motivazione e le opportunità. Anche Rodwell e Teo (2008) guardano alle abilità, espresse in forma di capitale umano e alla motivazione dei lavoratori, intesa come commitment.

La teoria degli scambi sociali ha avuto altrettanto supporto. Armstrong-Stassen e Schlosser (2010) propongono un modello basato sulla teoria degli scambi sociali in cui le percezioni di giustizia procedurale e di supporto da parte del capo e dell'organizzazione insieme all'impegno individuale con l'organizzazione (*commitment*) diventano meccanismi di reciprocità che mediano la relazione tra percezione delle pratiche di gestione RU e l'intenzione di restare dentro l'organizzazione. Tremblay et al. (2010) esaminano il rapporto tra pratiche RU, impegno organizzativo e prestazione, attraverso i meccanismi di scambio relazionale operazionalizzati come giustizia procedurale, supporto organizzativo e fiducia. Ang et al. (2013), effettuano un'analisi multi-livello al fine di comprendere l'impatto delle pratiche RU sulla soddisfazione, sull'impegno affettivo e sull'intenzione di lasciare l'organizzazione. Il processo di riferimento è definito dalla teoria dello scambio sociale, in quanto lo sviluppo di messaggi chiari e coerenti a livello organizzativo porta ad atteggiamenti e comportamenti più positivi a livello del singolo individuo. Piening et al. (2013) integrano la gestione strategica delle RU e la teoria degli scambi sociali al fine di modellare il rapporto dinamico tra la percezione dei dipendenti riguardo al sistema di gestione delle RU e la prestazione organizzativa, e operazionalizzano lo scambio sociale con la soddisfazione lavorativa dei dipendenti, aggregata attraverso l'organizzazione. Zhang et al. (2013), basandosi sulla teoria degli scambi sociali, introducono accanto al coinvolgimento lavorativo (tradizionalmente indagato) anche il risvolto negativo della percezione di dover ricambiare un trattamento positivo da parte dell'organizzazione, e misurano così l'esaurimento lavorativo.

Decisamente minore attenzione (1 su 56 articoli) si riscontra, invece, rispetto agli effetti mediatori del clima. Veld e colleghi (2010) identificano due tipi di obiettivi strategici perseguiti dalle aziende ospedaliere indagate: obiettivi di qualità e di sicurezza. A ciascuno di questi obiettivi è collegata una dimensione di clima, inteso come percezioni condivise all'interno di ogni corsia ospedaliera di quanto tali obiettivi siano effettivamente perseguiti. Gli autori ipotizzano che ciascuna dimensione di clima sia influenzata dal sistema di pratiche RU e mostrano che il clima per la qualità media parzialmente la relazione tra la percezione del sistema di RU e l'impegno con l'organizzazione, mentre il clima per la sicurezza non predice significativamente l'impegno.

3.2 Le prospettive di ricerca

La quasi totalità degli studi analizzati si muove all'interno di una prospettiva universalistica (ad esempio, Baluch et al., 2013; Townsend et al., 2013; Zhang et al., 2013). Buona parte degli studi non fa esplicito ricorso a tale prospettiva, ma essa risulta implicita nelle domande e nei disegni di ricerca, volti ad indagare il contributo offerto da diverse pratiche RU a diversi criteri di prestazione, individuale e organizzativa, in una logica di "best practices".

Gli studi a supporto dell'approccio della contingenza non hanno conosciuto una diffusione altrettanto estesa. Un caso che si avvicina a tale prospettiva è rappresentato dallo studio condotto da Rodwell e Teo (2008), in cui si esaminano una varietà di caratteristiche gestionali nelle organizzazioni sanitarie for-profit e non-profit. I risultati hanno mostrato come l'orientamento al cliente, l'impegno dell'organizzazione per i dipendenti e il possesso di un orientamento strategico nell'utilizzare pratiche che aumentano il capitale umano siano i mezzi per migliorare la performance complessiva. I livelli più elevati di performance delle società for-profit, in particolare, attestano il loro maggiore approccio strategico, sottolineando l'impatto fondamentale di pratiche quali la selezione del personale, la formazione, la valutazione della performance e lo sviluppo. Un altro studio ha adottato, cercando di conciliarli, sia l'approccio universalistico sia quello contingente (Bal, Kooij e De Jong, 2013). Gli autori hanno proposto, e mostrato empiricamente, che alcune pratiche RU per lo sviluppo (tra cui formazione, promozioni, *job enrichment*) sono "universalmente" efficaci nell'aumentare la motivazione e il commitment dei dipendenti rafforzandone il contratto psicologico con l'azienda; allo stesso tempo altre pratiche contribuiscono a sostenere la motivazione e il *commitment* solo di alcune specifiche categorie di dipendenti. In particolare, le pratiche di gestione definite "accomodanti" (tra cui ferie aggiuntive, esenzione dagli straordinari, possibilità di pre-pensionamento) aiutano i dipendenti ad utilizzare al meglio le proprie capacità e a compensarle qualora esse siano ridotte (per esempio, nel caso di lavoratori più anziani che non sarebbero altrettanto produttivi lavorando oltre l'orario stabilito).

Tra gli studi che introducono un approccio contestualizzato, seppur mancando di confronto tra diversi campioni, vi è quello condotto da Bonzionelos (2009). L'autore analizza gli effetti di pratiche specifiche e contestualizzate, relative alla formazione *cross*-culturale, su un gruppo di infermieri sauditi espatriati. Lungo simili linee si collocano due differenti casi-studio che fanno riferimento alla contestualizzazione delle pratiche GRU in particolari contesti quali il Pakistan e l'India (Sahera e Mayrhoferb, 2014; Srinivasan e Chandwani, 2014). Nel caso studio di Sahera e Mayrhoferb (2014) si analizza una società basata sulla reciprocità negli scambi, sociali e non, e sulle aspettative che essi generano. Nel contesto pakistano, tali principi influenzano le relazioni tra dipendenti e datori di lavoro. Gli effetti sono evidenti e dimostrano avere notevole impatto nelle pratiche di reclutamento e selezione, valutazione delle prestazioni e promozione. Nel caso studio di Srinivasan e Chandwani (2014) si analizza un contesto caratterizzato da grave carenza di talenti e da un'assenza di professionisti delle Risorse Umane con esperienza, che mancano di una formazione idonea a rispondere alla rapida crescita dei contesti organizzativi e. Al contrario, lenti nell'adattamento. In India, quale paese in rapida crescita, queste caratteristiche sottolineano l'esigenza di pratiche basate sull'integrazione, la selezione e il reclutamento mirati, oltre che specifici percorsi di formazione e sviluppo sia rivolti ai neo-laureati che al personale interno.

Nello studio di Boselie e colleghi (2003) l'approccio contestualizzato confronta sistemi di gestione delle RU mirati al controllo e mirati all'impegno, nonché le pratiche adottate in un'organizzazione sanitaria con quelle adottate in un hotel e in un'amministrazione pubblica. L'analisi del rispettivo impatto sulla prestazione dei dipendenti mostra che le pratiche orientate al controllo sono negativamente correlate alle assenze per malattia e rispettiva durata, mentre quelle orientate all'impegno non hanno relazione significativa con nessuno dei tre elementi di prestazione considerati (assenza per malattia, sua durata media e turnover dei dipendenti). Skálén e colleghi (2005) interpretano la contestualizzazione come processo che porta ad un significato condiviso. In uno studio di caso, essi esaminano il concetto del "coinvolgimento" durante un processo di cambiamento organizzativo, e mostrano che il mancato coinvolgimento porta al fallimento della contestualizzazione e, dunque, della generazione di un significato condiviso. Gli autori affermano che la contestualizzazione è un prerequisito per la realizzazione del sistema di GRU ma riconoscono anche l'utilità di sistemi generali e de-contestualizzati nell'avviare e indirizzare il cambiamento organizzativo.

Infine, non sono stati rintracciati studi che adottino un approccio configurazionale "puro", anche se a tal proposito va ricordato che è spesso difficile operare una netta distinzione tra l'approccio configurazionale e il più classico universalistico.

3.3 I setting di ricerca (nazionalità e professione)

Gli articoli analizzati riportano un totale di 52 studi empirici e 5 teorici (Bartram e Dowling, 2013; de Koeijer, et al., 2014; Michie e West, 2004; Townsend e Wilkinson, 2010; Tzafrir et al., 2007), con 30 analisi quantitative e 27 qualitative.

La maggior parte degli studi (16) sono stati condotti nel Regno Unito. Di questi, in nove casi sono stati intervistati campioni misti di lavoratori, tra cui anche appartenenti al gruppo dirigenziale (Buchanan, 2003, Cowling e Newman, 1994; Currie e Procter, 2001; Grimshaw et al., 2010; Hutchinson & Purcell, 2010; Hyde et al., 2009; Hyde et al., 2013; McBride e Mustchin, 2013; West et al., 2002); tre hanno coinvolto principalmente direttori delle RU e/o dirigenti (Guest e Peccei, 1994; Morris e Farrel, 2007; West et al., 2006); uno ha indagato un campione di soli infermieri (Lee, 2001); infine, in due studi i dati di interesse sono stati raccolti da un campione misto composto da dipendenti ospedalieri e da pazienti (Baluch et al., 2013; Piening et al., 2013).

