UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II
DIPARTIMENTO DI STUDI UMANISTICI

CORSO DI DOTTORATO IN MIND, GENDER AND LANGUAGE XXXV CICLO

COORDINATORE Prof. Dario Bacchini

"IL VALORE PSICOSOCIALE NEL VALUE-BASED HEALTHCARE: COSTRUZIONE E VALIDAZIONE DI UN NUOVO STRUMENTO DI MISURA"

"PSYCHOSOCIAL VALUE IN VALUE-BASED HEALTHCARE: CONSTRUCTION AND VALIDATION OF A NEW MEASURE"

CANDIDATA

Leda Marino

TUTOR

Prof.ssa Vincenza Capone

Anno accademico 2021/2022

Indice

Abstract 5

Premessa 6

Capitolo 1. La cultura organizzativa 9

1.1. Introduzione 9

1.2 Origini ed evoluzione della cultura organizzativa 9

1.3 La cultura nelle organizzazioni complesse 22

1.4 I valori in psicologia 27

1.5 I valori in psicologia del lavoro e delle organizzazioni 32

1.6 I valori e la cultura organizzativa 35

Capitolo 2. La prospettiva economica del valore: dagli studi classici al Value-Based Healthcare 38

2.1 Introduzione 38

2.2 Evoluzione del concetto di valore in economia e marketing 38

2.3 Il Value-Based Healthcare 44

2.3.1 Introduzione 44

2.3.2 Value-Based Healthcare: struttura e processo 45

2.3.3 Value-Based Healthcare: Italia 50

2.3.4 Value-Based Healthcare: scenario europeo 55

2.3.5 Value-Based Healthcare: scenario extra-europeo 61

2.4 Conclusioni 65

Capitolo 3. La dimensione psicosociale del Value-Based Healthcare: Una rassegna della letteratura 67

3.1 Introduzione 67

3.2 Metodo 67

3.3 Risultati 69

3.3.1 Area 1: Catene di valore in sanità 92

3.3.2 Area 2: Stili, attività e pratiche di co-creazione di valore in sanità 95

3.3.3. Area 3: Co-creazione di valore nel processo di incontro 106
3.3.4 Area 4: Co-creazione di valore nei servizi sanitari preventivi 113
3.4 Discussioni e conclusioni 115
Capitolo 4. Uno studio qualitativo propedeutico alla costruzione dello strumento 120
4.1 Introduzione 120
4.2 Metodo 122
4.2.1 Caratteristiche dei partecipanti 122
4.3 Risultati 124
4.4. Discussioni e conclusione 127
Capitolo 5. Costruzione e validazione di uno strumento sul value-based healthcare in una prospettiva psicosociale 129
5.1 Introduzione 129
5.2 Formulazione e descrizione delle aree della Scala sul Valore Percepito in Sanità 129
5.2.1 Letteratura a supporto dell'Area Individuale 131
5.2.2 Letteratura a supporto dell'Area Relazionale 136
5.2.4 Letteratura a supporto dell'Area Organizzativa 140
5.3 Pre-test quantitativo dello strumento di misura: analisi fattoriale esplorativa 142
5.3.1 Procedure 142
5.3.2 Metodo 143
5.3.3 Risultati 144
5.3.4 Conclusioni 145
Capitolo 6. Proprietà psicometriche e stabilità fattoriale dello strumento 147
6.1 Introduzione 147
6.2 Costrutti considerati in relazione alla Scala del Valore Percepito in Sanità 147
6.3 Caratteristiche dei partecipanti 151
6.4 Risultati della nuova analisi fattoriale esplorativa 153
6.5 Analisi fattoriale confermativa: metodo e risultati 162
6.5.1 Metodo 162

6.5.2 Risultati 163
6.6. Valore percepito in sanità e differenze di genere 164
6.7 Validità Convergente e Divergente 167
6.8 Conclusioni generali e limiti del lavoro 173
6.9 Implicazioni pratiche 177
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI 178
APPENDICE A 191
SCALA DEL VALORE PERCEPITO IN SANITA' VERSIONE A 52 ITEM 191
APPENDICE B- SURVEY COMPLETA 195
APPENDICE C ULTERIORI IMMAGINI 201
Ringraziamenti 204

Abstract

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di costruire a validare uno strumento di misura volto a rilevare il Value-Based Healthcare in un'ottica psicosociale, mediante una struttura fattoriale e sua tenuta confermativa ed evidenziando eventuali differenze di genere. Al fine di costruire lo strumento è stata svolta una analisi della letteratura scientifica; in seguito, con una metodologia qualitativa, è stato implementato uno studio propedeutico alla formulazione della aree da indagare e al *wordering* degli item. Successivamente alla costruzione della scala sono stati effettuati, con metodologia quantitativa, un pre-test con analisi fattoriale esplorativa e uno studio di validazione mediante le analisi fattoriali esplorativa e confermativa. Sono state incluse alcune misure volte a testare la validità convergente e divergente dello strumento e sono emerse differenze di genere tra uomini e donne. Lo studio era rivolto a medici ospedalieri. I risultati mirano a colmare la lacuna presente nella letteratura scientifica in merito ad una prospettiva psicosociale del *Value* e a identificare elementi utili a sostegno dei valori che in sanità, quale veicolo della cultura organizzativa, possono contribuire ad esiti organizzativi positivi. Sul finire del lavoro sono illustrati i principali limiti della ricerca.

Abstract

This work aims to construct and validate a measurement to assess Value-Based Healthcare in a psychosocial perspective, by using a factorial structure and its confirmatory fit and highlighting potential gender differences. In order to construct the tool, an analysis of the scientific literature was carried out; then, using a qualitative methodology, a study was implemented in order to formulate the areas to be surveyed and the wording of the items. Subsequently, a pre-test with exploratory factorial analysis and a validation study using exploratory and confirmatory factorial analysis were carried out, using quantitative methodology. Measures were included to test the convergent and divergent validity and gender differences between males and females emerged. The study was targeted to hospital doctors. The results aim to fill the gap in the scientific literature regarding a psychosocial perspective of *Value* and to identify useful elements to value that in healthcare, as a vehicle of organisational culture, can contribute to positive organizational outcomes. At the end, main work's limitation are outlined.

Premessa

Il tema da cui prende via questo lavoro è il Value-Based Healthcare e la necessità di una "sua" ottica psicosociale. Il framework di matrice economica si rivolge alle organizzazioni sanitarie con i loro processi di spesa in relazioni agli esiti clinici della popolazione. Dalla prospettiva di chi scrive, in tal senso l'organizzazione sanitaria è un istituto di cura. Manca una lente d'ingrandimento su ciò che rende realmente una organizzazione tale: la cultura. Benchè quest'ultima non sia monetizzabile, il tentativo di indagarla quantitativamente può avere ricadute positive sugli esiti di cura e dunque sulla spesa sanitaria stessa. Per triplice ripartizione, la cultura organizzativa composta da artefatti, valori e assunti di base, risulta difficilmente indagabile nel suo complesso. Dunque, la scelta è stata quella di attestarsi sul livello intermedio del visibile, ovvero i valori in sanità, in parallelo alla sponda offerta da una sanità basata sul valore economico, ovvero il Value-Based Healthcare. Tale scelta, operata poco prima dell'avvento della pandemia da COVID-19 porta con sé una fortuna e una sfortuna insieme, inevitabilmente legate alla contingenza. Se da un lato è divenuta progressivamente pressante l'esigenza di occuparsi degli sprechi economici in sanità, già tracciati prima dell'emergenza sanitaria e attualmente prioritari per chi gestisce i sistemi di cura (Value-Based Healthcare News, 5 dicembre 2022) dall'altro, in epoca pre-pandemica, il presente lavoro era stato pensato in un mondo senza restrizioni né limitazioni, con prassi e procedure consuete che dal Marzo 2020 non sono più esistite. L'obiettivo per gli studi qualitativi era quello di intervistare operatori ed utenti all'interno delle strutture sanitarie, con griglia per un'intervista semi-strutturata tenendo conto dei risultati della rassegna sistematica della letteratura. La scala di misura oggetto di validazione, poi, intendeva "mappare" alcuni ospedali campani in quanto organizzazioni. Con l'avvento del Coronavirus vi è stata l'impossibilità di accedere a qualsiasi tipo di struttura sanitaria e raggiungere il target delle professioni sanitari, nello specifico i medici ospedalieri, si è rivelato talvolta impossibile. Dunque, riformulare in corsa, adattarsi ai cambiamenti, una profezia e un paradosso per chi fa ricerca in un'ottica organizzativa considerando che nulla, in tale ambito, può essere pensato al di fuori della contingenza.

Come tracciato lungo i capitoli, è stato operato un cambio di rotta propedeutico al proseguimento efficace del lavoro di ricerca per cui il nucleo di partenza risiede nella rassegna della letteratura volta a cogliere quali, e se presenti, aspetti psicosociali legati al Value fossero potenzialmente emersi dalla letteratura economica e di marketing. In seguito, è stato svolto uno studio qualitativo propedeutico all'identificazione delle aree da indagare e alla formulazione degli item. Successivamente, mediante analisi fattoriale esplorativa è stato svolto un pre-test degli item. La struttura fattoriale della scala si è presentata da subito bi-dimensionale, modello mantenuto anche nelle successive analisi fattoriali esplorativa e confermativa realizzate su un numero di partecipanti più elevato. Inoltre, sono state testate le validità convergente e divergente e dello studio e sono emerse differenze di genere, queste ultime ulteriore obiettivo del presente lavoro.

Man mano che il lavoro è andato avanti, chi scrive ha compreso che numerosi studi si erano concentrati sulla carenza degli aspetti da indagare: è la stessa letteratura di prospettive differenti da quella psicosociale a sottolineare, in più sedi, la necessità di un approccio multidisciplinare e slegato dai soli aspetti di efficacia economica per il valore in sanità. Non si può non considerare che mentre la letteratura evidenzia tali necessità, dall'altro lato siamo in un'epoca di disumanizzazione migrante (proprio nel senso di spostamento dalla sede abituale) a più livelli sociali (CENSIS, 2 dicembre 2022).

Da una prospettiva psicologica organizzativa la cultura è composta dai suoi attori che la co-costruiscono portando con sé i propri valori. E, in un'ottica di spillover, concentrarsi sui medici ospedalieri ha delle ricadute anche sugli esiti che essi riescono a co-produrre con la propria utenza sanitaria. Ma cos'è valore in sanità per i medici? E quali sono gli aspetti da tenere in considerazione per supportare la creazione di processi di valore che influiscano positivamente sugli esiti organizzativi in termini di relazione e outcome di cura e che, necessariamente, comportano benefici anche alla spesa sanitaria?

La ricerca condotta presso la cattedra di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni lungo il triennio di dottorato in Mind, Gender and Language per il ciclo XXXV si propone di rispondere, in qualche modo, e approfondire proprio gli aspetti sopracitati: contribuire alla comprensione degli elementi che comportano la percezione psicosociale di valore nei medici, al di là degli aspetti economici, intendendo il valore come un aspetto costitutivo della cultura organizzativa. Sul piano empirico, ciò si è tradotto nella costruzione e nella

validazione di uno strumento costruito ad hoc per la misurazione della percezione di valore in ottica psicosociale dei medici ospedalieri.

Capitolo 1. La cultura organizzativa

1.1. Introduzione

Romano (2006) sostiene che l'organizzazione è composta, contemporaneamente, sia da elementi di imprevedibilità (corsi di decisioni e azioni che l'individuo mette in atto) che da elementi di regolarità (quali tratti ripetitivi e relativamente stabili che l'organizzazione pone a sé stessa al fine di mantenere un equilibrio). Ora, tale simultaneità, vede gran parte del suo essere nelle persone.

L'organizzazione, infatti, è in primis l'insieme delle persone che pongono obiettivi comuni in uno specifico contesto ponendo una matrice essenzialmente relazionale. Infatti, è stato sostenuto (Barnard, 1938; Pace, 1983; Vecchio, 2018, p. 21) che l'organizzazione è una rete di comunicazione per cui vi è un complesso mantenimento di relazioni entro il quale ha ruolo principe lo scambio di significati. Quindi, l'organizzazione costruisce e lo fa mediante la sua componente umana.

Ma cosa costruisce? la Cultura Organizzativa. Le organizzazioni, infatti, sono culture (Frost *et al.*, 1991; Alvesson e Berg, 1992; Brown, 1998; Martin, 2002; Avallone e Farnese, 2005; Martin, Frost e O'Neill, 2006; Alvesson, 2013; Benozzo e Piccardo, 2018) ovvero «[…] forme espressive, insiemi di significati condivisi e socialmente costruiti all'interno dei quali sistemi strutturati di simboli condizionano comportamenti, pensieri, emozioni, azioni dei soggetti e, più in generale, la vita organizzativa (Gagliardi e Monaci, 1996)» (Benozzo, Piccardo, 2018, p. 56). La cultura organizzativa è, dunque, il prodotto di idee, pensieri, valori delle persone che fanno parte, e che hanno fatto parte, dell'organizzazione, che seguitano ad operare nel presente. Di seguito, saranno presentati i principali aspetti teorici della cultura organizzativa.

1.2 Origini ed evoluzione della cultura organizzativa

La visione descritta nell'introduzione è propria dell'approccio culturale che, tra la fine degli anni Settanta e l'inizio degli anni Ottanta del secolo novecento, rivoluziona una visione razionalista e neopositivista che intendeva i fenomeni quali oggettivi e quantitativi, giungendo a risultati di ricerca deludenti (Hatch, 2006; Benozzo e Piccardo, 2018). L'approccio culturale o "simbolico-interpretativo" (Hatch, 2006; Benozzo e Piccardo, 2018) è stato favorito da un flusso di innovazione che ha visto, da un lato, la

pubblicazione nel 1979 su *Administrative Science Quarterly*[1] di uno *special issue* che tracciava le traiettorie della nuova visione culturale applicata alle organizzazioni e dall'altro, la crisi delle aziende occidentali all'irrompere della concorrenza orientale sui mercati internazionali, specialmente del Giappone che aveva fatto leva proprio sulla cultura (partendo dalla base culturale collettivista che lo caratterizza) per il successo delle proprie organizzazioni. Inoltre, sono anni in cui, socio-culturalmente, il lavoro non può più prescindere dalla persona che lo attua. Le organizzazioni rappresentano, coinvolgono, esprimono l'individuo che le abita e ogni *setting* è culturalmente situato. Ciò, sottolineano Benozzo e Piccardo (2018) non può non essere oggetto dell'attenzione dei ricercatori e degli attori organizzativi che assumono l'approccio simbolico-interpretativo quale propria chiave di lettura a fronte di quel razionalismo che aveva guardato ai fenomeni organizzativi come scevri di componenti qualitative, sia nella metodologia che in riferimento alla vita delle persone.

Gagliardi e Monaci (1997, p. 190) sostengono che «adottare una prospettiva simbolico-culturale nello studio delle organizzazioni significa, in generale:

concepire le organizzazioni come *artefatti sociali collettivamente costruiti e continuamente ricreati*

attraverso processi di interazione, comunicazione e negoziazione intersoggettiva;

analizzare l'influenza esercitata dalle attività di sense-making di attori occupanti posizioni cruciali nella struttura organizzativa, riconoscendo ad esempio il *ruolo simbolico del management*;

affidarsi a metodi e strumenti di ricerca essenzialmente *qualitativi*, in grado di promuovere la particolare sensibilità interpretativa.

I gruppi sono culture. Ce lo insegna l'antropologia culturale che insieme alla sociologia precede il "nostro" Edgar Schein (1983; 1984; 1985), nell'attribuzione delle culture ai gruppi organizzativi.

La sociologia, tra gli altri, vede il contributo fondamentale del Professor Philip Selznick (1919-2010) quale noto autore di teoria organizzativa. Selznick si interroga sull'idea di cultura negli studi organizzativi e del ruolo della cultura organizzativa per il

[1] Istituita nel 1956, è una rivista accademica *peer-rewied* dedicata agli studi organizzativi edita da SAGE Publications per la "Samuel Curtis Johnson Graduate School of Management" della Cornell University.

benessere dei lavoratori, tanto da definire la cultura organizzativa il “carattere” dell’organizzazione stessa.

Storicamente, l'occasione per Selznick avviene con una serie di ricerche condotte presso la TVA[2]. L'interesse per l'organizzazione nascente e per il suo programma agricolo porta alla pubblicazione di alcune riflessioni (*An Approach to a Theory of Bureaucracy*, 1943; *Foundation of a Theory of Organization*, 1949) che trovano sistematizzazione nel saggio *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation* (1957; 2011). Nel 1948, Selznick afferma che «le strutture formali delle organizzazioni formali non riescono mai a conquistare le dimensioni non razionali del comportamento organizzativo» (Selznick, 1948, p. 25). Su tale citazione, dirà Maguire (2003, p. 231), che il professore restò affascinato dal paradosso per cui le organizzazioni sono create per l'azione razionale, ma non riescono mai a conquistare elementi non razionali del comportamento organizzativo perché sono «inevitabilmente incorporate in una matrice istituzionale» (Selznick, 1948, p. 25). E nel 1957, sarà concettualizzata la dimensione duplice che dobbiamo a Selznick (Benozzo e Piccardo, 2018, p. 56): *organizzativa* e *istituzionale*, «due dimensioni analizzabili separatamente ma, tra loro, fenomenologicamente intrecciate» (*ibidem*). La dimensione organizzativa è lo strumento attraverso il quale sono raggiunti gli obiettivi preposti. La dimensione istituzionale, invece, fa ricorso a quei caratteri meno razionali che Selznick aveva anticipati. È definita come "naturale" e "adattiva", scaturisce dai bisogni della persona e dalle componenti sociali che la persona abita. Secondo Selznick, quindi, l'organizzazione diviene un'istituzione quando «s'impregna di valori» (1957, p. 24; Benozzo e Piccardo, 2018, p. 59). L'istituzionalizzazione è, dunque, un processo che si costruisce lungo il corso del tempo e rispecchia la storia dell'organizzazione composta dai gruppi che ne fanno parte e di cui sono incorporati gli interessi e i modi in cui si sono adattati all'ambiente, «"istituzionalizzazione" significa *infondere valori* al di là delle esigenze tecniche del compito immediato» (1957, p. 24; Benozzo e Piccardo, 2018, p. 59). L'organizzazione ha, quindi, degli aspetti unici e irripetibili derivati da chi la abita, assume un carattere così come è nell'identità dell'individuo, una cui parte rilevante è l'identità professionale.

[2] La Tennessee Valley Authority (TVA; Autorità della valle del Tennessee), istituita dal Congresso degli Stati Uniti d'America del 1933, è un ente preposto alla gestione della navigazione, al controllo delle piene, alla produzione di energia elettrica e quelladi fertilizzanti nella Valle del Tennessee (regione che fu fortemente colpita dalla Grande Depressione) e, più globalmente, è intesa quale agenzia di sviluppo economico e modernizzazione.

Questo carattere è distintivo di un'impresa e l'organizzazione intesa come insieme di persone acquisisce il proprio carattere diventando una istituzione con valori propri e riconoscendo il ruolo attivo delle persone che costruiscono il carattere e, quindi, la cultura della propria organizzazione rendendola strumento di esperienze collettive, ora di successo ora di conflitto. Successivamente, le basi poste dall'approccio culturale sociologico subiscono una battuta d'arresto per riemergere con gli studi di Linda Smircich (1983) che distingue tre modi mediante i quali intendere la cultura organizzativa[3]:

- come variabile indipendente esterna all'organizzazione per cui, ad es., si verifica un fenomeno di "colonizzazione" secondo cui le aziende che si spostano in nuovi territori tendono ad imporre la propria cultura d'impresa per autolegittimarsi;
- come variabile dipendente interna all'organizzazione, per cui la cultura organizzativa è gestita dai vertici;
- come metafora di base (root metaphor), la metafora di un organismo vivente che indica ciò che l'organizzazione è. L'organizzazione è cultura che nasce dall'interazione tra le persone.

Secondo Benozzo e Piccardo (2018) i teorici che intendono la cultura organizzativa quale variabile indipendente (quindi esterna) ritengono norme e valori come «costruiti dal contesto istituzionale e fatti propri dall'organizzazione attraverso processi di isomorfismo istituzionale» (p. 59). Le regole che derivano dai processi, ispirate alla razionalità, si esprimono, ad esempio, nei manuali rivolti alla sicurezza o ai test di selezione del personale. Meyer e Rowan (1977) hanno parlato, in tale contesto, di "cerimonialismo istituzionale" per indicare quell'uniformarsi delle organizzazioni a riti, pratiche già date e socialmente legittimate al fine di ricevere approvazione sociale che, però, penalizza l'armonia interna (Benozzo e Piccardo, 2018). Quando, invece, la cultura organizzativa è intesa come variabile dipendente interna all'organizzazione il focus è sulla gestione (Agyris, 1957; Bennis, 1969; Benozzo e Piccardo, 2018) e risulta imposta dalla leadership. Se la cultura organizzativa è intesa, infine, quale metafora di base

[3] Inoltre, l'autrice illustra le quattro funzioni della cultura organizzativa: Mezzo per la costruzione dei significati; Stabilità del sistema sociale; Impegno collettivo; Identità organizzativa (Smircich L., 1983. Concepts of Culture and Organizational Analysis.*Administrative Science Quarterly*, p. 339-358. Tratto da: Kreitner R. e Kinicki A., 2004. Comportamento Organizzativo. Apogeo,pp. 76-77).

l'organizzazione stessa è, in primis, cultura. Tale cultura traspare dalle modalità di agire dei membri che la co-costruiscono ed è definibile come una cornice di significati (Piccardo, 1992, p. 28; Benozzo e Piccardo, 2018, p.60). Ed è la metafora di base che si rifà, più di altre accezioni, al contributo antropologico poiché non prescinde dall'essere umano e, come sostenuto da Schwartz (1990) non nega le differenze ma le concepisce come ricchezze.

La psicologia dà il suo contributo decisivo con il professor Schein[4]. Alcuni passi delle sue opere (Coming to a New Awarness of Organizational Culture, 1984; The role of the Founder in Creating Organizational Culture, 1983) sono divenuti nel tempo dei veri e propri trattati sulla cultura delle organizzazioni (Gagliardi, 1986, p.395). Il professor Schein ritiene "infido" il livello manifesto e visibile della cultura organizzativa (layout degli uffici, abbigliamento, architettura, comportamenti visibili) poiché se da un lato si coglie immediatamente dall'altro la logica chi gli sottostà è indecifrabile (Schein, 1984).

Perché un dato gruppo si comporta in quel modo? Schein (1984,1985) risponde che ad un primo livello di comprensione si cercano i valori che regolano un determinato comportamento poiché rispetto alle manifestazioni osservabili essi rendono un maggiore livello di consapevolezza. I valori però, sono ostici da cogliere e lo stesso Schein si rifà alla possibilità di intervistare figure chiave dell'organizzazione, così come altri studiosi (Martin e Siehl, 1983, p.p. 52-64), al fine di dedurli. Ma il problema dell'ottenimento del dato visibile si fa ancora più fitto quando per comprendere realmente una cultura organizzativa, i valori del gruppo e quel comportamento di cui non si coglievano le logiche sottostanti, si giunge agli assunti impliciti che sono "inconsci" ma determinano la percezione, il pensiero e l'azione dei membri del gruppo (Shein, 1981, 1983). Il processo è così spiegato «Questi assunti sono essi stessi risposte apprese che hanno avuto origine come valori accettati. Se un valore induce un comportamento, e se quel comportamento comincia a risolvere il problema che lo ha inizialmente stimolato, il valore gradualmente si trasforma in un assunto implicito circa il reale stato delle cose.

[4] Edgar Schein (Zurigo, 5 marzo 1928) psicologo statunitense, tra i massimi studiosi di cultura organizzativa.

Nella misura in cui è sempre più dato per scontato, l'assunto scompare dalla sfera della consapevolezza» (Schein, 1984, pp. 3-16).

Dunque, i valori sono distinguibili (Gagliardi, 1986, p.p. 398-399) in "non discutibili" e "dati per scontati" che terminologicamente riferiamo agli assunti impliciti, e in valori espliciti e "dichiaratamente accettati" ai quali ci riferiamo con il termine di "valore". Ora, Schein (1983, pp. 3-16) chiarifica la prospettiva secondo cui guardare gli assunti impliciti. Se una scuola di pensiero più propriamente clinica (Bion, 1961) ritiene che gli assunti di base siano inconsci quali risultato di una repressione, di un tener dentro non manifestabile, in un'ottica organizzativa il non cosciente è dato dal fatto che «alcuni processi motivazionali e cognitivi diventano inconsci in quanto sono ripetuti e continuano ad operare». Essi «sono come regole inconsapevoli, di decisione e di azione, che caratterizzano una comunità e rendono coerenti le azioni dei suoi membri» (Gherardi e Bolognini, 2007, p. 16).

Dunque, in assenza di una indagine strutturata non sarà possibile portare alla luce ciò che vive intrinsecamente in un gruppo (Gagliardi, 1986). Tornando alla domanda iniziale, ovvero qual è la logica che sottostà ai comportamenti manifesti dei membri di una organizzazione e alle differenze comportamentali

«queste non avranno significato finché non- sarà- scoperto e decifrato il paradigma culturale sottostante. Restare al livello delle espressioni visibili […] vuol dire avere a che fare con le manifestazioni della cultura, non con la sua essenza» (Schein, 1983, p.p. 3-16).

Edgar Schein ci offre uno sguardo che tenta di "risolvere" quanto di celato, la gran parte, compone la cultura organizzativa. Una tripartizione interdipendente di artefatti, ovvero ciò che riusciamo a vedere della cultura; i valori, che si collocano da mediani tra il visibile e l'intangibile; gli assunti di base: il sommerso.

Sostiene Schein (1983;1984;1985) che la cultura organizzativa è l'insieme di significati che contengono assunti, valori e credenze generati da un gruppo di persone e medianti i quali queste persone affrontano le problematiche, conducono performance efficaci e si adattano all'ambiente esterno e al loro interno. La cultura è, quindi, vita organizzativa. E chi scrive adotterà tale prospettiva.

E quale elemento, se non il linguaggio, risulta essere immediato, l'artefatto mediante il quale l'ingroup (Tajfel, 1971) trasmette sé stesso (ovvero la propria cultura)

all'outgroup? Il linguaggio inteso come sistema di significati definisce i "veterani" dai giovani membri e, come scrive Piccardo (1992) «il binomio cultura organizzativa […] è un materiale predisposto a livello cognitivo, emotivo, etico ed estetico, che rappresenta, per chi entra a far parte di quella cultura, una sorta di ancoraggio, […] dal quale è possibile prefigurare l'azione, ottenere orientamento, […] nel territorio organizzativo, senza […] il timore di perdersi e di dover costantemente interrogarsi sulla correttezza delle risposte agli innumerevoli problemi che si presentano quotidianamente» (Piccardo, 1992, p.107; Benozzo e Piccardo, 2018, p.62).

La cultura organizzativa genera, almeno, due tipologie di modelli (Benozzo e Piccardo, 2018; Perrow 1972): modelli cognitivi, per interpretare quanto accade nell'organizzazione e generano stabilità;

modelli emotivi e affettivi, relativi al commitment e alle energie che i membri sentono di impiegare nelle azioni volte a raggiungere obiettivi e al senso di appartenenza.

Come accennato, infatti, funzione fondamentale della cultura è definire chi sono gli "estranei" al gruppo, generando riduzione dell'incertezza.

Uno studio ha analizzato una multinazionale in modo "multi prospettico" evincendo «tre paradigmi interpretativi mediante i quali è possibile leggere la medesima organizzazione» (Benozzo e Piccardo, 2018, p. 65).

Il paradigma dell'integrazione vede alcuni valori comuni rinforzarsi tra loro: uguaglianza; innovazione; assenza di conflitto; consenso e armonia; benessere dei dipendenti. Nello specifico l'autrice rintraccia la manifestazione di tali elementi condivisi nel darsi del "tu" o nel condividere il momento del pranzo in spazi comuni. Il paradigma della differenziazione, invece, è composto di sottoculture con una presenza di controculture che ritiene utopici i valori quali armonia e uguaglianza. Il paradigma della frammentazione mette in dubbio l'esistenza stessa della cultura focalizzandosi sugli aspetti caotici della vita organizzativa.

Dal punto di vista delle categorie analitiche, ovvero quali forme simboliche ed espressive si legano, per la cultura organizzativa, a comportamenti e luoghi, alcuni studiosi (Pettigrew, 1979; Trice e Beyer, 1984; Bruni e Gherardi, 2001; Murgia e Poggio, 2009) hanno distinto determinate categorie (Benozzo e Piccardo, 2018, p. 66-69):

il logos ovvero le credenze mediante le quali i soggetti interpretano ciò che accade. Riguardano la sfera cognitiva e distinguono il vero dal falso;

l’ethos ovvero i valori che determinano cosa è ritenuto giusto e cosa sbagliato nel proprio sistema di giudizio; il pathos ovvero la conoscenza, organizzativa, mediante i cinque sensi intesa dunque quale esperienza, anche, percettiva;

l’aisthesis ovvero la percezione, sulla base del pathos, di ciò che piace e di ciò che non piace;

il genus ovvero la lettura in termini di genere, socialmente costruito, dello spazio organizzativo. Un esempio, i tempi del lavoro;

la polis ovvero la sfera del potere intesa quale rapporto di forza che delimitano gli alleati e i nemici; il methodos ovvero cosa va fatto e cosa no all’interno dell’organizzazione sulla base dei saperi.

Si interrogano Benozzo e Piccardo (2018, p. 67) «Quali sono i “precipitati tangibili”» di quanto è stato descritto? «Occorre volgere lo sguardo alle espressioni simboliche indicative dei contenuti culturali: il linguaggio, miti, storie, saghe, riti, artefatti. Si tratta essenzialmente di simboli, ossia forme astratte o tangibili, o ancora costrutti linguistici, ma anche azioni che, secondo la classificazione di Cohen (1974), esprimono ambiguamente una molteplicità di significati tali da suscitare emozioni e spingere l’uomo all’azione» (Ibidem).

Sintetizzando (Benozzo e Piccardo, 2018, p. 68) possiamo affermare che:

Il linguaggio sarà tipico di modi e usi verbali per ogni cultura organizzativa;

I miti sono costruiti attraverso la narrazione, per loro stessa natura non hanno fondamento empirico. Costituiscono gli «antecedenti che giustificano i comportamenti» (ibidem);

Le storie sono l’archivio degli eventi accaduti all’interno delle organizzazioni conservati nella memoria delle persone e le saghe, che nascono dalla commistione di storie e miti, tracciano la nascita e l’evoluzione dell’organizzazione con una forte impronta affettiva;

I riti vedono l’azione entrare in gioco. Qui il narrato cede il passo ad attività formali che messe insieme producono le cerimonie. Alcuni esempi (Trice e Beyer, 1984) sono i riti di passaggio (da un ruolo all’altro) o riti di ricomposizione e contenimento dei conflitti (che evitano degeneri ma non sono risolutivi);

Gli artefatti, prodotti percepibili della vita organizzativa. Alcuni studiosi (Gagliardi, 1990; 2006; Strati, 2007) ipotizzano che «quanto più credenze, valori e ideologie sono

radicati e sentiti dai membri di un'organizzazione, tanto più saranno reificati e troveranno rispecchiamento nella fisicità dell'organizzazione per confermare e richiamare i soggetti alla loro identità, nonché per tramandare la cultura alla generazioni successive» (Benozzo e Piccardo, 2018, p. 69). Inoltre, Gagliardi (1990; 2006) ha sostenuto che gli artefatti, per lo studioso/ricercatore, sono la prova delle pratiche culturali e sociali di un'organizzazione.

La cultura è, dunque, una variabile di contesto (Kreitner e Kinicki, 2004, p. 72) che influenza in maniera triplice il comportamento: individuo, gruppo, organizzazione in un sistema di influenze interdipendenti che vanno dalla struttura organizzativa di un'azienda e alle pratiche che questa mette in atto per il raggiungimento degli obiettivi; a loro volta tali pratiche si "riversano" sui processi di gruppo che riflettono tali influenze negli atteggiamenti e nei comportamenti dei membri dell'organizzazione mediante manifestazioni più o meno osservabili. Lungo il corso del tempo, differenti ricerche hanno identificato e misurato i tipi di culture e la loro efficacia organizzativa. Senza pretesa di univocità ed esaustività, che la ricerca non ha comunque raggiunto, Cooke e Szumal (2000, p.p.147-162) sintetizzano alcune tra le principali culture organizzative esistenti, raggruppate in tre tipologie principali: costruttiva; passivo-difensiva e aggressivo-difensiva. A ciascuna delle tipologie si associano differenti regole condivise, ovvero le convinzioni del singolo rispetto all'agire verso l'altro di un gruppo o di una azienda.

La cultura costruttiva fa proprie, tra le regole condivise:

la realizzazione, per cui le organizzazioni riconoscono gli obiettivi raggiunti dai membri e si aspettano che siano obiettivi sfidanti ma realizzabili cosicché durante il processo di realizzazione di tali obiettivi i membri facciano propri, con entusiasmo, alti standard di riuscita;

l'autorealizzazione, per cui le organizzazioni guardano alla qualità degli obiettivi più che la quantità e valorizzano la crescita personale incoraggiando i membri a pensare in modo creativo e autonomo;

il sostegno ai rapporti umani, per cui le organizzazioni desiderano che i membri si aiutino reciprocamente per crescere e migliorarsi e che siano aperti e costruttivi lasciandosi influenzare dalle rispettive esperienze;

la socializzazione, per cui le organizzazioni si aspettano che i membri siano amichevoli e aperti nell'incontro con l'altro.

La *cultura passivo-difensiva* fa proprie, tra le regole condivise:

l'approvazione, per cui nelle organizzazioni si evita il conflitto tentando di mantenere relazioni interpersonali, all'apparenza, piacevoli e per "ritagliarsi" uno spazio ci si trova ad essere a-criticamente assertivi verso gli altri al fine di guadagnarsi l'approvazione del gruppo;

la convenzione, per cui le politiche e le procedure sono prioritarie e conservative e i membri che vi si conformano "fanno buona impressione";

la dipendenza, per cui vi è un controllo gerarchico "dall'alto" che preclude forme di partecipazione, le procedure sono esplicitate ai membri solo quando definite e gli stessi tendono a seguirle per compiacere chi rappresenta l'autorità;

l'elusione, per cui nessun membro prende l'iniziativa poiché ha interiorizzato un sistema di valutazione secondo il quale l'organizzazione punisce gli errori ma non premia i risultati raggiunti. In tale dinamica, il meccanismo della colpevolizzazione comporta la logica dello "scarica barile" circa le responsabilità fra i membri del gruppo.

La *cultura aggressivo-difensiva* fa proprie, tra le regole condivise:

l'opposizione, per cui i membri dell'organizzazione acquisiscono consensi mediante un atteggiamento critico e un confronto polemico, ad esempio screditando gli altri;

il potere, per cui non vi è forma di partecipazione e l'autorità è definita dalla posizione ricoperta all'interno dell'organizzazione. I membri sono spinti a costruire il proprio potere sull'obbedienza ai superiori e sulla sorveglianza dei subordinati;

la competizione, per cui si è vincenti quando si supera l'altro e questa è l'unica possibilità per emergere a discapito della collaborazione;

il perfezionismo, per cui i valori fondamentali sono "persistenza" e lavoro tenace dedicando moltissimo tempo ad evitare l'errore e a tenere traccia del più piccolo passaggio ai fini della perfezione.

Rifacendosi a una metafora chimica le culture organizzative possono essere considerate di legame forte o debole in base a variabili quali "la coesione, il consenso sui valori, l'impegno individuale" circa il raggiungimento degli obiettivi comuni (Kreitner e Kinicki, 2004, p. 82). È da sottolineare che una cultura "forte" non implica direttamente la cultura organizzativa migliore. Infatti, sono tre le principali prospettive che inquadrano

quali tipi di cultura organizzativa incidono positivamente sulla *performance* organizzativa: la prospettiva della forza; della contingenza e dell'adattamento.

La *prospettiva della forza*, ritiene che quanto più è forte la cultura aziendale tanto più sarà elevata la performance dell'impresa. Alla forza è delegata la capacità di creare allineamento di obiettivi e motivazione dei membri (Deal e Kennedy, 1982). Ad oggi, molti sono i "detrattori" di tale prospettiva (Kreitner e Kinicki, 2004, p. 83) poiché si ritiene che essa rinforzi atteggiamenti arroganti e autoreferenziali ponendo come obiettivo il solo successo economico e sviluppando forti resistenze al cambiamento. A tale prospettiva, lo stesso Schein (1983) contrappose la riflessione per cui la forza di una cultura e il suo essere "desiderabile" non esauriscono la complessità della relazione tra cultura ed efficacia dell'organizzazione. Infatti, sarebbe il contenuto "effettivo" della cultura e «il grado con cui le sue soluzioni si adattano ai problemi posti dall'ambiente» (Gagliardi, 1986, p. 403) le variabili "critiche" da considerare per comprendere la relazione tra cultura organizzativa e *performance* efficace.

La *prospettiva della contingenza* privilegia la coerenza con il contesto in cui si sviluppa la cultura. Infatti, non può prescindere dal settore, dall'epoca, dalla strategia e dall'obiettivo di riferimento poiché ciò che viene applicato per un caso può essere inefficace per un altro.

La *prospettiva dell'adattamento*, postula che quanto più le culture sono adattive tanto più saranno efficaci. Essa, prevede un comportamento proattivo dei membri, lo sforzo congiunto al perseguimento dei risultati e un sentimento di fiducia che aiuta a identificare i problemi e le relative soluzioni. Prevede un certo grado di entusiasmo e apertura all'innovazione.

Secondo Kotter (2008) sulla base di un'analisi condotta nel decennio 1978-88 in più di 200 aziende di differenti settori, la *performance*, specie economica, è più alta e di lungo termine nel caso delle organizzazioni dotate di cultura adattiva.

Oggi, gli studiosi (Van Maenen e Barley, 1984; Benozzo e Piccardo, 2018) parlano di culture plurali. All'interno della medesima organizzazione, infatti, possono esservi delle sottoculture. Queste possono formarsi per differenti motivi (Martin e Siehl, 1983; Gagliardi, 2003; Benozzo e Piccardo, 2018, p. 64): persone che ricoprono il medesimo ruolo lavorativo; esercitano le stesse funzioni; sono state membri di organizzazioni simili; hanno costituito un gruppo di frequentazione al di fuori dell'organizzazione.

È possibile distinguere, tra le sottoculture, quelle rafforzative o *corporate culture* che sostengono la cultura dei vertici intensificando i sentimenti di partecipazione alla cultura dominante; le sottoculture ortogonali, che esprimono i propri valori senza confliggere con la cultura dominante, non rafforzano l'organizzazione ma non interferiscono con essa; le controculture, una minoranza attiva che può generare problemi al clima dell'organizzazione, perseguendo obiettivi di frammentazione. Esse si oppongono alla cultura dominante portano valori e credenze differenti. Una sottocultura, quindi, non è di per sé positiva o negativa. Tale valutazione dipende dall'impatto che provoca/genera (Capone, 30 aprile 2019, corso in Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni).

Nel saggio *L'organizzazione culturale* Van Maanen e Barley (1985, p.p.31-53) analizzano le possibili genesi delle sottoculture organizzative. L'assunto è che le principali strategie organizzative identificate a partire dagli anni dell'immediato dopoguerra (Selznick, 1949; Gouldner, 1954; Blau, 1955; Merton, 1957; Dalton, 1959) quali la funzionalizzazione (che creando comparti produttivi porta ad emergere alcuni singoli per ciascun comparto), la specializzazione (che raggruppa quanti svolgono lo stesso tipo di mansione), l' automazione (che riguarda solo quanti sono addetti ai macchinari), la professionalizzazione (che separa i dipendenti che non condividono la stessa identità occupazionale), la standardizzazione e la specificazione (che suddividono le specializzazioni e raggruppano i dipendenti sulla base di simili condizioni di lavoro), sono tutte accomunate dal presupposto della razionalità tecnica come veicolo di efficienza e profitto da perseguire mediante la segmentazione della forza lavoro a vantaggio della produttività.

Per cui la segmentazione è accettata come "naturale e appropriata". Ma, ciascuno di questi "insiemi" sviluppa un linguaggio, condivide le proprie norme, costruisce la sua visione organizzativa. In altri termini quando si definisce la razionalità intesa come organizzazione segmentata del lavoro è lì che si annida la possibilità (è un processo che può anche non presentarsi mai) della nascita di una sottocultura. Questa, generalmente accetta le posizioni dell'organizzazione e discute e si confronta con le altre sottoculture.

La riflessione muta quando le sottoculture danno luogo ai "movimenti contro culturali" (Van Maanen e Barley, 1985). Le differenze succitate non implicano posizioni necessariamente conflittuali. Invece, «i movimenti contro culturali traggono membri da

molti sottogruppi e si sviluppano sulla base dell'idea che tutte le sottoculture organizzative accettate trattano male i loro membri e sostengono idee sbagliate» (*Ibidem*).

1.3 La cultura nelle organizzazioni complesse

Di seguito, sono brevemente analizzati alcuni studi che, seppur non svolti all'interno del contesto sanitario, rendono una pratica idea di quanto esposto sinora teoricamente in merito alla cultura organizzativa.

Gozzoli, D'angelo e Nicoletti (2013) nello studio delle resistenze al cambiamento presenti all'interno di un penitenziario italiano hanno rintracciato il ruolo che, globalmente, la cultura organizzativa ha nelle pratiche "difensive" che i gruppi mettono in atto per resistere al cambiamento fino ad arrivare a confliggere con l'organizzazione stessa. Le autrici affermano che le resistenze sono legate alla cultura organizzativa poiché essa è identità e ogni cambiamento può costituire una minaccia al sistema identitario del singolo e dei gruppi, specie quando guardiamo la relazione tra cultura e struttura di potere. Tali elementi sono quanto mantiene conservativo e stabile il comportamento organizzativo vigente e si contrappongono alla possibilità di "nuove pratiche organizzative" (p. 43). Una minaccia, per sua natura, non è vissuta come efficace e vantaggiosa. Se il cambiamento è percepito in tale modo le forze del gruppo spingeranno per non mettere in discussione i "rapporti di potere interni" poiché, specie tra coloro che hanno autorità e hanno acquisito prestigio mediante le dinamiche organizzative vigenti, ci sarà ostracismo verso il cambiamento.

E non sempre perché i cambiamenti introdotti trovano il gruppo sfavorevole e in disaccordo con le nuove proposte, ma già per il solo fatto di dover mutare sé stessi. Il gruppo può giungere, anche inconsapevolmente, a fare del "mantenimento dell'identità e quindi della cultura, il proprio obiettivo, rendendosi ostacolante" (pp. 43-44). La relazione della cultura organizzativa con la struttura di potere è centrale se si analizza la vita organizzativa di un penitenziario. Tale organizzazione si fonda su gerarchie forti, che non delegano e non "decentrano" le responsabilità con i membri che eseguono il lavoro piuttosto che articolarlo.

Seguendo una prospettiva succitata (Cooke e Szumal, 2000) potremmo dire che l'ambiente carcerario è dominato da una cultura *passivo-difensiva* e infatti, le autrici dello studio confrontandosi con i lavoratori del penitenziario lombardo evidenziano l'emergere

di elementi quali "cultura meccanicistica", dipendenza dalle decisioni dell'autorità, nessuna fiducia nel confronto con i *leader,* "frustrazione e cinismo" dei dipendenti, la mancanza di un pensiero condiviso tra i membri del gruppo con conseguente assenza di proposte per la risoluzione cooperativa dei problemi comuni.

Non proattività, dunque, ma "meccanismo della lamentela" che resta, sostanzialmente, una richiesta mal posta e inevasa. Ciò produce un rifiuto, anche del tentativo, di acquisire autonomia e uno scetticismo ad accogliere percorsi formativi perché in contrasto con la cultura organizzativa di appartenenza. Una volta accolto, però, il dispositivo formativo può aiutare il processo di cambiamento organizzativo "dando voce" al carico lavorativo dei dipendenti e alle loro rappresentazioni dell'ambiente lavorativo.

Proseguendo sul filone delle culture organizzative detentive, D'angelo *et al.,* (2018) si chiedono se i metodi delle carceri italiane all'avanguardia (ad es. quelle che prevedono una convivenza organizzativa fatta di celle detentive aperte, forme di cooperazione lavorativa interne ed esterne al penitenziario) che comportano un cambio del paradigma culturale possono generare trasformazioni organizzative che influiscono anche sul benessere lavorativo (Capone e Petrillo, 2015) degli operatori che gestiscono i detenuti "critici" (pene rilevanti, tossicodipendenti e *sex offenders*).

Il ruolo degli agenti penitenziari è molto complesso, dal punto di vista della cultura organizzativa essi sono coesi e condividono pratiche e valori che rifiutano di identificarsi con il *reo,* si sostengono a vicenda e vivono uno stato di continua all'erta a fronte dei possibili disordini all'interno dell'istituto penitenziario che li trovano coinvolti in prima linea (pp. 235-237).

Ciò comporta l'esposizione a molteplici *stressor* legati al ruolo professionale con conseguenti rischi psicosociali quali il burnout (Capone, 2012) come emerso dalla letteratura (Tracy, 2009). Si identifica una doppia fonte di malessere per queste professioni di aiuto: una fonte interna legata al ruolo svolto all'interno dell'organizzazione che comporta isolamento, perseguimento meccanico delle regole, distaccamento emotivo, un carico dovuto alla difficile convivenza con la popolazione detenuta in una contrapposizione "noi/loro" demarcata nell'idea, ma esperita fisicamente e quotidianamente in prossimità dell'altro, e una fonte esterna proveniente dallo stigma che gli stessi colleghi delle forze armate producono ai danni degli agenti penitenziari, considerandoli come "ultimi".

Un terzo fattore concorrente al malessere è l'ambiguità del mandato istituzionale che non trova collegamento con la cultura organizzativa del penitenziario: gli agenti dovrebbero, insieme a educatori e psicologici, essere partecipi della rieducazione e del reinserimento sociale dei detenuti, ma l'organizzazione chiede loro, di fatto, di essere controllori della disciplina. Tale contraddittorietà comporta un carico emotivo notevole e la difficoltà di gestire le molteplici richieste (Demerouti *et al.,* 2001). Le dinamiche descritte hanno portato alla luce un malessere organizzativo ancorato alla realtà carceraria (Garrosa, *et al.,* 2011, D'angelo *et al.,* p. 1). In tale caso, in linea con recente rassegna (Marino e Capone, 2021) per far fronte agli elementi di malessere e burnout (Capone, 2012) è necessaria una cultura organizzativa orientata al supporto sociale, specie esterno, poiché la peculiare condizione di isolamento degli agenti comporta l'assenza di reti al di fuori dell'organizzazione detentiva con difficoltà a mantenere relazioni anche con amici e familiari il cui sostegno e fondamentale e va espresso mediante la condivisione delle situazioni lavorative critiche.

Emerge, invece, che un fattore protettivo risiede del riconoscimento per il lavoro svolto è il supporto dei propri superiori (in linea con Marino e Capone, 2021). E proprio lo scarso riconoscimento e la sua influenza sul benessere degli agenti di polizia emergono dall' artefatto del "rapporto disciplinare". Tale strumento, in cui gli agenti riportano ai superiori cosa vivono e vedono dei detenuti ogni giorno non è sufficientemente considerato, secondo i dipendenti, nelle valutazioni e nelle concessioni o limitazioni decise per la popolazione carceraria. Dunque, come fonte interna di riconoscimento gli agenti ritengono che la cultura rieducativa dell'organizzazione tenda a "svalutare" le loro osservazioni. Ulteriore elemento di malessere risiede nella difficile conciliazione lavoro-famiglia che non sembra essere supportata dalla cultura dell'organizzazione. Infatti, frequenti sono i trasferimenti da un penitenziario all'altro a discapito della socializzazione tra i colleghi e della presenza nel nucleo familiare. Ciò risulta particolarmente negativo per il benessere degli agenti laddove questi esprimono la necessità di supporto con i colleghi e riscontrano il ruolo positivo dell'ascolto che gli stessi offrono gli uni agli altri con alcuni che richiedono all'organizzazioni spazi di confronto, tra i membri del gruppo, dedicati e costanti.

Dunque, rispetto all'interrogativo iniziale la cultura organizzativa influisce sulle rappresentazioni del ruolo lavorativo e sul benessere degli agenti in modo contraddittorio.

Se da un lato, tale cultura, favorisce un carico di lavoro maggiormente equilibrato con il ricorso alla *job rotation* dall'altro condivide una *mission* rieducativa con la quale gli agenti non si identificano del tutto e che non esprime i loro valori né risponde ai loro bisogni, tra cui il supporto e la formazione. Infatti, gli agenti pur riconoscendo come positiva la proposta trasformativa dell'organizzazione carceraria imputano alla stessa la mancanza di competenze per parteciparvi e farvi fronte. Le nuove richieste lavorative risultano poco chiare e generano un atteggiamento difensivo nei confronti della *mission* organizzativa. Gli autori ritengono essenziale una cultura organizzativa che tenga conto non solo delle istanze individuali come emerse nello spazio riflessivo dello studio condotto ma di un passaggio verso una dimensione gruppale che «consentirebbe alle fatiche e agli elementi di difficoltà di poter acquisire un nuovo peso e significato rispetto all'organizzazione» (p. 16) per costruire strategie di sviluppo professionale, partecipare proattivamente al cambiamento organizzativo, e dare spazio alle istanze organizzative dei singoli.

Spostandosi al vertice diametralmente opposto, dall'organizzazione detentiva passiamo a quella criminale del contesto italiano. Gozzoli, Giorgi e Lampasona (2014) rilevano e analizzano gli artefatti presenti nell'organizzazione criminale della 'ndrangheta sul territorio lombardo. Lo studio segue la prospettiva etnografica indicata da Schein (1985) per cui l'attenzione è allo studio "degli oggetti materiali e immateriali, costruiti dall'uomo", gli artefatti, "come via per cogliere la cultura di specifici gruppi, luoghi, territori" (p. 91). L'artefatto considerato è un video-documentario voluto dalla Rete Antimafia di una città lombarda e raccoglie, perciò, materiale autentico direttamente riguardante membri diretti e collaterali dell'organizzazione mafiosa in questione. Il metodo di analisi ha visto l'impiego del *software* ATLAS.TI entro l'approccio della *Grounded Theory* (Glasser, Strauss, 1967). Il primo dato che emerge è una struttura organizzativa fortemente gerarchica e piramidale. Inoltre, non vi è alcuna apertura a nuovi membri del gruppo; infatti, tutti gli appartenenti all'organizzazione condividono una comune matrice geografica di provenienza su cui si fonda la cultura organizzativa della 'ndrangheta. Per la stessa motivazione geografica densa è la presenza di sottoculture, che agiscono ciascuna presso "la propria porzione di territorio".

Queste però differiscono di poco, si basano per lo più su mansioni, ruoli, simboli e codici relativi a specifiche situazione ma sono tutte accomunate da una matrice culturale

centrale; infatti, l'organizzazione criminale ha costruito «[…] un sistema di valori […], di codici di comportamento, di cultura, all'interno del tessuto lombardo, che hanno interagito con il complesso delle attività economiche, sociali, politiche, culturali di un'intera regione. I codici rappresentano uno strumento fondamentale […] per assicurare il senso di appartenenza all'organizzazione e quindi di protezione» (Gozzoli, Giorgi e Lampasona, 2014, p. 96). È interessante notare che nella codifica avvenuta mediante *software* il termine "Cultura" (mafiosa) secondo gli indici *grounded* e *density* è stato classificato come "super codice", dunque il prodotto di due codici quali "*cos'è la 'ndrangheta*" e "*come agisce la 'ndrangheta*". Gli autori sottolineano che tale risultato esprime la forza della cultura come identità dell'organizzazione criminale nel territorio analizzato (p. 96). Il principale artefatto sociale che emerge è un comportamento di negazione dell'estraneità e di controllo consapevole sugli altri che fonda la base della convivenza organizzativa di tale realtà criminale.

Dunque, come visto, uno dei compiti più difficili della cultura organizzativa, seppur a livelli differenti, è quello di tramutare l'agire organizzativo da "reattivo" e "neutrale" a "proattivo" (Gherardi e Bolognini, 2007). Un'ampia ricerca (Gherardi e Bolognini, 2007) si è occupata di rilevare una "fotografia" dell'identità culturale e di genere di tre organizzazioni appartenenti alla pubblica amministrazione e una quarta relativa al settore cooperativo, tutte sul territorio Trentino.

La prima distinzione operata si riferisce a due tratti della cultura organizzativa: l'orientamento alla conformità e l'orientamento al coinvolgimento. Se il primo è di tipo conservativo e ancorato alla tradizione mediante regole formali, attenzione alle pratiche burocratiche e controllo dei comportamenti, il secondo porta con sé carattere d'innovazione e affida il regolamento dei comportamenti a rapporti di fiducia basati sul senso di appartenenza puntando sul coinvolgimento dei membri del gruppo. Particolare aspetto dell'orientamento a coinvolgimento è la valorizzazione dei membri. I due orientamenti considerati sono stati tradotti secondo le seguenti dimensioni: coinvolgimento fiducia, lealtà, identità ed *empowerment*; conformità à procedure, controllo, sorveglianza.

Queste sette dimensioni consentono di "posizionare" la cultura organizzativa presso uno o l'altro orientamento a differenti gradi. Le dimensioni rappresentano i codici della cultura organizzativa e divengono strumenti di gestione predominanti quando "il loro

peso" (p. 65) è pari o superiore al valore di 6. Tale criterio ha consentito di individuare la prevalenza delle dimensioni culturali così come percepite dai membri intervistati, per ciascuna organizzazione esaminata. Gli autori affermano che nessuna delle organizzazioni ha mostrato "una cultura prevalente", dunque non caratterizzata da "tratti culturali decisi" e che ciò è in parte dovuto al numero ridotto delle organizzazioni analizzate per cui non si è potuta delineare una relazione fra "attributi culturali" organizzativi ma si è analizzata la percezione dei singoli che hanno risposto all'indagine. Nonostante ciò, i dati suggeriscono una tendenza chiara per cui «[…] la cultura del coinvolgimento, in quanto esprime una logica di governo organizzativo orientata alla valorizzazione delle persone, sembra essere una condizione indispensabile […] per il rafforzamento delle potenzialità organizzative» (pp. 86-87).

1.4 I valori in psicologia

Alla voce "Valore" il nuovo dizionario di Psicologia cita «[…] derivato dalla sfera economica dove indica il prezzo di una cosa (valore di scambio) o la sua utilità (valore d'uso), è passato in ambito etico dove indica quei significati ideali che hanno la funzione di orientare l'azione e valutarne la corrispondenza con le norme assunte come "valide". In ambito psicologico, accanto a questo significato *etico* che è mantenuto pur all'interno di un *relativismo culturale* che non conosce valori assoluti, ma relativi alle varie culture e alle varie epoche, ne esiste uno più *strumentale* che chiama "valore" tutto ciò che è meta di bisogno, di desiderio o di un interesse […]». (Galimberti, 2018, p.1295).

Tale definizione introduce tre dei fondamenti di tale lavoro di tesi:

L'esigenza di interrogarsi su cosa costituisce valore in ambito psicosociale secondo modelli mutuati dal campo economico;

In una prospettiva di psicologia delle organizzazioni il valore è intrinsecamente legato alla cultura; I valori contengono i bisogni e gli interessi che muovono l'agire dei singoli.

Già Karl Weick (1979) aveva definito la cultura organizzativa come i valori e le convinzioni condivise che sono alla base dell'identità di una organizzazione. Abbiamo visto come la cultura riconosca tre livelli principali: manifestazioni osservabili, valori dichiarati e assunti di base. Dal punto di vista della psicologia delle organizzazioni, dello studio del comportamento organizzativo (Ostroff, Kinicki e Tamkins, 2003), i valori possono essere collettivi o condivisi e personali (Kalliath, Bluedorn e Gillespie, 1999).

Tra i valori collettivi è possibile identificare i Valori Dichiarati (Kreitner e Kinicki, 2004, p. 73) che sono quelli esplicitati e maggiormente perseguiti all'interno delle organizzazioni, e i Valori Praticati che attengono alle consuetudini e si traducono nei comportamenti effettivamente agiti dai membri del gruppo. Può accadere che vi sia un divario tra le due tipologie di valori e che quelli praticati influenzino gli atteggiamenti dei membri del gruppo di lavoro e la *performance* dell'organizzazione (p. 74). Ora, se i lavoratori percepiscono una discordanza tra i valori dichiarati e i valori praticati sarà più difficile per l'organizzazione raggiungere i risultati preposti. Prendiamo ad esempio le catene del *fast fashion*. La maggior parte di queste dichiara tra i propri valori crescita personale, *team work*, ambiente di lavoro sicuro, rispetto dei lavoratori, ruoli chiari e miglioramento continuo e collettivo. Ascoltando, però, alcuni dipendenti in contesto campano[5] i valori praticati risultano dissimili da quelli dichiarati con conseguente malcontento dei dipendenti che hanno messo in atto comportamenti di *turnover* (Cortese, 2013) e manifestazioni conflittuali nei confronti del *management* in linea con quanto evidenziato dalla letteratura (Detert, Schroeder e Mauriel, 2000). Storicamente una prima definizione di valori in psicologia può attribuirsi ad Allport (1961) che li concettualizza come credenze che muovono l'azione delle persone verso una meta specifica. Allport, Vernon e Linsdey si sono occupati sin dagli anni 1950 d i descrivere e misurare le dimensioni che compongono una struttura di valori. Per cui, ogni comportamento individuale e collettivo può essere categorizzato in *teorico*, orientato alla ricerca della verità; *economico*, orientato all'utilità; *estetico*, orientato alla bellezza; *sociale*, orientato agli altri; *politico*, orientato al potere; *religioso*, orientato alla trascendenza (Cubico e Bellotto, 2018, p. 348).

I singoli valori appartengono alle persone in differenti combinazioni dalle quali viene fuori un profilo che aiuta a comprendere perché il soggetto fa determinate scelte. I valori sono concepiti come stabili e distinti. Ma è Milton Rokeach che nell 'opera *The Nature of Human Values* (1973), ci fa approdare ai valori intesi come "sistema" dell'individuo, il sistema delle sue convinzioni che orientano obiettivi e comportamenti verso ciò che egli preferisce, verso ciò che valuta desiderabile (p. 5). Con riferimento agli obiettivi e alla relazione che questi hanno con i valori, è Donald Super (1970) che ci mostra i valori

[5] Marino (2019). *Lo Statodelle Città*. Ed. Monitor (pp. 74-77). ISBN-9788894424201.

come scopi più che come preferenze. Egli, infatti, aveva già distinto (1940) il valore dall'interesse e dal bisogno per cui se quest'ultimo corrisponde a una necessità anche strettamente fisiologica (Maslow, 1954) il valore parte dal bisogno così inteso ma si forma nell'incontro con l'ambiente. Qui intervengono gli interessi che diventano le azioni che si intendono realizzare per seguire i propri valori e quindi soddisfare i propri bisogni (Cubico e Bellotto, 2018, p. 351).

Ma è Rokeach ad introdurre un'efficace distinzione tra valori *strumentali* e *valori generali*. I valori strumentali sono i comportamenti attuati per raggiungere gli obiettivi e in origine lo studioso ne identifica 18 tra cui vi sono l'ambizione, l'onestà, l'indipendenza e l'obbedienza. I valori generali, invece, guardano al senso della vita. Infatti, si riferiscono alla felicità, al piacere, alla leggerezza e rappresentano gli obiettivi di vita desiderati o *stati finali*. (Rockeach e Owens, 2001).

Il contributo trasversalmente riconosciuto in materia di valori è quello fornito da Shalom H. Schwartz nella sua *Teoria della struttura psicologica universale dei valori umani* (Schwartz *et. al.*, 1987). Secondo Schwartz (2011) i valori si distinguono tra loro dal tipo di obiettivo o motivazione che essi esprimono. I valori sono stati socialmente desiderabili utilizzati per rappresentarsi mentalmente questi obiettivi e per comunicarli nell'interazione sociale.

Per Schwartz la natura e le origini dei valori riguardano tre tipi di necessità umane universali: (*1*) i bisogni di natura biologica dell'organismo; (*2*) le richieste di natura sociale, necessarie al coordinamento degli scambi interpersonali; (*3*) gli obblighi socio-istituzionali, che garantiscono il bene comune e la sopravvivenza della società.

Da tale presupposto egli concettualizza dieci valori (Schwartz, 1992) derivanti dai tre tipi di necessità umane universali e riconosciute in tutte le culture[6].

Fig. 1. Modello semi-circomplesso di Scwartz (Capanna, Vecchione e Schwartz, 1992)

Nel dettaglio, i valori concettualizzati da Schwartz (1992).

L'autodirezione: guarda all'azione e all'indipendenza del pensiero e si rivolge ad azioni quali scegliere, creare ed esplorare. I bisogni dell'organismo sono quelli di controllo e padronanza (Bandura, 1977) e anche le richieste sociali quali l'autonomia e l'indipendenza.

La *stimolazione*: guarda le novità e le sfide che la vita ci pone. I bisogni dell'organismo attengono a stimoli vari e differenziati, necessari a mantenere un livello di attivazione ottimale e positiva.

L'edonismo: guarda al piacere personale e alla gratificazione dei sensi. I bisogni stanno proprio nel soddisfacimento associato al perseguirli rivolgendosi, ad esempio, al divertimento.

Il *successo*: guarda al raggiungimento del successo personale mediante la dimostrazione della propria competenza in accordo con gli standard sociali e si rivolge, ad esempio, al portare avanti performance sulla base delle competenze poiché queste generano risorse individuali, gruppali e istituzionali propedeutiche al raggiungimento degli scopi prefissati. I valori del successo attengono anche all'approvazione sociale

[6] Schwartz svolge un'intensa attività di ricerca, che lo porta ad effettuare oltre 200 studi in più di 60 differenti nazioni (Sagiv, Schwartz, 1995; Schwartz, Bilsky, 1990; Schwartz, 1994; Schwartz, 2001), che conferiscono al modello una notevole validità e generalizzabilità *trans*-culturale.

poiché sono quelli che permettono di dimostrare le proprie competenze.

Il *potere*: guarda al prestigio e allo status sociale e al grado di controllo che l'individuo può avere in termini di dominanza sia sulle persone che sulle risorse mediante, ad esempio, un ruolo nelle istituzioni che può garantire potere sociale o il controllo della propria immagine pubblica che soddisfa il bisogno individuale di potere.

La *sicurezza*: guarda all'incolumità di sé e degli altri, all' armonia e alla stabilità di sé, nelle proprie relazioni e, più ampiamente, della società. Qui, i bisogni si collocano a livelli molto differenti tra loro poiché vanno, ad esempio, dal bisogno di pulizia sul piano individuale a quello di incolumità inteso, ad esempio, come la sicurezza nazionale a livello del gruppo più ampio. Per tale livello, entra in gioco anche il senso di appartenenza.

Il *conformismo*: guarda alle limitazioni delle azioni, delle inclinazioni e degli impulsi che potrebbero disturbare e danneggiare gli altri. Dunque, interessa anche il rispetto delle norme sociali. Il bisogno è quello di non distruggere interazioni armoniose e funzionali per il gruppo mediante, ad esempio, l'obbedienza, il rispetto altrui, la lealtà.

La *tradizione*: guarda al rispetto, al commitment (impegno) e all'accettazione delle usanze e delle idee che appartengono alla propria cultura o religione. I bisogni sono legati alla condivisione di esperienze, di destino comune mediante, ad esempio, simboli (religiosi o culturali), idee, credenze.

La *benevolenza*: guarda a preservare e promuovere il benessere delle persone con cui si hanno frequenti contatti personali (l'ingroup; Tajfel 1971). Il bisogno dell'organismo è quello di affiliazione (Maslow, 1965) nelle relazioni familiari e con altri gruppi primari.

L'universalismo: guarda alla comprensione, all'apprezzamento, alla tolleranza e la protezione del benessere di tutte le persone e della natura. Qui i bisogni attengono al fine ultimo della conservazione della specie e della natura mediante, ad esempio, la tolleranza, la giustizia sociale, l'uguaglianza, la saggezza, la protezione dell'ambiente.

L'insieme dei dieci valori può essere rappresentato all'interno di uno spazio bidimensionale che consente la sintetizzazione delle relazioni di opposizione tra valori in conflitto (Schwartz, 1992).

Si hanno, perciò due tipologie opposizione per cui i valori dell'apertura al cambiamento e quelli del conservatorismo per cui vi è un conflitto tra i valori che enfatizzano l'indipendenza di pensiero, azione e sentimenti e cambiamento

(autodirezione e stimolazione) e i valori che pongono enfasi sull'ordine, sull'autolimitazione e sulla resistenza al cambiamento (sicurezza, conformismo e tradizione). Mentre i valori dell'auto trascendenza con quelli dell'automiglioramento per cui vi è un conflitto tra: i valori che enfatizzano la preoccupazione per il benessere e l'interesse degli altri (universalismo e benevolenza) e i valori che pongono enfasi sul perseguimento dei propri interessi, del relativo successo e della dominanza sugli altri (potere e successo).

La concettualizzazione di Schwartz è stata adoperata nello studio di differenti comportamenti quali l'abuso di sostanze o la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, il furto nei negozi e la caccia agli animali, le scelte del corso di studi universitario, dell'occupazione e la specializzazione medica oltreché la partecipazione negli sport. Più ampiamente, la teoria di Schwartz è stata adoperata anche per lo studio dei comportamenti cooperativi, competitivi, autocratici e dipendenti. Anche lo studio di alcuni atteggiamenti quali la soddisfazione lavorativa (Locke, 1976), il commitment organizzativo (Maeran, 2003), la fiducia nelle istituzioni, il sessismo e il rispetto per l'ambiente si sono avvalsi della teorizzazione dei valori universali come pure alcune caratteristiche di personalità quali la desiderabilità sociale o propriamente teorie (McCrae e Costa, 1992) come quella dei cinque fattori di personalità (Schwartz, 2011).

1.5 I valori in psicologia del lavoro e delle organizzazioni

Guardando ai valori propriamente lavorativi troviamo Roe ed Ester (1999) che riconoscono una valenza specifica ai valori in ambito lavorativo e più in generale quattro filoni di studi riguardo la relazione tra valori generali della vita e valori lavorativi (Cubico e Bellotto, 2018, p. 354-355):

- i valori posseggono le strutture cognitive specifiche tali da produrre similitudini tra i valori generali e lavorativi (Elizur e Sagie, 1999);
- i valori lavorativi sono la "sorgente" di quelli generali (Selmer e De Leon, 1996);
- è possibile strutturare un modello che integri elementi costituenti ora i valori, ora i valori lavorativi (Roe e Ester, 1999);
- i valori della vita generano i valori lavorativi (Schwartz, 1999).

Secondo tale filone di ricerca (Elizur *et al.*, 1991; Elizur e Sagie, 1999; Sagie, Elizur

e Koslowsy, 1996) i valori generali e quelli lavorativi sono indipendenti per cui hanno differenti caratteristiche che portano a una triplice distinzione:

1. La modalità: alcuni valori, ad esempio quelli strumentali, hanno conseguenze sui risultati. Altri come quelli affettivi riguardano le relazioni mentre i cognitivi sono relativi alle opinioni sul mondo esterno.

2. Il focus: per cui l'attenzione si dirige o verso temi molto specifici (valori concentrati) o di ambito generale (valori diffusi).

3. Le aree della vita: che circoscrivono specificamente se i valori si riferiscono all'ambito personale o lavorativo.

Secondo altri filoni (Selmer e De Leon, 1996) i valori lavorativi sono l'origine dei valori in generale e si apprendono nell'organizzazione di cui si fa parte. Tale concettualizzazione è vicina al modello dell'acculturazione psicologica (Graves, 1967; Cubico e Bellotto, 2018, p. 355) che si riferisce al cambiamento di comportamento delle persone quando vivono una esperienza comune (Cubico e Bellotto, 2018, p. 355) e alla socializzazione organizzativa (Depolo, 1998; Schein, 1968) che si riferisce al "prezzo" che gli individui sperimentano nell'appartenere un'organizzazione. Tale "prezzo di appartenenza" è costituito dai valori e i modelli di comportamento che secondo l'organizzazione le persone devono necessariamente adottare e assimilare per far parte della stessa (Cubico e Bellotto, 2018, p. 355).

Il terzo filone vede una integrazione fra elementi dei valori lavorativi e dei valori generali. Ester e Roe (1999) strutturano un modello che comprende tre livelli macro (sociale, di gruppo, individuale) nei quali i valori lavorativi e generali presentano delle connessioni. Le connessioni avvengono mediante i legami presenti tra valori generali (obiettivi che ciascuno si pone per sé), valori lavorativi (ad esempio, le attività lavorative), e l'attività lavorativa vera e propria (il ruolo lavorativo ricoperto). I legami sono di tipo orizzontale, per cui le attività lavorative sono determinate in parte dai valori lavorativi che a loro volta derivano da quelli generali e viceversa, ovvero le attività lavorative possono influenzare i valori lavorativi che a loro volta impattano su quelli generali.

I legami verticali che seguono la gerarchia individuo-gruppo-sociale e si influenzano vicendevolmente (Cubico e Bellotto, 2018, pp. 356).

L'ultimo filone preso in considerazione dalla disamina di Cubico e Bellotto (2018) è legato ai lavori di Schwartz (1999) che ritiene i valori lavorativi riferiti ai fini e alle

ricompense alle quali le persone tendono mediante il lavoro. Dunque, i valori lavorativi derivano da quelli generali, ne sono l'espressione nell'ambiente lavorativo. Infatti, seguendo l'universalità della sua teoria sui valori, Schwartz (1999) sostiene che le società in cui valori come supremazia e gerarchia hanno rilevanza conferiscono maggiore importanza all'attività lavorativa mentre le società che privilegiano valori come uguaglianza e armonia conferiscono al lavoro minore importanza (Cubico e Bellotto, 2018, p.357).

Santisi (2013, p. 118), ha affermato che la riflessione sui valori legati al lavoro è "un campo d'interesse privilegiato" delle diverse discipline che indagano i processi organizzativi, perché ciò corrisponde ad esplorare la cultura del lavoro dell'epoca postmoderna. E ancora una volta pare chiaro che gli individui non assimilino i valori organizzativi se questi non hanno una corrispondenza con il proprio sistema di valori (*Ibidem*, p. 120). I valori individuali e organizzativi vanno ri-conosciuti e i legami tra loro resi espliciti perché è ciò che consente lo "sviluppo armonico" dell'individuo nell'organizzazione e a quest'ultima all'organizzazione di conseguire efficacemente i suoi obiettivi (Lawler,1973; Roe ed Ester,1999; Santisi, 2013, p. 120).