Degli 8 studi condotti in Nord America, 6 fanno riferimento agli USA e 2 al Canada. Nel dettaglio, uno è stato effettuato su dati secondari incrociati con informazioni raccolte da manager RU (Hirsh & Kmenc, 2009); tre studi intervistano gruppi misti di lavoratori in svariate posizioni, di cui solo uno considera una minoranza di manager (Thomas & Lankau, 2009; Tremblay et al., 2010; Young et al., 2004); due studi si sono concentrati sulla figura degli infermieri (Armstrong-Stassen e Schlosser, 2010; Lavelle et al., 2009); uno studio riguarda le organizzazioni sanitarie in generale, in cui sono stati intervistati informatori chiave e alcuni dipendenti, in aggiunta all'osservazione diretta degli eventi (Shafter et al., 2001); uno studio si concentra sulla figura dei manager (Blum et al., 1996); infine, uno studio ha analizzato un campione misto di lavoratori, tra cui un gruppo dirigenziale, e anche residenti ospedalieri (Akdere, 2009).

In Europa, altri 8 studi sono stati condotti tra Paesi Bassi e Olanda (4), Francia (1), Svezia (1), Germania (1) e Irlanda (1). Di questi, uno studio analizza questionari compilati da manager HR (Boselie et al., 2003), uno studio analizza dottoresse (Pas et al., 2011), mentre altri 3 indagano gruppi misti di dipendenti (Bal et al., 2013; Conway e Monks, 2008; Veld et al., 2010); un articolo riporta otto studi di casi condotti attraverso interviste ai manager ospedalieri, ai rappresentanti dei lavoratori, agli assistenti di cura e ai lavoratori ospedalieri qualificati (ASH) (Mosse et al., 2010), un altro riguarda uno studio di caso che ha coinvolto amministratori, medici e infermieri (Skålén et al., 2005), infine un caso studio multiplo riporta interviste con direttori, manager e dipendenti (Piening et al., 2014).

Dei 7 studi condotti in Australia, uno ha analizzato dati provenienti dalle valutazioni del Comitato medico australiano rispetto a 465 ospedali acuti, (Townsend et al., 2013), in uno studio sono state analizzate esclusivamente le risposte di Amministratore Delegato e Direttore Generale (Rodwell & Teo, 2008), in due studi sono stati analizzati campioni di amministratori, direttori e/o manager (Bartram et al., 2007; Bartram e Leggat, 2010), uno studio si è basato su un campione di medici e paramedici (Iverson, 1996), ed infine campioni misti di gestori e amministratori, medici, infermieri e servizi di supporto compaiono in 2 studi (Ang et al., 2013; Townsend et al., 2012).

Una minoranza di studi sono stati condotti nei paesi asiatici, tra i quali Cina e Giappone (3), Vietnam (1), Taiwan (1), Pakistan (1), India (1). Tra questi, una analisi è stata condotta su infermieri (Lee e Akhtar, 2011); due ricerche su dipendenti, tra cui medici, infermieri e personale amministrativo (Takeuchi e Takeuchi, 2013; Zhang et al., 2013); uno studio intervista diverse figure ospedaliere e autorità governative (Vo e Bartram, 2012); uno studio su personale, dipendenti amministrativi e manager (Sahera, e Mayrhoferb, 2014); infine, due studi hanno coinvolto i direttori di RU e top manager (Srinivasan e Chandwani, 2014; Yang e Lin, 2009). In uno studio condotto nel territorio israeliano, sono state intervistate diverse figure ospedaliere e delle forze armate ai fini di un confronto e della validazione di una metodologia (Vashdi et al., 2007). In Arabia Saudita, uno studio è stato condotto su infermieri (Bonsionelos, 2009).

Infine, alcune ricerche hanno esaminato campioni di diverse nazionalità, in particolare confrontando: senior manager di ospedali australiani e britannici (Barnett et al., 1994), imprese

appartenenti al settore sanitario, automobilistico, IT e bancario in Usa, Canada, Germania, Giappone (Kochan et al., 1995), dipendenti in vari ruoli professionali a Malta e nel Regno Unito (Scully et al., 2013).

3.4 Quali pratiche di GRU

Dalla nostra analisi è risultato che non vi sono studi che abbiano indagato il medesimo sistema di pratiche di GRU, composto cioè dai medesimi elementi. Le pratiche considerate più frequentemente sono la *formazione* e altre pratiche di *sviluppo*. In merito alla formazione, in genere si esplora quanta considerazione essa riceve nell'unità o gruppo di lavoro, se quella ricevuta è stata di aiuto nella migliore esecuzione del lavoro, se è previsto il contributo del personale alla sua pianificazione, riportando contestualmente giudizi circa l'adeguatezza delle risorse e l'efficacia complessiva della formazione (Ang et al., 2013; Bal et al., 2013; Baluch et al., 2013; Bartram et al., 2007; Bonzionelos, 2009; Boselie et al., 2003; Blum et al., 1996; Conway & Monks, 2008; Hirsh e Kmec, 2009; Kochan et al., 1995; Piening et al., 2013; Rodwell e Teo, 2008; Srinivasan e Chandwani, 2014; Takeuchi e Takeuchi, 2013; Townsend et al., 2013; Tremblay et al., 2010; Vo e Bartram, 2012; West et al., 2006; West et al., 2002; Yang e Lin, 2009). La *valutazione e gestione delle prestazioni* è stata anch'essa indagata frequentemente chiedendo ai rispondenti la disponibilità di documenti sulle politiche di gestione della prestazione, la definizione di criteri oggettivi di valutazione e la conoscenza e condivisione di tale valutazione, la conformità con gli obiettivi e la loro chiarezza, l'equità di tali sistemi, la percentuale di persone valutate, la frequenza e tempestività della valutazione, l'opportunità di discutere i risultati ricevuti e/o il proprio lavoro (Ang et al., 2013; Armstrong-Stassen e Schlosser, 2010; Baluch et al., 2013; Bartram et al., 2007; Conway e Monks, 2008; Piening et al., 2013; Rodwell e Teo, 2008; Sahera e Mayrhoferb, 2014; Takeuchi e Takeuchi, 2013; Townsend et al., 2013; Tremblay et al., 2010; Veld et al., 2010; Vo e Bartram, 2012; West et al., 2006; West et al., 2002; Yang e Lin, 2009). Altra pratica indagata è quella inerente agli aspetti di *partecipazione, comunicazione, coinvolgimento e condivisione di informazioni*. Tra le forme più utilizzate, vi sono domande mirate ad indagare la partecipazione nel processo decisionale, il suo grado di centralizzazione, il grado di controllo su questioni attinenti alle attività lavorative, il grado di coinvolgimento dello staff di assistenza da parte di medici e l'efficacia dello scambio di comunicazioni tra le diverse parti dell'organizzazione, la disponibilità e la presenza di fonti di informazioni di tipo "bottom-up", lo spazio concesso alle opinioni del personale (Ang et al., 2013; Baluch et al., 2013; Bartram et al., 2007; Boselie et al., 2003; Conway e Monks, 2008; Kochan et al., 1995; Piening et al., 2013; Townsend et al., 2013; Tremblay et al., 2010; West et al., 2006). Un discreto numero di studi ha esaminato anche il *reclutamento* e la *selezione*, richiedendo giudizi sull'imparzialità, la trasparenza, l'equità e l'ampiezza di tali processi, sull'utilizzo di interviste strutturate durante la selezione, sugli sforzi dell'ospedale per assicurare adeguati livelli di personale, ed infine sull'adozione di un sistema di reclutamento che assicuri il giusto mix di competenze e abilità del personale per erogare cure di qualità e continuità del servizio (Ang et al., 2013; Bartram et al., 2007; Conway e Monks, 2008; Rodwell e Teo, 2008; Sahera e Mayrhoferb, 2014; Takeuchi e Takeuchi, 2013; Townsend et al., 2013; Vo e Bartram, 2012; Yang e Lin, 2009). Anche gli *incentivi, remunerazioni e ricompense* hanno avuto una notevole risonanza. Ad esempio, a riguardo, è stato chiesto se l'organizzazione abbia margine di azione per modificare i livelli di retribuzione al fine di incoraggiare i dipendenti nel raggiungimento di obiettivi strategici di lungo termine, o semplicemente il grado in cui i dipendenti possono ottenere remunerazioni legate alla prestazione (individuale o di gruppo) e la partecipazione alla condivisione dei profitti, l'equità dei sistemi salariali in base alla complessità del lavoro e la loro competitività, la presenza di altre forme di riconoscimento non monetarie come le gratificazioni in pubblico (Bartram et al., 2007; Boselie et al., 2003; Conway e Monks, 2008; Kochan et al., 1995; Rodwell e Teo, 2008; Sahera e Mayrhoferb, 2014; Takeuchi e Takeuchi, 2013; Tremblay et al., 2010; Vo e Bartram, 2012; Yang & Lin, 2009).

Pratiche mediamente analizzate fanno riferimento a procedure per la *salute e la sicurezza*, (Conway e Monks, 2008; Pas et al., 2011; Townsend et al., 2013; West et al., 2006; Yang e Lin, 2009), ai *gruppi di lavoro* (Conway & Monks, 2008; Boselie et al., 2003; Kochan et al., 1995; West et al., 2002, 2006), al *disegno e progettazione del lavoro*, tra cui programmi di rotazione sul lavoro (Bal et al., 2013; Boselie et al., 2003) e la presenza di feedback dal lavoro e la chiarezza circa le proprie responsabilità (Piening et al., 2013). In aggiunta, si citano pratiche di *pari opportunità di impiego* (Ang et al., 2013; Bartram et al., 2007; Hirsh e Kmec, 2009), le *opzioni di lavoro flessibile e pratiche accomodanti* (Armstrong-Stassen e Schlosser, 2010; Bal et al., 2013), il *supporto* (Baluch et al., 2013; Bonzionelos, 2009; Lavelle et al., 2009; Piening et al., 2013) e la *supervisione* (Bonzionelos, 2009; Boselie et al., 2003).