Le relazioni tra tipi di valori differenti hanno dato luogo agli orientamenti valoriali come testimoniato dal noto progetto internazionale *Work Importance Study* (WIS) iniziato da Donald Super nel 1981 e portato avanti, tra gli altri paesi[7], anche in Italia (Trentini, 1994, 1995; Bellotto, 1997, 2004, 2007, 2018; Di Nuovo, 2000). Dalle ricerche effettuate sono stati postulati alcuni "tipi" di valori frutto del progetto di vita che ciascuno realizza e i valori in cui crede che sono influenzati dalla vita stessa: contesto in cui nasce in cui nasce, stile educativo ricevuto, ambiente psicologico di vita, propria personalità e cultura di appartenenza (Santisi, 2013, pp.124-125). Da tale visione scaturiscono cinque orientamenti valoriali emersi in differenti nazioni, tra cui l'Italia (Muzio e Trentini, 1995; Sverko, 2001; Cubico e Bellotto, 2018, p. 359): *Orientamento materialistico*, esprime una concezione utilitaristica del lavoro e si associa a valori quali remunerazione, prestigio e raggiungimento dei risultati; *Orientamento al Sé*, esprime una concezione auto espressiva

[7] I paesi coinvolti sono Australia, Belgio, Canada, Croazia, Israele, Giappone, Polonia, Portogallo, Sudafrica e Stati Uniti (Cubico e Bellotto,2018, p.357)

del lavoro e si associa a valori quali utilizzo delle proprie abilità, sviluppo personale e creatività; *Orientamento agli altri*, esprime una concezione del lavoro come strumento di relazione e si associa a valori quali interazione sociale, varietà, altruismo; *Orientamento all'indipendenza*, esprime una concezione del lavoro automa e si associa a valori quali creatività e varietà; *Orientamento alla sfida*, esprime una concezione competitiva del lavoro e si associa a lavori quali l rischio, l'autorità e il prestigio.

1.6 I valori e la cultura organizzativa

Secondo Santisi (2013) la variabile cultura organizzativa, è "metafora che descrive le modalità attraverso cui l'organizzazione interpreta sé stessa" (p. 127) In un'ottica processuale, la cultura è invece «un processo dinamico di costruzione, ricostruzione e distruzione di significati, processo realizzato attraverso azioni e decisioni individuali e collettive definite sulla base di uno scambio continuo intersoggettivo tra gli attori» (Piccardo e Benozzo, 1996, p. 2). Dunque, non vi è una finitezza della cultura bensì una ridefinizione continua dovuta a stimoli esterni e conflitti interni all'organizzazione e in tal senso "la cultura organizzativa vive una situazione statica relativa a conoscenze affermate e una situazione dinamica che sollecita il cambiamento e quindi la trasformazione dei tratti culturali" (Santisi, 2013, p. 127). Dinnanzi a un cambiamento, gli attori organizzativi che agiscono su un tessuto relazionale reciproco, sperimentano soluzioni a nuovi problemi partendo da conoscenze ottenute (Comunità di pratica, Wenger; Knowing in practice, Gherardi, 2006) e acquisendone di nuove, ristrutturando tutto quanto dato fino a quel momento. Quindi, la cultura organizzativa è "costantemente messa alla prova" (Santisi, 2013, p.128) tra cambiamento e condizioni di nuovo equilibrio (Lewin, 1951; 1958). Ciò detto, con Piccardo e Benozzo (1996) troviamo tre insiemi che compongono il concetto di cultura organizzativa:

le conoscenze stratificate, adoperate quotidianamente nella vita di un'organizzazione;

i modelli di riferimento, mediante i quali la realtà è interpretata e che conferiscono un significato non univoco all'esperienza vissuta sino a quel momento; le regole e principi che orientano l'azione. Tale visione processuale implica che "le tracce" lasciate dalla cultura organizzativa non risiedono nei soli valori che essa esplicita (Santisi, 2013, p.128). I valori, infatti, sono un modello di riferimento che fornisce ai membri

dell'organizzazione gli "strumenti cognitivi" (p. 128) per formulare giudizi circa ciò che è giusto o meno al fine di guidare l'azione verso gli obiettivi.

Connesso a ciò, ma differente, vi sono le norme organizzative ovvero le regole che permettono agli attori organizzativi di sapere cosa ci si aspetta da loro in situazioni note o nuove. Oltre questo visibile, ci sono i simboli ovvero un'associazione fra un segno e un significato (p. 129). Le organizzazioni presentano numerosi esempi di forme simboliche, o artefatti organizzativi, che vanno dalla fisionomia degli spazi e degli edifici, gli arredamenti, i riti, i rituali e le cerimonie. Per questa ragione i simboli sono elementi chiave per delineare i tratti culturali di un'organizzazione (Pettigrew, 1979). Dunque, "la cultura «modello di assunzioni di base che un dato gruppo ha inventato, scoperto e sviluppato nel corso di processi di apprendimento volti a trattare problemi di adattamento verso il mondo esterno e di integrazione al proprio interno» (Schein,1985;1990, p.35). Schein (1990) ci spiega che norme, valori e clima sono manifestazioni della cultura organizzativa e che la cultura è un modo di pensare e sentire in gruppo mediante schemi ritenuti validi, perché hanno funzionato, e che sono stati socializzati ai nuovi arrivati affinché li apprendessero. Dunque, "la forza e il grado di consistenza della cultura sono dati dalla stabilità dei membri del gruppo e dall'intensità delle esperienze di apprendimento di quel gruppo" (Santisi, 2013, p. 129). Tale stabilità fornisce benessere mediante l'apprendimento condiviso tra le persone (Ibidem) e protegge dall'ansia generata dall'ipotesi di un cambiamento (Lewin, 1951). In ottica costruzionista la cultura attiva un «processo di costruzione, ricostruzione e distruzione di significato tra gli attori rispetto alle vicende che li impegnano, li travolgono, a volte li sconvolgono, sottoponendoli al rischio della loro scomparsa in quanto gruppo collettivo» (Piccardo e Benozzo,1996, p.3). In essa vi è l'avvenire dell'organizzazione "tanto più se a tale dimensione si attribuisce la funzione di collante valoriale delle diverse componenti che fanno parte dell'organizzazione" (Santisi, 2013, p.130).

Le implicazioni di tale riflessione sono ben espresse da Santisi che afferma (2013, p.p. 130-131) come "oggi il principale fattore di vantaggio competitivo per qualunque tipologia di organizzazione è identificato con l'insieme delle risorse immateriali capitalizzate all'interno delle dinamiche organizzative; prima tra tutte quelle aventi ad oggetto la qualità delle *risorse di conoscenza* e di capacità relazionali di cui sono protagoniste le persone".

Non basta più focalizzarsi su capitali tecnologici e finanziari e per restare competitivi le imprese comprendono la necessità di investire su nuove professionalità centrate sull'apprendimento di valori. L'organizzazione deve far sì che i valori soggettivi dei suoi attori coincidano con quelli aziendali: "capire l'origine del successo o dell'insuccesso di una determinata impresa vuol dire (anche) capire quali sono gli assunti di base e i valori che spingono le persone a comportarsi in un determinato modo; […] quale il significato attribuito a certi comportamenti; […] quali pratiche e rituali si sono consolidate nel tempo, e riprodotte, perché ritenute critiche per la sopravvivenza e il successo dell'impresa, nonché per il suo cambiamento" (p. 131).

Capitolo 2. La prospettiva economica del valore: dagli studi classici al Value-Based Healthcare

2.1 Introduzione

Partendo dalla prospettiva economica classica del valore come bene d'uso, nel seguente capitolo si cercherà di tracciare un *excursus* di senso che illustri il passaggio del valore da bene propriamente di consumo a processo di co-creazione. Una sezione a parte sarà dedicata alla trattazione del framework organizzativo di matrice economica da cui prende avvio il presente lavoro di ricerca: il Value-Based Healthcare.

2.2 Evoluzione del concetto di valore in economia e marketing

Una prima elaborazione all'interno delle teorie economiche nella concezione del valore si deve a Karl Marx[8](1867) che, nei primi sviluppi dei suoi studi, pone il contesto in relazione al valore. Un elemento da solo non ha uno scopo di per sé, ma realizza il suo valore nell'ambiente (p.88). Tale "valore in uso", ripreso dalle teorie economiche e del marketing (Vargo e Lush, 2004), viene a contatto con il contesto e si realizza nel processo di consumo[9]. Il contesto è un aspetto fondamentale per la comprensione del valore (Chandler e Vargo, 2011), gli individui e i loro contesti sono mutuamente costitutivi

[8] Karl Heinrich Marx (Treviri, 5 maggio 1818 – Londra, 14 marzo 1883) è stato un filosofo, economista, storico, sociologo, politologo, giornalista e politico tedesco. (Enciclopedia Garzanti del Diritto e dell'Economia).

[9] Classicamente la visione della cultura di servizio era definita in economia come *G-D* (Bene dominante, servizio come dominatodal mercato). Successivamente la visione muta postulando che una competizione efficace abbia a che fare con l'intera organizzazione che riconosce l'esistenza di sé stessa e così si pone nei confronti del mercato economico (Vargo e Lusch 2004). La logica S-D si basa sulla comprensione del tessuto derivante dall'intreccio di individui e organizzazioni, riuniti in reti e società, che scambiano e condividono le competenze possedute e quelle di cui necessitano. È una logica che si basa sull'impegno e sui processi di collaborazione con clienti, partner e dipendenti; una logica che "sfida" il *management* ad essere al servizio di tutti gli*stakeholder*. Tale prospettiva riconosce che l'azienda e i suoi interlocutori sono impegnati nella co-creazione di valore attraversol'erogazione di servizi reciproci e che si diviene migliori *competitor* rispetto alla concorrenza se si hanno le capacità per far propria tale prospettiva e agirla meglio e più velocemente delle altre realtà aziendali e organizzative (Lusch *et al.*, 2007).

perché ogni individuo si integra e scambia risorse con altri individui cosicché il contesto muta continuamente (Ranjan e Read, 2016), così come noto dalla teorizzazione di Kurt Lewin (1951)[10]. Benché il campo dello scambio così come concettualizzato da Lewin, non sia preso in considerazione dalla prospettiva di Chandler e Vargo (2011) sappiamo che (Bandura, 2001) le persone agiscono le loro abilità e competenze socializzate nei contesti. In una prospettiva economica queste azioni sono consumi ovvero valori in uso che mediano la relazione tra l'uomo e il contesto, ora "contesto d'uso" (Verbeek, 2006, p. 364). Emerge, ancora una volta, il ruolo della cultura organizzativa quale contenitore dei valori poiché anche in una prospettiva economica la struttura sociale delle persone è composta, tra le altre, di artefatti (Ng e Smith, 2012).

L'importanza di definire cosa sia il valore in uso risponde a una duplice esigenza. La prima è che nell'ottica dell'economia classica esso si contrappone al valore di scambio (Ng e Smith, 2012), la seconda è che esso è una componente del processo di co-creazione di valore secondo quel filone del marketing economico che abbandona la visione di un ruolo passivo degli *stakeholders* coinvolti nella produzione di beni e servizi (Ranjan e Read, 2016). Tali esigenze, come vedremo, sono separate per comodità concettuale ma emergono nell'evoluzione del pensiero economico.

Inizialmente, infatti, il valore d'uso era funzionale al valore di scambio, così come teorizzato da Marx (1867), con il concetto di "mercificazione". Una persona che sappia svolgere una data attività, ad esempio, può percepirne il valore e attribuirglielo mediante una valutazione soggettiva e può, a partire da quella attività, creare prodotti funzionali al valore di scambio cosicché un cliente vada ad acquistare, prima del prodotto realizzato, l'abilità stessa della persona che ha "mercificato" il proprio valore d'uso per renderlo anche valore di scambio (Ng e Smith, 2012; Vargo *et al.*, 2008).

[10] Kurt Lewin (Mogilno 1890- Newtonville 1947) è stato uno psicologo tedesco padre della Teoria del Campo ed eminente pioniere della psicologia sociale, fu tra i primi sostenitori e studiosi della scuola Gestalt. Con la formula **C = f(PA)** egli spiega che il campo (C) è una funzione (f) della dinamica fra persona (P) e ambiente (A). Il Campo dà spazio di vita: la persona e la rappresentazione psicologica dell'ambiente; fatti sociali e/o ambientali: mondo fisico e sociale che non influenzano lo spazio di vita; zona di frontiera: tra lo spazio di vita ed il mondo esterno, confine permeabile tra oggettivo e soggettivo, atto a scambi continui tra P e A. *(ns* rielaborazione).

Sempre in un'ottica di economia classica Adam Smith, nell'opera *The Wealth of Nations* (La ricchezza delle nazioni, 1776), ha definito il "valore in uso", come l'utilità di un oggetto particolare e il "valore di scambio" come il potere di acquistare beni. In questa visione il valore d'uso era legato a dimensioni meno tangibili del denaro, ad esempio lavorare per permettersi uno svago mentre il valore di scambio era il costo vero e proprio pagato nello scambio. L'enfasi dell'opera è sul valore di scambio e in generale Smith definiva non produttivo tutto quanto non fosse materiale e scambiabile o esportabile, ritenendo come aventi valore solo le attività dette "produttive" (es. le industrie).

Alcuni studiosi (Say, 1821; Mill, 1929) che succedettero a Smith contrastando le sue posizioni, riconoscevano che tutte le attività che contribuivano al benessere erano produttive dando importanza al valore d'uso. Ma la necessità dell'allora filosofia economica di attestarsi come scienza (Vargo *et al.,* 2008) vide prevalere la visione di Smith: il prodotto tangibile e utile diventerà il centro dell'economia neoclassica (Marshal, 1927; Walras, 1954, Vargo *et al.,* 2008). Viene così a fondarsi il sistema di domanda e offerta che ha prosperato negli ultimi due secoli (Ng e Smith, 2012) e che promuove il valore di scambio come focus delle organizzazioni e fa sì che valore d'uso e valore di scambio non coincidano automaticamente.

Gli studi di economia comportamentale (Kahnemann e Tversky, 1979) hanno indagato i fattori sociali, cognitivi ed emotivi che guidano le decisioni economiche e commerciali delle persone e delle imprese, riscontrando spesso che il valore di qualcosa era dato dalla sua utilità e dalla soddisfazione per il consumo della stessa (cfr. Customer Satisfaction, Parasuraman *et al.,* 1994). Con l'irrompere della varietà dei contesti di mercato e delle esperienze di valore individuale, l'enfasi sul valore di scambio decade. Nessun oggetto, azione o prodotto ha più valore di per sé ma va contestualizzato a seconda della popolazione, del luogo, del momento, delle abitudini del cliente (Ng e Smith, 2012). E il marketing economico assolve a questa funzione. L'attenzione alla scelta, come collegamento tra il valore di scambio per l'azienda e il valore d'uso del cliente apre le porte ad un marketing critico e "sociale" e tiene conto della persona e di cosa essa è portatrice (Schroeder, 2007). Nelle teorizzazioni odierne (Chandler e Vargo 2011; Mohr e Sarin 2009; Sawhney *et al.*,2005; Williams e Aitken 2011; Wong *et al.,* 2010) il value in use è la dimensione che va a completamento della co-creazione di valore (VCC).

Occorre fare una premessa e una distinzione, nell'ottica dell'economia e del marketing, tra co-creazione di valore e co-produzione di valore:

la co-creazione di valore (value co-creation; VCC) (Kohler *et al.,* 2011; Prahalad e Ramaswamy 2004; Hoyer *et al.,* 2010; Payne et al., 2008; 2009; Roggeveen *et al.,* 2012; Tynan *et al.,* 2010; Rajan e Read, 2016) postula che i consumatori hanno un ruolo attivo nel creare valore e collaborano in modo diretto o indiretto mediante il coinvolgimento (engagement del consumatore); l'interazione e l'esperienza che sono considerati dalla letteratura elementi fondanti nella creazione dell'esperienza di valore.

Altri studi (Chunyan *et al.,* 2008; Grönroos e Voima 2013; Kristensson *et al.,* 2008; Lusch e Vargo 2006) descrivono la co-creazione di valore come la somma delle competenze dei consumatori.

In generale, la co-creazione di valore si riferisce al modo in cui gli attori interagiscono, sperimentano, usano, valutano "le proposizioni basate sulle costruzioni sociali di cui essi fanno parte" (Rajan e Read, 2016, p. 292).

Dunque, la co-creazione di valore si estende a una costruzione relazionale e sociale per cui oltre allo scambio netto ed immediato entra in gioco la dimensione del Valore in Uso, spesso in Uso Comune che comporta uno sfumarsi dei confini tra le due dimensioni.

La co-produzione è più propriamente detta nell'ottica di economia e marketing. Secondo la letteratura (Hu e McLoughlin 2012; Nuttavuthisit 2010) la co-produzione consiste nella partecipazione dei clienti alla progettazione del prodotto/servizio (Auh *et al.,* 2007; Etgar 2008; Fang *et al.,* 2008; Lemke *et al.,* 2011).

La partecipazione può essere periferica ai processi, ad esempio, può fungere da facilitatore oppure attiva mediante la condivisione di informazioni con l'azienda. Così definita la co-produzione è un insieme di attività svolte da attori economici e sociali all'interno di reti (Achrol e Kotler 2012; Vallaster e von Wallpach 2012; Vargo e Lusch 2008). Ruolo primario nel processo di co-produzione è svolto dalla comunicazione poiché indica, nella configurazione del valore, l'impegno e la volontà di agire di entrambe le parti (Aarikka- Stenroos e Jaakkola 2012; Grönroos 2012). In termini di profitto la co-produzione è considerata l'azione che, vedendo i clienti spendere le proprie energie, può portare alla massimizzazione dei profitti (Arvidsson 2011; Chen *et al.,* 2011). Però, non si può sottovalutare la componente psicologica che si attiva nei clienti all'interno del processo di co-produzione. Infatti, la letteratura (Krishna e Morrin 2008; Troye e

Supphellen 2012; Arvidsson 2011) ha identificato che la misura in cui gli stakeholder esterni possono sentire di appropriarsi del processo (equità), l'apertura e una relazione paritaria, sono aspetti importanti nel processo di co-produzione.

A tal proposito, Ranjan e Read (2016) identificano tre elementi alla base della co-produzione:

1. la condivisione della conoscenza, che crea valore perché raccoglie le idee dei consumatori, le situazioni e ruoli di vita reale. Inoltre, la condivisone delle informazioni porta a risultati migliori rispetto ad avere un ruolo "isolato" perché consente creatività condivisa e migliore espressione e valutazione dei bisogni. Tutto ciò può creare integrazione tra azienda e cliente che affrontano anche le problematiche co-creando valore (Fisher e Smith 2011; Grover e Kohli 2012; Powell e Swart 2010; Ramirez 1999); l'equità, ovvero il mutualismo. Quando un'azienda mette il cliente al centro e gli riconosce un ruolo attivo condividendo il controllo al fine di svilupparne l'empowerment e stimola il consumatore a contribuire nelle attività di co- creazione assumendo un ruolo proprio vi è l'essenza dell'equità (Fisher e Smith 2011; Hoyer *et al.,* 2010). È noto (Cova e Salle 2008; Echeverri e Skålén 2011; Fisher e Smith 2011; Grönroos, 2008; Vargo *et al.,* 2008) che l'azienda che "accentra" il controllo su di sé non avrà i vantaggi offerti dal mutualismo nel co- produrre valore. Infatti, rinunciare a una quota di controllo (cfr. Razionalità limitata, Simon, 1955; 1991) da parte dell'azienda è la via per un'azione congiunta che identifichi interessi e obiettivi che si tradurranno in valore;

2. l'interazione, la principale forma mediante la quale si interfacciano le parti che intraprendono una co-produzione. Si manifesta attraverso la partecipazione (Grönroos e Ravald, 2011), il dialogo (Payne *et al.,* 2008) e l'engagement (Zhang e Chen 2008). Questi sono gli elementi che generano scambio per creare delle soluzioni e che, differentemente declinati, sono elementi fondanti anche in ottica psicosociale (Capone, 2012; 2014; 2016; Graffigna e Barello, 2018). Tale interazione, sincrona, può per esempio permettere di comunicare scambiando aspetti positivi e negativi di un servizio e/o prodotto in un'ottica costruttiva e non di critica "sterile", oltreché aumentare la direzione del coinvolgimento (Archpru *et al.,* 2011; Chan *et al.,* 2010; Ramani e Kumar 2008; Verbeke *et al.,* 2008). Particolarità dell'interazione, rispetto alla condivisione di conoscenza e all'equità, è che essa è già fonte di valore di per sé proprio perché implica la comunicazione, il dialogo e avviene mediante pratiche sociali (relazionarsi,

interfacciarsi). Questo aspetto è importante, perché implica che un servizio/prodotto non sé completamente concluso se non vi è l'utilizzo da parte dei clienti considerati parte endogena dei processi (Sandström et al., 2008; Moreau e Herd 2010).

3. il valore in uso, argomento da cui si è partiti e che chiude il cerchio. Come detto esso è la dimensione che va a completamento del VCC (Ranjan e Read, 2016). È legato all'uso di un prodotto o servizio da parte di un cliente e quindi la creazione di valore, in tal caso, deriva dall'uso del cliente e non dalla co-produzione con l'azienda.

Cosa chiede il *Value in Use* al cliente? Di imparare a utilizzare e mantenere una proposta di prodotto o servizio (Vargo e Lusch 2004). Quindi, il valore nasce da un processo di consumo da parte del cliente che è largamente indipendente dall'intervento dell'azienda (Grönroos, 2006). Anche per il valore d'uso, Ranjan e Read (2016) identificano tre dimensioni specifiche: (*1*) l'esperienza, emotiva e intrinseca, che è stata fatta di un prodotto o servizio (Lusch e Vargo 2006) che è definita anche l'artefatto di quanto un'azienda offre all'utenza e i collegamenti che vi sono tra tale artefatto e le componenti fisiche, affettive e cognitive del cliente, ovvero nel valore d'uso che egli fa di quell'artefatto (Bolton et al., 2004). Il valore d'uso connesso all'esperienza così come definita si crea sulla base di un processo trasformativo: si creano spazi mentali che generano valore esperienziale e personale (Maclaran e Brown, 2005); (*2*) la personalizzazione, strettamente connessa all'esperienza, riguarda l'unicità del processo di uso, sia esso effettivo o percepito, che dipende dalle caratteristiche individuali dell'utilizzatore; (*3*) la relazione tra il cliente e il prodotto che è alla base in un ambiente di comunicazione attiva e coinvolgimento e costruisce processi di cooperazione mediante la reciprocità aumentando il valore in sé (Williams e Aitken 2011; Wong *et al.*, 2010; Chandler e Vargo 2011). I processi di utilizzo a carico dell'utente riguardano anche le storie, le percezioni, i simboli (Cova *et al.*, 2011) che sono elementi propri della cultura organizzativa (Gagliardi, 1995). Gli utenti fanno una valutazione, anche psicologica, di una proposta sulla base del suo utilizzo e determinando il valore specifico di quel prodotto/servizio (Vargo e Lusch, 2004; Vargo et al., 2008). Nel valore d'uso, oggi, entra in gioco l'esperienza del singolo (Ranjan e Read, 2016) che va oltre la funzionalità e che configura un'azione diadica e in rete con i consumatori che rafforzano le proprie convinzioni e identità (*Ibidem*, p. 293). Conferire un significato soggettivo e legittimare

la propria valutazione crea valore per la persona, così come noto anche nell'ottica della teoria sociale cognitiva (Bandura, 1986).

A partire da questa sintesi teorica relativa al concetto di valore tra economia e marketing è utile sottolineare che all'interno del settore dei servizi (Osei-Frimpong, 2016) il concetto di valore ha avuto e continua ad avere una sua interessante applicazione nel settore della sanità. Tale applicazione è riscontrabile nel modello di Porter (2010) relativo al Value Based Health Care.

2.3 Il Value-Based Healthcare

2.3.1 Introduzione

> Il valore - né un ideale astratto né una parola in codice per la riduzione dei costi - dovrebbe definire la struttura per il miglioramento delle prestazioni sanitarie […]. Eppure, il valore dell'assistenza sanitaria rimane in gran parte non misurato e frainteso. Il valore dovrebbe essere sempre definito attorno al clientee, in un sistema sanitario ben funzionante, la creazione di valore per i pazienti dovrebbe determinare ricompense per tutti gli altri attori del sistema […] spostare l'attenzione […] al valore è una sfida centrale . *(Porter, 2010, How is value in healthcare).*

L'attenzione al valore in sanità è un tema centrale e ancoraemergente ma il dibattito, seppur non strutturato, ha una origine più lontana. Il macro-obiettivo di questo lavoro di tesi è quello di assurgere a una definizione di valore in sanità in una prospettiva psicosociale, partendo dall'approccio organizzativo di matrice economica del *Value Based Health Care* (VBHC; Porter, 2010; Porter e Kaplan, 2011; Kim, Farmer e Porter, 2013). Ciò perché La letteratura (Barello *et al.*, 2021) ha ampiamente riconosciuto la necessità di mettere insieme il miglioramento della qualità delle cure e l'uso sostenibile delle risorse disponibili, uno dei principali obiettivi perseguiti dalle organizzazioni sanitarie.

Prima di descrivere il modello, ricordare alcune date può essere utile a comprendere come si è giunti a tale visione:

1971: Il primo volume della collana Medicina e Potere (Feltrinelli) è La medicina del capitale, di Jean- Claude Polack. Il concetto di valore è reso come una continua variazione a seconda dei cambiamenti culturali e storici.

1976: Ivan Illich, filosofo e teologo austriaco, scrive *Nemesi Medica* affrontando il problema del valore della salute in relazione alla medicalizzazione della vita. Egli sostiene

che la medicina sia un'impresa morale e che qualsiasi operazione tecnica prescinda da ciò è "nonsenso nefasto".

1985: Hans Jonas, nel rapporto su etica e medicina, afferma che i valori sono o «le idee del bene, del giusto e di ciò cui si aspira».

1989: Fulford, psichiatra di Oxford, scrive *Moral theory and medical practice* sostenendo che le due gambe sulle quali poggia qualsiasi decisione sono i fatti e i valori. Ci occupiamo dei valori sono quali ci diventano visibili, ovvero quando non sono condivisi dagli altri e il progredire delle conoscenze scientifiche non può che rendere il ruolo dei valori sempre più importante e complesso.

1992: I valori dell'EBM il valore della ricerca rigorosa, dell'esperienza clinica e, infine, delle preferenze della persona malata.

2005: VALUE-BASED MEDICINE. La American Medical Association pubblica il libro Evidence-based to Value-based Medicine e integra i valori dell'EBM.

2007: Muir Gray descrive le componenti tecniche, personali e allocative dl concetto di VBHC.

2011: *Creating shared value* di Michael E. Porter viene pubblicato sulla Harvard Business Review e diventa punto di discussione per la politica sanitaria.

2014: Su *The BioMed Journal*, Trisha Greenhalg lancia il movimento per la EBM Renaissance basato su un maggiore riconoscimento del valore delle preferenze del paziente nelle decisioni sugli interventi sanitari 2015: "esplode" negli USA il dibattito e la polemica sui costi dei farmaci in relazione ai benefici.

2.3.2 Value-Based Healthcare: struttura e processo

Il Value-Based Healthcare si quadripartisce nelle seguenti dimensioni:

- **valore economico**, azione terapeutiche di efficacia clinica e sostenibilità economica;
- **valore allocativo**, misurazione degli esiti di salute e dei costi sostenuti, supportando il modo in cui le risorse sono distribuite;
- **valore tecnico**, appropriatezza dell'utilizzo delle risorse per specifici bisogni di salute;
- **valore personale**, l'allineamento tra esiti di salute e aspettative del paziente.

Il valore in sanità, concettualizzato da Michael Porter ed Elizabeth Teisberg (2004; 2006), abbraccia i concetti di misurazione continua degli esiti di salute e dei costi sostenuti ma deve anche supportare il modo in cui le risorse sono distribuite alla popolazione (valore allocativo), l'appropriatezza del loro utilizzo per specifici bisogni di salute (valore tecnico) nonché l'allineamento tra risultati in termini di salute e le aspettative del paziente (valore personale) e sensibilizzare le organizzazioni sanitarie e i loro professionisti a scegliere più saggiamente le loro azioni terapeutiche al fine non solo di migliorare il valore clinico di tali azioni, ma anche di renderle più sostenibili (valore economico).

Porter ha definito il valore = risultati raggiunti - denaro speso, nel rispetto della tradizione economica per cui il valore di un bene o un servizio è determinato dal suo costo e dall'utilizzo che le persone fanno di quel bene o servizio. La letteratura oggi, però ci spiega che in termini di mercato sanitario la relazione costi ed efficacia non è così automatica (Osei-Frimpong, 2016). Destinare una risorsa a un beneficio significa sottrarla, in termini di allocazione, ad altri possibili benefici. Si dirà quindi "massimizzare" il beneficio e "minimizzare il costo", dove il costo è ciò a cui rinunciamo in termini di alternative possibili cui quella risorsa poteva essere destinata, cioè allocata.

Inoltre, i termini "costo" ed "efficacia" in sanità non contengono, in questa prospettiva, un valore relazionale (cioè la concordanza di valori tra curato e curante) né variabili psicosociali, poiché per costi si intendono diretti (numero di ricoveri e/o di esami diagnostici) e indiretti (un paziente che non raggiunge il risultato sperato sulla base delle cure) e l'efficacia si rivolge, principalmente, all'utilizzo e alla riuscita tecnica. Per cui, una prospettiva economica del VBHC tende a misurare il valore delle prestazioni sanitarie in termini di risultati ottenuti. La medicina basata sul valore si fonda sul concetto che, per migliorare la qualità delle cure mantenendone la sostenibilità economica, è necessario ridefinire la natura della competizione in sanità, allineandola intorno al concetto di massimizzazione del valore per il paziente (Porter, 2010).

L'assistenza sanitaria basata sul valore è organizzata in cicli completi di cura che tengono conto delle condizioni iniziali del paziente, della diagnosi, degli esiti sanitari, della soddisfazione e di altri fattori clinici e amministrativi. Pertanto, le organizzazioni devono concentrarsi sul costo del trattamento di pazienti con specifiche condizioni mediche nell'intero ciclo di cura, piuttosto che analizzare i costi di un singolo intervento

(la tradizionale misura del volume degli interventi). Successivamente, i costi e gli esiti devono essere misurati quantitativamente per valutare il valore (Kaplan e Porter, 2011). Per misurare il valore secondo questo modello, bisogna definire la specifica patologia o popolazione di pazienti a cui ci si rivolge (*1*). In secondo luogo, la cura è organizzata in base ai cicli di assistenza completi (*2*) considerando le condizioni iniziali del paziente, le diagnosi, gli esiti sanitari riportati, la soddisfazione del paziente e altri fattori clinici e amministrativi. In seguito, costi e risultati vanno misurati quantitativamente per valutare il valore (*3*) (Porter e Kaplan, 2011).

L'idea è ottenere un miglioramento continuo degli esiti per massimizzare il valore ottenuto cercando, al contempo, di mantenere o (meglio) ridurre i costi.

Relativamente alla misurazione dei risultati, Porter (2010) indica che i risultati possono essere disposti in una gerarchia a tre livelli:

il livello 1 è lo stato di salute raggiunto o, per i pazienti con alcune condizioni degenerative, mantenuto;

il livello 2 riguarda il processo di recupero/riabilitazione;

il livello 3 è la sostenibilità della salute.

Il paziente fornisce informazioni molto importanti per comprendere il livello dei risultati raggiunti, per esempio le eventuali complicazioni nel ritorno alle attività quotidiane. Tali monitoraggi fanno parte degli esiti a lungo termine e vanno riferiti dal paziente al medico nel ciclo di cura complessivo.

Infatti, gran parte del costo totale dell'assistenza a un paziente implica risorse condivise, come medici, personale, strutture e attrezzature. Per misurare i costi effettivi di un ciclo di assistenza clinica, il costo delle risorse condivise deve essere attribuito ai singoli pazienti in base alle risorse concretamente utilizzate per la loro cura (Kaplan e Porter, 2011). Il processo di misurazione dei costi nel Value Based Health Care è stato così delineato (*Ibidem*):

- Definizione del ciclo di cura che inizia dalla prevenzione e termina con la gestione della malattia o il *follow-up*;

- Definizione delle attività che caratterizzano il ciclo di cura determinate nell'equipe multidisciplinare (medici, infermieri, commercialisti e personale amministrativo);
- Delineare una mappa relativa al processo di ciascuna catena del valore e che serve per visualizzare le possibili alternative implementabili dall'unità sanitaria. Porter (2010) sottolinea la presenza dell'intero gruppo multidisciplinare nell'eseguire la mappatura della fase 3 perché i membri del gruppo dovrebbero determinare le risorse necessarie (umane e materiali) al ciclo di cura specifico definito nella fase 1, ad esempio n° di personale e attrezzature per ciascuna delle attività definite nella fase 2;
- Stimare il tempo che si impiega per ogni processo. Qui la figura chiave è il *management* sanitario che opera una stima del tempo che un utente impiega per ogni risorsa in ogni fase del processo, identificando così la durata di tutte le attività;
- Determinare il costo di tutte le risorse coinvolte nell'intero ciclo assistenziale;
- Definire la capacità effettiva di ciascuna risorsa, sottraendo alla "capacità teorica" (ovvero il funzionamento della risorsa a pieno regime) i valori stimati per pause, formazione, istruzione, ricerca e altri possibili usi.

Dunque, data tale differenza il calcolo è: costo totale sostenuto dall'organizzazione per rendere ogni *risorsa* disponibile al paziente / capacità effettiva stimata = Tasso di costo della capacità.

Infine il calcolo del costo totale dell'assistenza al paziente è dato dal tasso di costo della capacità moltiplicato per le stime di tempo per ciascuna attività.

Dunque, il costo totale di un ciclo di cura per una data condizione clinica (fase 1) è dato dalla somma di tutti i costi del processo (Kaplan e Porter, 2011).

Il Value Based Health Care postula, dunque, che il valore debba essere espresso in funzione delle condizioni iniziali del paziente che influenzano i processi di trattamento che si riflettono sugli esiti di salute.

2.3.3 Value-Based Healthcare: Italia

Ci sono alcuni tentativi in Italia, in prospettiva non psicosociale, di creare un *Value Measures* per medici e pazienti. Aziende quali la *Philips*® (2018) hanno rilevazioni di dati e comparazioni con i principali paesi europei (Francia, Germania, Paesi Bassi, Regno Unito, Spagna, Svezia) esplorando tre macroaree: accesso; soddisfazione; efficienza ritenendo che queste siano le tre chiavi per misurare la capacità di un sistema di generare valore. Ciò dà la possibilità di inquadrare le "metriche" del ritardo italiano che vede pazienti più insoddisfatti della media europea e l'Italia fanalino di coda dell'ottenimento dei risultati. Solo 1 italiano su 3 ritiene che i propri bisogni curativi siano soddisfatti, con livelli di fiducia nel proprio sistema sanitario notevolmente bassi, specialmente nelle giovani donne. L'Italia ha proposto (*Le soluzioni operative della Value Based Health Care in Italia per rilancio e crescita del Servizio Sanitario Nazionale, Università Cattolica del Sacro Cuore e Medtronic, 2018*) una Value Agenda per il proprio paese, implementando una sessione di lavoro con il professor Porter. I punti critici evidenziati dal gruppo di studiosi per il futuro del nostro Sistema Sanitario Nazionale sono i seguenti:

- Variazioni ingiustificate degli esiti clinici;
- Aumento dell'aspettativa di vita e del carico della cronicità; Assistenza primaria debole e frammentata;
- Strategie di prevenzione obsolete; Inadeguata differenziazione professionale;
- Cattiva gestione e ritardo di accesso delle nuove tecnologie sanitarie (p. 3).