Pratiche non largamente analizzate fanno riferimento al *bilanciamento vita-lavoro* (Pas et al., 2011) e l'*autonomia* decisionale (Conway e Monks, 2008).

3.5 Gli indicatori di efficacia organizzativa

Numerosi indicatori di efficacia organizzativa sono stati indagati in qualità di variabili dipendenti, quindi quali conseguenze delle pratiche di gestione RU, classificabili in tre macro categorie: quelle legate al personale, quelle legate ai pazienti, e quelle legate all'organizzazione nel suo complesso.

a) Indicatori legati al personale

Volendo fornire un'analisi esaustiva delle variabili collegate al personale, quelle più frequenti si riferiscono agli *atteggiamenti* verso il lavoro e l'organizzazione, in particolare la soddisfazione (Ang et al., 2013; Bonzionelos, 2009; Piening et al., 2013; Yang e Lin, 2009; Young et al., 2004; Zhang et al., 2013) e l'impegno organizzativo (Ang et al., 2013; Armstrong-Stassen e Schlosser, 2010; Bal et al., 2013; Conway e Monks, 2008; Iverson, 1996; Takeuchi e Takeuchi, 2013; Tremblay et al., 2010; Veld et al., 2010) ma anche il coinvolgimento nel lavoro (Ang et al., 2013; Bal et al., 2013; Takeuchi e Takeuchi, 2013; Zhang et al., 2013).

In altri casi sono state indagate le percezioni individuali, in particolare del contratto psicologico (Bal et al., 2013; Conway et al., 2008; Pas et al., 2011), della giustizia procedurale (Armstrong-Stassen e Schlosser, 2010; Tremblay et al., 2010), della fiducia nell'organizzazione (Tremblay et al., 2010), del supporto ricevuto dal capo, dall'organizzazione o dal gruppo di lavoro (Armstrong-Stassen e Schlosser, 2010; Lavelle et al., 2009; Tremblay et al., 2010), dello stile di leadership (Conway et al., 2008), del clima in generale (Conway et al., 2008; Veld et al., 2010), del *fit* Persona-Organizzazione e Persona-Lavoro (Takeuchi e Takeuchi, 2013), del bilanciamento vita-lavoro (Conway et al., 2008) e del miglioramento nella qualità del lavoro (Takeuchi e Takeuchi, 2013). Tali atteggiamenti e percezioni sono tutti positivamente impattati dalle pratiche di gestione delle risorse umane, di modo che una maggiore implementazione, o una migliore qualità delle pratiche porta a maggiore soddisfazione, coinvolgimento, fiducia, ecc. Sul polo attitudinale negativo, senz'altro meno esplorato, delle conseguenze delle pratiche di gestione RU sono stati indagati l'*esaurimento emotivo*, la *depersonalizzazione*, il *sovraccarico lavorativo* e lo *stress* (Lee e Akhtar, 2011; Thomas e Lankau, 2009; Zhang et al., 2013).

Gli aspetti comportamentali sono stati esaminati sia in veste di comportamenti *in-role* sia in veste di comportamenti *extra-role*, pro-sociali e altruistici (Lee, 2001), collegati i primi alla coscienza professionale come il rispetto dell'orario e delle esigenze di lavoro, e i secondi incentrati sul coinvolgimento, lo spirito di squadra, la cortesia ed il coordinamento (Tremblay et al., 2010). Sono state considerate anche forme di socializzazione (Thomas e Lankau, 2009) e comportamenti di *cittadinanza* nei confronti di tutta l'organizzazione, dei manager e del proprio gruppo di lavoro (Lavelle et al., 2009). Infine, in un caso sono stati esaminati comportamenti volti ad ottimizzare l'uso delle proprie capacità, come le strategie di Selezione, Ottimizzazione e Compensazione (Bal et al., 2013). Il polo negativo del versante comportamentale è stato esplorato sotto forma di *turnover* e intenzioni di *turnover* dei dipendenti (Ang et al., 2013; Armstrong-Stassen e Schlosser, 2010; Baluch et al., 2013; Bonzionelos, 2009; Boselie et al., 2003; Takeuchi e Takeuchi, 2013; Yang e Lin, 2009) o di *assenze* (Boselie et al., 2003).

b) Indicatori legati ai pazienti

Tra le voci inerenti ai pazienti, emergono la civiltà dei dipendenti nei confronti del paziente e le cure di qualità; esse sono state raccolte attraverso interviste a quei pazienti che avessero trascorso almeno una notte in ospedale (Baluch et al., 2013) o come riportate dai dipendenti (Townsend et al., 2013; Veld et al., 2010; Yang e Lin, 2009; Young et al., 2004). A questi indicatori si aggiungono in taluni casi la soddisfazione dei pazienti, misurata in termini di tasso di lamentele scritte sullo staff o semplicemente basata su un questionario (Baluch et al., 2013; Piening et al., 2013), ed in altri i tassi di lealtà dei pazienti (Yang & Lin, 2009).

Altra voce relativa ai pazienti, ma oggettiva, fa riferimento ai risultati sanitari. In due studi sono stati, infatti, considerati i tassi di mortalità. L'indicatore scelto era standardizzato, e teneva sotto controllo una serie di variabili (età, sesso, durata del ricovero ospedaliero, diagnosi, ingresso programmato o in emergenza, sistemi corporei colpiti dalla malattia, numero di ricoveri con una delle quindici più gravi diagnosi e il rapporto tra decessi effettivi e numero atteso; West et al., 2002; West et al., 2006).

c) Indicatori legati all'organizzazione

Infine, alcune ricerche hanno considerato come indicatori di efficacia la prestazione organizzativa così come percepita dai dipendenti. In questi casi sono state rilevate le percezioni di efficacia organizzativa (Baluch et al., 2013; Guest e Peccei, 1994; Yang e Lin, 2009), della prestazione organizzativa comparativamente ad altre organizzazioni simili o "competitor diretti" (Rodwell e Teo, 2008), della qualità dei servizi e dell'innovazione clinica (Young et al., 2004).

L'unica variabile organizzativa oggettiva, considerata in un unico studio empirico, è la *prestazione finanziaria* operazionalizzata come redditività (Piening et al., 2013).

4. Discussione

La conformazione del settore sanitario come settore ad elevata intensità di conoscenze ed immaterialità dei servizi, la natura stessa della sua missione non-profit, e insieme le recenti e crescenti pressioni verso una gestione più efficiente e orientata ad obiettivi di natura finanziaria, spiegano la centralità del fattore umano. Tuttavia, non bisogna dimenticare che a lungo la gestione delle risorse umane è stata, laddove non trascurata, interpretata in modo burocratico in questi contesti ed associata esclusivamente a funzioni di routine come la preparazione di paghe e contributi. Le sfide che ospedali e organizzazioni sanitarie in genere si trovano oggi ad affrontare hanno solo recentemente modificato il profilo e le funzioni della direzione risorse umane, evidenziando la carenza di preparazione per gestire tanta complessità o l'obsolescenza dei modelli precedentemente adottati, e spingendo a guardare al settore privato in cerca di soluzioni e modelli nuovi (Townsend & Wilkinson, 2010). Quanto questi modelli siano applicabili ed efficaci nel settore sanitario, o quanto siano stati contestualizzati dovrà essere valutato. Noi abbiamo dato il nostro contributo attraverso questa rassegna della letteratura che ha portato a fare chiarezza su numerosi aspetti delle ricerche condotte in ambito sanitario sul tema della gestione delle risorse umane e a tratteggiare un confronto più sistematico con le esperienze raccolte in ambito privato.

Rispetto ai modelli teorici presenti nella letteratura sulla gestione delle RU nel privato, i modelli A.M.O. e dello scambio sociale sono stati testati in modo molto simile anche in ambito sanitario, guardando ad atteggiamenti e comportamenti dello staff come esiti dell'implementazione delle pratiche di GRU. Tuttavia, risulta quasi del tutto assente il clima quale meccanismo mediatore (Veld et al., 2010). Questa osservazione stimola alcune riflessioni: *in primis*, si può dedurre che lo studio delle pratiche RU in ambito sanitario si è quasi esclusivamente concentrato sul "contenuto" delle pratiche e sui loro effetti, tralasciando i "processi" attraverso cui esse sono efficaci. In linea con quanto proposto da Bowen e Ostroff (2004), le pratiche di GRU formano un contesto più o meno "forte" e visibile, che è ciò a cui le persone reagiscono. Di conseguenza, il clima organizzativo rappresenterebbe un buon indicatore di quanto il messaggio trasmesso dai sistemi di GRU venga accolto generando un significato condiviso e di quanto questo, a sua volta, influenzi atteggiamenti e comportamenti individuali (come osservato in studi di caso da Stanton et al., 2010). D'altra parte, e questa è la seconda

osservazione che ci preme condividere, nelle ricerche che indagano l'impatto delle pratiche GRU sulle risposte individuali (siano esse soddisfazione, abilità, o impegno organizzativo), è raro osservare (Ang et al., 2013; Bal et al., 2013) lo studio di influenze "cross-level": ossia dal livello organizzativo delle pratiche RU a quello individuale degli atteggiamenti e comportamenti. Molto più frequenti sono gli studi condotti interamente al livello organizzativo, aggregando le risposte dei singoli sia in riferimento alle pratiche RU sia agli atteggiamenti (Baluch et al., 2013; Piening et al., 2013). Tali disegni di ricerca rendono più difficile lo studio del clima, che per definizione è una proprietà di un gruppo (o dipartimento) e dunque non del singolo né dell'organizzazione nel suo complesso. Anche questo rispecchia l'evoluzione della ricerca in ambito privato, dove solo più recentemente si sta tentando di approfondire alcuni nessi proposti nei diversi modelli, anche aumentando la congruenza tra i livelli di analisi teorici e quelli empirici (Aryee et al., 2012; Kehoe e Wright, 2013).