Obiettivi necessari per lo scenario nazionale se pensiamo che la sanità del secolo XXI, si è posta il paziente come obiettivo primario, cercando di metterlo al centro. Sappiamo (Capone, 2016; Capone e Petrillo, 2013) che il paziente è un soggetto attivo, sempre più informato, che richiede da parte degli operatori non solo empatia, ma anche un coinvolgimento (Graffigna e Barrello, 2018) nelle scelte di trattamento e dunque per costruire questo valore "alto", che non sia solo il prodotto di costi e benefici, una buona sanità passa dal cambiamento organizzativo e dalla co-creazione di valore. Gli economisti parlano di struttura a "silos" per la sanità (Marino, Pariso e Landriano, 2020). Questa struttura è da rendere reticolare, con scelte su percorsi curativi ed esiti sperati basati sul valore condiviso di curante e curato poiché il solo paradigma della produttività sta mostrando di non riuscire a rispondere alle sfide complesse e multidimensionali legate alla sopravvivenza del nostro SSN.

Ora, la letteratura sul VBHC (Gray e Jani, 2016) suggerisce che tutti gli stakeholders sono da tenere in considerazione (medici, pazienti, cittadini, direttori, industriali, governanti) perché la base che accomuna queste differenti prospettive sta nel valore.

Il professor Porter, nel suo incontro in Italia, ha illustrato (2018) alcuni punti specifici che riguardano:

- le risorse, che vanno distribuite a differenti gruppi di popolazione (valore allocativo). In quest'ottica aumentare il valore per la popolazione significa ottimizzare le risorse spostandole da "budget in cui i servizi sono di scarso valore e utilizzati in maniera eccessiva per la popolazione a budget dove i servizi sono sottoutilizzati" per cui non vi è equo accesso ed utilizzo per la popolazione (Value Agenda for Italy, p.14);
- l'appropriato utilizzo delle risorse per raggiungere determinati risultati di salute, relativamente ad individui con specifici bisogni, presenti nella popolazione (valore tecnico). In quest'ottica bisogna rispondere ai bisogni presentati dalle persone con servizi mirati senza erogazioni indiscriminate, sapendo cogliere a chi possono arrecare benefici; riducendo gli interventi che si basano sulla riduzione della spesa o di basso valore e destinando le risorse dislocate dagli interventi di basso valore a quelli che ne producono uno più alto;
- l'attenzione al sistema valoriale (valore personale). In quest'ottica, quanto i risultati di salute ottenuti sono allineati al sistema valoriale di ciascun individuo e alle sue preferenze? Tale valore personale si basa su informazioni adeguate in termini di rischi e benefici dell'intervento al quale ha accesso il paziente.

Con specifico riferimento alla gestione della cronicità, quale ambito di maggior consumo delle risorse, il basso valore pare derivare dalla frammentarietà della presa in carico. Si dovrebbe puntare a «[…] un trattamento […] non più frammentato, coprendo in maniera integrata la fase diagnostica, la fase acuta e la fase di monitoraggio e follow-up […] in un unico setting» (pp. 14-15).

Le nuove strategie, in ottica VBHC, al posto della singola prestazione devono considerare la performance e i risultati ottenuti. Per farlo, la *Value Agenda* chiede un cambiamento alla cultura dell'organizzazione poiché si auspica di "abbandonare" una sanità organizzata per specialità dove non è assicurata è la centralità del paziente; le cui valutazioni spesso non tengono conto del punto di vista del paziente; dove si ragiona per tariffe a prestazione e non per costi relativi ad un singolo processo di cura; dove

sussistono duplicazioni dello stesso servizio con annesse conseguenze (aumento della spesa) e al contempo frammentazione dei servizi che determina insoddisfazione del paziente e aumento dei costi diretti ed indiretti; dove la logica dei silos è applicata anche ai sistemi informatici che spesso non sono interoperabili.

La riorganizzazione del Sistema Sanitario in un'ottica *value-based* ha visto emergere alcuni punti (2018): (*1*) lo sviluppo di un'assistenza *patient-centered* (Moja e Vegni, 2004; Levinson *et al.,* 2010) e integrata; (*2*) la riformulazione delle modalità di rimborso con superamento di quelle basate sulle singole prestazioni; (*3*) lo sviluppo di piattaforme di Tecnologia dell'Informazione e della Comunicazione (*ICT*); (*4*) l'implementazione di attività di public reporting al fine di garantire trasparenza e *accountability*.

Oltre le soluzioni operative per il rilancio e la crescita del SSN in un'ottica *value-based*, "le azioni a cui tutti gli stakeholder saranno chiamati" si configurano in una riorganizzazione attorno al paziente in cui i servizi si presentano in maniera integrata sia rispetto alle discipline (multi e interdisciplinarietà) che ai settori (esempio, settore sanitario e sociale) nel corso di tutta la durata del trattamento; nella misurazione sistematica di esiti di salute e costi; nella riformulazione delle modalità di finanziamento dell'assistenza che superino la logica del rimborso a prestazione e considerino l'intera durata del trattamento; nella diffusione sistemica e la comparazione strutturata dei risultati delle buone pratiche organizzativo-gestionali; nell'implementazione di piattaforme informatiche per la condivisione dei dati.

Una indagine recente, in contesto italiano, ha visto un'attenzione al Value Based Health Care in relazione ai medici (Amato et al., 2016). l'indagine del progetto *Forward* (Amato et al., 2016) ha avuto lo scopo di rilevare le opinioni di differenti categorie di medici rispetto alla loro percezione dei concetti di valore e di valori in ambito sanitario, mediante un questionario di 15 item a risposta singola e organizzato in 4 sezioni tematiche: 1. La figura più adatta a valutare un intervento sanitario; 2. Gli aspetti concreti che definiscono il valore in ambito sanitario; 3. Le diverse percezioni del valore che hanno i medici; 4. Le informazioni anagrafiche e professionali dei soggetti intervistati.

Il campione era costituito da 1305 medici specialisti in Cardiologia, Oncologia, Psichiatria e medici attivi nella Medicina Generale, reclutati in differenti convegni.

Rispetto all'adesione, i più propensi a rispondere al questionario erano i medici oncologi (58.6% dei presenti al convegno) seguiti dai cardiologi (44.3%) e dai medici di

medicina generale (37.3%). Una minore disponibilità sembra essere manifestata dagli psichiatri (27%). Quella dei cardiologi è l'area più rappresentata nel campione (51% di rispondenti), seguita da quella dei medici di medicina generale (26%), mentre i professionisti meno numerosi tra gli intervistati sono gli psichiatri e gli oncologi (rispettivamente 10% e 13%). Rispetto al genere, maggiore la presenza di uomini (761) rispetto alle donne (522) pari, rispettivamente, al 59.3% e al 40.7%. Il maggior numero di soggetti era di età compresa tra i 31 e i 40 anni (25%), seguito da coloro con età comprese tra i 21 e i 30 (23%), tra i 51 e i 60 (21%) e gli ultrasessantenni (20%). Solo l'11% apparteneva alla classe dai 41 ai 50 anni. Le risposte provenivano soprattutto da sanitari operanti al Nord e Centro Italia (33% per entrambe le aree). Il 26% esercitava la professione al Sud Italia; dalle Isole provenivano un numero minore di risposte. Più della metà del campione (54%) ha dichiarato di aver letto o ascoltato recentemente di valore degli interventi sanitari o del concetto di valore in relazione alla salute o alla malattia.

Soprattutto gli oncologi (48.9% "abbastanza") ritengono che il valore di un intervento sanitario possa essere giudicato dal solo operatore sanitario tenuto conto delle necessità del paziente, mentre sono "poco" o "per nulla" d'accordo gli psichiatri e i Medici di Medicina Generale (MMG). Allo stesso tempo però, la maggior parte degli psichiatri, seguiti da oncologi e MMG non è d'accordo con l'affermazione per cui il valore di un intervento sanitario può essere giudicato soltanto da chi amministra le risorse in termini di impatto e nuove tecnologie. La metà di tutte e quattro le categorie di medici ritiene che il valore di un intervento possa essere giudicato solo dall'utente. Il 72% degli intervistati complessivi è al corrente che le agenzie governative di altri Paesi attribuiscono un valore economico a ogni anno di vita guadagnato, ma cardiologi e MMG affermano di essere meno informati al riguardo, rispetto ad oncologi e psichiatri. Il 93 % degli intervistati è "Molto" o "Abbastanza" d'accordo sul fatto che una Sanità attenta al valore non può prescindere da un maggiore coinvolgimento di cittadini, pazienti e familiari.

Rispetto ai farmaci e ai costi delle terapie, l'88% del campione è d'accordo nel ritenere che il meccanismo di rimborso del costo delle terapie dovrebbe basarsi sul valore terapeutico più che sui costi di sviluppo e il 97.4% è d'accordo nel dire che il valore di un nuovo farmaco è proporzionale al suo apporto alla cura in termini di maggiore sopravvivenza, minore tossicità e migliore qualità della vita.

In relazione alla percezione del valore in merito al tempo dedicato al malato, l'89% degli intervistati ritiene che questo tempo sia uno dei principali valori della cura, su tutti oncologi e cardiologi. In merito ad opzioni alle quali il paziente può conferire valore (es. integratori e rimedi naturali) rispetto al farmaco, il 53% ha risposto che, nella propria esperienza, ha riscontrato tale inclinazione nei pazienti.

Per definire il valore di una terapia è stato chiesto agli intervistati di esprimere il grado di importanza, in una scala progressiva da "per niente" a "moltissimo", rispetto a cinque criteri: Efficacia; Innovatività; Tempestività; Sostenibilità ambientale; Sostenibilità economica.

Il 94.5% del campione ritiene che l'efficacia sia importantissima per definire il valore di una terapia mentre rispetto al parametro dell'innovazione, i dati contrastano. Il 46% sostiene che questo parametro è importante per definire il valore di una terapia (19.3% importantissimo e il 26.7% molto importante), il 34.8% lo giudica abbastanza importante mentre il 19.2% crede che conti poco (12.9%) o nulla (6.3%). La tempestività è ritenuta importante dal 71.9% del campione, specialmente (ed è comprensibile) tra gli Oncologi. La sostenibilità ambientale è ritenuta importante per il 68.9% degli intervistati (33% lo ritiene importantissimo, il 35.9% molto importante) il resto abbastanza importante o per nulla. Dati molto simili, per il valore della sostenibilità economica.

Infine, i *brand* farmaceutici. Il 79.7% dei soggetti intervistati ritiene che gli operatori sanitari conferiscano un importante valore al *brand* di un prodotto farmaceutico (rispetto all'equivalente *unbranded*) e secondo il 79.5%, il paziente attribuisce anch'esso un valore al *brand* di un prodotto. I medici italiani mostrano un livello di consapevolezza limitato e che varia a seconda delle specializzazioni professionali. La maggior parte dei medici coinvolti nell'indagine ritiene che sia il professionista sanitario, e non il decisore pubblico, la figura più adatta a giudicare il valore di una prestazione o di un intervento sanitario, in contrasto con la letteratura (Gray e Jani, 2016) e l'UE che ritengono essenziale il coinvolgimento di tutti gli *stakeholders*.

Sul ruolo del paziente: solo la metà dei medici riconosce la competenza di quest'ultimo utile per una valutazione. Ma Kim *et al.*, (2013) insistono sul punto che qualsiasi azione volta a creare valore deve essere condivisa con i cittadini e centrata sul paziente. Si confermano gli oncologi i più attivi sul tema (Congresso di Oncologia medica, 2016; Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri 2015; Cancer and Human

Values, 2014) che negli ultimi anni hanno dedicato occasioni di incontro alla valutazione comparativa delle terapie in un'ottica di costo- efficacia. Allo stesso modo, gli oncologi francesi denunciano (Maraninchi e Vernant, 2016) una insostenibilità del costo dei prodotti a fronte del calo di investimenti per la ricerca e lo sviluppo degli stessi.

2.3.4 Value-Based Healthcare: scenario europeo

Sul ruolo degli sprechi economici in sanità, sottolineato anche dall'aindagine sopradescritta, l'OCSE[11] si è recentemente pronunciata denunciando (*Wasteful Spending in Health*, 2017) consumi allarmanti rispetto a cure inadeguate e spreco di risorse (tra il 10% e il 34% della spesa sanitaria). Per tale ragione, al gruppo EXPH (*EXpert Panel on effective ways of investing in Health*)un gruppo di esperti sui modi efficaci di investire in salute, è stato chiesto di svolgere un'analisi su come definire il valore in *Value Based Health Care* e come far sì che il processo decisionale e il decisore in sanità divenga (-no) efficace, accessibile e resiliente. Il documento chiarisce la propria prospettiva nei termini che seguono.

Gli esperti inquadrano il campo della salute definendola una precondizione necessaria per creare valore, essa è un valore intrinseco ed estrinseco insieme perché appartiene alla sfera del sé e perché concorre ad ottenere specifici obiettivi. Dire "assistenza sanitaria basata sul valore" implica dire "servizi basati su valori che promuovano la salute", dove il valore è la salute stessa. La salute come valore è correlata al campo delsoggettivo, all'esperienza dell'individuo, dei gruppi di individui che diventano una popolazione. Quindi il significato del valore della salute dipende dalla prospettiva di chi guarda e da chi è a porre gli obiettivi tenendo presente sempre il perseguimento di un'assistenza sanitaria "equa".

Inoltre, pongono l'accento sulla non unanimità delle definizioni di VBHC. Infatti, il *Value* è concettualizzatospesso come "*health outcomes relative to monetized inputs*" (risultati sulla base degli input monetari) concentrandosi sulla gestione dell'assistenza

[11] L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) è un ente internazionale di studi economici per i paesi membri, aventi in comune un'economia di mercato. Svolge, principalmente, un ruolo di assemblea consultiva affinché vi sia confronto delle esperienze politiche per la risoluzione dei problemi comuni e l'identificazione di pratiche commerciali e il coordinamento delle politiche locali e internazionali dei paesi membri. Attualmente ha sede in Parigi.

in termini costi-benefici e ciò è collegato al *performance-based payment systems* (sistema di pagamento basato sulle prestazioni), mirando ad aumentare il valore di un intervento per chi lo paga. Ma l'assistenza sanitaria basata sui valori, per funzionare, deve perseguire in *primis* equità e solidarietà nei suoi servizi. Il gruppo di esperti ritiene che l'uso del termine "valore" nella prospettiva di Porter sia "ristretto" e che sia diventata una parola d'ordine (*buzzword)* per pratiche di gestione che non assolvono ad un sistema sanitario completo e centrato sul paziente perché mancano gli aspetti di equità e solidarietà. Il miglioramento nell'erogazione dell'assistenza sanitaria è certamente vantaggioso per il sistema sanitario stesso ma non esaurisce tutto il valore di cui i processi di salute hanno bisogno, poiché il focus di tale dibattito è *provider* dell'assistenza sanitaria e non il ricevente. Dunque, il gruppo EXPH suggerisce di aggiungere una nuova dimensione: il **Valore per la società**, relativo al fatto che l'impatto dell'intervento in sanità contribuisce alla coesione sociale ed è basato sulla partecipazione, la solidarietà, il rispetto reciproco, l'equità e il riconoscimento della diversità. Il valore sociale è "piuttosto una prospettiva che un kit di strumenti per migliorare i risultati" (p. 26). Si giunge dunque a una definizione tenuta da quattro pilastri:

l'assistenza sanitaria basata sul valore (VBHC) è un concetto globale costruito su quattro pilastri del valore: cure appropriate per raggiungere gli obiettivi personali dei pazienti (valore personale), raggiungimento dei migliori risultati possibili con le risorse disponibili (valore tecnico), equa distribuzione delle risorse tra tutti i gruppi di pazienti (valore allocativo) e contributo dell'assistenza sanitaria alla partecipazione e alla connessione sociale (valore sociale) (pp.27-28).

Il valore per la società (*societal value*) va un passo oltre il valore allocativo, includendo esplicitamente gli aspetti più ampi della salute come fattore abilitante per il benessere (Petrillo et al., 2015), la produttività e la coesione sociale e implica che per interventi ugualmente efficaci potrebbe essere necessario dare la priorità a coloro che sono socialmente svantaggiati. Ciò è alla base di un sistema sanitario basato sulla solidarietà: il valore personale assicura la salute e l'autonomia di ogni membro della società. Il valore allocativo si riferisce alla giustizia. Il valore tecnico è diretto all'efficienza del sistema. Il valore sociale supporta, alla base, tutti gli altri valori.

Quando si cerca di fornire un'assistenza sanitaria basata sul valore, è importante tenere conto dei diversi valori che entrano in gioco nella sanità e nella politica sanitaria, es. gli operatori sanitari hanno una serie di valori, come il valore delle strategie diagnostiche e terapeutiche (Stempsey, 2007); gli economisti sanitari, le agenzie di valutazione delle tecnologie sanitarie e i responsabili delle politiche sanitarie hanno i propri obiettivi euristici e morali (Hofmann, Bond e Sandman, 2018).

Ma cosa viene fuori nella relazione tra *values*, (obiettivi di base e fondamentali, associati ai principi che si esprimono mediate le preferenze) *principles* (regole operative che guidano le persone e le istituzioni) e *goals* (scopi specifici che definiscono la direzione delle attività delle persone e delle istituzioni)?

L'EXHP descrive alcuni obiettivi, quali possibili risposte all'interazione tra gli elementi menzionati, di seguito sintetizzati.

Obiettivi e valori dei pazienti: Una vita sana è un prerequisito è una parte fondamentale per la maggior parte delle persone. La misura del successo di tale obiettivo è nel paziente e non nel medico. Questo approccio, orientato agli obiettivi di salute, secondo il gruppo EXHP, non è sufficientemente diffuso. E le ragioni risiedono in parte sull'interpretazione che si è fatta della "medicina basata sull'evidenza" (Guyatt, 1992), che è stata implementata come riduzionista anche quando intendeva fare propri i valori dei pazienti e dall'altra è importante integrare "prove mediche" con "prove contestuali" e "prove politiche" (De Maeseneer e Boeckxstaens, 2011) a sostegno degli obiettivi di salute. Inoltre, dal secondo decennio del nuovo millennio, la sfida della multi morbilità ha portato a un ulteriore interesse per la "cura orientata agli obiettivi": in ogni consultazione, è richiesta una chiara esplorazione di ciò che conta davvero per il paziente. Ciò perché, spesso, gli obiettivi dei pazienti sono legati alla loro capacità di funzionare e alla loro partecipazione sociale, ad esempio, un paziente con Parkinson può avere l'obiettivo di raggiungere l'indipendenza quando cammina in una stanza (*Ibidem*).

Obiettivi e valori dei medici: Il primo obiettivo dei medici è il benessere e l'equilibrio del singolo paziente. Congiuntamente, guadagnarsi la reputazione di professionista "innovativo", apportando miglioramenti per la comunità scientifica che

vadano oltre la prescrizione della cura adatta al paziente. Ciò può essere un obiettivo del medico ma un valore anche per il paziente stesso e per la sua fiducia nei progressi della medicina. Infine, anche il prestigio sociale è considerato un obiettivo di valore per i professionisti.(Stempsey, 2006; Album e Westin 2008).

Obiettivi e valori del servizio: gli obiettivi delle organizzazioni includono fornire interventi benefici a un largo numero di pazienti mantenendo costi "ragionevoli", e migliorare il profilo del proprio istituto fornendocure di alto valore (ad es. mediante bassi tassi di recidiva). Per raggiungere questi obiettivi, sono condotte analisi di costo-efficacia e analisi dell'impatto del *budget* per valutare le priorità relativamente agli investimenti. A detta del gruppo EXHP però, molti sistemi non sono incentivati a migliorare i livelli di qualità su scala della popolazione perché si focalizzano sul singolo intervento specialistico erogato al singolopagante.

Obiettivi e valori dei contribuenti e pianificazione (tasse e assicurazioni): l'obiettivo dei contribuenti è quello di massimizzare la salute da un dato *budget* a tutta la popolazione e non solo a pochi pazienti. Da un lato, vengono avviati programmi di prevenzione e, dall'altro, si stringono accordi finanziari. La questione è più complicata nei servizi sanitari basati su assicurazioni in cui il *budget* per la popolazione nonè chiaramente definito. Però, anche in questi casi, c'è crescente interesse per il valore, prendiamo il caso della privatizzazione sanitaria (Giannone, 2019): poiché i costi aumentano più rapidamente dei livelli di reddito o pensione di chi richiede un'assicurazione sanitaria, per non perdere clienti le assicurazioni devonofare i conti con tale divario.

Obiettivi e valori dell'industria: gli obiettivi dell'industria possono comportare la massimizzazione dei profitti (aumento del valore per gli azionisti o per i proprietari di società) nel caso di organizzazioni a scopodi lucro, o altri obiettivi nel caso di enti senza scopo di lucro. Le organizzazioni senza scopo di lucro possonoincludere l'accesso alle cure e / o il progresso nella conoscenza e nella ricerca.

Obiettivi e valori della pianificazione sanitaria e della politica sanitaria: la politica sanitaria cerca di creare un ambiente normativo e una struttura di *governance* volta a massimizzare la salute, da un dato *budget*, all'intera popolazione. Per raggiungere gli obiettivi di equità e di accessibilità (che sono interrelati), sono necessari prestazioni

di alta qualità ed efficienza e un quadro giuridico e normativo appropriato oltreché strategie a lungo termine basate sulla raccolta di dati per la valutazione dei bisogni all'interno e tra i gruppidi patologie che costituiscono la base di strategie anche tecnologiche per facilitare la riallocazione delle risorse.

Obiettivi politici / governativi: includono la coesione sociale e l'equità tra le generazioni. Tale obiettivo è richiamato sin dalla Carta di Ottawa sulla Promozione della Salute (1986) "La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora,si gioca e si ama" ed è stato esplicitato dall'Unione Europea con il concetto di "Health in All Policies" (Ståhl*et al.*, 2006), nonché ripreso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel documento programmatico "Salute, 2020: Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere" il cui titolo rende già chiaro quanto i governi siano invitati a contribuire ai progressi di una sanità che abbia tra i suoi valori la salute e il benessere delle popolazioni. Ciò ci riporta alla proposta iniziale del gruppo EHXP e, ovvero, la necessità di un quarto pilastro nella ripartizione del modello di VBHC che includa, come imprescindibile, la componente sociale del valore sanitario.

Infine, un forte riferimento alla *cultura organizzativa* intesa quale clinica e al contempo nazionale e territoriale. Il gruppo EHXP sottolinea che tale necessità non è nuova (Wennberg e Gittelsohn, 1973) e chetutto quanto non è una esecuzione tecnica, ha bisogno di una cultura di riferimento. Ad esempio, quando viè da scegliere come misurare la pressione sanguigna, tutti conoscono la procedura. Tuttavia, se è necessario un giudizio/pensiero su quali persone con pressione sanguigna moderatamente elevata dovrebbero essere trattate, allora la cultura diventa importante. Perché l'interpretazione varia da professionista a professionistaa seconda della cultura clinica alla quale appartiene. In alcune "comunità di pratica" (Wenger, 2006) alcuni interventi sono considerati tempestivi, in altre sono "l'ultima risorsa". Ciò implica che le prestazioni siano valutate dopo essere stati a servizio di una specifica popolazione e nonsulla base del numero dei pazienti trattati, ciò crea una cultura clinica efficace ma per farlo c'è bisogno di una risorsa preziosa: il tempo. E si scontra con quelle prestazioni a pagamento per cui più ne sono erogate epiù il professionista guadagna e

non si è incentivati ad andare oltre tale meccanismo. Secondo il gruppo EXHP, una cultura di questo tipo non crea alcun valore. Nel paragrafo *La formazione e la cultura dei professionisti nell'era del valore* (Cacciatore *et al.*, 2018), alcuni punti chiave sono posti, per il contesto italiano, in relazione alla cultura che si dovrebbe implementare,che sono in linea con il documento europeo analizzato:

• La formazione dei professionisti sanitari è fondamentale per fornire ai cittadini assistenza sanitariaadeguata e di valore.

• La formazione deve essere multidisciplinare, interprofessionale, continua, indirizzata alla gestione delcambiamento ed incentrata sulle *soft skill* necessarie ad assumere ruoli di *leadership* all'interno del Sistema.

• Affinché il paziente sia davvero considerato al centro del Sistema Salute, si pone la necessità di sviluppare negli operatori sanitari una professionalità che abbia come caratteristica peculiare la relazione tra i professionisti e i pazienti, tra i professionisti e i *caregiver* e tra i professionisti e la rete di supporto al paziente.

• La misurazione degli esiti di salute (riferibili anche alla prospettiva del paziente) e la misurazione dei costi sono fondamentali in un sistema di assistenza basata sul valore. Gli esiti sono riferibili alla condizione presentata dal paziente e non a singole specialità; devono essere standardizzati tra diversi setting assistenziali in quanto riguardano l'intero ciclo di assistenza.

• Per fare in modo che il sistema renda conto socialmente (sia *accountable*) e abbia come obiettivo il miglioramento della salute sia riferita al singolo individuo (medicina personalizzata) che alla popolazione (medicina di popolazione), è necessaria una trasformazione dei servizi sanitari e del sistema educativo dei professionisti sanitari. (p.7).

Si desume come il professionista che crea valore presenta un'alta specializzazione biomedica, una conoscenza base della scienza *biopsicosociale*, per un inquadramento socio-psicologico del paziente, una comprensione generale delle scienze epidemiologiche e di sanità pubblica, una comprensione delle nuove tecnologie dell'informazione, ma anche una padronanza di *soft skill* quali comunicazione, capacità di pianificazione e gestione del tempo (programmazione), di collaborazione multidisciplinare e di risoluzione dei problemi. Ciò che dovrebbero fare i professionisti della salute nell'era del

valore consiste nella mobilitazione e nella condivisione delle conoscenze, così da poter migliorare il sistema, orientandolo ad un approccio di popolazione. Per far ciò sono necessarie riforme sia in ambito educativo che istituzionale. (p.8).

2.3.5 Value-Based Healthcare: scenario extra-europeo

Kolf e Lyons, (2020) hanno condiviso la loro riflessione sulla possibilità di implementare il Value Based Health Care su larga scala nell'ambito del piano governativo *New South Wales*, implementato e dislocato in 15 distretti sanitari australiani con l'obiettivo sviluppare azioni strategiche per il sistema sanitario. A detta degli autori (p.2) il sistema sanitario del *New South Wales* (NSW Health) è una esperienza esemplificativa per la sostenibilità dei servizi sanitari. Esso coinvolge 234 ospedali pubblici e strutture sanitarie con oltre 130.000 dipendenti, al fine di sostenere l'accesso universale all'assistenza sanitaria per una popolazione di circa 8 milioni di persone, attualmente in aumento, in un'area geografica dicirca 800.000 km2. Il budget del NSW Health nell'anno 2019 è stato di 25 miliardi di dollari, ovvero il 25%della spesa statale annua per l'Australia.

I ricercatori spiegano che il NSW Health, in linea con l'andamento generale dei sistemi sanitari occidentali,sta subendo una pressione crescente a causa dell'aumento delle malattie croniche e dell'invecchiamento dellapopolazione oltreché l'entrata in vigore delle nuove tecnologie collegate alla sanità. Una risposta possibile dal loro punto di vista, per assicurare accessi alle cure efficienti risiede nel Value Based Health Care (Porter, 2010) perché il modello mette in luce come concentrarsi sulla sola efficienza del processo non è sufficienteper rispondere alla sfida della sostenibilità dei servizi sanitari. Infatti "lo spostamento del focus dal volumeal valore impone di comprendere meglio l'esperienza del paziente e di ri-progettare criticamente come e dove viene fornita l'assistenza per ridurre gli sprechi e le variazioni ingiustificate" (Kolf e Lyons, 2020, p.1).

Nello specifico, nel contesto australiano è perseguito un modello che si basa sui seguenti elementi:

- modelli di cura *Evidence-Based*;
- linee guida standard;
- misurazione coerente;
- un quadro chiaro dei costi impiegati per l'assistenza sanitaria;

- attenzione alla qualità e alla sicurezza;
- forte leadership clinica;
- cambiamenti a lungo termine.

Ciò consentirebbe di abbandonare i modelli tradizionali basati sul volume della spesa per concentrarsi sull'approccio di Porter, riconosciuto come maggiormente aderente all'organizzazione sanitaria poiché si basa sul miglioramento del valore che deriva dagli interventi sanitari a partire dalle risorse che la data organizzazione ha a disposizione. Nello specifico, l'esempio riguarda il programma *Osteoarthritis Chronic Care,* i cui i risultati misurati includono il livello di dolore e lo stato funzionale dell'anca o del ginocchio laddove, in precedenza, la misurazione degli outcome si sarebbe concentrata sul solo numero degli interventi di chirurgia ortopedica, effettuati per quella particolare patologia cronica.

Con il nuovo approccio orientato al VBHC (Porte e Lee, 2013) l'obiettivo diviene ridurre o ritardare la necessità di un intervento chirurgico fornendo assistenza "al posto giusto" (*Ibidem*, p.2) in linea con il concetto cardine del VBHC (Kaplan e Porter, 2011), ovvero che la premessa centrale per raggiungere esiti sanitari di valore è concentrarsi su cosa è importante per i pazienti. Nel caso dell'Osteoartrite vi sono: diminuzione del dolore, maggiore possibilità di movimento e capacità di partecipare alle attività concernentila vita quotidiana (*Ibidem,* p. 3).

In merito all'utilizzazione delle risorse sanitarie il piano della NSW Health, interpreta il Value Based HealthCare considerando cosa significa valore per i pazienti, i medici e il sistema sanitario e mira a fornire servizisanitari che forniscano valore in quattro domini:

- miglioramento dei risultati di salute;
- migliori esperienze di ricezione di cure;
- migliori esperienze di fornitura di assistenza;
- migliore efficacia ed efficienza dell'assistenza.

L'obiettivo è utilizzare le risorse sanitarie in modo ottimale "fornendo le cure giuste nel contesto giusto e almomento giusto" (*Ibidem*, p.3) che è anche lo slogan di presentazione che compare sul sito della piattaforma (piattaforma del progetto).

Dunque, per il sistema sanitario australiano l'assistenza sanitaria basata sul valore è la strategia vincente perché mette il paziente al centro dell'assistenza.

Gli autori del *perspective paper* (Koff e Lyons, 2020) si domandano: cosa significa questo nella pratica peril contesto australiano e in un sistema sanitario delle (suddette) dimensioni?

Come possono essere progettati e finanziati i servizi sanitari per realizzare questa visione?

Come può, tale cambiamento, essere esteso su larga scala ed essere incentivato nell'erogazione dei servizi?

Tali interrogativi sono al centro dell'agenda di riforma sanitaria per il SSN australiano mediante il programma *Leading Better Value Care* che sta promovendo un'assistenza sanitaria basata sul valore. Il programma si concentra su 13 aree di assistenza sanitaria in cui vi è accordo sulla necessità di aumentaree implementare iniziative cliniche basate sull'evidenza. I criteri per le prime iniziative implementate dal 2016 erano:

- identificazione dei problemi relativi la gestione clinica vigente e l'erogazione dei servizi;
- evidenziare i potenziali benefici per i pazienti, le esperienze e risultati riportati;
- mostrare alternative per affrontare ingiustificati sprechi;
- incrementare il potenziale di capacità del sistema sanitario.

L'anno successivo, è stato chiesto ai distretti sanitari locali di identificare altre iniziative in grado di fornire valore rispetti alle quattro iniziative principali e di supportarle con le prove disponibili a seguito della praticaclinica locale.

In seguito, sono state selezionate ulteriori iniziative per lo sviluppo e l'implementazione del programma nel 2019 e nel 2020. La collaborazione tra gruppi e organizzazioni è stata ed è parte integrante di tutte le iniziative *Leading Better Value Care*. Dal canto suo lo Stato fornisce, mediante il Ministero della Salute, il quadro strategico per i distretti sanitarie le reti sanitarie specialistiche al fine di pianificare e attuare approcci adatti alla sanità territoriale. Congiuntamente, alcune organizzazioni che collaborano con NSW Health, ad esempio l'Agenzia per l'innovazione clinica o l'Istituto Nazionale dei Tumori, forniscono supporto e strumenti per aiutare i medicia utilizzare e applicare le prove a sostegno delle iniziative da implementare.

Le principali soluzioni includono modelli di assistenza e percorsi di riferimento nuovi o migliorati, *audit* clinici, migliori di cura per i pazienti. Ciò ha condotto alla

creazione di nuove strutture per la cura dell'osteoporosi e di programmi specifici per la cura dell'osteoartrite cronica, poiché sulla base delle evidenze raccolti tra esiti di salute, informazione deipazienti, risorse utilizzate dal personale sanitario si è giunti, per questo specifico campo patologico, ad un approccio integrato e in rete che coinvolge i servizi di assistenza acuta, primaria e di comunità.

Inoltre, com'è noto, la misurazione è un fattore determinante per l'assistenza sanitaria basata sul valore (Gray, 2017) per cui ogni iniziativa clinica ha un piano di monitoraggio e valutazione che specifica come sono misurate le strategie di cura implementate prima, durante e dopo l'attuazione. Ne è venuto fuori, man mano, un Registro dei risultati, del valore e dell'esperienza che è stato socializzato virtualmente e che mette in rete tutte le informazioni delle 13 realtà sanitarie locali che prendono parte al programma. Il fine ultimo sarebbe quello di standardizzare la raccolta e l'uso delle misure che sono, anche, un resoconto diretto delle esperienze personali del paziente e dei suoi esiti di salute, il tutto raccolto mediante le cartelle cliniche elettroniche. Gli aspetti maggiormente rilevanti riguardano il processo decisionale riferitoal percorso clinico e i risultati ottenuti perseguendolo, le esperienze e la qualità dell'assistenza.

Collegare i dati tra loro mediante lo strumento (potremmo dire l'artefatto) del Registro consente di creare un "triangolo" informativo (Koff e Lyons, 2020, p. 3) e di riflettere criticamente sui processi. Ad esempio: qual è la relazione tra l'esperienza del paziente e la durata della sua degenza in ospedale?

Infine, monitorare e comunicare sistematicamente i risultati ottenuti permette di creare uno storico dei progressi e dell'efficacia delle cure, in una logica di continua innovazione e modifica delle strategie aggiungendo così ai domini del valore anche il valore trasformativo dell'azione clinica. Perseguire l'assistenza sanitaria basata sul valore in tutto il contesto sanitario australiano richiederà, a dettadi Koff e Lyons (2020), un cambiamento culturale significativo, soprattutto, una forte leadership sanitaria che guidi con impegni tutti i partecipanti verso gli obiettivi centrali del programma. Inoltre, un tema comune riscontrato negli operatori sanitari coinvolti è che l'assistenza sanitaria basata sul valore li rende più soddisfatti nello svolgimento della professione poiché li supporta nell'erogare "il tipo diassistenza che vogliono fornire" (*Ibidem*, p. 4). Tale dato è importante per contrastare cure inefficaci e

insoddisfazioni dei pazienti in linea con quella letteratura che in un'ottica psicosociale e organizzativa sottolinea l'importanza della soddisfazione degli operatori sanitari al fine di maggiori benefici per i pazienti (Capone, 2016).

2.4 Conclusioni

Quanto descritto in relazione al Value-Based Healthcare mostra un paradigma strutturato, che suscita interesse anche laddove meno diffuso (cfr. contesto Italiano) e che porta studiosi e professionisti ad interrogarsi sulle possibili implementazioni nelle organizzazioni sanitarie.

Il Value Based Health Care necessita di proporsi come campo multidisciplinare basato su un ciclo continuo di miglioramento della qualità dell'assistenza, un migliore controllo dei costi e l'introduzione di nuovi sistemidi finanziamento e rimborso per i fornitori in sostituzione del prevalente compenso per servizi (Porter e Lee,2013; Porter e Kaplan, 2011). Il valore è chiamato in causa per la sua multidimensionalità. Esso, infatti puòriflettere componenti della qualità della vita clinica e sanitaria, nonché aspetti economici e sociali. Questo è importante perché anche se due organizzazioni sanitarie hanno lo stesso livello di produzione e procedure presentando i medesimi costi, accade che una di esse è in grado di ottenere risultati migliori. Questo farà sì che essa creerà più valore (*Ibidem*).

Specie alla luce della pandemia da COVID-19, si è confermata l'importanza della salute umana e della vita come ricchezze, non solo in termini di investimenti economici ma anche in linea con la definizione dell'OMS per cui la salute è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità" (2005). Tuttavia, poiché le risorse sono limitate e la politica pubblica implica fare scelte sull'erogazione di assistenza sanitaria, i risultati dell'assistenza sanitaria devono essere soppesati rispetto ai costi (Porter e Lee, 2013). Ilvalore è chiamato in causa proprio per la sua multidimensionalità che riflette componenti della qualità della vita clinica e sanitaria, nonché aspetti economici e sociali. Questo è importante perché le organizzazioni checreano un alto livello di valore hanno maggiori probabilità di ottenere risultati migliori, il che suggerisce lanecessità di adottare una prospettiva psicosociale (van Engen et al., 2022). Gli aspetti psicologici di una persona, come i valori personali e i sistemi di credenze, la cognizione e le emozioni, costituiscono la

base dei comportamenti sanitari umani che, a loro volta, influenzano l'autogestione, l'autoefficacia, la qualità della vita, il controllo della malattia e gli esiti clinici. In effetti, durante la pandemia COVID-19, è stata confermata l'importanza del fattore umano, della salute e della vita delle persone come beni cruciali, non solo in termini di investimento economico, ma anche per favorire il benessere degli individui, inteso come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Un approccio all'assistenza incentrato sul paziente promette di migliorare l'equità sanitaria coinvolgendo meglio i pazienti nella loro assistenza sanitaria (Graffigna e Barello, 2018). L'inclusione di diverse angolazioni, prospettive e voci è la premessa per un corretto posizionamento delle attività principali al centro del processo di cura (Gorli e Barello, 2021).

Tuttavia, esiste un rischio significativo che il coinvolgimento dei pazienti nella progettazione e nell'erogazione delle cure si trasformi in co-distruzione di valore (Palumbo, 2017), che può verificarsi quando i numerosi attori della sanità (pazienti, operatori sanitari, ecc.) partecipano alla co-creazione dei servizi sanitari portando aspettative contrastanti, input in conflitto e fini divergenti.

Il modello non è esente da critiche. Alcuni (Pinto dos Santos e Bernardes de Oliveira, 2021), affermano che il rapporto tra risultati e costi non misura il valore ma una misura dell'efficienza e che il valore in finanza ed economia, è sempre espresso in unità monetarie, ad esempio, in euro e dollari, non in rapporti senza unità. Infatti, seecondo l'attuale economico i sistemi sanitari stanno subendo drastici cambiamenti nella gestione e nell'erogazione dell'assistenza in virtù dei progressi tecnologici e nelle procedure mediche, dal cambiamento dei paradigmi epidemiologico, dalla trasformazione del profilo demografico delle popolazioni e dall'emergere di nuovi vincoli di bilancio (Etges, 2020; Halm, 2002). Dunque, emerge sempre più chiara la necessità di un arricchimento del valore che abbracci altri campi disciplinari oltre quello economico. Tale riflessione (Virleè et al., 2020; Osei-Frimpong , 2016) ha dato l'avvio alla rassegna della letteratura presentata nel capitolo che segue, il cui obiettivo è stato quello di identificare la presenza o meno di una prospettiva psicosociale del *Value* in sanità.

Capitolo 3. La dimensione psicosociale del Value-Based Healthcare: Una rassegna della letteratura

3.1 Introduzione

Abbiamo visto come, sia nella letteratura (Gray e Jani, 2016) che nei documenti nazionali e internazionali (EXHP), vi sia un richiamo agli *stakeholders* (medici, pazienti, cittadini, direttori, industriali, governanti) e a quanto siano da tenere in considerazione perché la base che accomuna le differenti prospettive sta nel valore. **Ma il VBHC è stato indagato da una prospettiva psicosociale?** Per rispondere a tale domanda di ricerca la prima fase di lavoro è stata di esplorazione della letteratura scientifica con una *scoping review* (Tricco et al., 2018; Liberati *et al.,* 2009) di seguito illustrata.

3.2 Metodo

Lo studio è stato condotto secondo i principi delle *systematic review* in accordo con le linee guida del PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis,* 2020).

Le ricerche sono state svolte dal mese di gennaio 2020 fino al mese di settembre 2022 e hanno incluso studi empirici qualitativi e quantitativi, rassegne, studi comparativi, casi studio. Considerando la natura inesplorata della prospettiva, non sono state inserite restrizioni temporali né geografiche. Il processo di analisi ha seguito un approccio di tipo bottom-up (Gregory,1990).

Si è pervenuti all'identificazione dei *record* elettronici mediante ricerca bibliografica condotta inserendo l'algoritmo di parole chiave e operatori booleani quali "AND"; "OR" e "NOT" nei database scientifici presi in considerazione (SCOPUS, PsycInfo, PubMed, EBSCO). In una prima fase della ricerca, sono state incrociate parole-chiave quali "Value Based Healthcare", "value co-creation"; "psychosocial perspective;";"psychological variables"; "measurement". Tali parole chiave sono state scelte per inquadrare subito lo stato dell'arte rispetto al quesito principale, ovvero la presenza di studi che avessero come framework il Value Based Health Care in una prospettiva psicosociale. Una seconda fase della ricerca ha visto integrare le parolechiave "satisfaction" e "well-being", per restringere il campo a due

costrutti d'interesse in una prospettiva organizzativa e che iniziavano a comparire negli articoli selezionati durante la prima fase della ricerca ma in una prospettiva di economia e marketing/marketing sociale. Una terza fase della ricerca ha visto l'utilizzo delle parole chiave "co-creation"; "co-production", poiché queste, sin dalla prima fase della ricerca, erano ricorrenti nel concetto di valore nelle prospettive economia e marketing. Una quarta fase della ricerca ha incluso le parole chiave "service-logic dominant"; "theoretical framework"; "measurement". Quando ormai le prospettive dominanti sull'argomento erano chiare, si è ristretto il campo di indagine per rilevare se, oltreal framework principalmente emerso sulla creazione di valore in sanità (Vargo e Lusch, 2008; 2016), vi fossero altri quadri teorici che in una prospettiva economica e di marketing avessero considerato la problematica. Inoltre, al motore di ricerca Scholar di *Google* sono state rivolte le seguenti domande per esteso: *How is value defined in healthcare? What are core values in healthcare? What are professional values in healthcare? What are the most important values for healthcare workers/ patient?*

Una ricerca finale è stata condotta cercando specificamente le *literature review*.

Le sole lingue di pubblicazione considerate sono state quella inglese e quella italiana con parole chiave, titolo ed *abstract* presenti sempre in lingua inglese nel caso delle edizioni italiane, su riviste *peer-reviewed.*

In primis, sono stati esclusi articoli di letteratura grigia, lettere agli *editor*, *abstract* di convegno, tesi di laurea, revisioni di libri, commentari, bozze di articoli, capitoli di libri, report brevi e altre. Un secondo processo di esclusione ha riguardato i criteri di eleggibilità dei *record* selezionati. Tra i principali motivi dieliminazione degli articoli vi sono stati tagli troppo specifici di un settore (ad esempio, chirurgia laparoscopica); prospettive teoriche troppo distanti; articoli incentrati sui *digital devices* per il *management*sanitario; studi orientati ai servizi pubblici in generale, ad esempio il turismo, e/o senza *focus* sulle organizzazioni sanitarie; *framework* degli studi legati prospettive psichiatriche, psicodinamiche e cliniche opsicoterapeutiche; doppioni di articoli; tagli specificamente finanziari (ad esempio, calcolo della spesa dei farmaci). Alcune risorse sono state escluse dalla rassegna ma incluse nei paragrafi dedicati al VBHC e in generale nell'elaborato, quali ad esempio i manuali di Porter (2010; 2011),

il libro sul valore condiviso di Porter e Kramer (2019), un *Theoretical Paper* di Vargo e Lush (2016) solo per riportare alcuni esempi. Le ricerche hanno identificato inizialmente 70 articoli. I diversi *record* sono stati analizzati a partire dal titolo, dalle parole chiave e dall'*abstract* al fine di giungere a un corpus finale composto di 17 articoli. Le categorie, generate *ex-post* in base alla analisi del contenuto degli articoli selezionati, hanno condotto a 4 aree di importanza emerse, principalmente, sull'individuazione dei temi maggiormente ricorrenti.

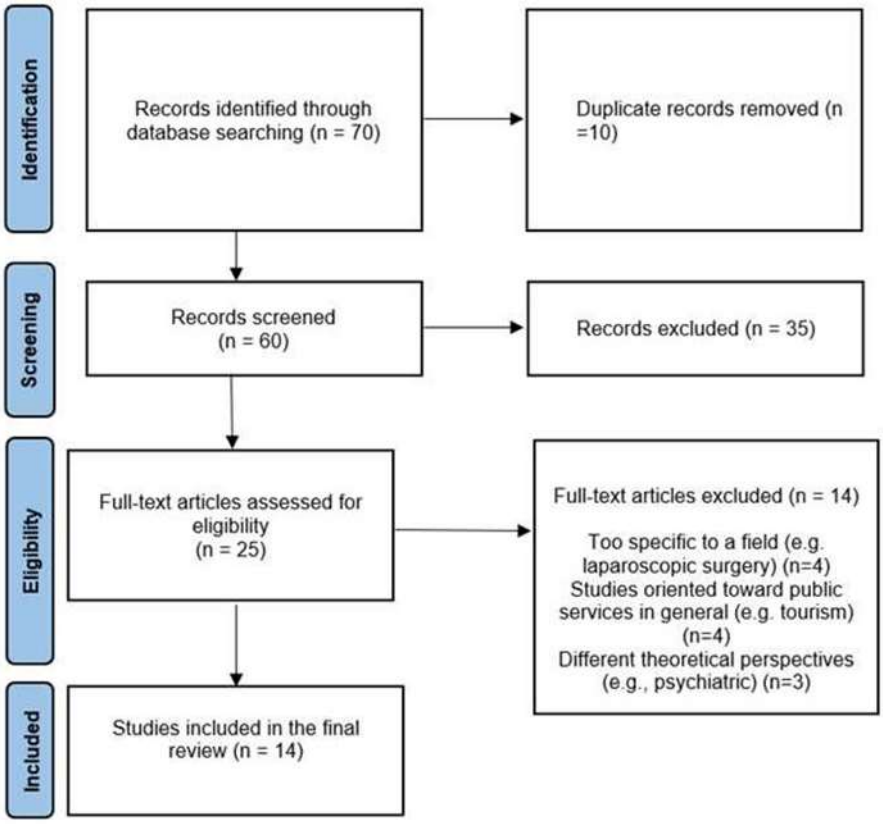


Fig. 2. Flow diagram della strategia di ricerca e del processo di revisione seguendo le regole del PRISMA 2020 (fonte Marino et al., 2022).

3.3 Risultati

Di 70 articoli selezionati il corpus finale è formato da 14 *record*. Gli articoli erano presenti sulle seguenti riviste *peer-reviewed:*

European Journal of Marketing; Insights Imaging; Journal of Marketing Management; Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing; Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing; Journal of Service Research (3); Journal

of Service Theory and Practice (3); Journal of Services Marketing; Learning Health System; Public Money &Management.

Di seguito, la tabella che sintetizza le principali evidenze degli studi considerati.

Catene di valore in sanità						
Autori/ Anno	*Titolo/ Rivista*	*Obiettivi*	*Partecipanti*	*Metodo*	*Strumenti*	*Risultati*
1. Barnabè, Guercini e Di Perna, 2019	Assessing performance and value-creation capabilities in Lean healthcare: insights from a case study. *Public Money & Management*	Esplorare se le attività di *Lean Thinking* relative alle prestazioni di una organizzazione sanitaria possono creare valore per pazienti e stakeholders migliorando anche il rapporto costi-benefici mediante il seguente processo: 1) Sviluppare e testare un quadro di misurazione relativo alla quantificazione del valore raggiunto tramite progetti di miglioramento e accertare l'efficacia dell'implementazione di *Lean Activities*; 2) Verificare se le Lean Activities aiutano i decisori sanitari a risolvere problemi manageriali; 3) Migliorare il sistema di misurazione delle prestazioni erogate dall'organizzazione per valutare gli impatti delle *Lean Activities* e l'efficacia di questo approccio mediante una quantificazione	Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS) singoli dipartimenti e organizzazione nel complesso	Caso studio/ricerca azione (Yin, 1994) quali quantitativa	1230 professionisti sanitari coinvolti in 107 progetti di miglioramento mediante osservazione partecipante; interviste di profondità; sondaggi; misurazione di prestazioni sul modello *Balanced Scored Card* (Kaplan e Norton, 1992) rivolta a 4 dimensioni principali (1) paziente; (2) processi; (3) apprendimento e crescita; (4) finanze, ciascuna delle quali analizzata mediante indicatori chiave-specifici (*Key Performance Indicators*; Barnabè *et al.*, 2019)	La creazione di valore in termini di qualità è emersa quale capacità dell'organizzazione di sfruttare le sinergie tra dinamiche operative e socio-tecniche, risultanti dalla gestione del personale mediante pratiche *Lean* che, in linea con Porter (2010), hanno fornito anche un margine di recupero delle risorse finanziarie. La corretta misurazione e valutazione delle iniziative Lean è stata implementata e testata portando alla creazione del modello di misurazione della "capacità di creazione di valore", che si è dimostrato efficace e potrebbe essere applicato in altre organizzazioni sanitarie. Rilevanti, tra i risultati, la riduzione dei tempi di attesa per i pazienti (5383 ore recuperate); la riduzione dei km fisicamente percorsi mediante pratiche di snellimento delle azioni sanitarie (154 km per singolo processo). Rispetto alla qualità dell'assistenza e la sicurezza per il paziente 107 progetti di miglioramento delle pratiche hanno fornito un

		monetaria del valore che esso permette di recuperare; 4) Valutare gli impatti della gestione organizzativa *Lean* e prestazioni effettuate nel triennio 2013-2016, in termini di valore recuperato				impatto significativo, con una standardizzazione delle procedure (145 nuove procedure tra checklist, istruzioni operative, protocolli e ordini del giorno). Sono stati ridotti gli aspetti disfunzionali dei processi (966 unità) e 93 progetti hanno avuto significativo impatto sull'apprendimento e la crescita dei professionisti con un impatto positivo sul benessere organizzativo.
2. European Society of Radiology (ESR), 2021	Patient survey of value in relation to radiology: results from a survey of the European Society of Radiology (ESR) value-based radiology subcommittee *Insights Imaging*	Rilevare come i pazienti interpretano il valore in relazione alla radiologia; il concetto di radiologia basata sul valore (VBR) in Europa; garantire che il valore della radiologia sia adeguato alle metriche Value-Based Health Care (VBHC) e massimizzare il valore dei servizi radiologici per i pazienti.	400 pazienti appartenenti a 22 paesi, tra cui la comunità europea, inclusi alcuni membri della sola comunità economica, paesi con accordo di partenariato e cooperazione con l'EU e paesi aderenti allo spazio *Schengen* Elenco dei paesi: Australia, Austria, Belgio, Bulgaria, Canada, Francia, Germania, Inghilterra (pre-*Brexit*), Svizzera, Iraq, Irlanda,	Quantitativo cross-sectional	Questionario anonimo, costruito ad hoc online mediante *Survey Monkey*™ e socializzato attraverso capi dipartimento di radiologia, funzionari *dell'European Society of Radiology*, associazioni di pazienti e principali piattaforme social (es. Facebook). Composizione dello strumento: Sezione anagrafica; item rivolti alla storia medica del paziente e soddisfazione per le cure ricevute (es. valutazione del servizio di radiologia fornito; come	Le modalità di somministrazione rivelano che i più giovani hanno aderito alla modalità online, oltre il 50% degli intervistati era *under* 50, mentre il 25% degli intervistati in modalità cartacea era over 50. Inoltre, i due terzi del campione erano donne. La Francia è stata la nazione con il maggior tasso di risposta (158). La maggior del campione si era sottoposta da 1 a 5 prestazioni radiologiche nei 2 anni precedenti e la soddisfazione complessiva per la fruizione di tali servizi era *M*= 4,22 su 5 infatti la quasi totalità si è mostrata soddisfatta o molto soddisfatta dei servizi ricevuti.

	Italia, Liechtenstein, Nigeria, Olanda, Portogallo, Croazia, Repubblica Ceca, Russia, Spagna, Turchia, USA.	la cortesia del personale; informazioni ricevute su vantaggi e rischi; tempi di attesa); item relativi alla familiarità del paziente con il concetto di radiologia basata sul valore e il suo atteggiamento generale nei confronti del valore (ad es. quale aspetto è considerato più importante in relazione al valore: costo, efficacia, sicurezza o servizio); item relativi al modo in cui i pazienti valutano aspetti di valore (ad es. a quali aspetti conferiscono importanza quando ricevono prestazioni radiologiche). Gli item sono stati valutati su una scala di accordo Likert in 5 punti e mediante risposta a scelta multipla. L'indagine è stata condotta dal 29 gennaio al 28 giugno 2019.

3. Fjeldstad, Johnson, Margolis, Seid, Höglund e Batalden, 2020	Networked health care: Rethinking value creation in learning health care systems *Learning Health System*	Esplorare, nell'ambito del *Learning Health System* (Britto, Fuller e Kaplan, 2018) un'architettura organizzativa rivolta all'assistenza sanitaria basata su tre aspetti interdipendenti della creazione del valore: *value shop*; *value chain* e *value network*	Caso 1. Un paziente con trapianto al rene divenuto "formatore" e un gruppo di pazienti gestiti da una infermiera-educatrice; Caso 2. 160 pazienti minori e relative famiglie	Analisi osservazionale e descrittiva di due casi studio: Caso 1. unità di auto-dialisi presso il *Ryhov Hospital* della città di Jönköping (Svezia), tale servizio è gestito a livello regionale e finanziato con le tasse. Caso 2. rete di assistenza per le malattie intestinali infiammatorie croniche presso il *Children Hospital and Medical Center* del comune di Cincinnati (Stato dell'Ohio in USA), tale servizio è finanziato con risorse pubbliche e private	Osservazioni partecipanti e interviste in profondità rivolte ai principali stakeholders	Dall'analisi dei casi emerge che i pazienti che hanno fatto esperienza di dialisi e hanno ricevuto il trapianto del rene, se adeguatamente formati possono autogestirsi nel percorso di cure e diventare operatori delle unità di auto-dialisi aiutando altri pazienti collaborando con il personale sanitario. Tale azione incide sui tre aspetti di valore sanitario (*shop, chain* e *network*) consentendo ai pazienti di essere coinvolti a tutti i livelli del processo di cura, di gestire la propria salute nel doppio livello di curato e curante, acquisendo competenze e trasferendole, in un circolo funzionale di risoluzione dei problemi e di rete in azione. I professionisti sanitari a loro volta aiutano a mantenere il focus delle azioni sullo scopo condiviso (il benessere psicofisico dei pazienti) mettendo in connessione i pazienti tra loro e supervisionando l'autogestione della cura in quanto esperti. In questo processo, i leader facilitano l'accesso alle risorse e alla formazione e supervisionano la gestione generale. I vantaggi sono a livello individuale, gruppale e sistemico:

						attenzione ai singoli casi, trattamenti standardizzati e qualitativamente rispondenti alle esigenze dei pazienti; creazioni di reti collaborative e di apprendimento, sistema di informazioni efficienti. Il personale sanitario ha registrato un minore tasso di infezioni tra i pazienti e una maggiore soddisfazione per i trattamenti. Si è registrata una riduzione dei costi per le procedure di routine e un migliore uso delle risorse impiegate mediante la ridistribuzione tra attività di pazienti, medici e ricercatori. Inoltre, la rete *ImproveCareNow* (Caso 2) inoltre, si è dotata di supporti tecnologici che hanno facilitato ulteriormente la creazione di una rete condivisa e un sistema di conoscenze e collaborazioni continue.
Stili, attività e pratiche di co-creazione di valore in sanità						
4. McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney e van Kasteren, 2012	Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles *Journal of Service Research*	Esplorare l'impegno dei clienti sanitari nelle pratiche di co-creazione di valore identificando (1) il ruolo percepito del cliente, (2) un'ampia gamma di attività del cliente e (3) le interazioni che	Direttore infermieristico, 4 oncologi, 2 i supervisori della reception e 20 pazienti di due cliniche per il trattamento oncologico situate in una grande	Qualitativo Longitudinale	Raccolta di interviste di profondità (metodo comparativo; Lincoln e Guba 1985); studi osservazionali sul campo; 4 focus group (Lincoln e Guba 1985) della durata di 2h: due	Sono stati identificati 8 macro-temi di attività che riflettono i diversi tipi di attività di co-creazione di valore osservate : (1) cooperazione; (2) raccolta di informazioni; (3) combinazione di terapie complementari; (4) ricerca e

	esso svolge; esplorare la relazione tra CVCPS (stili di pratica della co-creazione di valore) e qualità della vita	città australiana	focus group con pazienti in trattamento oncologico da meno di 6 mesi e due con pazienti in cura da più di 6 mesi. La raccolta ha avuto durata biennale	condivisione attiva di informazioni e feedback); (5) cambiamenti nelle azioni; (6) collegamento con familiari e amici, medici, altri professionisti sanitari e gruppi di sostegno; (7) coproduzione e (8) attività come il pensiero positivo, stimolazione il proprio sé, creazione di senso e training emotivo. La qualità della vita è stata valutata, in relazione alle attività di creazione di valore, come alta, moderata o bassa in quattro domini: esistenziale, la persona ritiene di poter raggiungere obiettivi e che la sua vita abbia significato; psicologico, riguarda i sentimenti di depressione, nervosismo e preoccupazione, la tristezza e la paura del futuro; supporto, riguarda il sostegno e l'accudimento e fisico, elevato affaticamento, dolore e debolezza. Sono stati identificati cinque stili di pratica nella co-creazione di valore del cliente sanitario: (1) gestione del gruppo, (2) controllante/distanziante, (3) collaborativo, (4) pragmatico/adattivo e (5) passivamente conforme.

						Gli stili differiscono tra loro, principalmente, per il numero, l'intensità e la tipologia di scambi e interazioni con l'altro con differenti livelli nei 4 domini della qualità della vita esperita.
5. Ng, Sweeney e Plewa, 2018	Managing Customer Resource Endowments and Deficiencies for Value Cocreation: Complex Relational Services *Journal of Service Research*	Analizzare in che modo risorse e carenze dei servizi, nell'ambito della malattia cronica, influenzano gli stili di assistenza nella co-creazione di valore tra curante e cliente sanitario in termini di relazione, assistenza sanitaria e pianificazione finanziaria basandosi su 5 stili di erogazione di assistenza che integrano le differenti risorse: *Delegate*; *Mentor*; *Partner*; *Coach* e *Validator* (Ng, Plewa e Sweeney 2016)	402 clienti sanitari (57% M) di età compresa tra i 24 e i 75 anni afferenti ad un servizio residenziale di assistenza australiano anche per gli aspetti di gestione finanziaria della propria salute; 396 pazienti affetti di malattie croniche (58,4% F) di età compresa tra i 24 e i 75 anni in contesto australiano. Oltre il 60% dei campioni viveva in regime di matrimonio e oltre il 45% aveva un livello di istruzione alto.	Quantitativo cross-sectional	2 questionari self-report online volti a rilevare gli aspetti relazionali tra clienti sanitari e manager sanitari e pazienti e medici, assistenziali e finanziari. Strumenti composti da: sezione socio-anagrafica; item volti alle risorse dei clienti sanitari (3 item rivolti alla situazione fisica; 5 rivolti alle competenze relative al servizio, la tolleranza e consapevolezza del rischio, 2 item per gli aspetti finanziari sanitari). Gli item sono stati valutati su una scala di accordo Likert in 7 punti ad eccezione del patrimonio netto	I risultati rilevano che il 26% dei clienti sanitari sperimenta uno stile *Mentor* così come il 24% dei pazienti. Lo stile *Partner* è equamente presente sia nel campione finanziario che in quello sanitario al 25%. Lo stile *Coach* è prevalente nei clienti finanziari con il 22% a fronte del 15% dei pazienti. Uno stile *Delegate* è presente nell'11% dei clienti sanitari mentre per i pazienti solo al 7%. Lo stile *Validator* rappresenta il 16% dei clienti sanitari a fronte del 29% dei pazienti. In merito alle risorse i clienti del *Validator* hanno il più forte senso di appartenenza (risorsa fisica) e i più alti livelli di competenze e istruzione legate ai servizi (risorse culturali). I clienti del *Coach* hanno il più forte impegno personale (risorsa fisica), ma i clienti *Partner* hanno la più alta tolleranza

		personale e dell'importo richiesto per la consulenza che andava inserito in cifre e della gravità della condizione di salute misurata su una scala da 1 a 100 (1= per niente grave). la carenza di risorse è stata rilevata codificando gli item in maniera inversa (ad es. la complessità percepita in merito alla propria salute, le competenze relative ai servizi e la tolleranza al rischio). Inoltre, test di frequenza relativo ai *Service provider styles* (Ng, Plewa e Sweeney, 2016) per comprendere la percentuale di distribuzione di ciascun stile di assistenza nei campioni considerati.	al rischio (risorsa culturale). In termini di carenze, i clienti *Delegate* hanno il più debole senso di appartenenza e impegno personale (carenza fisica) e i clienti *Mentor* mostrano l'istruzione e la tolleranza al rischio più basse (carenze culturali). Nel complesso la dotazione di risorse è emersa maggiormente per i clienti sanitari che sperimentano stili relazionali di tipo *Validator, Partner* e *Coach* (in quest'ordine). Al contrario, quanti sperimentano gli stili *Delegate* e *Mentor* sono i più carenti di risorse e dipendono maggiormente dalle figure sanitarie e di gestione. Nello specifico lo stile *Validator* vede clienti con le percezioni più basse della complessità della loro situazione di salute e la più alta tolleranza al rischio (entrambe risorse culturali), ma hanno anche la condizione di salute meno grave (risorsa finanziaria). I clienti *Partner* mostrano il più forte impegno personale (risorsa fisica) e capacità relative ai servizi (risorsa culturale). Al contrario, i clienti *Delegate* sperimentano maggiori carenze in tutte le risorse

						culturali ed economiche, mentre i clienti *Mentor* profondono un impegno personale (risorsa fisica).
6. Sweeney, Danaher, e McColl-Kennedy, 2015	Customer Effort in Value Cocreation Activities: Improving Quality of Life and Behavioral Intentions of Health Care Customers *Journal of Service Research*	Esplorare le attività di co-creazione di valore del cliente sanitario (EVCA) identificando una gerarchia di attività di co-creazione del valore che richiedono uno sforzo crescente (e che rappresentano compiti sempre più difficili) e dimostrare i collegamenti tra l'EVCA del cliente e la qualità della vita, la soddisfazione per un servizio di assistenza sanitaria e le intenzioni comportamentali.	20 pazienti cronici di due cliniche oncologiche per le interviste qualitative e 1.008 pazienti per la somministrazione degli item (304 con patologie legate al cancro; 248 con patologie cardiache e 365 di area diabetica).	Quali-quantitativo.	Interviste con domande aperte di un'ora e mezza circa (Minichiello et al., 1995) per i temi emergenti (Lincoln e Guba 1985) circa le attività di co-creazione del valore; Analisi Rasch ai 12 item selezionati dai temi emersi, utilizzando RUMM 2030 (Andrich, Sheridan e Luo 2011); SPSS per testare le ipotesi. Scale standardizzate incluse nella rilevazione quantitativa: la *4-Item quality of life measure* (Fox, 2004), la *4-Item service satisfaction scale* (Oliver 2010), la *4-Item behavioral intention measure* (Zeithaml, Berry e Parasuraman, 1996), tutte valutate su una scala di accordo in 7	Dallo studio qualitativo sono stati identificati 13 temi che riflettono diverse attività di co-creazione di valore: (1) condivisione attiva delle informazioni, (2) rispetto dei requisiti di base, (3) coinvolgimento proattivo nel processo decisionale, (4) interazioni con il personale clinico, (5) relazioni con la famiglia e gli amici, (6) connessione con gli altri, (7) attività differenziate, (8) dieta, (9) gestione degli aspetti pratici della vita, (10) la ricerca di informazioni, (11) il pensiero positivo, (12) le relazioni spirituali, (13) la regolazione emotiva. Tali attività si svolgono sia all'interno dell'azienda sanitaria (ad esempio, condivisione attiva delle informazioni, rispetto dei requisiti di base) sia mediante l'uso di fonti personali (rapporti con la famiglia e gli amici) e di mercato (es. dieta). Successivamente, sono stati selezionati 12 item corrispondenti ai

					punti Likert (1 = fortemente i disaccordo e 7= fortemente d'accordo).	temi individuati e con riferimento alla letteratura (per esempio McColl-Kennedy et al., 2012; Vargo e Lush, 2008), sono state formulate le seguenti ipotesi: (H1) le attività di co-creazione di valore migliorano la qualità della vita del cliente sanitario e (H2) la soddisfazione per il servizio, (H3) le intenzioni di comportamento favorevoli alla salute. Inoltre (H4) la soddisfazione per il servizio è un mediatore parziale delle relazione tra attività di co-creazione di valore e qualità della vita e (H5) un mediatore parziale della relazione tra le attività di co-creazione di valore del cliente sanitario e l'intenzione di attuare comportamenti salutari. Tutte le ipotesi hanno trovato conferma.
7. Virlèe, Hammedi e van Riel, 2020	Healthcare service users as resource integrators: investigating factors influencing the co-creation of value at individual, dyadic and systemic levels *Journal of Service Theory and Practice*	Indagare perché alcuni utenti dei servizi sanitari sono più capaci e /o disposti a svolgere attività di integrazione delle risorse rispetto ad altri e quali sono i fattori al livello (1) individuale, (2) relazionale e (3) sistemico che agiscono come facilitatori e / o inibitori delle attività di integrazione delle risorse	23 intervistati tra pazienti in trattamento dopo un trapianto di polmone e loro famiglia; professionisti sanitari e altri che rappresentano ciascuno un caso.	Qualitativo *Multiple Case Study*	Interviste semi-strutturate, con un conduttore interno (implicato sul campo) e altri esterni, condotte con i pazienti e con varie categorie di stakeholder, presenti nella rete di erogazione di servizi a quei pazienti e con i quali	I risultati evidenziano come al livello individuale l'alfabetizzazione sanitaria dell'utente del servizio sanitario influiscano positivamente sulla sua (1) conformità con le regole base della cura, (2) con le attività di coproduzione e con (3) la dieta gli esercizi necessari. Inoltre, i comportamenti di coinvolgimento attuati dall'utente agiscono

	degli utenti dei servizi sanitari e, inoltre, in che modo un fattore di inibizione o facilitazione agisce sulle attività di integrazione delle risorse e che relazioni hanno tali abilità con il benessere degli utenti.		hanno svolto attività di integrazione delle risorse. Le interviste hanno seguito una guida basata sulle tre fasi del percorso del paziente: (1) fase pre-trapianto, (2) fase trapianto e (3) fase post-trapianto. Le riguardavano le esperienze durante il percorso sanitario, le attività che dovevano svolgere e il ruolo dei 5 stakeholder più importanti nella loro esperienza. Successivamente sono stati intervistati gli stakeholder individuati dai pazienti rilevando le loro opinioni, in merito al percorso dei pazienti pneumologici intervistati. durante l'incontro di servizio.	positivamente anche sul co-apprendimento che si crea con il curante lungo la malattia cronica e sullo stile di vita. Al livello relazionale, la reattività di un operatore del servizio influisce positivamente sulla compliance di un utente del servizio sanitario con attività di co-creazione di valore e co-learning. Inoltre, la capacità del medico di rassicurare e trasmettere fiducia all'utente influisce positivamente sulla prosecuzione delle cure e sulle attività di coproduzione di co-learning. Ruoli fondamentali sono stati rivestiti dalla competenza emotiva del curante e dalla sua capacità di comunicazione che hanno influenzato i livelli di attività co-produzione del valore. Al livello sistemico risultano importanti la vicinanza "geofisica" di utente e curante al fine di seguire le prescrizioni mentre la mancanza di collaborazione tra gli attori risultava una barriera nella prosecuzione dei trattamenti. Il sostegno sociale degli stakeholders (attori non professionisti) influiva positivamente (1) sulle cure, (2) le attività di co-learning, (3) i

						cambiamenti da adottare, (4) la dieta e gli esercizi e le (5) attività di svago. Il benessere era positivamente influenzato dall'integrazione tra tutti i livelli delle risorse (individuale, relazionale, sistemico) e maggiore era l'impegno profuso dai pazienti e tra la parti migliori erano i livelli di benessere esperiti dall'utenza.
Co-creazione di valore nel processo di incontro						
8. Osei-Frimpong, Wilson e Owusu-Frimpong, 2015	Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: a CIT approach *Journal of Service Theory and Practice*	Indagare i processi di co-creazione di valore nella diade medico-paziente e in che modo le loro esperienze, nella stanza di consultazione, influiscono sul valore scaturito dall'incontro	8 medici e 24 pazienti di un ambulatorio ospedaliero sito in Ghana	Interviste semi-strutturate di 45 minuti che hanno impiegato 76 incidenti critici (Flanagan, 1954). Agli intervistati era chiesto di ricordare e descrivere, da un punto di vista sia favorevole che sfavorevole: situazioni in cui l'incontro medico-paziente ha influenzato la loro esperienza nel servizio; approfondire l'evento accaduto; come è stato	Qualitativo	Dall'analisi tematica sono emerse tre categorie principali che incidono sul processo di creazione del valore: (1) *contesto sociale*, costituito da 3 principali elementi quali abilità sociali dei medici (la cordialità; l'empatia e il rispetto per il paziente), il livello di interazioni tra gli attori; le loro conoscenze e competenze in particolar modo la comunicazione che per i medici risultava un aspetto sfidante del loro lavoro; (2) *credenza e percezione*, emozioni, fiducia e sicurezza degli attori che hanno avuto un impatto diretto sulle loro esperienze; (3) *collaborazione*, in termini di coinvolgimento dell'attore (nel processo decisionale), l'orientamento

				gestito l'incidente; in che modo l'incidente ha influito sulla loro esperienza, percezione e risultato di valore dell'erogazione del servizio.		curante-paziente e corrispondenza del paziente. Dalla combinazione del punto di vista di medici e pazienti il valore nell'assistenza sanitaria riguarda: guarire, ricevere la massima cura, coinvolgimento nel processo decisionale, esperienza positiva nella stanza di consultazione, comprensione del paziente, realizzazione della diagnosi corretta, prescrizione dei farmaci adeguati, conformità del paziente alle prescrizioni, soddisfazione del paziente, unità operative funzionanti. Inoltre, emergono come necessari i seguenti elementi: esperienze positive, riconoscimento del paziente nella gestione della cura, riduzione delle complicazioni e delle visite di consultazione, miglioramento del benessere.
9. Osei-Frimpong, 2016	Examining the effects of patient characteristics and prior value needs on the patient-doctor encounter process in healthcare service delivery *International Journal of Pharmaceutical and*	Esaminare l'influenza dei bisogni degli attori durante l'incontro di consultazione e gli elementi chiave che producono valore e soddisfazione nel paziente ed analizzare gli effetti di moderazione delle caratteristiche del paziente nel processo di	332 pazienti ambulatoriali afferenti a due cliniche site in Accra (Ghana)	Quantitativo cross-sectional	Questionario self-report composto da: Scheda anagrafica, inclusa la frequenza degli incontri con il medico; la *Pre-Encounter Patients Value Needs Scale* (Osei-Frimpong *et al.*, 2015); la *Shared Decision-*	I risultati mostrano che le aspettative positive, di valore, che il paziente ha rispetto all'incontro con il medico influenzeranno positivamente la consultazione ad es. ritenere che dalla consultazione si riceverà benessere, rassicurazione, una prescrizione adeguata e trovarsi dinnanzi ad un medico orientato