Rispetto alle prospettive e i modelli teorici, abbiamo identificato una dominante presenza di prospettive universalistiche, identificabili per lo più nelle tipologie di domande e nei disegni di ricerca (Delery e Doty, 1996). L'approccio contestualizzato, come quello contingente, non ha avuto il medesimo supporto e l'approccio configurazionale è stato del tutto trascurato. Tale situazione rispecchia largamente le prospettive più utilizzate in ambito privato ed anzi verosimilmente si spiega con l'importazione dell'oggetto e delle impostazioni di studio proprio dal settore privato in cui, nonostante le differenze, molte aziende si trovano ad affrontare sfide simili che, in parte, giustificano la ricerca delle "migliori pratiche". Al contrario sorprende in ambito sanitario la minore attenzione riservata ai fattori di contesto e politici che molto influenzano le strutture sanitarie, specialmente quando queste sono strutture pubbliche. Ad oggi, dunque, con la nostra rassegna possiamo affermare che non sappiamo quali configurazioni o "bundle" di pratiche si associano più frequentemente in alcuni contesti piuttosto che in altri, e che non possiamo suggerire l'implementazione di una pratica per sopperire alla mancanza di altre poiché conosciamo solo una relazione additiva tra le pratiche.

La prevalenza della prospettiva universalistica e delle teorie fondate sul contenuto più che sul processo della GRU non sembra correlare con il setting di indagine. Contrariamente alla letteratura prodotta nel privato, quella del settore sanitario non è dominata dagli studi nord-americani, che anzi risultano sotto-rappresentati a vantaggio di paesi (soprattutto il Regno Unito) dove numerose riforme del settore sanitario a partire già dagli anni '90 hanno introdotto un nuovo modello di *governance* ispirato al managerialismo di stampo privato e noto come *New Public Management*.

Leggendo quindi i risultati in maniera globale, sembra che l'introduzione dei principi del *New Public Management*, che hanno diretto l'attenzione sia applicativo sia di ricerca verso le risorse umane, abbiano allo stesso tempo dettato un approccio universalistico simile a quello in auge nel settore privato; questa interpretazione spiegherebbe anche il perché in paesi diversi, come il Regno Unito, l'Olanda e l'Australia, si osservi una coerenza di massima per quanto attiene alle domande di ricerca. Seppur con le dovute differenze, ci sembra quindi possibile generalizzare i risultati fin qui prodotti anche al contesto italiano, poiché negli anni recenti il SSN italiano ha implementato numerosi cambiamenti organizzativi ispirati alla managerializzazione già sperimentata nel NHS inglese. Gli studi empirici condotti hanno coinvolto per lo più gruppi misti di lavoratori, dai medici alle professioni sanitarie agli amministrativi. Di nuovo, quindi, sembra corretto generalizzare i risultati, sebbene riteniamo che la scarsità di studi comparativi tra figure professionali rischi di nascondere alcune differenze importanti. Inoltre, il focus su specifiche figure professionali dovrebbe essere guidato da motivi di ordine teorico, come suggerito da Krausert (2014) a proposito della strategicità delle diverse posizioni di lavoro all'interno dei contesti organizzativi.

Infine, alcune osservazioni di dettaglio sulle pratiche di GRU maggiormente esplorate e sulle loro conseguenze. Le pratiche di GRU sono di rado esaminate singolarmente, e al contrario inserite in un contesto di "bundle"; tuttavia, solo in alcuni casi (ad esempio, Bal et al., 2013) il raggruppamento di pratiche è giustificato o ancorato ad una motivazione teorica. Quest'ultima osservazione evidenzia il fatto che spesso la ricerca si è concentrata sulle cosiddette "best practices", in linea con l'approccio universalistico prima citato, pur senza valutarne il contributo

strategico nell'accezione di Wood (1999), secondo il quale vi è contributo strategico quando le pratiche di GRU presentano un allineamento orizzontale (tra loro) e verticale (con gli obiettivi e la *mission* organizzativa). L'implementazione di un numero maggiore di pratiche di GRU, o di un certo tipo di pratiche, non necessariamente si accompagna ad una migliore prestazione organizzativa a meno che queste non siano ben integrate tra loro e rispondano a determinati obiettivi strategici.

In merito alle conseguenze delle pratiche di GRU si riscontra una prevalenza di variabili legate al personale, tra cui atteggiamenti e comportamenti, coerentemente con le teorie A.M.O. (Appelbaum et al., 2000) e degli Scambi Sociali (Blau, 1964), i quali fungono spesso da mediatori rispetto a conseguenze a più lungo raggio, anche se tali conseguenze sono di gran lunga meno rappresentate nella ricerca empirica. Ci riferiamo in particolare agli indicatori misurati dal punto di vista dei pazienti tra cui la civiltà dei dipendenti nei loro confronti e le cure di qualità; anche la soddisfazione dei pazienti è stata oggetto di indagine, così come, molto marginalmente, i risultati clinici oggettivi. La difficoltà di accedere e incrociare dati primari e secondari, nonché di identificare criteri di prestazione organizzativa confrontabili ma altamente specifici sono senza dubbio all'origine di tale lamentabile omissione, nonostante l'interesse e l'importanza delle variabili che riguardano i pazienti come indicatori della misura in cui le organizzazioni sanitarie portano a compimento la propria *mission*.

4.1 Limiti dello studio

Ci sono alcuni limiti da tenere in considerazione leggendo questa rassegna.

In primo luogo, l'analisi si è incentrata sul *ranking* internazionale stilato dall'ABS, considerando le valutazioni tra 3 e 4* (Harvey et al., 2010). Tale impostazione della ricerca ha pienamente soddisfatto la necessità di considerare ciò che l'ABS stessa definisce "*International Excellence*". In questo modo non sono state considerate riviste rispondenti a criteri minimi di qualità, corrispondenti a valutazioni inferiori al 3. Tuttavia, diversi criteri di scelta e *ranking* stilati da altre organizzazioni o Università avrebbero altrettanto diritto di cittadinanza, per cui è inevitabile sottolineare la soggettività della nostra posizione. Inoltre, è possibile che la scelta delle riviste porti con sé una parziale distorsione dei risultati relativi ai setting di ricerca e ai modelli teorici "dominanti" attraverso il cosiddetto "*publication bias*". Esiste infatti una correlazione tra provenienza geografica degli autori e probabilità di pubblicare le proprie ricerche su riviste "top", così come è possibile che riviste generaliste accettino di pubblicare ricerche condotte in sanità purché siano ampiamente generalizzabili ad altri contesti, e meno ricerche troppo specifiche.

In secondo luogo, gli studi esaminati non hanno sempre esplicitato la cornice teorica entro la quale si muovevano (ad esempio, universalistica, contingente, contestuale o configurazionale) e vi è il rischio che identificare distintivamente la loro presenza all'interno degli articoli stessi sia in parte una forzatura, legata alla scelta a monte delle nostre categorie di analisi.

Infine, trattandosi di una prima rassegna su queste tematiche nel settore sanitario, abbiamo volutamente adottato un focus ampio sulle pratiche di gestione delle RU analizzate nei diversi studi, ma in futuro potrebbe essere interessante effettuare un'analisi più puntuale di pratiche specifiche (ad esempio la formazione e lo sviluppo), che hanno particolare rilevanza nel settore.

4.2 Interrogativi aperti

L'analisi condotta porta alla luce una serie di questioni ancora aperte che possono essere considerate utili spunti per ulteriori indagini empiriche. Sebbene molte siano già state illustrate o accennate nella discussione, riassumiamo di seguito le principali tre direttrici che auspichiamo per la ricerca futura.

In primo luogo, come già anticipato, gli effetti mediatori del clima non sono stati sufficientemente esplorati. Considerato che un clima interno forte e coeso è ritenuto un fattore di mediazione tra le pratiche di GRU e la prestazione aziendale (Bowen e Ostroff, 2004), sarà interessante testare empiricamente tale assunto. Parallelamente, si incoraggia l'adozione di

disegni di ricerca più complessi che consentano di scandire gli effetti che i sistemi di GRU hanno sui singoli individui, come questi si influenzino reciprocamente, condividendo il medesimo contesto e la sua interpretazione ed, infine, come le risposte aggregate attraverso l'organizzazione influiscano sulla prestazione organizzativa.

In secondo luogo, si richiama l'attenzione sullo studio e l'individuazione di relazioni più complesse tra le diverse pratiche, che vadano oltre gli effetti additivi, coerentemente con un approccio configurazionale (Gooderham, 2008). Anche le prospettive contingente e contestuale sono state solo marginalmente indagate, e si sottolinea pertanto l'esigenza di pervenire ad un quadro più articolato dei fattori interni ed esterni alle organizzazioni sanitarie che influenzano l'implementazione e l'efficacia delle pratiche di GRU, ad esempio le dimensioni delle organizzazioni in esame, le loro strutture, gli scenari e gli avvicendamenti politici, dai quali dipendono i finanziamenti delle strutture pubbliche.