	Healthcare Marketing	incontro e come queste influenzano il valore esperienziale degli attori.			*Making Scale* (Hausman, 2004); la *Trust Scale* (Anderson e Dedrick, 1990); la *Care Delivery Approach Scale* (Salanova *et al.*, 2005); la *Experiential Value Scale* (Mathwich *et al.*, 2001); la *Satisfaction Scale* (Wu e Liang, 2009)	verso il paziente. L'approccio del medico, infatti, è positivamente correlato al valore esperienziale percepito dal paziente e tali elementi sono funzionali alla soddisfazione del paziente che è positivamente correlata con alti livelli di valore esperienziale percepito. Con riferito all'età dei pazienti questa ha un effetto moderatore nell'incontro con il medico rispetto alla fiducia, al processo decisionale condiviso e al valore esperienziale in sé così come appaiono moderatori il retroterra culturale dei pazienti e la frequenza con la quale incontrano il medico. Tuttavia, il coinvolgimento dei pazienti nel processo decisionale non ha influito sui livelli di valore esperienziale percepito.
10. Osei-Frimpong, 2017	Patient participatory behaviors in healthcare service delivery Self-determination theory (SDT) perspective *Journal of Service Theory and Practice*	Esaminare l'influenza che differenti tipologie di motivazione (Deci e Ryan, 2000) hanno sui comportamenti partecipativi dei pazienti nell'incontro con il medico ai fini della co-creazione di valore nei servizi e valutare come	345 pazienti di una struttura sanitaria semi-governativa sita in Accra (Ghana)	Quantitativo cross-sectional	Questionario self-report composto da: Scheda socio-anagrafica; *Intrinsic motivation scale* (Guay *et al.*, 2000); *External regulation scale* (Guay *et al.*, 2000); *Identified regulation scale* (Guay *et al.*, 2000);	I risultati hanno evidenziato che la motivazione intrinseca orientata all'autonomia influenza positivamente la partecipazione del paziente agli incontri con il medico, così come la motivazione estrinseca (esternamente regolata), e che influenza positivamente l'impegno profuso

		la partecipazione influenzi esiti di valore.			*Patient participation scale* (Chan *et al.*, 2010); *Commitment to compliance scale* (Hausman, 2004); *Perceived value realised scale* (Mathwick *et al.*, 2001; Sweeney and Soutar, 2001), valutate tutte su scala Likert di accordo in 5 punti	dai pazienti nel rispettare le istruzioni del medico. Emerge, invece, che per l'impegno nella compliance la motivazione regolata da processi esterni non svolge un ruolo determinante, dunque, si conferma che l'impegno dei pazienti nel perseguire le cure è regolato da processi interni. Di contro, la partecipazione attiva del paziente all'incontro con il medico non influenza positivamente i suoi livelli di impegno nella compliance mentre sia la partecipazione attiva del paziente che il suo riuscire a seguire le istruzioni del medico influiscono in misura determinante sulla percezione complessiva del valore che si realizza nell'incontro con il medico.
11.Osei-Frimpong e Owusu-Frimpong, 2017	Value Co-Creation in Health Care: A Phenomenological Examination of the Doctor Patient Encounter *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*	Analizzare le interazioni diadiche tra utente e curante per acquisire una conoscenza di come questi processi ed esperienze di incontro sono percepiti dagli attori al fine di influenzare l'efficacia dei servizi pubblici e professionali	34 pazienti ambulatoriali e 10 medici di tre strutture sanitarie pubbliche site in Accra (Ghana).	Qualitativo	Interviste semi-strutturate che hanno esplorato il processo di incontro nello studio medico, le esperienze e come queste influenzano il valore complessivo creato. Per primi sono stati reclutati i medici di cui, poi, sono stati selezionati tre pazienti ambulatoriali.	È emerso che entrambi gli attori ritenevano la natura dell'impegno profuso nella consultazione un elemento è essenziale. I medici ritenevano che ai fini di una diagnosi accurata i pazienti avrebbero dovuto parlare liberamente e

		In media, ogni intervista durava 55 minuti.	condividere informazioni dettagliate. I pazienti seguivano questa indicazione solo quando valutavano il medico positivamente e degno di fiducia. Gli incontri in cui i pazienti hanno percepito il medico come frettoloso e si sono sentiti sottoposti a una serie di domande senza spazio comunicativo, hanno dato risultati negativi. Un ostacolo alla partecipazione durante la consultazione era la non chiarezza del ruolo sia per i medici che per i pazienti. Elementi chiave ai fini della co-creazione di valore erano collaborazione, cooperazione, interazioni, fiducia, condivisione di informazioni e partecipazione attiva.
			I pazienti aspiravano ad una migliore qualità della vita che era un valore in sé al di là delle interazioni con il medico, mentre i medici consideravano la guarigione del proprio paziente tra gli

						elementi di valore principali poiché essa avrebbe aumentato il benessere dei pazienti e ridotto la spesa finanziaria del servizio sanitario.
Co-creazione di valore nei servizi sanitari preventivi						
12. Zainuddin, Previte e Russell-Bennett, 2011	A social marketing approach to value creation in a well-women's health service *Journal of Marketing Management*	Indagare il valore sanitario non economico attribuito dal consumatore ad un servizio di screening secondo la classificazione di Holbrook (2006) per il marketing sociale, e adottando una prospettiva di benessere e non di malattia.	25 donne, di età compresa tra i 50 e i 69, afferenti ad un un servizio gratuito di screening del cancro al seno sito nel Queensland (Australia). Una donna era alla prima esperienza di utilizzo del servizio, sette donne si avvalevano del servizio da meno di 10 anni e 17 vi afferivano da 10 o più anni.	Qualitativo	25 interviste di profondità relativa all'esperienza di un servizio di screening gratuito per il cancro al seno, elaborate mediante approccio interpretativo del marketing sociale (ICR) (Berg, 2004, p. 75; Denscombe (1999, p. 111).	Sono emersi 6 temi principali: *Convenienza (1)*: Sul versante pratico, l'accessibilità e la completezza di una struttura sanitaria, la sua "comodità" per il consumatore facilitano il comportamento di afferenza dello stesso. Gli esempi vanno dalla presenza di un parcheggio per l'auto ai servizi di supporto come la telefonata che ricorda all'utente di avere un appuntamento. La convenienza potenzia la capacità di eseguire il comportamento salutare, quale lo screening al seno, e rende desiderabile eseguire quella azione incoraggiandone il mantenimento nel tempo, fidelizzando il cliente sanitario. Tale tema è collocato nella dimensione funzionale del valore; *Controllo (2)*: un senso di gestione e organizzazione per cui la persona percepisce di sentire di aver fatto tutto il possibile

		per evitare conseguenze negative. Esso è situato sia nella dimensione funzionale che emotiva del valore e fornisce l'uso di mezzi funzionali per raggiungere uno stato emotivo desiderato (Bandura, 1993). Mediante il comportamento di prevenzione le donne raggiungono uno stato emotivo desiderato, ovvero evitare conseguenze negative; *Pace della mente (3):* questa è data dalla tranquillità e dal sollievo di adottare un comportamento necessario per sé stessi. Si colloca nella dimensione emotiva del valore e fornisce un rinforzo emotivo positivo e una rassicurazione ai consumatori del servizio; *Comportamento come rafforzamento delle credenze (4)*: il presupposto di sapersi sani rispetto a un possibile cancro è rafforzato da comportamenti l'osservazione dello schermo su cui è proiettato l'andamento del proprio esame di screening (es. ecografia). Il nuovo screening è percepito come il comportamento necessario per accompagnare le convinzioni di benessere e si inserisce nella dimensione

		emotiva del valore; *Identificazione di sé come avente influenza (5):* Alcune intervistate si identificano come coloro che influenzano gli altri ad assumere il comportamento desiderato, incoraggiando le persone ad effettuare lo screening. Ciò si colloca nella dimensione sociale del valore: le donne intervistante partendo dalle proprie norme soggettive (Ajzen, 1991) si pongono come obiettivo quello di influenzare altre donne a eseguire e mantenere gli stessi comportamenti salutari. I destinatari di tale influenza (amici, colleghi, familiari) possono scegliere di assumere questo comportamento per soddisfare i bisogni di appartenenza sociale; *Benefici del proprio comportamento per gli altri (6):* gli altri significativi beneficiano secondariamente dei comportamenti salutari perseguiti da effettua lo screening per il cancro al seno, con ricadute positive anche sui costi sanitari della comunità allargata. Il vantaggio è che il sistema sanitario pubblico non è sovraccaricato e che il costo per la società per il trattamento degli individui affetti da

						cancro è ridotto. Tale è collocato nella dimensione altruistica del valore.
13. Zainuddin, Russell-Bennett e Previte, 2013	The value of health and wellbeing: an empirical model of value creation in social marketing *European Journal of Marketing*	Indagare il ruolo di differenti attori nel processo di creazione di valore sanitario e osservare l'impatto degli esiti chiave del servizio sulla soddisfazione del cliente sanitario e sulla sua intenzione di adottare comportamenti di prevenzione	797 donne australiane di età compresa tra i 50 e i 69 anni afferenti a un servizio di screening per il cancro al seno.	Quantitativo	Sono stati selezionati differenti item dalla letteratura, tutti valutati su scala di accordo Likert in 5 punti (1= fortemente in disaccordo a 5= fortemente d'accordo), adattati al contesto specifico di rilevazione: Per gli esiti chiave del servizio (soddisfazione e intenzioni comportamentali), 4 item della *Satisfaction Scale* di Dagger *et al.*, (2007) e 5 item della *Behavioral Intentions Scale* di Dagger *et al.*, (2007). Per gli input organizzativi (qualità amministrativa-3 item, tecnica-3 item e interpersonale-5 item), 11 item di Dagger *et al.*, (2007). Per misurare il valore funzionale, sono stati utilizzati 4 item di Sweeney e Soutar (2001)	Sulla base della letteratura (ad esempio, Ravald e Groonros, 1996; Zainuddin et al., 2011) sono state formulate le seguenti ipotesi: (H1) La soddisfazione avrà una relazione significativa e positiva con le intenzioni comportamentali. Il valore funzionale (H2) e quello emotivo (H3) avranno una relazione significativa e positiva con la soddisfazione. La qualità amministrativa (H4) e la qualità tecnica (H5) avranno una relazione significativa e positiva con il valore funzionale per gli utenti mentre la qualità interpersonale (H6) avrà una relazione significativa e positiva con il valore emotivo per gli utenti. La coproduzione (H7) e la direzione motivazionale (H8) avranno una relazione significativa e positiva con il valore funzionale nei servizi sanitari mentre la tolleranza allo stress (H9) avrà una relazione significativa e positiva con il valore emotivo.

					mentre per rilevare la componente emotiva del valore sono stati somministrati 6 item di Nelson e Byus (2002). relativamente agli input del cliente sanitario sono stati utilizzati 4 item della *Motivational Direction* di Kelley *et al.*, (1992) per descrivere lo sforzo cognitivo necessario in uno scambio di servizi; 4 item di Auh *et al.*, (2007) relativi alla co-produzione hanno rilevato la partecipazione del cliente nel processo di offerta e scambio con il curante all'interno del servizio sanitario e, infine, 4 item di Bar-On (1997) per la tolleranza allo stress rispetto allo screening del seno.	Le ipotesi hanno trovato conferma ad eccezione di H4 e H7.
14. Zainuddin, Tam e McCosker, 2016	Serving yourself: value self-creation in health care service *Journal of Services Marketing*	Esplorare l'auto-creazione di valore e l'autogestione del cliente sanitario in un servizio di screening intestinale.	378 clienti sanitari che aderivano al programma australiano di screening intestinale, 44.6% donne e 55.4% uomini.	Quantitativo	4 items della *Functional value* scale di Sweeney e Soutar (2001); *l'Emotional value scale* di Nelson e Byus (2002); la *Social value scale* di	Sono state formulate le seguenti ipotesi: Ipotesi 1 I contributi comportamentali avranno un impatto positivo sul valore funzionale (A), valore emotivo (B) e valore sociale (C)

		Flynn et al.; la *Behavioural contributions* di Auh et al. (2007); la *Cognitive contributions* di Kelley et al. (1992); *l'Affective contributions* di Bar-On, (1997); la *Consumer readiness* di Ho e Ko e la *Satisfaction scale* di Dagger et al. (2007).	nella creazione di valore di sé. Ipotesi 2 I contributi cognitivi avranno un impatto positivo sul valore funzionale nella creazione del valore di sé. Ipotesi 3 I contributi affettivi avranno un impatto positivo sul valore emotivo in valore autocreazione. Ipotesi 4 La disponibilità del consumatore avrà un impatto positivo sul valore funzionale (A) e valore emotivo (B) nella creazione di valore di sé. Ipotesi 5 Valore funzionale (A), valore emotivo (B) e valore sociale (C) nel valore di sé creazione avrà un rapporto positivo con la soddisfazione. Ipotesi 6 La soddisfazione avrà una relazione positiva con le intenzioni comportamentali in creazione di valore di sé. H3 e H6 non supportate

Tab. 1 Studi analizzati nella rassegna della letteratura

3.3.1 Area 1: Catene di valore in sanità

Tra le differenti prospettive che si muovono lungo il *continuum* tra economia e marketing (Barnabè, Guercini e Di Perna, 2019) il concetto di valore in ambito sanitario non è considerato come limitato a una sola tipologia di cliente, e si ritiene necessario un sistema di misurazione multidimensionale. La creazione di valore è il risultato dell'adozione di una logica strategica centrata sul paziente, in cui la creazione di valore per il paziente è ritenuta il motore principale del miglioramento delle prestazioni e, quindi, una variabile importante nella scelta e nella valutazione delle

iniziative strategiche (Porter, 2010). Questo processo andrebbe a vantaggio non solo del paziente, ma anche dell'operatore sanitario. L'interdipendenza è, dunque, fondamentale nel processo di creazione del valore nei contesti di servizio (la sanità nel nostro caso), per cuila creazione di valore risulta dall'interazione tra le dinamiche dell'organizzazione (operativa e socio-tecnica)e le dinamiche del paziente, che in ultima analisi determinano l'efficacia delle iniziative che si intraprendonoche hanno impatto sia sulla progettazione delle azioni sia sulla misurazione delle prestazioni stesse (Barnabè,Guercini e Di Perna, 2019).

Sul valore creato dall'interdipendenza si sono espressi anche Fjeldstad *et al.,* (2020) che sottolineano la "pressione" vigente sulle organizzazioni sanitarie e sulla *leadership* sanitaria al fine di creare valore, o più propriamente "catene di valore" che apportino migliorie ai prodotti erogati mediante l'assistenza. Gli autoririntracciano la difficoltà dei leader sanitari nell'implementare processi di valore motivo per cui vi è ampio ricorso alla riduzione dei costi quanto piuttosto la riprogettazione di un servizio. Ma la riprogettazione è unapriorità per l'assistenza sanitaria perché i sistemi attuali non stanno raggiungendo l'efficacia e l'efficienza necessarie per migliorare l'assistenza, generare innovazione e accelerare la ricerca. È improbabile che aumentare gli investimenti o ridurre i costi senza modificare l'architettura del sistema aumenti il valore in maniera sostenibile. Infatti, ciò rischi di rendere più impegnativo il lavoro di erogazione dei servizi sanitari,portando anche a crescenti di burnout (Fjeldstad *et al.,* 2019). Alcuni esempi possono mostrare quanto medici e pazienti siano coproduttori dei servizi sanitari e come buoni esiti di salute e il valore che ne derivasiano create impiegando gli attori primariamente coinvolti, giuste informazioni e adeguate tecnologie in risposta alle esigenze del paziente quale utente finale:

È probabile che una persona con più lesioni dovute a un incidente automobilistico tragga vantaggio da unarisposta all'emergenza altamente personalizzata che riunisce più competenze professionali sanitarie per ottenere una diagnosi e un trattamento rapidi al fine di stabilizzarsi e andare verso una guarigione duratura;

Un paziente con diabete di tipo 2 può trarre vantaggio dalla possibilità di entrare in contatto con altri pazientie con trattamenti e servizi che consentono al paziente di

apportare modifiche allo stile di vita, integrare servizi per gestire la sua malattia e contribuire attivamente alla propria cura.

Con tali esempi Fjeldstad *et al.*, (2020) intendono sottolineare che il valore è sempre co-creato e che riconoscere l'interdipendenza tra gli attori sanitari è il canale principe per perseguirlo. L'accento, infatti, è posto anche sull'importanza di una architettura organizzativa che persegua le attivitàfondamentali del sistema sanitario: fornire servizi sanitari, migliorarli, generare innovazione e generare nuova conoscenza attraverso la ricerca. Dunque, creare un processo virtuoso, definibile anche come "catenadel valore" (Porter, 1985). La catena del valore consiste in processi di trattamento ripetibili e standardizzati che professionisti e pazienti utilizzano per produrre il risultato desiderato. Il vantaggio aumenta quando gli interventi e le soluzioni riguardano aspetti simili. Ad esempio, l'adozione di una configurazione a catena per la chirurgia sostitutivatotale dell'anca e del ginocchio può comportare l'efficienza dei processi collegati, risultati migliori e costi inferiori. Ma questo non risolve il problema della differenziazione. Infatti, i pazienti con problemi medici complessi potrebbero risentirsi di essere trattati con soluzioni standardizzate. In questi casi i pazienti che desiderano l'assistenza più personalizzata possibile.

Una modalità per assolvere a questo problema è la rete del valore, ovvero una configurazione che facilita l'interazione flessibile tra persone, luoghi e cose (ad esempio, pazienti, medici, ricercatori, organizzazioni esupporti informatici). Tale rete è composta da nodi o "attori" e dai collegamenti che li legano. In altri settori, le combinazioni di piattaforme e personale facilitano le reti per aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'interazione e dello scambio, come ad esempio Facebook (ma anche Amazon o Airbnb) utilizzato per tenersi in contatto, nonché per individuare altri, organizzare semplici eventi, e via di seguito. L'attenzione dei servizi di rete sulla connettività e lo scambio introduce anche un cambiamento nella gestione organizzativa. Le organizzazioni in rete si basano meno sulla gerarchia per controllare e coordinare il lavoroe più sui pari e sull'auto-organizzazione tra i membri (nodi) di una rete. Il risultato è un'architettura organizzativa "orientata all'attore", che ha tre elementi principali:

(a) attori, ovvero persone e unità organizzative, che hanno le capacità e i valori per auto-

organizzarsi;

(b) beni comuni in cui gli attori accumulano e condividono risorse;

(c) protocolli, processi e infrastrutture che consentono una collaborazione autogestita fra tutti i membri della rete.

Un'architettura organizzativa in rete ha il potenziale per facilitare i diversi tipi di interazione richiesti per l'assistenza clinica, il suo miglioramento e la ricerca. Ad esempio, i dati raccolti durante l'assistenza clinicae archiviati in un database condiviso (un bene comune) possono anche supportare la ricerca accessibile ai ricercatori. Aggregando conoscenze e informazioni la rete facilita l'integrazione di elementi che andrebbero"dispersi" e che divengono, invece, risorse per le catene di valore e per il *Value Shop.* Quest'ultimo è una modalità diffusa per creare valore mediante una risposta personalizzata ai problemi del paziente (Fjeldstad *et al.,* 2019). Secondo tale prospettiva, l'assistenza sanitaria si basa su relazioni individuali paziente-professionista in cui esiste un ciclo prevedibile di passaggi tra cui l'acquisizione del caso, lo sviluppo di unadiagnosi, la selezione di un trattamento personalizzato e la verifica della soluzione proposta. Tale processoprevede una configurazione diadica. Il principale focus nel *value shop* è tra l'ampiezza (il numero e la varietàdi condizioni mediche che possono essere gestite) e la profondità (il livello di competenza che può essere fornito). Il numero degli interventi diagnostici e curativi è aumentato e con essi la relativa conoscenza medica e le aspettative di una vita migliore e più lunga. Per cui, anche l'esercizio legato alla vendita e alla negoziazione di valore (*value shop*) è cambiato spostandosi dal singolo erogatore di soluzioni ad un lavorosvolto da più professionisti, di differenti discipline e legati a sistemi organizzativi diversi che aumentano notevolmente la possibilità di contributi da parte dei pazienti ai fini della cura.

3.3.2 Area 2: Stili, attività e pratiche di co-creazione di valore in sanità

McColl-Kennedy *et al.,* (2012) affermano che, tradizionalmente, i clienti sanitari sono stati visti come destinatari passivi ed esterni all'azienda (Deshpande 1983; Payne, Storbacka e Frow 2008). Con lo sviluppo della CCT (Teoria della Cultura del Consumatore; Schau *et al.,* 2009), i clienti possono co-crearevalore con un'azienda e i suoi membri (Prahalad e Ramaswamy 2004; Vargo e Lusch 2004). In tale framework

i clienti hanno un ruolo attivo ed è ampiamente riconosciuto (Holman e Lorig 2000) che, nell'ambito dell'assistenza sanitaria, la gestione di successo delle malattie croniche, come il cancro, è correlata alle interazioni collaborative tra l'individuo e il suo curante in un processo di coinvolgimento attivo(cfr. *patient engagement model*, Graffigna e Barello, 2018).

Tuttavia, non è chiaro cosa facciano effettivamente i clienti quando co-creano valore nell'assistenza sanitariae se esiste un collegamento tra stili di pratica della co-creazione del valore del cliente (CVCPS) e qualità della vita. Partendo dal modello della co-creazione di valore mutuato da Vargo e Lusch (2004; 2008; 2016), per cui il valore in uso è determinato da attività di interazione tra erogatori e clienti e la co-creazione di valore è, dunque, il beneficio realizzato dalla suddetta interazione che porta una integrazione delle risorse

mediante la collaborazione tra le parti, McColl-Kennedy *et al.,* (2012) superano la visione duale per guardarel'interazione secondo una prospettiva di rete. Ad esempio, i clienti possono co-creare valore integrando risorse dall'azienda sanitaria con quelle presenti al di fuori del contesto sanitario tradizionale, come le terapiecomplementari, e / o con fonti private come colleghi, familiari e / o amici (gli stakeholders). McColl- Kennedy *et al.,* (2012, p. 375) definiscono la co-creazione di valore per il cliente come il "vantaggio realizzato dall'integrazione delle risorse attraverso attività e interazioni con i collaboratori nella rete di servizi del cliente". Inoltre, i clienti possono co-creare valore attraverso attività personali. Ad esempio, possono pensare in maniera positiva e lavorare emotivamente su di sé (cfr. Graffigna e Barello, 2018).

Dal punto di vista del marketing aziendale, è emerso come non vi è un processo omogeneo per co-creare valore. Differenti approcci potrebbero essere impiegati benché essi restino sostanzialmente inesplorati (McColl-Kennedy *et al*., 2012). Inoltre, sebbene sia riconosciuto che alcuni stili di creazione di valore sianovantaggiosi per la produttività organizzativa, poca ricerca empirica ha affrontato il ruolo del cliente sanitarionella creazione di valore e gli effetti che questa ha sulla qualità della sua vita. Secondo McColl-Kennedy *et al.,* (2012) le attività possibili si muovono nella sfera cognitivo-comportamentale (esecutive) e possono essere semplici, come ad esempio la raccolta di informazioni (cfr. Capone *et al.,* 2020*)* rispetto alla propriasituazione oppure maggiormente complesse come il reciproco apprendimento tra cliente ed erogatore. Comprendere come gli individui co-creano valore per gestire al meglio la loro "vita" sanitaria è importanteper loro e per le organizzazioni. Infatti, è noto che le persone possono intraprendere differenti attività per migliorare la qualità della propria vita, dal seguire le indicazioni terapeutiche del medico fino ad arrivare ad un coinvolgimento attivo (Barello e Graffigna, 2018). È dimostrato, inoltre, che la partecipazione dell'utentesanitario sotto forma di processo decisionale condiviso porta a un miglioramento del benessere psicologico,un miglioramento dello stato medico e una maggiore soddisfazione per le cure ricevute (Ashcroft *et al.,* 1986; Fallowfield *et al.*, 1990; McColl-Kennedy *et al.,* 2012; 2015; Capone, 2015, 2016). Sweeney *et al.,* (2015) si rifanno a McColl-Kennedy *et al.,* (2012) ritenendo che gestire l'assistenza sanitaria e in particolare le malattie croniche, dipende in gran parte dal coinvolgimento attivo dei clienti (in linea con Capone, 2022; Barello, Graffigna, 2018).

Essi ritengono che, nel contesto della malattia cronica, il cliente sanitario impiega risorse che si estendono oltre l'azienda sanitaria dalla quale è preso in carico per includereterapie complementari, fonti private come colleghi, familiari, amici, e altri clienti sanitari oltreché attività autonome di pensiero positivo. È importante, dunque, identificare una gerarchia di attività che riflettono lo

sforzo del cliente nelle attività di co-creazione di valore (EVCA)[12]. Tali attività hanno gradi di difficoltà crescenti e dimostrano il collegamento tra lo sforzo del cliente nel co-creare valore e la qualità della vita, lasoddisfazione per il servizio di assistenza sanitaria e le intenzioni comportamentali. Mediante l'uso di interviste semi-strutturate condotte con pazienti affetti da cancro, Sweeney *et al.,* (2015) hanno identificato13 temi che riflettevano diverse attività di co-creazione di valori:

(1) condivisione attiva delle informazioni circa la salute; (2) rispetto dei requisiti di base che un servizio sanitario deve avere; (3) coinvolgimento del cliente sanitario nel processo decisionale; (4) interazioni adeguate con il personale medico; (5) potersi relazionare con amici e familiari; (6) essere in connessione con altri significativi; (7) svolgere attività differenziate tra loro; (8) seguire uno stile dietetico appropriato; (9) avere la gestione degli aspetti pratici della giornata; (10) la ricerca delle informazioni adeguate; (11) praticare il pensiero positivo; (12) coltivare relazione nella sfera della spiritualità; (13) regolare le proprie emozioni. Tali attività possono essere svolte all'interno dell'azienda sanitaria (ad esempio, condivisione attiva delle informazioni, rispetto dei requisiti di base) sia mediante l'uso di fonti personali (rapporti con la famiglia e gli amici) o fonti di mercato (offerta alimentare). Tra le attività svolte in

[12] EVCA, *customer value co-creation* è stata definita come "il beneficio realizzato dall'integrazione delle risorse attraverso attivitàe interazioni con i collaboratori nella rete di servizi del cliente" (McColl-Kennedy et al. 2012, p. 375). Le attività menzionate si riferiscono alle prestazioni cognitive e comportamentali (essere attivi nel) e le interazioni guardano all'impegno profuso dalla persona insieme agli altri, nella più ampia rete di servizi. Tali attività possono variare tra loro (es. più semplici o faticose). In relazione al cliente l'EVCA è il grado di "sforzo" che l'utenza attua per integrare le risorse disponibili lungo crescenti livelli di difficoltà. La letteratura (Jaakola e Alexander 2014) ha differenziato l'EVCA del cliente da concetti correlati tra cui la partecipazione (che influisce sull'esperienza che il cliente fa del servizio ma si svolge generalmente all'interno del servizio stesso), la coproduzione (che considerando il cliente come "temporaneo" nel servizio è una componente della co-creazione di valore ma non la creazione stessa, Lusch e Vargo 2006; McColl-Kennedy *et al.,* 2012) e il coinvolgimento (ovvero lo stato motivazionale di un consumatore rispetto ad un impegno specifico). L'EVCA prevede che le attività scaturite dall'integrazione delle risorse delcliente siano auto-generate dalla persona e che si svolgano anche al di fuori del servizio sanitario, ad "abbracciare" lo stile di vita stessa del cliente (Sweeney *et al.,* 2015).

autonomia vi sono il pensiero il pensiero positivo e la regolazione emotiva, coerenti con le risorse emotive dei clienti. Secondo gli autori, gli esiti del cliente e dell'azienda sanitaria sono supportati dal marketing, dalla psicologia della salute e dalla letteratura medica. E benché scopi e prospettive siano differenti (ora si ritiene che un'attività specifica sia parte fondamentale del trattamento, ora ci si concentra sulle percezioni di qualità del servizio),ciò che è comune è il riconoscimento del ruolo attivo del cliente nella creazione di valore. Sulla base di tali temi, gli autori hanno formulato e condotto una rilevazione quantitativa che ha messo in luce come le attività di integrazione delle risorse del cliente abbiano un impatto diretto sulla soddisfazione per il servizio e sulle intenzioni comportamentali oltreché sulla percezione della qualità della vita. Inoltre, la soddisfazione per il servizio migliora anche le intenzioni e le percezioni sulla qualità della vita. Nel contesto statunitense, gli autori sottolineano come l'onere dei costi sanitari possa essere alleviato da pratichetrasformative dei servizi, come il ruolo del cliente sanitario in attività che migliorano la gestione della sua salute creando valore. Ad esempio, il ricorso all'assistenza domiciliare implica che medici infermieri e operatori sanitari collaborano con l'individuo per fornire cure e implementare attività anche al di fuori dellastruttura sanitaria, alleggerendone il carico. Comprendere la gamma di attività che i clienti possono intraprendere per co-creare valore, le aziende possono sviluppare strategie volte a facilitare e incoraggiare iclienti in queste attività.

Ng *et al.,* 2019 identificano le risorse che clienti sanitari e curanti possono introdurre. Le autrici definisconole risorse come "beni che una persona apprezza per le loro caratteristiche o come mezzo per raggiungere uno stato finale desiderato" (Dorsch *et al.,* 2017, p. 7). Una risorsa può essere qualsiasi oggetto, conoscenza, competenza o caratteristica della personalità. Le teorie del marketing tradizionale si concentrano su risorse quali i beni come unità di scambio, ma ricerche più recenti riconoscono sempre più il ruolo centrale di risorse come la conoscenza e le abilità, grazie alla loro capacità di agire su altre risorse per creare valore (Vargo e Lusch 2016). Inoltre, gli attori non attingono esclusivamente alle proprie risorse, ma si rivolgono anche alle risorse che altri attori portano nel processo di un servizio (Ng *et al.,* 2019; Ng, Plewa e Sweeney 2016). Svolgendo una revisione degli studi e uno studio empirico (Cfr. *Tabella della rassegna*) Ng *et al.,* (2019) identificano i seguenti tipi di risorse quali rilevanti per la creazione di valore delcliente in sanità: senso di

appartenenza del cliente, impegno personale, disponibilità di tempo, percezione della complessità della situazione, abilità relative ai servizi, istruzione, tolleranza al rischio, consapevolezzadel rischio e risorse economiche. Tale gamma di risorse dovrebbe suggerire come i clienti differiscono tra loro rispetto alle risorse che integrano con l'erogatore di servizi sanitari. Ciascuno di loro ha delle dotazionie delle carenze che variano a seconda di impostazioni date (ad es. aspetti finanziari) ma anche rispetto ai singoli attori interagenti (Chandler e Vargo, 2011). Pertanto, è importante come il fornitore di servizi garantisce il supporto alle risorse del cliente e come si adatta a queste. Dal punto di vista dell'azienda, i fornitori di servizi devono comprendere in che modo i clienti attingono alle risorse proprie e dell'azienda per compensare le carenze di risorse specifiche (Arnould *et al.,* , 2006; Baron e Harris 2008).

Per far sì che l'erogatore di servizi sanitari sia organizzatore della creazione di valore, egli dovrà aggiungere leproprie risorse per servire al meglio il cliente sanitario e trasferire (e qui non solo lui ma tutta l'organizzazione) le proprie risorse al cliente (Vargo e Lusch, 2008).

Nelle grandi organizzazioni e nei servizi complessi che si muovono su ampie reti di relazioni, i fornitori di servizi rappresentano un'utile fonte esterna di soluzioni per i clienti, ovvero una risorsa operativa da sfruttare(Arnould *et al.,* 2006; Hibbert, *et al.,* 2012). Essi, rappresentano le competenzee le abilità tecniche che consentono di creare elementi di valore per i clienti (Lusch e Vargo, 2014) e offronorisorse attraverso le interazioni (McColl-Kennedy *et al.,* 2012). Per cui due processi si fondono in un unico servizio (sanitario): la produzione del fornitore e il processo di creazione di valore e consumo del cliente. La fusione avviene mediante interazione diretta ed è qui che le risorse dell'organizzazione e quelle dell'utenza si integrano attraverso una serie di attività differenti.

Relativamente alle diverse tipologie di erogatore e cliente, Ng *et al.,* 2018 tracciano 10 stili complessivi, 5 per i clienti e 5 per i professionisti emersi in due contesti di analisi legati alla salute: pianificazione e gestionefinanziaria e strategie di interazione.

Mediante quali attività le risorse sono integrate lo spiegano Virleè *et al.,* (2020) ritenendo che i pazienti quando utilizzano i servizi sanitari nel contesto della malattia cronica, (co) creano valore integrando le proprie risorse con quelle di una serie di parti

interessate (*stakeholders*). Tali attività di integrazione delle risorse, tuttavia, richiedono differenti tipi di abilità e impegno da parte dei pazienti e diversi tipologie di interazione con le parti interessate, che comportano diversi effetti sul benessere dei pazienti (definito comela loro valutazione soggettiva della qualità della vita in linea con la *Trasformative Service Research*; McColl-Kennedy *et al.,* 2017a), in linea con Sweeney *et al.,* (2015) che, come suddetto nel seguente paragrafo, dimostrano che le attività che richiedono uno sforzo minore sono eseguite più frequentemente dagli utenti dei servizio, rispetto alle attività che richiedono livelli di impegno più elevati. Pertanto, è necessario comprendere meglio cosa determina la quantità e il tipo di sforzo che i pazienti sono in grado e/odisposti a dedicare a particolari attività di integrazione delle risorse (RI). Dunque, Virleè *et al.*, (2020) si sono chiesti perché alcuni utenti dei servizi sanitari sono più capaci e /o disposti a svolgere attività di integrazione delle risorse (RI) rispetto ad altri e quali sono i fattori al livello (*1*) individuale, (*2*) relazionale,(*3*) sistemico che agiscono come facilitatori e / o inibitori delle attività di integrazione delle risorse degli utenti dei servizi sanitari e, inoltre, in che modo un fattore di inibizione o facilitazione agisce sulle attività di integrazione delle risorse e che relazioni hanno tali abilità con il benessere degli utenti. L'indagine è stata svolta tra pazienti trapiantati di pneumologia cogliendo anche il punto di vista dei loro stakeholder. Tra i fattori del livello *individuale* sono stati identificati l'*alfabetizzazione sanitaria* e il comportamento di coinvolgimento (*engagement*).

Relativamente *all'alfabetizzazione sanitaria* dei pazienti i dati dello studio di Virlèe *et al.,* (2020) hanno rivelato che la conoscenza di un paziente sulla propria salute ha influito sulleattività di co-creazione di valore del paziente. Questo fattore sembrava influenzare tre delle attivitàidentificate da McColl-Kennedy *et al.* (2017a): rispetto delle indicazioni terapeutiche, coproduzione, dieta ed esercizio fisico. Le informazioni sanitarie possono essere correlate alla salute fisica o mentale, ma anche alle modalità di gestione della malattia. Studi precedenti hanno dimostrato l'effetto dell'alfabetizzazione sanitaria dell'utente sui comportamenti sanitari come la partecipazione del paziente alla gestione della salutee l'aderenza o la non aderenza del paziente ai farmaci (Fransen *et al.,* 2012; Paschal *et al.,* 2016).Relativamente al *comportamento di coinvolgimento dei pazienti* i dati dimostrano che alcuni pazienti, i piùcoinvolti, dedicano maggiori sforzi alla gestione della loro salute rispetto ad altri.

Tale fattore influenza tre attività: rispetto delle prescrizioni, cambiamenti e dieta ed esercizi. In primo luogo, i pazienti che si impegnano maggiormente nella gestione della propria salute tendono ad essere più inclini a rispettare le indicazioni mediche, superandole per impegnarsi anche con attività maggiormente autonome (es. eseguire un test casalingo dei parametri respiratori). Oppure proseguendo l'esercizio fisico anche in seguito alla guarigione così da apportare un reale cambiamento alla sua vita di tutti i giorni in linea con la letteratura sulmarketing per cui un utente coinvolto apporta contributi volontari e risorse che influenzano sé stesso e l'azienda (Jaakkola e Alexander, 2014, p. 248). Tra i fattori del livello *relazionale* sono stati identificati alcuni antecedenti del rapporto tra paziente e curante duranti gli incontri. Tali antecedenti influenzano le intenzioni di comportamento dell'utente e le sue attività di creazione del valore. In primo luogo, la (1) *reattività del curante e del team sanitario,* ovvero il grado di disponibilità offerto ai pazienti che hanno bisogno di sapere che possono sempre entrare in contatto con qualcuno che è in grado di aiutarli quando hanno domande sul percorso di cura. Tale fattore relazionale influenza l'aderenza alle prescrizioni, le attivitàdi co-apprendimento circa la situazione di salute dell'utente e la co-produzione. Il fattore "reattività" è statosottolineato anche da molti stakeholder intervistati che hanno affermato di aver avuto contatti costanti con il medico che aveva eseguito il trapianto di polmone al loro "caro" e hanno trovato i coordinatori degli infermieri sempre reperibili telefonicamente così da poter agire come punto di contatto tra la struttura sanitaria e il paziente in questione. La reattività delle parti interessate (in particolare dei coordinatori e dei medici incaricati del trapianto di giovani pazienti) è una importante rassicurazione per i pazienti, poiché dàloro la certezza che di essere presi in carico e che gli operatori sanitari e gli stakeholders tutti si prendano cura di loro aiutandoli a raggiungere gli obiettivi preposti. Nella letteratura sui servizi, la reattività del curante è stata definita come "disponibilità dei dipendenti ad aiutare il cliente e fornire un servizio rapido" (Parasuraman *et al.,* 1988, p. 23). La reattività, infatti, può influenzare la soddisfazione e il coinvolgimentodel cliente (Hennig-Thurau, 2004). Nella letteratura sanitaria, è stato dimostrato che la reattività del professionista durante il primo incontro con il paziente predice la decisione del paziente di partecipare ad incontri successivi (Elkin *et al.,* 2014). Un secondo antecedente relazionale è costituito dalla (2) *garanzia* che i pazienti hanno di

potersi affidare ai professionisti che influisce sull'aderenza ai trattamenti e sulle attività di apprendimento reciproco. I livelli di fiducia reciproca si sono rivelati fondamentali e in mancanzadi questi gli infermieri hanno ottenuto con difficoltà le informazioni necessarie dai pazienti in trattamento. In letteratura la garanzia è stata definita come la "conoscenza e la cortesia dei dipendenti e la loro capacità di ispirare fiducia e sicurezza" (Parasuraman *et al.,* 1988, p.23).

Inoltre, è dimostrato che l'orientamento al cliente (rilevato mediante le dimensioni di sicurezza, reattività ed empatia) influenza l'impegno e la soddisfazione, che sono la base per lo sviluppo di relazioni forti (Sanjaya Singh *et al.,* 2011). Un terzo antecedente del livello relazionale riguarda le (3) *competenze emotive del professionista sanitario.* Infatti, sembra che le emozioni comunicate e trasmesse dal curante influenzino l'attività di integrazione delle risorsedel paziente (Virlèe *et al.,* 2020). Un quarto ed importante antecedente del livello relazione è la (4) *comunicazione,* quale capacità del professionista di adottare un lessico comprensibile per il paziente. Essa sembra influenzare la conformità del paziente alle prescrizioni di base e le attività di coproduzione del paziente. Una comunicazione chiara rende il paziente propenso a fare ciò che è raccomandato dai professionisti (cfr. Capone, 2022). Le capacità di comunicazione possono anche influenzare le attività di coproduzione del paziente. Man mano che i pazienti comprendono meglio i requisiti saranno maggiormentein grado di partecipare al processo decisionale per trovare il trattamento migliore per loro (cfr. anche Graffigna e Barello, 2018). Gli infermieri coordinatori hanno anche affermato che il loro ruolo durante l'intero processo era di assicurarsi che il paziente comprendesse il linguaggio usato dagli operatori sanitari. Infatti, durante i loro incontri con il paziente (es. prima dell'appuntamento con il medico responsabile del trapianto di polmone) essi spiegavano sempre l'obiettivo dell'incontro e i contenuti che sarebbero stati esposti, dunque "preparavano" i pazienti all'incontro con il medico che avrebbe effettuato l'intervento con un linguaggio quanto più semplice possibile. Nella letteratura sui servizi, comunicare significa "tenere i clienti informati in un linguaggio comprensibile e ascoltarli". Dunque, "l'azienda deve adattare la propria lingua ai diversi consumatori" (Parasuraman *et al.,* 1985, p. 45). Questa dimensione influenza la soddisfazione del cliente e le intenzioni comportamentali poiché, in letteratura (Mead e Bower, 2000), è stato dimostrato che

l'inadempienza dei pazienti e la mancanza di coinvolgimento nella gestione della loro salute possono essere attribuibili all'incapacità del professionista di fornire informazioni chiare e comprensibili. Guardando al sistema di servizi, troviamo il livello sistemico: poiché gli attori (sanitari, sociali, famigliari) sono collegati dal paziente, il comportamento o la decisione di qualsiasi stakeholder influisce anche su altri attori. Sono stati identificati i seguenti fattori del livello *sistemico*: *(1) prossimità geofisica*, per cui i pazienti che vivono in territori lontani dalle strutture sanitarie vedono il limitarsi di alcune attività come impegnarsi nella riabilitazione fisica, cercando un fisioterapista privato o diluendo nel tempo i *follow-up* post trapianto per la difficoltà nel recarsi a visita dal medico. La letteratura (Kolb, 2008) ha sottolineato che la vicinanza geofisica potrebbe essere un fattore determinante per gli esiti sanitari; *(2) la connettività del sistema* si riferisce all'interazione e alla collaborazione tra gli stakeholders che quando assente, costituisce una barriera alle attività del paziente per la co-creazione di valore. Essa è emersa in modi differenti tra gli intervistati dello studio di Virleè *et al.,* (2020), infatti, sembra influire sull'adesione del paziente alle indicazioni mediche e nel ricevere informazioni contrastanti dagli operatori sanitari. Anche allivello di gestione, la mancanza di connettività si riscontra nelle cartelle cliniche e nelle informazioni tra operatori. Può accadere, ad esempio, che non vi siano livelli di comunicazione adeguata tra gli attori organizzativi, che essi non si coordinino negli sforzi e nella condivisione a discapito di un servizio efficace; infine, il *(3) supporto sociale ricevuto dalla rete (non professionale) del paziente*, che include il partner (inteso come convivente), la famiglia, gli amici e altri pazienti che li supportano quotidianamente o più occasionalmente. Il supporto potrebbe influenzare (1) la compliance del paziente (2) le attività di co- apprendimento, (3) i cambiamenti, (4) l'alimentazione (5) e lo svago. Gli intervistati hanno spesso affermato che non avrebbero saputo come fare per la gestione della propria salute senza la presenza di un partner o diun altro significativo sia per i minimi compiti casalinghi che ad un livello più globale ed emotivo. Sono stati identificati quattro tipi di supporto non professionale: (1) il supporto emotivo (implica condividere felicità o tristezza, mostrare preoccupazione e incoraggiamento, fornire speranza e fiducia ed esprimere feedback positivi); (2) il supporto informativo (fornire ad altri informazioni relative al trattamento o offrire suggerimenti); (3) la compagnia (attività di gruppo e sociali

anche mediante social media) e (4) il supportostrumentale (fornisce alle persone aiuto pratico e assistenza). Il partner fornisce principalmente supporto strumentale ed emotivo e altri pazienti forniscono principalmente supporto informativo, emotivo e compagnia. D'altronde il supporto sociale in un contesto di servizio può influenzare la soddisfazione del cliente, la coesione percepita, il benessere personale, l'attaccamento al curante e al servizio stesso (Rosenbaum, 2008). Lo studio di Virleè *et al.,* (2020) mostra che le attività di integrazione delle risorse influenzano positivamente il benessere psicofisico dei pazienti.

3.3.3. Area 3: Co-creazione di valore nel processo di incontro

Tutti gli studi di quest'area sono condotti nell'ottica della S-D Logic (Vargo e Lush, 2008), per cui *tutti gli attori sociali ed economici sono integratori di risorse* (Vargo & Lusch, 2016, p. 18). Infatti, la letteratura sul marketing e i servizi sottolineano come il cambiamento di paradigma da cliente sanitario passivo a modelli centrati sul paziente, porti con sé una lacuna sull'uso dei valori, delle esigenze e delle preferenze dei pazienti per guidare le decisioni cliniche nell'erogazione del servizio (Osei-Frimpong *et al.,* 2015). È, pertanto, necessaria una maggiore ricerca per comprendere meglio come l'interdipendenza nella diade medico-paziente possa essere vista come una risorsa che può essere gestita e utilizzata per la co- creazione di valore nella prospettiva diadica e a livello micro dell'interazione. Con Osei-Frimpong *et al.,* 2015 è emerso che gli attori coinvolti nell'incontro hanno una serie di obiettivi differenti che si traducono nel valore determinato alla fine dell'incontro. Le persone, a seconda delle loro aspettative, possono percepire il valore in modo diverso. Affinché il valore sia co-creato, è necessario capire come la diade percepisce il valore in ambito sanitario. Quando a medici e pazienti è stato chiesto cosa considerassero valore nel ricevere o fornire assistenza sanitaria entrambi ritenevano che "guarire" era solo una parte del valore da raggiungere. Nello specifico, i pazienti ritenevano "non raggiunto" il valore quando è loro negata la partecipazione nella consultazione, quando manca il coinvolgimento che vada al di là della prescrizione farmacologica. D'altro canto, oltre la guarigione del paziente, per i medici era fondamentale essere in grado di comprendere i problemi presentati dai pazienti e giungere a una giusta diagnosi prescrivendo farmaci appropriati. Combinando entrambe le prospettive, si può dire che il valore dell'assistenza sanitaria sia così attribuito (Osei-Frimpong *et al.,* 2015):

guarire, coinvolgimento nel processo decisionale, esperienza positiva nella stanza di consultazione, comprensione del paziente, realizzazione della diagnosi corretta, prescrizione dei farmaci appropriati, paziente conforme alle direttive, vedere il paziente felice e soddisfatto e assicurarsi che le unità operative funzionino (Osei-Frimpong *et al.,* 2015). Quest'ultimo punto, relativo alle unità operative è coerente con i risultati della ricerca per cui il processo dico-creazione di valore migliora i risultati del servizio. Infatti, medici e pazienti hanno espresso alcuni elementi che potrebbe migliorare il valore creato durante la consultazione riferendosi a un maggior coinvolgimento da parte del servizio sanitario, riconoscimento del paziente da parte di chi gestisce il serviziosanitario, riduzione delle complicazioni o recidive a seguito delle cure ai fini del benessere del paziente e del miglioramento del servizio sanitario.

Osei-Frimpong *et al.,* 2015, hanno identificato tre aree critiche necessarie per supportare il processo di co-creazione di valore e i rispettivi elementi o attività da considerare durante l'incontro nel servizio, di seguito illustrate.

1. Il contesto sociale. Medici e pazienti hanno rivelato gli effetti del contesto sociale sulla loro esperienza di consulenza. Tre elementi principali che costituiscono il contesto sociale che ha influito sulle loro esperienze: abilità sociali dei medici; il livello di interazioni tra gli attori;le loro conoscenze e competenze.

In relazione alle abilità sociali dei medici, i risultati hanno sottolineato l'importanza di queste nel processodi co-creazione di valore tra gli attori, includendo:

le capacità interpersonali degli attori; la cordialità; l'empatia e il rispetto per il paziente, oltreché il rispetto reciproco considerato importante tra gli attori del servizio sanitario.

Come parte del processo di creazione del valore, i medici dovrebbero, dunque, saper entrare in relazione; rispettare; entrare in empatia e costruire un ambiente favorevole con i loro pazienti.

Entrambi gli attori hanno sottolineato situazioni in cui la mancanza di queste caratteristiche influisce negativamente sull'incontro e sul servizio. Gli intervistati hanno inoltre sottolineato l'importanza della natura dell'interazione durante il processo di consultazione. Ciò comprendeva un'enfasi sull'ascolto; sulla spiegazione; sulla risposta non puramente assertiva e sul dimostrare comprensione.

I risultati, dunque, hanno rivelato che mentre alcuni pazienti si sono lamentati della mancanza di impegno da parte di medici, alcuni medici si sono anche lamentati di comportamenti simili nei pazienti. Inoltre, si sostiene che il processo di interazione offra al paziente l'opportunità di partecipare attivamente allaconsultazione. Allo stesso modo dà al medico una maggiore opportunità di ottenere quante più informazioni possibili per diagnosticare il problema presentato. Entrambi gli attori concordano sulla necessità di una *comunicazione a due vie* durante l'incontro più che una semplice sessione di domande e risposte infatti, Osei-Frimpong et al., (2015) sostengono che il malinteso tra un medico e un durante l'interazione potrebbecomportare una diagnosi errata, dannosa per il paziente. Allo stesso modo, i malintesi potrebbero condurreil paziente a formulare affermazioni generiche sul medico, definendolo distaccato.

2. Le credenze e le percezioni. I comportamenti e gli atteggiamenti dei pazienti e dei professionisti sono principalmente guidati dalle loro credenze e percezioni che influenzano anche le loro esperienze nell'incontro e il processo di co-creazione divalore. I risultati hanno rivelato che le emozioni, la fiducia e la sicurezza sono elementi delle credenze e delle percezioni degli attori che hanno avuto un impatto diretto sulle loro esperienze.

I dati hanno anche rivelato l'importanza del livello di fiducia e affidabilità nel processo di consultazione, che risulta anche dal livello di relazione tra i due attori. Le rassicurazioni del medico, inoltre, hanno aiutato a gestire le condizioni di salute dei pazienti, portando alla creazione di valore ed emerge che il paziente può essere rassicurato dall'efficacia del servizio sulla base dell'incontro con il medico e ciò influisce sull'esito del servizio stesso. Allo stesso modo, le valutazioni positive che i pazienti rivolgono ai medici su come gestiscono le visite all'interno del servizio, danno ai medici ragione di credere che ci sia valore nel servizio che offrono.

3. La partnership e partecipazione nella diade. La collaborazione tra il paziente e il medico considera i modi in cui i pazienti potrebbero essere coinvolti alfine di impegnarsi nel processo di co-creazione di valore. Questo richiede attiva partecipazione e comprensione degli attori. La maggior parte dei pazienti riteneva di non essere adeguatamente coinvolto nella consultazione, specie quando si chiedeva loro di segnalare principalmente i sintomi, esperendo da parte del medico un approccio

paternalistico (Osei-Frimpong *et al.,* 2015). Dalla ricerca è emerso che sebbene alcuni medici ritengano di praticare un approccio di cura centrato sul paziente, le loro azioni non vanno in quella direzione.

Entrambe le parti attribuiscono la loro posizione al fatto che il medico è l'esperto e ha il diritto di esercitarele proprie conoscenze specialistiche per prendere decisioni in merito alla gestione delle condizioni del paziente.

Alcuni dei pazienti intervistati consideravano tale "subordinazione" la prassi, non avendo mai sperimentato coinvolgimento durante una consultazione. Tuttavia, avrebbero preferito essere coinvolti anche quando manifestavano tale necessità al medico. Di contro, alcuni medici consideravano importante ilcoinvolgimento del paziente nel processo decisionale ,

[...] come medico di famiglia, uno dei modi per gestire il paziente è raggiungere un terreno comune […] Quindi coinvolgo sempre il paziente e discuto con lui ciò che sto prescrivendo.

Sono stato attivamente coinvolto nella consultazione dall'inizio alla fine, mi è stata offerta l'opportunità disuggerire opzioni [...] questa è stata la mia prima esperienza [...] e mi dà anche un certo senso di responsabilità nella gestione della mia condizione [...] (paziente di 50 anni).

Inoltre, dalla ricerca emerge che sia i pazienti che i medici chiedono la necessità di comprendere e cooperare tra loro per ridurrela tendenza al conflitto. Ulteriore elemento importante della partnership era l'adesione del paziente alle cure,quale problema di tutto il servizio sanitario e come sfida che i medici hanno riferito di dover affrontare quotidianamente: la prescrizione rappresentava uno degli scopi per cui i pazienti frequentavano il servizio ospedaliero e, mediante il valore d'uso costituito dalle cure, si creava valore congiunto nella collaborazionetra medico e paziente.

Partendo dall'assunto che la partecipazione sia una sfida negli incontri tra medico e paziente, giocando un ruolo fondamentale nella creazione di valore, un successivo studio (Osei-Frimpong, 2017), è stato condottonell'ottica della *Self-determination theory* (SDT; Deci e Ryan, 2008; 2012) che, come noto, guarda alla motivazione intrinseca e al suo essere anche regolata esternamente. Se la creazione di valore

richiede la partecipazione attiva di entrambi gli attori all'incontro (Osei-Frimpong, 2017) compreso il processo decisionale, è necessario comprendere le motivazioni sociali e intrinseche dei pazienti nel co-crea. La partecipazione dei pazienti alle consultazioni gioca un ruolo attivo nella loro intenzione comportamentale ecomporta un certo livello di responsabilità e l'impegno alla compliance (in linea con la letteratura sulla medicina partecipativa e il patient engagement; Graffigna e Barello, 2018). Tuttavia, questi elementi sono influenzati da una serie di fattori all'interno del contesto sociale che tendono a motivare il paziente (Osei- Frimpong *et al.,* 2015).

Dallo studio quantitativo è emerso che sia la motivazione intrinseca influenza la partecipazione del paziente alle consultazioni e il suo impegno verso la compliance alle cure, mentre la regolamentazione esterna non ha avuto effetti significativi.

Dunque, l'impegno del paziente verso l'adesione alle cure e la partecipazione ai percorsi di salute risulta in gran parte guidato dalla sua motivazione autonoma. Inoltre, torna il ruolo delle abilità sociale dei curanti che sembrano aver influenzato la partecipazione attiva dei pazienti specie quando essi riscontrano che seguire un determinato comportamentopuò portare benefici. La partecipazione, dunque, resta centrale per ottenere obiettivi e/o risultati di valore (ad es. Guarire), in linea con precedenti studi di Osei-Frimpong et al., (2015). Inoltre, rispettare le istruzioni mediche era correlato in modo significativo e positivo a esiti di valore complessivi che il paziente ha ottenutodal servizio sanitario.

Appare chiaro che il valore che si crea è valutato in maniera differente da medici e pazienti, che sono portatori di bisogni specifici. Ora, Osei-Frimpong (2016) ha postulato che tali bisogni potrebbero essere degli antecedenti per la creazione di valore e la relativa soddisfazione delle parti. Per creare valore, è necessario comprendere i bisogni di valore del paziente prima dell'incontro in servizio e ciò è essenziale per ridurre i potenziali conflitti tra gli attori. I pazienti si aspettano che i professionisti forniscano la giusta atmosfera e si impegnino con loro per vivere una esperienza di incontro positiva. Lo studio ha evidenziato che il paziente è portatore di un valore "pre-incontro". Egli ha esigenze / aspettative di valore prima dell'incontro clinico che potrebbero influenzarlo positivamente, tra cui: ricevere cure, migliorare il benessere, percepire sicurezza, vivere una esperienza positiva nello studio di consultazione e

confrontarsi con un medico che avesse un buon orientamento al paziente; l'approccio di erogazione dell'assistenza era positivamente correlato al valore esperienziale percepito dal paziente e dalla sua valutazione complessiva del servizio di cura che è influenzata, a sua volta, dalle aspettative "pre-incontro" del paziente; il livello di fiducia tra gli attori aveva influenza positiva sul valore esperienziale percepito dal paziente. Avere fiducia nel medico aumentava la percezione dei benefici legati alle prescrizioni e ai consigli ricevutie poneva l'intenzione di adottare anche in futuro i comportamenti positivi legati alla propria salute; (Osei- Frimpong *et al.,* 2016); il valore esperienziale percepito era significativamente e positivamente correlato alla soddisfazione del paziente.

Un elemento di novità era costituito dall'età dei pazienti: i più anziani attribuivano un valore esperienziale positivo maggiore all'efficacia del processo decisionale condiviso nelle consultazioni rispetto ai più giovani.

Partendo dall'assunto che l'incontro tra gli operatori sanitari e l'utenza ha una natura complessa, l'esperienzache avviene all'interno di un servizio è considerata un criterio per valutare e comprendere la prestazione di tale servizio e il valore percepito dagli attori (si tratti di pazienti o curanti) (Osei-Frimpong *et al.,* 2015; Engen, *et al.,* 2020), chiude quest'area uno studio qualitativo (Osei-Frimpong e Owusu-Frimpong, 2017) focalizzato su tre aree tematiche che svolgono un ruolo chiave nel processo di co-creazione, di seguito illustrate.

1. L'incontro tra medico e paziente. A curanti e pazienti era chiesto di condividere le loro percezioni rispetto a cosa rende un incontro medico- paziente "ideale" e in merito a cosa, secondo loro, rende un servizio positivo. Entrambi gli attori organizzativi hanno riconosciuto come essenziale l'impegno delle parti e i medici, in particolare, poneva enfasi sulla condivisione di informazioni dettagliate da parte del paziente così da consentire loro una diagnosi appropriata. I pazienti, d'altra parte, condividevano informazioni dettagliate sulla base dell'opinione che avevano del medico. La collaborazione, come precedentemente emerso in quest'area, era anch'essa come fondamentale: fornire le informazioni necessarie, cooperare per creare un ambiente favorevole, costruire fiducia. Una sfida era costituita dalla mancanza di chiarezza circa i rispettivi ruoli. Alcuni pazienti suggerivano al medico quale farmaco prescrivere loro,

valutando di essere così collaborativi e partecipi. Il medico, dal canto suo, trovava preoccupante tale comportamento. I pazienti che a seguito di tale comportamento avevano ricevuto risposte poco gentili, ne rimanevano perplessi e la maggior parte dei medici non era riuscita a trovare un canale efficace per spiegare ai loro pazienti che non era loro compito suggerire quali farmaci assumere.

2. L'esperienza di consumo. Agli attori è stato chiesto di condividere le loro "esperienze di consumo" nel corso dell'incontro clinico, e sia medici che pazienti hanno descritto alcuni elementi cognitivi e comportamentali legati all'incontro che hanno poi prodotto (o meno) esiti di valore. I pazienti, nello specifico, hanno riportato anche risposte emotive legate all'esperienza vissuta. Tali elementi sostengono il processo di co-creazione di valore, poiché esperienze negative potrebbero compromettere il processo di guarigione e il miglioramento del benessere psico-fisico del paziente oltrechéincidere sulla positiva valutazione del servizio di cura.

3. Gli esiti di valore. Tenendo conto del processo di incontro e delle esperienze degli attori come delineato sopra, gli intervistati hanno condiviso opinioni diverse in relazione alla loro considerazione del valore atteso/previsto dall'esperienza. La guarigione del paziente e il miglioramento del benessere sono considerati valori da entrambe le parti, ritenendo che portassero anche ad una migliore produttività del servizio. Alcuni pazienti hanno precisato che per loro il miglioramento del benessere include una buona salute e la felicità. Sebbene la "guarigione" da parte del paziente fosse importante, alcuni medici hanno anche considerato il sistema sanitario nel suo complesso. Erano del parere che il miglioramento del benessere dei pazienti poteva anche contribuire positivamente a ridurre le pressioni sul budget finanziario dell'assistenza sanitaria poichéi pazienti non sarebbero tornati in struttura sanitaria con le stesse richieste e le stesse problematiche. Ciò riduce il carico su quelle risorse limitate quali le risorse finanziarie. Tuttavia, c'erano opinioni contrastanti da parte dei pazienti intervistati, mentre alcuni ammettono che la loropreoccupazione principale è "stare bene" e che intendono quello come "valore", indipendentemente dalle esperienze con il medico, altri hanno presentato una natura più complessa di valore percepito.

I risultati degli studi presi in considerazione in quest'area suggeriscono che gli esiti di valore del processo di co-creazione sono: guarire, migliorare il benessere,

migliorare la compliance, ridurre le visite alle strutture sanitarie e migliorare l'impegno tra gli attori all'interno del servizio sanitario.

3.3.4 Area 4: Co-creazione di valore nei servizi sanitari preventivi

Gli studi di quest'area (Zainuddin *et al.,* 2011; Zainuddin *et al.,* 2013; Zainuddin *et al.,* 2016), partono dal presupposto che l'uso di servizi sanitari preventivi da parte dei membri della società riduce i costi a carico del sistema sanitario pubblico. Tali benefici, non riguardano solo l'aspetto economico ma anche dimensioni emotive e sociali. In tal senso, gli studi che si occupano della domanda e dell'offerta delle organizzazioni sanitarie devono includere i "vantaggi non economici" adottando una prospettiva di benessere e proattività (Zainuddin *et al.,* 2011). Adottando una prospettiva di marketing che non sia volta ai solo guadagni e competitività finanziaria si possono rilevare aspetti importanti della costruzione del valore in sanità sia organizzativi, che per i dipendenti e l'utenza (Zainuddin *et al.,* 2013). Il primo studio di quest'area (Zainuddin *et al.,* 2011) si muove nella cornice della psicologia positiva (Seligman, 2002) e indaga il valore in sanità dal punto di vista del consumatore, seguendo l'approccio del marketing sociale nei servizi di prevenzione pubblici, gratuiti.

Dalle interviste condotte con le partecipanti sono emersi sei temi di seguito riportati.

La convenienza

Un comportamento di salute deve essere di facile accesso, agilmente perseguibile. In tal senso la presenza di molti servizi e strutture sul proprio territorio era considerato fondamentale. Avere un parcheggio nelle vicinanze, ricevere supporto come una telefonata che ricordasse l'appuntamento di screening erano elementi che incoraggiavano la prevenzione e aiutavano ad essere costanti. Tale convenienza rientra nella dimensione funzionale del valore (Hollbrook, 2006) e si riferisce ad aspetti pratici e strutturali che facilitano esiti di valore.

Il controllo

Partendo dal presupposto che l'insorgenza di un cancro al seno è qualcosa che di per sé non può essere controllato, le partecipanti ritenevano che sottoporsi

regolarmente agli screening, seguire le abitudini sane consigliate dal servizio di prevenzione (alimentari, di autopalpazione) dava loro la possibilità di agire un certo grado di controllo: qualora fosse stato loro diagnosticato un cancro al seno, lo avrebbero intercettato precocemente e non sarebbe insorto per comportamenti non salutari nei confronti di sé stesse. Tale controllo,rientra nelle dimensioni sia *funzionale* che *emotiva* del valore. Infatti, il controllo consente di agire comportamenti funzionali allo stato emotivo desiderato (Bandura, 1993; Hoolbrook, 2006; Zainuddin et al.,2011) al fine di evitare conseguenze negative.

La pace della mente

Anche tale tema, rientra nella dimensione *emotiva* del valore (Hollbrook, 2006). Seguire comportamenti preventivi riduce le emozioni negative e lenisce le preoccupazioni. In tal senso, fornisce un rinforzo emotivo positivo e una rassicurazione ai consumatori del servizio, garantendo anche continuità del comportamento preventivo.

Il comportamento come rafforzamento delle credenze

La dimensione *emotiva* del valore è rafforzata anche dal quarto tema che si riferisce al potere che un comportamento preventivo ha di poter rafforzare la propria convinzione di agire in modo sano e di essere insalute (Zainuddin et al., 2011)

L'identificare di sé stessi come aventi influenza

Sperimentare con successo la fruizione di un servizio sanitario preventivo e l'adozione di comportamenti salutare, da luogo alla dimensione *sociale* del valore (Hoolbrook, 2006). Le partecipanti narravano di aver incoraggiato e persuaso altre donne a sottoporsi allo screening per il cancro al seno, creando un circolo virtuoso.

I benefici del proprio comportamento per gli altri

L'ultimo tema, si rivolge alla dimensione *altruistica* del valore (Hoolbrook, 2006), con ricadute positive per i microcontesti e la comunità più ampia. Adottare comportamenti di salute preventivi, supera il valore legatoalla singola persona e si estende alla tranquillità della famiglia, degli amici e alla riduzione dei costi per il

sistema sanitario. Dunque, è una scelta di responsabilità fatta anche a beneficio degli altri (Zainuddin *et al.,*2011).

Dallo studio è emerso che il contributo comportamentale del cliente sanitario influenza fortemente la creazione di valore nei servizi che responsabilizzano i pazienti. Meno è presente la figura dell'esperto/del curante e più l'impegno del cliente sanitario nella creazione di valore aumenta. I risultati hanno anche indicato che oltre a influenzare positivamente il valore funzionale, i contributi cognitivi hanno anche avutoun'influenza positiva sul valore emotivo. Ciò perché il valore funzionale influisce sul controllo che il clientesanitario ha sulla gestione della sua salute (Zainuddin *et al.*, 2011), fornendo mezzi funzionali per raggiungere il valore emotivo, ovvero l'obiettivo di benessere desiderato. Inoltre, il valore funzionale risultaun elemento chiave per la soddisfazione del consumatore/cliente sanitario più forte di altre dimensioni del valore, quale quella emotiva (Zainuddin *et al.,* 2013) Inoltre, il valore sociale ha mostrato la sua influenza nella creazione di valore, specie quando i clienti sanitari con esperienze pregresse nell'autogestione della prevenzione trasferivano la loro conoscenza in merito ai nuovi aderenti ai protocolli preventivi.

3.4 Discussioni e conclusioni

Dalla rassegna emerge la necessità di indicatori multidimensionali che possono aiutare le organizzazioni sanitarie a raggiungere prestazioni efficienti e sostenibili in termini di valore, per aree finanziarie, operative,socio-tecniche e relative ai pazienti, nel medio-lungo termine (Barnabè *et al.,* 2019), anche quando il framework di riferimento è strettamente legato al VBHC (Porter, 2010). Infatti, anche richiamandosi alla definizione di Porter, strettamente legata ad "esito per dollaro speso (2010), alcuni settori (come quello radiologico; ESR, 2021) hanno messo in luce l'importanza del ruolo degli operatori sanitari nel poter ridurrei vissuti di malessere dei pazienti creando valore "a basso costo" (ESR, 2021), mediante la rassicurazione dei pazienti, fornendo loro tempestivamente i referti degli esami, condividendo spiegazioni e procedure, comunicando informazioni accurate. Tali pratiche, che influenzano la soddisfazione dei pazienti e la loro percezione positiva dei servizi (in tal caso radiologici), potrebbero essere migliorate a partire dalle strategiedi comunicazione (ESR, 2021) e una migliore gestione de tempi di visita. Ciò comporta uno sforzo da parte

dell'organizzazione che dovrebbe promuovere una cultura di alleanza tra radiologi e pazienti che chiedono (insieme) di avere un terzo obiettivo: la disponibilità alla comunicazione (ESR, 2021). Dunque, una migliore comunicazione sembra essere un modo efficace per aumentare il valore percepito dei servizi radiologici, inlinea con quella letteratura che sostiene come una comunicazione efficace e orientata al paziente influisce su esiti positivi di salute per lo stesso (Capone, 2016), migliorandone la soddisfazione. Inoltre, i pazienti hanno indicato che la qualità del servizio scelto era un fattore determinante nella loro percezionedi valore, soprattutto in relazione alla diagnosi ricevuta e ciò suggerisce l'importanza dello scambio di informazioni tra medico e paziente, risposte chiare a domande mirate, una comunicazione aperta e un tempodi visita esaustivo. Tuttavia, resta il problema dei costi finanziari legati a tale riconfigurazione organizzativa (ESR, 2021), che sembra attuabile invece per Fjeldstad *et al.,* (2020), per i quali è possibile agire sul peso della gestione della malattia riducendo, al contempo, i costi del servizio sanitario, perseguendo una visionedel paziente quale attivo e capace anche di auto-gestire la propria condizione di salute. I due casi studio riportati mostrano come i pazienti in dialisi possono svolgere la terapia mediante l'uso delle macchine in maniera autonoma, coadiuvati dai professionisti. L'infermiere, in tal caso, diviene anche "educatore" (Fjeldstad *et al.,* 2020) e facilitatore: forma i pazienti e li supervisione ed è presente nel caso di imprevisti, ad es. i problemi di accesso venoso. Nel frattempo, il medico si concentra sui progressi del trattamento, suimiglioramenti o sulla necessità di operare alcuni cambiamenti al percorso di cura.