In terzo luogo, è da notare l'assenza, tra gli articoli analizzati, di studi effettuati su campioni nazionali a fronte di altri paesi europei nettamente sovra-rappresentati, come Regno Unito e Paesi Bassi. La sanità italiana rappresenta un vasto campo di ricerca, soprattutto a seguito delle riforme che hanno e stanno trasformando le organizzazioni sanitarie, portando all'interno di esse un crescente interesse per tutte quelle metodologie volte ad attrarre, selezionare, trattenere e trasformare le risorse umane. Di conseguenza ci sembra indifferibile una ricerca più sistematica che permetta ai *policy makers*, ai manager e alle figure professionali direttamente coinvolte di confrontarsi con interlocutori internazionali circa le esperienze fatte in Italia, e di valutare gli effetti (e l'efficacia) delle pratiche di GRU adottate.

4.3 Implicazioni pratiche per *policy makers* e gestori

Lo studio proposto vuole fornire anche una serie di spunti per i responsabili del servizio sanitario. Come sottolineato in precedenza, i contesti sanitari sono ambienti caratterizzati da crescente intensità competitiva e austerità finanziaria, dovendo al contempo garantire un continuo miglioramento della qualità. Uno degli obiettivi principali di tali organizzazioni riguarda la capacità di attrarre e di trattenere personale professionale, coinvolgere i medici nella gestione ospedaliera e ridurre errori ed incidenti (*near-misses*; Ramanujam e Rousseau, 2006) che incidono pesantemente sulla sicurezza e sulla soddisfazione dei pazienti e in ultima analisi sulla qualità delle cure erogate (Fanelli, 2013). Inoltre, negli ultimi venti anni, le aziende sanitarie in molti paesi hanno visto la propria struttura organizzativa avvicinarsi sempre più al sistema aziendalistico tipico dei settori privati. Il ruolo critico delle "risorse umane" nel garantire l'efficacia organizzativa non è quindi in discussione, mentre molte domande si affacciano relativamente a quale sia la migliore gestione di queste ultime.

Essenziale risulta essere la creazione di un ambiente di lavoro che aumenti la motivazione dei dipendenti, migliori le loro abilità e dia loro la possibilità di contribuire all'efficacia organizzativa. La ricerca mostra che le pratiche di GRU impattano proprio su questi aspetti (secondo la teoria A.M.O.). Formazione, sviluppo, programmazione di carriera, valutazione e incentivi sono le pratiche che maggiormente si associano a motivazione ed "engagement", e dunque costituiscono ciò che una Direzione Sanitaria può e dovrebbe offrire per mantenere alti le competenze e il morale. Inoltre, poichè i dipendenti delle strutture sanitarie sono in larga parte professionisti, con una forte identificazione con il proprio gruppo occupazionale di appartenenza, l'offerta di formazione continua e aggiornamento sembra rispondere alle loro specifiche aspettative di sviluppo. Tali pratiche, oltre ad agire direttamente sulle abilità e competenze, hanno un impatto positivo anche a causa della già citata norma della reciprocità (Gouldner, 1960). Dunque, anzichè guardare alla formazione e allo sviluppo come ad un corrispettivo, una sorta di ricompensa, per le buone prestazioni raggiunte dal personale, si consiglia di utilizzare tali pratiche come "attivatorie" di uno scambio sociale che porta a maggior coinvolgimento, soddisfazione lavorativa, impegno affettivo, comportamenti prosociali ed extra-ruolo e minore intenzione di lasciare l'organizzazione (Stanton et al., 2010). Inoltre si raccomanda di potenziare l'effetto positivo delle singole pratiche utilizzando una combinazione

di esse (*bundles*), poichè studi hanno riscontrato un potente effetto additivo tra le pratiche (West et al., 2006), e attraverso un allineamento (o fit) interno. La coerenza tra le diverse pratiche è essenziale per trasmettere chiaramente le attese dell'organizzazione evitando messaggi ambigui che ne screditano gli intenti e danno adito ad interpretazioni di carattere politico. Ad esempio, l'offerta formativa per i dipendenti dovrebbe non solo rispondere a esigenze organizzative strategiche di medio-lungo periodo bensì anche discendere dalle specifiche necessità di miglioramento della persona messe a fuoco attraverso la valutazione della prestazione, senza tralasciare l'integrazione con i piani di carriera e sviluppo che ciascuno desidera perseguire in risposta alle proprie aspirazioni. A questo scopo, la lista dei corsi di formazione offerti (o sovvenzionati) dovrebbe essere costantemente aggiornata e quelli scelti da ciascuno dovrebbero ricevere approvazione in virtù dell'integrazione con il piano di sviluppo e le esigenze di miglioramento.

Un'altra importante implicazione pratica riguarda il grado di coerenza con cui le pratiche di GRU sono implementate nei vari reparti di un ospedale, o nelle varie Unità operative. Sebbene le evidenze empiriche nel settore sanitario siano ancora limitate (Veld et al., 2010), la teoria ci informa che i processi attraverso cui le pratiche di GRU sono utilizzate determinano il clima organizzativo (Bowen & Ostroff, 2004). In quest'ottica, è importante che la gestione delle RU sia applicata in modo continuativo nel tempo e con equità e coerenza attraverso i dipartimenti, per fare in modo che i dipendenti riconoscano e interpretino le pratiche nello stesso modo (Ang et al., 2013). L'invio di un messaggio univoco tra i reparti indica ai dipendenti quali sono gli obiettivi strategici più importanti e quali i comportamenti attesi, e in ultima analisi contribuisce alla prestazione individuale e collettiva. Il mantenimento della uniformità di pratiche attraverso i dipartimenti è una sfida precipua del settore, ancor più che di altri, a causa di un paradosso che lo caratterizza. Da un lato vi è l'elevata autonomia di queste strutture e il decentramento della presa di decisioni cliniche, dall'altro vi è la spiccata centralizzazione delle decisioni gestionali che caratterizza i settori pubblici. Inoltre, spesso si rischiano discontinuità dovute piuttosto a motivazioni di ordine "politico" – in particolare alternanze ai livelli dirigenziali – che non all'efficacia delle iniziative implementate, ad esempio nei sistemi di valutazione delle prestazioni. La raccomandazione è quella di raccogliere evidenze circa i risultati prodotti, ed allo stesso tempo di ispirarsi, nella messa a punto di tali sistemi, a principi essi stessi *evidence-based* che, per tale natura, sfuggono a strumentalizzazioni o appropriazioni dell'una o dell'altra parte.

D'altra parte, vi è sempre un elemento di variabilità nell'implementazione delle pratiche di GRU che è dato dalla "linea" o dai capi diretti, che diventano possibile fonte di divaricazione tra le *policies* e le pratiche (Purcell e Hutchinson, 2007), poichè ad essi è delegata buona parte delle attività di gestione delle risorse umane nel quotidiano a fronte delle politiche definite dalla Direzione RU. I supervisor svolgono dunque un ruolo cruciale nell'inviare un messaggio coerente e nella creazione di un clima strategico, come rivela anche l'evidenza empirica raccolta nel panorama nazionale (Piscopo, 2010). La chiave per la creazione di un sistema forte di gestione delle risorse umane è incoraggiare tutti i livelli della gerarchia manageriale a "cantare la stessa canzone" (Stanton et al., 2010). Questo risulta ancora più importante nel contesto italiano, in cui nuove figure gestionali sono state introdotte (Decreti legislativi 502/92 e 229/99), ed i responsabili di reparto hanno visto ampliarsi il proprio ruolo fino ad includere funzioni cliniche, formative e manageriali (Mascia, Dello Russo, & Morandi, 2015). Simili posizioni, ampie e ad elevata responsabilità, possono essere soggette a sovraccarico e ambiguità di ruolo (Mascia et al., 2015) e vanno necessariamente preparate e sostenute nell'equipaggiarsi con gli strumenti e le competenze adatte poichè rappresentano lo snodo centrale per la gestione delle risorse umane. Si suggerisce quindi di prestare particolare attenzione all'allineamento di tali figure manageriali, attraverso i tradizionali strumenti della formazione e del coaching affinché questi leader abbiano conoscenze e competenze nella gestione delle persone; ci preme anche sottolineare come una gestione centralizzata, coerente e univoca della formazione manageriale costituisca il primo passo verso una gestione strategica delle RU, che si fonda sulla distintività, la coerenza e il consenso intorno alle pratiche messe in atto (Bowen & Ostroff, 2004). Dunque

l'omogeneizzazione della formazione manageriale con la definizione di un portfolio di competenze richieste e da acquisire attraverso corsi specifici appare irrinunciabile.

Infine, si suggerisce di considerare l'effetto differenziato che le pratiche di GRU possono avere su alcuni gruppi occupazionali e non su altri; in tal senso il principio dell'applicazione equa delle pratiche di GRU non deve essere interpretato come un'implementazione indifferenziata e "a pioggia" di strumenti e attività sempre uguali, eppure non classificabili come "migliori pratiche" se non sulla base dei risultati prodotti. È chiaro che questo si lega anche ad un'esigenza di maggiori e più approfondite evidenze empiriche che, per quanto possibile, rispecchino gli specifici contesti organizzativi. Alcune pratiche, come la delega, il coinvolgimento in fase decisionale, ma anche la valutazione, l'analisi dei fabbisogni formativi, i sistemi retributivi possono avere effetti più o meno positivi, una durata variabile in termini di efficacia, e più in generale il loro impatto può dipendere largamente dalla strategicità delle specifiche figure professionali all'interno di ogni contesto (Krausert, 2014).

Bibliografia

- Adkins J. A. (2000). Ceridian Performance Partners' President Linda Hall Whitman on Navigating Work and Life. *The Academy of Management Executive*, 14(2): 28-33. DOI:10.5465/AME.2000.3819303
- Akdere M. (2009). A multi-level examination of quality-focused human resource practices and firm performance: evidence from the US healthcare industry. *The International Journal of Human Resource Management*, 20(9): 1945-1964. DOI: 10.1080/09585190903142399
- Alcazar F., Romero-Fernandez P.M., Sánchez-Gardey G. (2005). Strategic human resource management: integrating the universalistic, contingent, configurational and contextual perspectives. *The International Journal of Human Resource Management*, 16(5): 633-659. DOI: 10.1080/09585190500082519
- Ang S.H., Bartram T., McNeil N., Leggat S.G., Stanton P. (2013). The effects of high-performance work systems on hospital employees' work attitudes and intention to leave: a multi-level and occupational group analysis. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16): 3086-3114. DOI: 10.1080/09585192.2013.775029
- Appelbaum E. (a cura di) (2000). *Manufacturing advantage: Why high-performance work systems pay off*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Armstrong-Stassen M., Schlosser F. (2010). When hospitals provide HR practices tailored to older nurses, will older nurses stay? It may depend on their supervisor. *Human Resource Management Journal*, 20(4): 375-390. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2010.00143.x
- Aycan Z., Kanungo R., Mendonca M., Yu K., Deller J., Stahl G., Kurshid A. (2000). Impact of culture on human resource management practices: A 10⁺ country comparison. *Applied Psychology*, 49(1): 192-221. DOI: 0.1111/1464-0597.00010
- Aryee S., Walumbwa F. O., Seidu E. Y., Otaye L. E. (2012). Impact of high-performance work systems on individual-and branch-level performance: test of a multilevel model of intermediate linkages. *Journal of applied psychology*, 97(2): 287-300. DOI: 10.1037/a0028116
- Bal P.M., Kooij D.T.A.M., De Jong S.B. (2013). How do developmental and accommodative HRM enhance employee engagement and commitment? The role of psychological contract and SOC strategies. *Journal of Management Studies*, 50(4): 545-572. DOI: 10.1111/joms.12028
- Baluch A.M., Salge T.O., Piening E.P. (2013). Untangling the relationship between HRM and hospital performance: the mediating role of attitudinal and behavioural HR outcomes. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16): 3038-3061. DOI: 10.1080/09585192.2013.775027
- Barnett S., Buchanan D., Patrickson M., Maddern J. (1994). Negotiating the evolution of the HR function: Practical advice from the health care sector. *Human Resource Management Journal*, 6(4): 18-37. DOI: 10.1111/j.1748-8583.1996.tb00416.x
- Barney J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of management*, 17(1): 99-120. DOI: 10.1177/014920639101700108
- Barney J., (1992). Integrating organizational behavior and strategy formulation research: A resource based analysis. In: Shrivastava P., Huff A., Dutton J. (a cura di), *Advances in strategic management*, 8(1): 39-61.
- Bartram, T., & Dowling, P. J. (2013). An international perspective on human resource management and performance in the health care sector: toward a research agenda. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16), 3031-3037. DOI: 10.1080/09585192.2013.775024
- Bartram T., Stanton P., Leggat S., Trobe L. (2007). Lost in translation: exploring the link between HRM and performance in helathcare. *Human Resource Management Journal*, 17(1): 21-42. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2007.00018.x
- Björkman I., Gooderham P. (2012). International human resource management research and institutional theory. In: Stahl G., Björkman I., Morris S. (a cura di), *Handbook of Research in International Resource Management*. Second edition. Edward Elgar Publishing, 472-488.
- Blau P. M. (1964). Exchange and power in social life. *Transaction Publishers*.
- Blum T., Milne S., Spell C. (1996). Workplace characteristics and health care cost containment practices. *Journal of Management*, 22(5): 675-701. DOI: 10.1177/014920639602200501
- Bowen D.E., Ostroff C. (2004). Understanding HRM-firm performance linkages: the role of the "strength" of the HRM system. *Academy of Management*, 29(2): 203-221. DOI: 10.5465/AMR.2004.12736076
- Boselie P., Paauwe J., Richardson R. (2003). Human resource management, institutionalization and organizational performance: a comparison of hospitals, hotels and local government. *The International Journal of Human Resource Management*, 14(8): 1407-1429. DOI: 10.1080/0958519032000145828
- Bozionelos N. (2009). Expatriation outside the boundaries of the multinational corporation: a study with expatriate nurses in Saudi Arabia. *Human Resource Management*, 48(1): 111-134. DOI: 10.1002/hrm.20269
- Brewster C. (1999). Strategic human resource management: The value of different paradigms. *Management International Review*, 39(3): 45-64. DOI: 10.1007/978-3-322-90993-0_5
- Briner, R., & Denyer, D. (2012). Systematic review and evidence synthesis as a practice and scholarship tool. In D. M. Rousseau (Ed.), *Handbook of Evidence-Based Management: Companies, Classrooms and Research*. New York University Press.
- Buchanan D. (2003). Demands, instabilities, manipulations, careers: The lived experience of driving change. *Human Relations*, 56(6): 663-684. DOI: 10.1177/00187267030566002

- Ceylan, C. (2013). Commitment-based HR practices, different types of innovation activities and firm innovation performance. *International Journal of Human Resource Management*, 24(1): 208–226.
- Cowling A., Newman K., (1994). Turning doctors into managers: An evaluation of a major NHS initiative to improve the managerial capabilities of medical consultants. *Human Resource Management Journal*, 4(4): 1-13. DOI: 10.1111/j.1748-8583.1994.tb00348.x
- Conway E., Monks K. (2008). HR practices and commitment to change: an employee-level analysis. *Human Resource Management Journal*, 18(1): 72-89. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2007.00059.x
- Currie G., Procter S. (2001). Exploring the relationship between HR and middle managers. *Human Resource Management Journal*, 11(3): 53-69. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2001.tb00045.x
- de Koeijer, R. J., Paauwe, J., & Huijsman, R. (2014). Toward a conceptual framework for exploring multilevel relationships between Lean Management and Six Sigma, enabling HRM, strategic climate and outcomes in healthcare. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(21), 2911-2925. DOI: 10.1080/09585192.2014.953974
- Delery J.E., Doty D.H. (1996). Modes of theorizing in strategic human resource management: Tests of universalistic, contingency and configurational performance predictions. *Academy of Management*, 39(4): 802-835. DOI: 10.2307/256713
- Fanelli S. (2013). Migliorare la performance delle aziende sanitarie: il contesto lavorativo infermieristico nelle neonatologie. *Mecosan*, 87: 67-80.
- Gooderham P., Parry E., Ringdal K. (2008). The impact of bundles of strategic human resource management practices on the performance of European firms. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(11): 2041-2056. DOI: 10.1080/09585190802404296
- Gouldner A. W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American sociological review*, 25(2): 161-178. DOI: 10.2307/2092623
- Grimshaw D., Rubery J., Marchington M. (2010). Managing people across hospital networks in the UK: multiple employers and the shaping of HRM. *Human Resource Management Journal*, 20(4): 407-423. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2010.00144.x
- Guest D.E., Peccei R. (1994). The Nature and Causes of Effective Human Resource Management. *British Journal of Industrial Relations*, 32(2): 219-242. DOI: 10.1111/j.1467-8543.1994.tb01042.x
- Harvey C., Kelly A., Morris H. (2010, March). *Academic Journal Quality Guide*. The Association of Business Schools. Testo disponibile al sito: [http://www.associationofbusinessschools.org/sites/default/files/combined_field_1.4.10\[1\].pdf](http://www.associationofbusinessschools.org/sites/default/files/combined_field_1.4.10[1].pdf)
- Hirsh E., Kmec J.A. (2009). Human resource structures: Reducing discrimination or raising rights awareness? *Industrial Relation*, 48(3): 512-532. DOI: 10.1111/j.1468-232X.2009.00571.x
- Huselid M.A. (1995). The impact of human resource management practices on turnover, productivity, and corporate financial performance. *Academy of Management Journal*, 38(3): 635-672. DOI: 10.2307/256741
- Huselid, M.A., Becker, B.E. (2010). Bridging micro and macro domains: Workforce differentiation and strategic human resource management. *Journal of Management*, 37(2): 421-428. DOI: 10.1177/0149206310373400
- Hutchinson S., Purcell J. (2010). Managing ward managers for roles in HRM in the NHS: overworked and under-resourced. *Human Resource Management Journal*, 20(4): 357-374. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2010.00141.x
- Hyde P., Harris C., Boaden R. (2013). Pro-social organisational behaviour of health care workers. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16): 3115-3130. DOI: 10.1080/09585192.2013.775030
- Hyde P., Harris C., Boaden R., Cortvriend P. (2009). Human relations management, expectations and healthcare: A qualitative study. *Human Relations*, 62(5): 701-725. DOI: 10.1177/0018726709103455
- Iverson R.D. (1996). Employee acceptance of organizational change: the role of organizational commitment. *The International Journal of Human Resource Management*, 7(1): 122-150. DOI: 10.1080/09585199600000121
- Jackson S.E., Schuler R.S. (1995). Understanding human resource management in the context of organizations and their environments. *Annual Review of Psychology*, 46: 237-264. DOI: 10.1146/annurev.ps.46.020195.001321
- Jiang, K., Lepak, D. P., Hu, J., & Baer J. (2012). How does human resource management influence organizational outcomes? A meta-analytic investigation of mediating mechanisms. *Academy of Management Journal*, 55(6): 1264-1294. DOI: 10.5465/amj.2011.0088
- Kehoe R.R., Wright P.M. (2013). The impact of high-performance human resource practices on employees' attitudes and behaviors. *Journal of Management*, 39(2): 366-391. DOI: 10.1177/0149206310365901
- Kochan T.A., Gittell J.H., Lautsch B.A. (1995). Total quality management and human resource systems: an international comparison. *The International Journal of Human Resource Management*, 6(2): 201-222. DOI: 10.1080/09585199500000017
- Krausert A. (2014). HRM systems for knowledge workers: Differences among top managers, middle managers, and professional employees. *Human Resource Management*, 53(1): 67-87. DOI: 10.1002/hrm.21554
- Lavelle J.J., McMahan G.C., Harris C.M. (2009). Fairness in human resource management, social exchange relationships, and citizenship behavior: testing linkages of the target similarity model among nurses in the United States. *The International Journal of Human Resource Management*, 20(12): 2419-2434. DOI: 10.1080/09585190903363748
- Lee H.-J. (2001). Willingness and capacity: the determinants of prosocial organizational behaviour among nurses in the UK. *International Journal of Human Resource Management*, 12(6): 1029-1048. DOI: 10.1080/713769686

- Lee J., Akhtar S. (2011). Effects of the workplace social context and job content on nurse burnout. *Human Resource Management*, 50(2): 227-245. DOI: 10.1002/hrm.20421
- Lindsay, C., Commander, J., Findlay, P., Bennie, M., Dunlop Corcoran, E., & Van Der Meer, R. (2014). 'Lean', new technologies and employment in public health services: employees' experiences in the National Health Service. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(21): 2941-2956. DOI: 10.1080/09585192.2014.948900
- Mascia D., Dello Russo S, Morandi F. (2015). Exploring professionals' motivation to lead: a cross-level study in the healthcare sector. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(12): 1622-1644. DOI: 10.1080/09585192.2014.958516
- McBride A., Mustchin S. (2013). Crowded out? The capacity of HR to change healthcare work practices. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16): 3131-3145. DOI: 10.1080/09585192.2013.775031
- Michie S., West M.A. (2004). Managing people and performance: an evidence based framework applied to health service organizations. *International Journal of Management Reviews*, 5-6(2): 91-111. DOI: 10.1111/j.1460-8545.2004.00098.x
- Morris, H., Harvey, C. & Kelly, A. (2009). Journal rankings and the ABS Journal Quality Guide. *Management Decision*, 47(9), pp. 1441-1451.
- Morris J., Farrell C. (2007). The "post-bureaucratic" public sector organization. New organizational forms and HRM in ten UK public sector organizations. *The International Journal of Human Resource Management*, 18(9): 1575-1588. DOI: 10.1080/09585190701570544
- Mosse P., Mehaut P., Arborio A.-M., Causse L. (2010). When flexibility diversity becomes socially acceptable: The case of the French hospital industry. *Economic and Industrial Democracy*, 32(2):181-197. DOI: 10.1177/0143831X10373284
- Nunez I. (2009). Outsourcing occupational safety and health: an analysis of the make or buy decision. *Human Resource Management*, 48(6): 941-958. DOI: 10.1002/hrm.20323
- Osterman P. (1994). Supervision, discretion, and work organization. *The American Economic Review*, 84(2): 380-384.
- Pas B., Peters P., Doorewaard H., Eisinga R., Lagro-Janssen T. (2011). Feminisation of the medical profession: a strategic HRM dilemma? The effects of family-friendly HR practices on female doctors' contracted working hours. *Human Resource Management Journal*, 21(3): 285-302. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2010.00161.x
- Pauwe J., Boselie P. (2005). HRM and performance: What next?. *Human Resource Management Journal*, 15(4): 68-83. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2005.tb00296.x
- Podsakoff, P. M., Mackenzie, S. B., Bachrach, D. G., & Podsakoff, N. P. (2005). The influence of management journals in the 1980s and 1990s. *Strategic Management Journal*, 26(5), 473-488. DOI: 10.1002/smj.454
- Pfeffer J. (1994). Competitive advantage through people. *Boston: Harvard Business School Press*.
- Piening, E. P., Baluch, A. M., & Ridder, H. G. (2014). Mind the Intended-Implemented Gap: Understanding Employees' Perceptions of HRM. *Human Resource Management*, 53(4), 545-567. DOI: 10.1002/hrm.21605
- Piening E.P., Baluch A.M., Salge T.O. (2013). The relationship between employees' perceptions of human resource systems and organizational performance: Examining mediating mechanisms and temporal dynamics. *The Journal of Applied Psychology*, 98(6): 926-47. DOI: 10.1037/a0033925
- Piscope G. (2010). L'impatto dello stile di leadership sul clima organizzativo: due indagini empiriche. *Mecosan*, 73, 107-122.
- Purcell J., Hutchinson S. (2007). Front-line managers as agents in the HRM-performance causal chain: theory, analysis and evidence. *Human Resource Management Journal*, 17: 3-20.
- Ramanujam R., & Rousseau D. M. (2006). The challenges are organizational not just clinical. *Journal of Management Behavior*, 27(7): 811-827. DOI: 10.1002/job.411
- Rodwell J., Teo S. (2008). The influence of strategic HRM and sector on perceived performance in health services organizations. *Journal of Human Resource Management*, 19(10): 1825-41. DOI: 10.1080/09585190802323934
- Root L.S., Wooten L.P. (2008). Time out for family: shift work, fathers, and sports. *Human Resource Management*, 47(3): 481-499. DOI: 10.1002/hrm.20228
- Salmela-Aro K., Mutanen P., Vuori J. (2012). Promoting career preparedness and intrinsic work-goal motivation: RCT intervention. *Journal of Vocational Behavior*, 80(1): 67-75. DOI: 10.1016/j.jvb.2011.07.001
- Srinivasan, V., & Chandwani, R. (2014). HRM innovations in rapid growth contexts: the healthcare sector in India. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(10), 1505-1525. DOI: 10.1080/09585192.2013.870308
- Scully J.W., Buttigieg S.C., Fullard A., Shaw D., Gregson M. (2013). The role of SHRM in turning tacit knowledge into explicit knowledge: a cross-national study of the UK and Malta. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(12): 2299-2320. DOI: 10.1080/09585192.2013.781432
- Saher, N., & Mayrhofer, W. (2014). The role of Vartan Bhanji in implementing HRM practices in Pakistan. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(13), 1881-1903. DOI: 10.1080/09585192.2013.863792
- Shafer R.A., Dyer L., Kilty J., Amos J., Ericksen J. (2001). Crafting a human resource strategy to foster organizational agility: A case study. *Human Resource Management*, 40(3): 197-211. DOI: 10.1002/hrm.1011
- Skälén P., Quist J., Edvardsson B., Enquist B. (2005). The contextualization of human resource and quality management: A sensemaking perspective on everybody's involvement. *The International Journal of Human Resource Management*, 16(5): 736-751. DOI: 10.1080/09585190500083095

- Stanton P., Young S., Bartram T., Leggat S.G. (2010). Singing the same song: Translating HRM messages across management hierarchies in Australian hospitals. *The International Journal of Human Resource Management*, 21(4): 567-581. DOI: 10.1080/09585191003612075
- Thanacoody, P. R., Newman, A., & Fuchs, S. (2014). Affective commitment and turnover intentions among healthcare professionals: the role of emotional exhaustion and disengagement. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(13), 1841-1857. DOI: 10.1080/09585192.2013.860389
- Takeuchi N., Takeuchi T. (2013). Committed to the organization or the job? Effects of perceived HRM practices on employees' behavioral outcomes in the Japanese healthcare industry. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(11): 2089-2106. DOI: 10.1080/09585192.2013.767059
- Thomas C.H., Lankau M. J. (2009). Preventing burnout: the effects of lmx and mentoring on socialization, role stress, and burnout. *Human Resource Management*, 48(3): 417-432. DOI: 10.1002/hrm.20288
- Toh S.M., Morgeson F.P., Campion M.A. (2008). Human resource configurations: investigating fit with the organizational context. *The Journal of Applied Psychology*, 93(4): 864-82. DOI: 10.1037/0021-9010.93.4.864
- Townsend K., Lawrence S.A., Wilkinson A. (2013). The role of hospitals' HRM in shaping clinical performance: a holistic approach. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16): 3062-3085. DOI: 10.1080/09585192.2013.775028
- Townsend K., Wilkinson A. (2010). Managing under pressure: HRM in hospitals. *Human Resource Management Journal*, 20(4): 332-338. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2010.00145.x
- Townsend K., Wilkinson A., Allan C., Work C. (2012). Mixed signals in HRM: the HRM role of hospital line managers. *Human Resource Management Journal*, 22(3): 267-282. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2011.00166.x
- Tremblay M., Cloutier J., Simard G., Vandenberghe C. (2010). The role of HRM practices, procedural justice, organizational support and trust in organizational commitment and in-role and extra-role performance. *The International Journal of Human Resource Management*, 21(3): 405-433. DOI: 10.1080/09585190903549056
- Tung R. L. (2004). China's leading Internet guru Charles Zhang, chairman of SOHU.com Inc., on how the Internet has changed the world's most populous nation. *Academy of Management Executive (Percep)*, 18(4): 143-151. DOI: 10.5465/AME.2004.15268751
- Tzafir S. S., Meshoulam I., Baruch Y. (2007). HRM in Israel: New challenges. *The International Journal of Human Resource Management*, 18(1): 114-131. DOI: 10.1080/09585190601068425
- Vashdi D., Bamberger P. (2007). Briefing-debriefing: Using a reflexive organizational learning model from the military to enhance the performance of surgical teams. *Human Resource Management*, 46(1): 115-142. DOI: 10.1002/hrm.20148
- Veld M., Paauwe J., Boselie P. (2010). HRM and strategic climates in hospitals: does the message come across at the ward level?. *Human Resource Management Journal*, 20(4): 339-356. DOI: 10.1111/j.1748-8583.2010.00139.x
- Vo A., Bartram T. (2013). The adoption, character and impact of strategic human resource management: A case study of two large metropolitan Vietnamese public hospitals. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(18), 3758-3775. DOI: 10.1080/09585192.2012.665069
- Welbourne T.M., Andrews S.B., Andrews A.O. (2005). Back to basics: Learning about employee energy and motivation from running on my treadmill. *Human Resource Management*, 44(1): 55-66. DOI: 10.1002/hrm.20040
- West M.A., Borrill C.S., Dawson J.F., Scully J., Carter M., Anelay S., et al. (2002). The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals. *The International Journal of Human Resource Management*, 13(8):1299-1310. DOI: 10.1080/09585190210156521
- West M.A., Guthrie J.P., Dawson J.F., Borrill C.S., Carter M. (2006). Reducing patient mortality in hospitals: The role of human resource management. *Journal of Organizational Behaviour*, 27(7): 983-1002. DOI: 10.1002/job.396
- Willemyns M., Gallois C., Callan V. (2003). Trust me, I'm your boss: Trust and power in supervisor-supervisee communication. *The International Journal of Human Resource Management*, 14(1): 117-127. DOI: 10.1080/09585190210158547
- Wood, S. 1999. Human resource management and performance. *International Journal of Management Reviews*, 1(4): 367-413. DOI: 10.1111/1468-2370.00020
- Yang C., Lin C.Y. (2013). Does intellectual capital mediate the relationship between HRM and organizational performance? Perspective of a healthcare industry in Taiwan. *The International Journal of Human Resource Management*, 20(9): 1965-1984. DOI: 10.1080/09585190903142415
- Young G.J., Charns M.P., Heeren T.C. (2004). Product-line management in professional organizations: An empirical test of competing theoretical perspectives. *Academy of Management Journal*, 47(5): 723-734. DOI: 10.2307/20159614
- Zhang M., Zhu C.J., Dowling P.J., Bartram T. (2013). Exploring the effects of high-performance work systems (HPWS) on the work-related well-being of Chinese hospital employees. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16): 3196-3212. DOI: 10.1080/09585192.2013.775026

Tabella 1. Riviste consultate e articoli selezionati per la rassegna

AREA "GENERAL MANAGEMENT"									
RIVISTE	RANKING	ARTICOLI REPERITI	ESCLUSI	ARTICOLI TENUTI	RIVISTE	RANKING	ARTICOLI REPERITI	ESCLUSI	ARTICOLI TENUTI
Academy of Management Review	4*	0	0	0	British Journal of Management	4	0	0	0
Academy of Management Journal	4*	1	0	1	California Management Review	3	0	0	0
Administrative Science Quarterly	4*	0	0	0	MIT Sloan Management Review	3	0	0	0
Journal of Management	4	1	0	1	International Journal of Management Reviews	3	1	0	1
Journal of Management Studies	4	1	0	1	Academy of Management Perspectives	3	2	2	0
Harvard Business Review	4	0	0	0	Journal of Management Inquiry	3	0	0	0
TO TALI AREA "GENERAL MANAGEMENT"						6	2	4	
AREA "HUMAN RESOURCE MANAGEMENT AND EMPLOYMENT STUDIES"									
RIVISTE	RANKING	ARTICOLI REPERITI	ESCLUSI	ARTICOLI TENUTI	RIVISTE	RANKING	ARTICOLI REPERITI	ESCLUSI	ARTICOLI TENUTI
Human Resource Management	4	8	2	6	Gender, Work and Organization	3	0	0	0
Industrial Relations: A Journal of Economy and Society	4	1	0	1	European Journal of Industrial Relations	3	0	0	0
British Journal of Industrial Relations	4	1	0	1	International Labour Review	3	0	0	0
Work, Employment and Society	4	0	0	0	Economic and Industrial Democracy	3	1	0	1
Industrial and Labor Relations Review	3	0	0	0	New Technology, Work and Employment	3	0	0	0
International Journal of Human Resource Management	3	30	2	28	Human Resource Management Journal	3	12	0	12
Work and Occupations	3	0	0	0	Industrial Law Journal	3	0	0	0
TO TALI AREA "HUMAN RESOURCE MANAGEMENT AND EMPLOYMENT STUDIES"						53	4	49	
AREA "PSYCHOLOGY"									
RIVISTE	RANKING	ARTICOLI REPERITI	ESCLUSI	ARTICOLI TENUTI	RIVISTE	RANKING	ARTICOLI REPERITI	ESCLUSI	ARTICOLI TENUTI
Personnel Psychology	4	0	0	0	Journal of Occupational and Organizational Psychology	4	0	0	0
Organizational Behavior and Human Decision Processes	4	0	0	0	Journal of Behavioral Decision Making	3	0	0	0
Psychological Bulletin	4	0	0	0	Journal of Occupational Health Psychology	3	0	0	0
Psychological Review	4	0	0	0	European Journal of Social Psychology	3	0	0	0
Journal of Applied Psychology	4	1	0	1	British Journal of Social Psychology	3	0	0	0
Journal of Organizational Behavior	4	1	0	1	British Journal of Psychology	3	0	0	0
Annual Review of Psychology	4	0	0	0	Ergonomics	3	0	0	0
Journal of Personality and Social Psychology	4	0	0	0	Personality and Individual Differences	3	0	0	0
Journal of Experimental Social Psychology	4	0	0	0	Human Factors: Journal of Human Factors and Ergonomics Society	3	0	0	0
Personality and Social Psychology Bulletin	4	0	0	0	Human Performance	3	0	0	0
Journal of Vocational Behavior	4	1	1	0	International Journal of Selection and Assessment	3	0	0	0
Quarterly Journal of Experimental Psychology	4	0	0	0	International Review of Industrial and Organizational Psychology	3	0	0	0
Psychological Science	4	0	0	0					
Journal of Experimental Psychology: Applied	4	0	0	0					
Journal of Consumer Psychology	4	0	0	0					
TO TALI AREA "PSYCHOLOGY"						3	1	2	
AREA "ORGANIZATION STUDIES"									
RIVISTE	RANKING	ARTICOLI REPERITI	ESCLUSI	ARTICOLI TENUTI	RIVISTE	RANKING	ARTICOLI REPERITI	ESCLUSI	ARTICOLI TENUTI
Organization Science	4*	0	0	0	Research in Organizational Behavior	3	0	0	0
Organization Studies	4	0	0	0	Organizational Research Methods	3	0	0	0
Leadership Quarterly	4	0	0	0	Group and Organization Management	3	0	0	0
	4	2	0	2	Organization	3	0	0	0
Human Relations					Organizational Dynamics	3	0	0	0
TO TALI AREA "ORGANIZATION STUDIES"						2	0	2	

Tabella 2. Principali risultati per area di indagine

Modelli teorici	L'efficacia delle pratiche RU viene spiegata facendo ricorso a due principali modelli teorici, quello A.M.O. (abilità, motivazioni, opportunità) e quello dello scambio sociale. Solo un articolo su 56 ha elucidato l'azione delle pratiche RU nel creare un clima condiviso.
Prospettive di ricerca	In netta predominanza l'approccio universalistico (31 su 56) che mira, così come nel settore privato, a evidenziare relazioni di causa-effetto tra pratiche RU e criteri di efficacia organizzativa "universalmente" valide – dunque limitata contestualizzazione delle pratiche e dei meccanismi attraverso cui queste conducono ad una prestazione (individuale e poi collettiva) superiore.
Setting di ricerca	Prevalentemente Britannici (16 studi su 49 empirici, 33%), e comprendenti diverse figure professionali (medici, infermieri, posizioni amministrative). Tuttavia, rari i confronti tra gruppi occupazionali.
Quali pratiche HR	Formazione e sviluppo sono le pratiche più frequentemente indagate (20 studi), seguite dalla valutazione delle prestazioni (16 studi). Da segnalare che, trattandosi di studi in cui per lo più sono stati intervistati i dipendenti, si tratta di percezioni individuali delle pratiche RU. Raramente le pratiche RU sono state misurate in termini di "presenza/assenza", come invece agli esordi dell'interesse per la gestione strategica delle RU nel settore privato.
Quali indicatori di efficacia organizzativa	La grande maggioranza degli studi (33) ha considerato almeno una variabile legata ai dipendenti, quali atteggiamenti verso il lavoro o comportamenti. In alcuni casi queste mediano la relazione tra l'implementazione di pratiche RU e risultati organizzativi, come qualità delle cure e soddisfazione dei pazienti. Sebbene spesso provenienti da fonti diverse di informazione (ad es., i pazienti) anche questi sono indicatori <i>self-report</i> e raramente oggettivi.