Dunque, un sistema di rete nel quale gli attori organizzativi e gli *stakeholders* (pazienti, operatori, familiari, amici) diventano ancherisorse materiali. In tal senso andrebbe a crearsi una comunità di pratica, un contesto di mutuo scambio e di trasmissione di conoscenza anche con alcuni pazienti che possono diventare, a loro volta, facilitatori (Fjeldstad *et al.,* 2020). Ciò consente il superamento della gerarchia sanitaria classica, mediante la comunitàdi attore che creano valore rispetto alle cure, alle procedure, agli esiti e ai costi. Tali procedure andrebbero poi standardizzate e implementate su grandi numeri per verificare, se, possono avere il medesimo effetto (2020). Al netto delle questioni aperte, uno dei punti centrali della seguente rassegna è che nella ricerca suiservizi nell'ottica dell'economia e del marketing, la co-creazione

del valore (specie riferita al cliente) condure a migliori esiti di soddisfazione e benessere psicofisico (McColl-Kennedy *et al.,* 2012) e che crearevalore passa per alcune specifiche attività (McColl-Kennedy *et al.,* 2012; Ng *et al.,* 2018; Virleè *et al.,* 2020) che sono la base per misurare il valore creato dal cliente nel contesto sanitario, con un miglioramento dellapercezione della qualità della vita (Sweeney *et al.,* 2015) e dell'esperienza vissuta in relazione al contesto sanitario. Infatti, come sostenuto da Osei-Frimpong *et al.,* (2015) le percezioni di valore che si vanno a creare nell'incontro tra l'utenza e gli operatori sanitari si oltre la visione economica di Porter (2010) fino alvalore esperienziale. Un servizio che non rende il paziente il focus del proprio intervento, non creerà valore (Osei-Frimpong *et al.,* 2015; Osei-Frimpong *et al.,* 2017) e il valore creato durante l'incontro tra medico e paziente è guidato esperienze, dalle emozioni e dai contributi degli attori organizzativi. Per cui, il valore insanità richiede comportamenti collaborativi e attivi dell'operatore sanitario e del paziente e un'attenzione agli antecedenti della percezione del valore che richiede la condivisione di opinioni e necessità differenti, durante l'incontro. Infatti, emerge chiaro come "guarire" non sia sufficiente come sola prospettiva di valoreperseguibile né per gli utenti né per i professionisti sanitari (Osei-Frimpong, 2016). Alcuni studi analizzati nella seguente rassegna (Osei-Frimpong *et al.,* 2015; Osei-Frimpong, 2016; Osei-Frimpong, 2017; Osei-Frimpong *et al.,* 2017), infatti sostengono la necessità di comprendersi tra professionisti e utenti (clienti/ pazienti della sanità pubblica) e impegnarsi in comportamenti che conducanoad esperienze positive, al fine di creare valore che non deriva solo dalle interazioni fra gli attori organizzativima anche dal modo in cui essi sono interdipendenti, tanto più che i pazienti sono disponibili a co-creare valore in un contesto di servizio quando i ruoli sono chiari e pongono il terreno per aspetti emotivi, cognitivie sociali che compongono lo scambio relazionale. La partecipazione, infatti, resta uno dei nodi focali negli studi, affinché si raggiungano esiti di valore.

Tra i limiti della rassegna vi è la differenza di contesti geografici, metodi e disegni di studio che non consentono generalizzazioni. Questo è un *bias* che ha influenzato l'analisi della letteratura. I criteri di selezione delle *keywords* utilizzate per includere gli studi nella analisi della letteratura risentono di un criterio di soggettività seppur metodologicamente coerente con l'approccio scelto, che in studi successivi dovrebbe

essere controllato maggiormente (Rennie *et al.,* 1988). Mancano indici statistici di rilevazione di accordo sulle categorie tematiche individuate, che avrebbero rafforzato l'impianto metodologico del lavoro. Sul piano delle ricadute pratiche, emerge l'importanza di una rete che tenga insieme gli attori sanitari e che li incoraggi a partecipare, al fine anche di facilitare le interazioni. La rete sembra uno strumento che può contribuire a creare differenti livelli di valore in sanità. Inoltre, l'uso delle nuove tecnologie aiuta a diffondere ed allargare la rete ampliando la collaborazione tra individui eorganizzazioni. Sarebbe importante, dunque, investire risorse materiali e immateriali sullo sviluppo di tali canali nel contesto sanitario, specie alla luce del cambiamento pandemico che ha mostrato come le connessioni tra gli attori sanitari possono essere mediate, magari in periodi di emergenza, dall'uso delle tecnologie. E il management sanitario svolge un ruolo fondamentale nell'esplorare e nell'identificare chi sono gli attori di tale contesto sanitario? Che bisogni hanno? Che obiettivi? Che risorse occorrono per soddisfare le loro esigenze? Creando in tal modo una "catena di valore" nei sistemi sanitari. Infatti, i clienti sanitari (nello specifico) creano valore in modo differente, con diversi tipi e livelli di attività e integrano le proprie risorse nell'interazione con i professionisti sanitari e l'organizzazione tutta (McColl-Kennedy *et al.,*2012). Infatti, è importante per le organizzazioni considerare medici e infermieri tanto quanto altre "risorse pubbliche" della comunità, quali ad esempio gruppi di sostegno e *stakeholders* quali amici e familiari, oltreché le risorse autonome dei clienti sanitari. Soft skill quali gestione del team e collaborazione hanno condotto ad esiti di valore maggiori in termini di qualità della vita e dovrebbero essere incoraggiate dal management sanitario e promosse all'interno della cultura organizzativa. Pertanto, sono necessari ulteriori studi da una prospettiva psicosociale per rispondere a una duplice esigenza: indagare il ruolo positivo delle risorse organizzative sulla transizione della VBHC da modello economico a processo organizzativo e considerare la VBHC non solo come modello ma come cultura organizzativa per i sistemi sanitari. Inoltre, lo sviluppo di un sistema di misurazione multidimensionale e la valutazione di nuove misure di valore in una prospettiva psicosociale sono necessari per rispondere ai ricercatori (Virleè *et al.,* 2020) che individuanola necessità di comprendere e catturare il valore in sanità da prospettive diverse da quella economica (Barello *et al.,* 2022).

Capitolo 4. Uno studio qualitativo propedeutico alla costruzione dello strumento

4.1 Introduzione

Per Porter e Kramer (2019) oggi il *Value* è da considerare nella sua matrice *shared* (p. 324), richiamando proprio alle questioni sociali, per noi psicosociali, che mancano tutt'oggi agli approcci di matrice economicae di matrice marketing. Porter e Kramer affermano che "la maggior parte delle aziende sono bloccate in unamentalità in cui le questioni sociali sono alla periferia, non al centro" (p. 325), incluse le organizzazioni sanitarie. Finché le imprese e la società vivranno come divise non si verificherà il principio del valore condiviso (*Shared Value*) per cui "la creazione di valore economico crea anche valore per la società affrontando i suoi bisogni e le sue sfide" (p.325). Secondo gli autori le esigenze degli stakeholders dovrebbero definire la linea dei mercati tanto quanto quelle economiche convenzionali. Dunque, il valore, per essere tale, va condiviso, co-creato, co-prodotto. E a detta degli autori il valore condiviso è un circolo virtuoso: aumentare il valore in un'area crea opportunità nelle altre (p. 329). Ma come sottolineano Vargo eLush (2016) la differenza su cosa significa "valore" tra differenti prospettive teoriche, resta problematica einesplorata e ha l'esigenza di essere indagata. Da più parti, infatti la letteratura (Hardyman *et al.*, 2015; Osei-Frimpong *et al.*, 2015; Rajan-Read, 2016; Virlèe *et al.*, 2020) sottolinea come sia poco chiaro ciò che pensano e provano "i clienti sanitari" quando collaborano con gli operatori sanitari per creare valore.

Inoltre, l'assenza di studi sul valore di pazienti e operatori in prospettive differenti dall'economia e dal marketing lascia non pochi vuoti al dibattito scientifico e non permette agli studiosi di avere un terreno solido quando,a partire dai loro framework, si scontrano con questioni inevitabilmente psicosociali. Manca l'osservazionee la misurazione del valore co-creato nella relazione operatore/utente che è, però, necessario poiché esso impatta sul funzionamento dell'organizzazione sanitaria.

Dunque, in un'ottica psicosociale (Caprara *et al.*, 2012), quale valore per la sanità? Per provare a risponde a tale domanda, inizialmente sono stati implementati due studi qualitativi esplorativi circa il punto di visto di operatori sanitari e utenti riguardo il valore in sanità. Il macro obiettivo è stato analizzare la dimensione psico-sociale del

VBHC dal punto di vista di operatori e pazienti, a seguito della revisione sistematica della letteratura (cfr. capitolo primo) al fine di pervenire alla definizione di aree propedeutiche alla formulazione degli item che andavano a costruire lostrumento di misura oggetto di validazione della seguente ricerca. Prima di descrivere gli studi occorre fareuna precisazione metodologica. In epoca pre-pandemica l'obiettivo per gli studi qualitativi era quello di intervistare operatori ed utenti all'interno delle strutture sanitarie per cogliere il loro punto di vista circa il valore in sanità. Era stata prevista la costruzione di una griglia per un'intervista semi-strutturata tenendo conto dei risultati della rassegna della letteratura. Con l'avvento del *coronavirus* vi è stata l'impossibilità diaccedere a qualsiasi tipo di struttura sanitaria. Dunque, in corsa, si è ovviato al problema con la Tecnica di associazione libera e scritta di parole (autosomministrata) (Wagner *et al.*, 1999; Lo Monaco *et al.*, 2017; Halamovà *et al.*, 2018; Piermatteo *et al.*, 2018). In tal modo ai partecipanti è chiesto di scrivere ciò che esprime il significato in relazione al concetto proposto, dal loro punto di vista (Piermatteo *et al.*, 2018). Inoltre, i compiti di associazione libera di parole sono di facile comprensione e possono essere eseguiti rapidamente, ciò consente di aggiungere altre procedure ai questionari per specificare la raccolta dati (Lo Monaco *et al.*, 2017). Pertanto, ai partecipanti è posta una domanda (o più) aperta seguendo alcune formulegenerali, ad es. «scrivi le prime cose che ti vengono in mente pensando a…» (Halamovà *et al.*, 2018, p. 225) (cfr. APPENDICE C, Fig. 1).

Come si vedrà il presente studio qualitativo ha contribuito alla definizione dello strumento perché ha permesso di cogliere il punto di vista degli attori organizzativi sanitari e le evidenze emerse alla Rassegna della letteratura. Infatti esso ha in parte rafforzato le evidenze della letteratura come nel caso di aspetti quali fiducia, collaborazione e comunicazione sottolineandone ancora l'importanza e dall'altro ha fatto sì che emergessero aspetti non rilevati dalla Rassegna come la competenza (cfr. Risultati). Dunque, attraverso i processi di riflessione condotti con il Gruppo di ricerca, così come si era pervenuti alle aree per la rassegna della letteratura, si è pervenuti alle aree iniziali propedeutiche al processo di costruzione dello strumento.

4.2 Metodo

Sono stati implementati due studi qualitativi online mediante piattaforma *Moduli* di Google® socializzati online, uno rivolto ai professionisti sanitari, l'altro agli utenti.

Il primo studio si è rivolto agli operatori sanitari e ha visto la somministrazione nei mesi di Gennaio-Aprile 2021, il secondo si è rivolto agli utenti e ha visto la somministrazione nei medi di Maggio-Settembre 2021. Ai/alle partecipanti è stata rivolta una domanda a risposta aperta nella quale poter esprimere liberamente la propria opinione in maniera anonima. È stato ottenuto il consenso informato da tutti i partecipanti. La somministrazione è avvenuta mediante campionamento di convenienza. Per gli utenti il criterio principale di inclusione allo studio era quello di essersi sottoposti a visita medica nell'arco dell'ultimo mese. Le analisi per la parte quantitativa sono state svolte con il software SPSS 26.00. Mediante l'uso del software T-lab 21, è stato dato spazio all'analisi del materiale qualitativo. Dunque, a seguito domanda aperta, metodo di tipo CASI (*Computer assisted self administered interviewing*) in modalità asincrona (Lucidi et al., 2008, p. 61), si è proceduto con la disambiguazione dei lessie. Vi sono stati dei casi di omografia, ad esempio, la parola «organizzazione» quale «sanitaria» o come «funzionamento». È stata eseguita la lessicalizzazione e dalle locuzioni poliremiatiche (es. «sanità pubblica») sono state importante delle stringhe come nuovo corpus *txt*. Tale corpus era di piccole dimensioni, infatti sono state scelte delle sole unità lessicali del rango medio di frequenza (Bolasco, 1999), ovvero 4. Considerando tale criterio di selezione per le parole chiave esse risultavano essere 81. Il corpus dianalisi totale era composto da 15.765 occorrenze e 1.439 lemmi. È stato, poi, svolto un test di Associazione di parole e calcolo degli indici. Le associazioni e le analisi degli output sono state valutate con l'aiuto di 3 giudici indipendenti esperti in materia.

4.2.1 Caratteristiche dei partecipanti

Sono stati contattati 111 utenti maggiorenni che avevano svolto un controllo medico in una struttura sanitarianell'arco dell'ultimo mese, con un età compresa tra i 21-89 anni (*M*= 52.6 anni; *DS*= 14.88), per lo più donne (75.7%) e provenienti dalla regione Campania. Sono state rilevate alcune informazionisociodemografiche quali titolo di studio (il 75% dei partecipanti aveva conseguito un titolo di laurea), stato civile (il

59% dei partecipanti era sposato o convivente) e condizione lavorativa (il 65.4% dei partecipanti aveva un impiego e di questi il 54.2% con un contratto a tempo indeterminato).

Relativamente agli operatori sanitari, hanno partecipato 69 professionisti con un età compresa tra i 25-70 anni *(M*= 46.7; *DS*= 12.17), in maggioranza uomini (56.5%) e proveniente dalla regione Campania. Tra i partecipanti, il 68% ricopriva il ruolo di Dirigente medico di I livello; oltre l'80% dei partecipanti dichiarava di avere un reparto COVID-19 all'interno del proprio ospedale e aveva avuto contatti con pazienti che presentavano anche diagnosi da coronavirus. I partecipanti erano impiegati per la maggior parte in un ospedale di grandi dimensioni (61.5%).

Reparto di afferenza	%
Anestesia rianimazione	11.5
Cardiologia	8.9
Chirurgia generale	14
Ematologia	6.4
Medicina d'urgenza	5
Medicina interna	8.9
Medicina trasfusionale	6.4
Nefrologia	5
Ortopedia	8.9
Psichiatria	2.5
Radiologia	7.6

Tab. 2 Reparto di afferenza dei professionisti sanitari

Dati carriera	***M***	***DS***	***Range***
Anzianità di carriera complessiva	16.4	12.3	1-40
Anzianità di carriera ospedale attuale	8.89	9.53	1-33
Anzianità di carriera reparto attuale	8.88	9.19	1-38

Ore di lavoro settimanali	40.55	9.17	9-66

Tab. 3 Stato di carriera dei professionisti sanitari

4.3 Risultati

Fig. 3. Analisi di associazione di parole complessiva (professionisti e utenti)

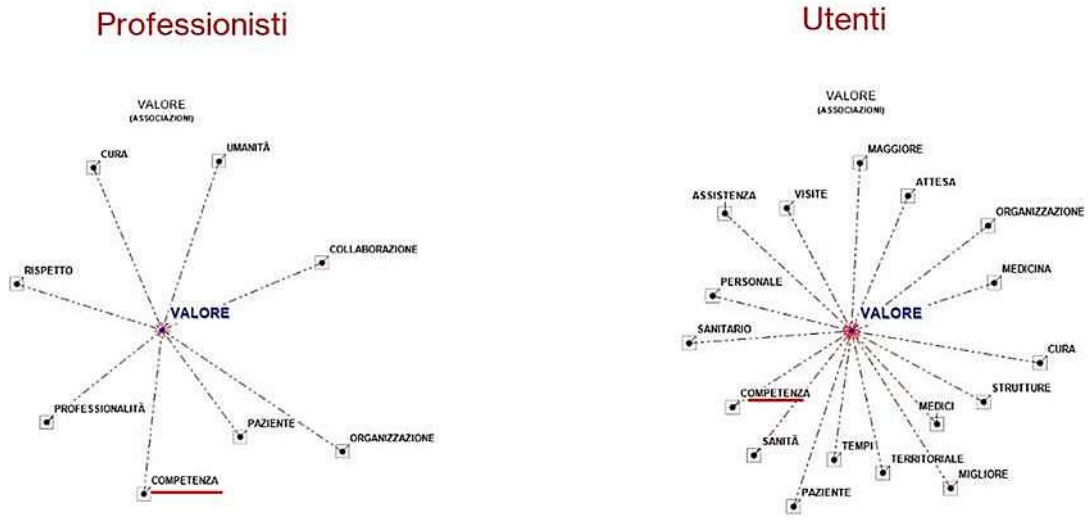


Fig. 4. Analisi di associazione di parole per professionisti e per utenti

Occorrenze (frequenze) delle UC	SOGLIA DI FREQUENZA 4
Competenza	13
Medici	11
Organizzazione	11
Paziente	11
Professionalità	11
Visite	11
Attesa	9
Rispetto	9
Strutture	9
Tempi	9
Territoriale	9
Assistenza	7
Attenzione	7
Sanità/Sanitario	7
Efficienza	6
Servizio	6
Umanità	6
Cura	5
Ricerca	5
Sistema	5
Accoglienza	4
Collaborazione	4
Comunicazione	4
Empatia	4
Informazioni	4
Prenotazioni	4
Prossimità	4
Pubblica	4

PAROLA VALORE	COSENO
Competenza	0.283
Medici	0.261
Organizzazione	0.261
Paziente	0.261
Professionalità	0.261
Visite	0.236
Attesa	0.236
Rispetto	0.210
Strutture	0.236
Tempi	0.236
Territoriale	0.236
Assistenza	0.208
Attenzione	0.192
Sanità/Sanitario	0.208
Efficienza	0.192
Umanità	0.192
Cura	0.176
Ricerca	0.176
Sistema	0.176
Accoglienza	0.157
Collaborazione	0.157
Comunicazione	0.157
Empatia	0.157
Informazioni	0.157
Prenotazioni	0.157
Prossimità	0.157
Pubblica	0.157

Fig. 5 Indici relativi alle analisi effettuate con T-lab 21

LEMMA	ASS (A)	ASS (B)	COCC	CHI2	(p)
Accoglienza	4	1	1	1,182895	0,277
Assistenza	7	1	1	0,3135378	0,576
Attenzione	6	1	1	0,4985755	0,48
Attesa	9	1	1	0,1019813	0,749
Comunicazione	4	1	1	1,182895	0,277
Cura	5	1	1	0,7710547	0,38
Empatia	4	2	2	6,062888	0,014
Informazioni	4	1	1	1,182895	0,277
Organizzazione	11	1	1	0,01533618	0,901
Ospedali	4	1	1	1,182895	0,277
Prenotazioni	4	1	1	1,182895	0,277
Professionalità	11	3	3	4,337246	0,037
Rispetto	8	1	1	0,1871049	0,665
Servizi	5	1	1	0,7710547	0,38
Sistema	5	1	1	0,7710547	0,38
Tempi	9	1	1	0,1019813	0,749
Umanità	6	4	4	16,36234	0

Fig. 6 Associazioni con la parola Valore

Il lemma competenza (13), in linea con la letteratura (Osei-Frimpong et al., 2015; Osei-Frimpong, 2016) identifica, sia per utenti che per i professionisti, la competenza come strettamente legata al valore.Emergono, infatti, alcune *skill* centrali per utenti e professionisti: comunicazione (4); collaborazione (4); empatia (4); professionalità (11). Alcuni lemmi hanno messo in luce gli elementi che, soprattutto gli utenti, attribuiscono ad una sistema (5) sanitario (7) di valore: la riduzione dei tempi (9), delle attese (9) e maggior tempo dedicato alle visite (11); l'accesso a strutture (9) funzionanti e facilità nelle prenotazioni (4); un contesto sanitario contraddistinto da accoglienza (4) e attenzione (4) oltreché ricevere un'assistenza (7) e una cura (5) adeguate. Il tutto concorre all' efficienza (6) di un servizio (6), dunque al suo valore. I lemmi Medici (11) e Pazienti (11) suggeriscono che utenti ed operatori sono figure chiave nelle pratiche e attività per co-creare valore in sanità, nel rispetto (9) reciproco e del lavoro altrui (McColl-Kennedy *et al.,* 2012; Ng *et al.,* 2018; Sweeney *et al.,* 2015). Strettamente legati al contesto, sono i lemmi ricerca (5) che specie per i professionisti rappresenta un valore; investimenti sulla sanità (7) pubblica (4), a fronte della carenza diservizi territoriali (9) e di prossimità (4), necessità sentite dagli utenti ma anche da quanti gestiscono ogni giorno un grande carico lavorativo. Infine, la possibilità di accedere alle informazioni (4) circa le possibilitàdi gestione della propria

salute. Il lemma organizzazione (11) si è presentato nei suoi aspetti strutturali congli utenti e nei suoi aspetti culturali con i professionisti.

Dunque, per gli utenti, il valore risiede in aspetti quali Minor tempi di attesa e maggiore attenzione al paziente (P5); Competenza, professionalità ed empatia degli operatori (P9); Medicina territoriale e di base (P31); Medici di famiglia e strutture pubbliche (P34); Comunicazione chiara e informazioni (P37); Considerare l'utenza come pazienti e non come clienti (P62); Comunicazione, sanità pubblica efficiente (P90); Maggior organizzazione e qualità (P101). Gli operatori, sottolineano aspetti quali Servizio per l' utenza (M4); Cura, preparazione, esperienza, fiducia (M7); Competenza e senso di responsabilità (M8); Professionalità, competenza, empatia. (M24); Rispetto per i pazienti. Rispetto per gli operatori sanitari (M33); Organizzazione, collaborazione, comunicazione, efficienza (M54); Responsabilità, valore del lavoro, riconoscimento dei diritti (M57); Essere informati (M63).

4.4. Discussioni e conclusione

In linea con la letteratura (Porter e Kramer, 2019) le associazioni di parole evidenziano che i concetti di tempo (di attesa), competenza (degli operatori per l'utenza e dei colleghi per i professionisti) e cura, per gli intervistati sono elementi strettamente connessi al valore in sanità.

La relazione tra operatore e utente appare centrale nella costruzione del valore, in linea con quella letteratura(Vargo e Lush, 2016) che ritiene che l'incontro sia alla base della creazione di valore condiviso che ha impatto sull'organizzazione sanitaria. Nello specifico gli operatori riconoscono la relazione e il rispetto delpunto di vista dell'altro per la costruzione di un percorso che sia favorevole all'organizzazione e al benessere del sistema, inoltre la professionalità, la competenza e l'umanità (sensibilità e attenzione all'utenza) sono elementi importanti affinché vi sia una esperienza sanitaria di valore. Gli utenti sottolineano l'importanza della relazione, in particolare con il medico, inoltre gli utenti hanno interesse per gli aspetti legati all'efficienza organizzativa delle strutture sanitarie e la necessità di poter contare su una sanità accessibile, pubblica e territorialmente strutturata. Per entrambe le figure coinvolte nello studio, l'importanza dell'organizzazione, ora intesa come sistema efficiente specie per gli utenti ora intesa

come cultura specie per gli operatori che identificano il valore nella collaborazione, nella professionalità e nell'organizzazione stessa.

Nonostante l'esiguo numero di partecipanti allo studio, dai risultati emersi è possibile affermare che i professionisti sanitari si muovono nella direzione della medicina centrata sul paziente, riconoscendo l'importante ruolo della competenza e della relazioni tra gli attori sanitari in linea con quella parte di studi che supportano il presente lavoro (Cfr. par. 6.2) . Inoltre è stata svolta una indagine da remoto in un momento in cui tutta la vita professionale e sociale era stata traslata online e ciò può aver creato un affollamento che ha influenzato i nostri risultati. Forse un medico avrebbe preferito parlare con un ricercatore *vis à vis*. La mancanza assoluta di possibilità di sviluppare una discussione e di interagire ha certamente influito sulle risposte. Del resto, tra i limiti, l'esiguo numero di operatori coinvolti e conseguente corpus esiguo, l'utilizzo di uno strumento *self-report* per la raccolta di dati qualitativi oltre al cambio di metodo dovuto all'avvento della pandemia da COVID-19 oltreché la provenienza esclusivamente Campana dei partecipanti.

Tuttavia, cogliamo la necessità espressa dai professionisti sanitari di migliorare la propria formazione e competenza nella loro pratica professionale e ciò, in termini di *spillover*, avrebbe ricadute positive sull'organizzazione sanitaria e dunque per la cultura organizzativa. Al contempo, ritengono essenziale che un servizio sia efficiente sia per sé che per i propri assistiti, in termini di spazi, tempi di attesa e accessibilità. Un'organizzazione improntata alla collaborazione e alla competenza di sé e degli altri, specie tra i colleghi. In tal senso sembra che percepirsi competenti possa essere supportivo per i professionisti sanitari. Seppur non oggetto specifico dell'indagine tali elementi potrebbero essere stati rafforzati dal fronteggiamento dell'emergenza sanitaria che ha reso ancor più rilevanti tali aspetti. Future indagini, ampliando la numerosità dei partecipanti e senza limitazioni dovute all'emergenza pandemica, potrebbero concentrarsi sulle specifiche del ruolo della competenza, ovvero chiedersi se l'acquisizione di nuove skill sia diretto maggiormente al lato tecnico o anche a quello trasversale e in che modo raggiungerla (aggiornamento professionale, opportunità esperienziale *et similia*).

Capitolo 5. Costruzione e validazione di uno strumento sul Value-Based Healthcare in una prospettiva psicosociale

5.1 Introduzione

Dall'analisi della letteratura è emersa la mancanza di strumenti finalizzati alla rilevazione del *Value* in ottica psicosociale, oltre al *gap* di una prospettiva psicologica del valore in sanità.

Inoltre, dagli output degli studi qualitativi, sono emersi alcuni aspetti chiave che costituiscono valore per chi vive le organizzazioni sanitarie.

Dunque, in linea con la letteratura che ha più volte sottolineato la necessità di strumenti di misura del valorein sanità che non fossero legati solo agli esiti clinici in rapporto ai costi (Virleè *et al.,* 2020; Osei-Frimpong, 2016; *Cfr*. Capitolo 3) è emersa la necessità di costruire una scala che rilevasse il Valore Percepito in Sanità in un'ottica psicosociale.

Al fine di pervenire alla formulazione della scala sono di seguito illustrati gli step successivi alla rassegna della letteratura e allo svolgimento degli studi qualitativi: formulazione delle macro-aree mediante sessioni di consenso finalizzate al processo riflessivo con l'ausilio di esperti indipendenti; valutazione di scale di misura utili al wordering degli item; definizione delle aree specifiche (con letteratura a supporto) e relativi item, che hanno dato luogo alla prima versione dello strumento composta di 52 item (cfr. APPENDICE A). Chiude il capitolo il pre-test quantitativo della scala svolto mediante analisi fattoriale esplorativa.

5.2 Formulazione e descrizione delle aree della Scala sul Valore Percepito in Sanità

In primis, sono state identificati alcuni nuclei di partenza frutto degli esiti della rassegna e degli studi qualitativi propedeutiche alla costruzione dello strumento: *Competenza; Supporto; Decision making; Partecipazione; Cura; Struttura organizzativa.*

La riflessione è stata rivolta a come, in una prospettiva psicosociale, quanto emerso poteva essere reso. Subito è parsa chiara una dimensione Individuale dal punto di vista del professionista che rispondeva alle esigenze di competenza, formazione e anche una autonomia nelle scelte lavorative. Tale fase, caratterizzata anch'essa dalle restrizioni

funzionali al fronteggiamento del COVID-19, è stata svolta mediante video-incontri tra il Gruppo di ricerca e due esperti in materia che hanno supportato il processo riflessivo-operativo.

Congiuntamente a ciò è stata svolta una *rapid review* (Tricco et al., 2015) per analizzare la letteratura rivoltaalla formulazione delle scale sul valore e propedeutica al *wordering* degli Item del nuovo strumento. Di seguito due esempi delle scale considerate.

Fig. 7 . Esempi di scale prese in considerazione per il wordering degli item

In seguito, sono state definite specificamente le aree e relative sub-dimensioni, sempre con la partecipazione di due giudici indipendenti esperti di organizzazioni sanitarie.

Dal processo comune è emerso che la comunicazione, le scelte condivise, la partecipazione dell'utenza e tutto quanto è centrato sul paziente erano gli elementi centrali dai quali partire per concorrere creare valore non economico sia nel rapporto con i pazienti che con i colleghi. Inoltre, data l'importanza degli aspetti tanto strutturali quanto supportivi del contesto sanitario e considerando sempre il *Value* nella cornice della cultura organizzativa, ha preso forma anche un'area propriamente organizzativa

Infine, è avvenuto il processo di *wordering* degli *item* (gennaio 2022-maggio 2022) che, una volta definiti, sono stati sottoposti per un pre-test a 4 medici di differenti specializzazioni (medicina interna, ginecologia, ortopedia, oncologia), due uomini e

due donne. Lo strumento è composto da 3 macro-aree e 12 aree specifiche, così suddivise:

1 *Area Individuale* comprende le seguenti aree-specifiche:

- Formazione in termini di aggiornamento professionale
- Soft Skills dell'operatore sanitario
- Team building
- Autonomia del professionista sanitario

2 *Area Relazionale,* comprende le seguenti aree-specifiche:

- Comunicazione con il paziente
- Partecipazione del paziente
- Decision making condiviso

3 *Area Organizzativa,* comprende le seguenti aree-specifiche:

- Aspetti strutturali dell'Azienda Sanitaria
- Partecipazione organizzativa del professionista sanitario
- Supporto organizzativo al professionista sanitario
- Supporto emotivo al professionista sanitario
- Soddisfazione del paziente per le cure ricevute

Per ciascuna area d'indagine sarà descritta la letteratura scientifica a supporto.

5.2.1 Letteratura a supporto dell'Area Individuale

L'area *Individuale* è volta ad individuare gli elementi che, partendo dal singolo, hanno una ricaduta sull'organizzazione sanitaria. Mostrare professionalità, essere formati ed aggiornati nel proprio campo, avere autonomia lavorativa e mettere in atto le proprie competenze oltre il profilo tecnico, risultano fattori chiave per un operatore che si approccia ad un paziente (Giroldi *et al.,* 2017). Infatti, tali elementi possono essere correlati alla salute fisica o mentale del paziente, ma anche alle modalità di gestione della malattia einfluire su comportamenti quali la partecipazione del paziente alla gestione della sua salute e l'aderenza o la non aderenza dello stesso alle cure (Fransen *et al.,* 2012; Paschal *et al.,* 2016). Questo primo livello individuale

costituisce un antecedente al coinvolgimento del paziente affinché egli possa apportare contributi volontari e risorse al percorso di cura e di gestione della propria salute che influenzano positivamente sé stesso e gli *outcome* dell'organizzazione sanitaria (Jaakkola e Alexander, 2014, p. 248; Capone *et al.,* 2013; McColl-Kennedy *et al.*, 2017a; Graffigna *et al*., 2020). Infine, al livello individuale risiede un antecedente relazionale, ovvero le *competenze non tecniche* del professionista sanitario (Giroldi *et al.*, 2017; Osei-Frimpong *et al.,* 2016; Capone, 2016; Virleè *et al.,* 2020, Kenny *et al.,* 2010). Queste, quando trasmesse, possono influenzare le attività di integrazione delle risorse del paziente al fine di una migliore gestione della propria salute (Virlèe *et al.,* 2020). Di quest'area fanno parte la sub-dimensione della *Formazione*, quale strumento per la prosecuzione della propria carriera. Nello specifico, sappiamo che concetti quali il *Neo professionalismo* (Munari, 2003) mettono in luce la necessità per il lavoratore di saperscegliere, tra le varie incertezze, le soluzioni adatte a quel dato problema in quel dato momento. La professione sanitaria è contraddistinta dalla presa di decisioni rapide che possono mettere a rischio la salutedel paziente e un'adeguata formazione può sostenere efficacemente le sfide poste da un contesto lavorativoche richiede tale flessibilità. Guardando, ad esempio, la contingenza pandemica ancora in corso è emerso con forza come il potenziamento delle conoscenze degli operatori è un piano di intervento fondamentale siaa livello individuale che organizzativo (Kang *et al.*, 2020; Marino *et al.,* 2021), anche per il rafforzamento della cultura organizzativa. Infatti, se assumiamo che (Scaratti e Kraneklin, 2012) la realtà organizzativa siaun artefatto socialmente costruito riferibile alla cultura organizzativa, poniamo che il cambiamento personale all'interno dell'organizzazione parte dalla formazione come pratica di apprendimento trasformativo del proprio agire nei confronti del contesto. Formarsi per conoscere (Gherardi, 2006; Scaratti, 2014) vuol dire possesso di saperi pratici che guidano i corsi di azione. In tal senso, la formazione è una "teoria della pratica […] della produzione e riproduzione di concreti sistemi di attività, dei significati che lepersone attribuiscono alla loro esperienza lavorativa" (Scaratti *et al.*, 2018, p.77). Mettere in pratica una conoscenza è differente da conoscere una pratica. Quest'ultima è culturalmente situata (Gherardi, 2006), dunque apre le porte all'*agire riflessivo* (Schön, 1983; 1987) che consente al professionista di far fronte anche a situazioni nuove e ignote. In una

prospettiva organizzativa, la conoscenza crea valore: formarsi amplia le possibilità di utilizzo delle conoscenze di base, aiuta ad attribuire alle esperienze del professionista uno o più significati e dunque a connotarle anche culturalmente (una pratica è "dare significato al mondo eal rapporto che intratteniamo con esso" Wenger, 1999, p.172) e pone in relazione gli attori organizzativi che possono condividere le proprie conoscenze individuali. Dunque, la formazione appare il mezzo attraverso il quale la conoscenza trova il suo *value* sociale e culturale: trasformandosi e adattandosi al contesto di utilizzo;in maniera riflessiva; superando la connotazione economica di valore prettamente strumentale (Rullani, 2004).

Strettamente connessa alla formazione vi è la sub-dimensione della *Competenza* quale specifico della formazione (Castellano, 2018) benché, paradossalmente, non possa essere insegnata ma costruita dalla persona entrando "in situazione" (*Ibidem*). La formazione può però promuovere *skill* individuali (Marino *et al.*, 2021) anche in un'ottica di sostegno organizzativo quale fattore di protezione per il benessere degli operatori sanitari (Liu *et al.*, 2020). Inoltre, senza formazione non ci sarebbe il "tramite" mediante cui il professionista può elaborare in maniera riflessiva la propria esperienza per costruire le sue "mappe" della competenza. In particolare, lo scenario contemporaneo (Soro e Ieraci, 2018) impone alle organizzazioni maggiore attenzione ai fattori definiti "soft" (legati ad esempio all'intelligenza emotiva) rispetto a quelli "hard" (tecnologie, procedure, strutture), specie in materia di competenza e tale condizione va tenuta presente quando l'organizzazione è il nostro oggetto di studio (*Ibidem,* p. 13). Il processo di costruzione della competenza professionale, nella sua accezione socio-culturale, vede come inscindibili la persona e la cultura di cui essa è espressione (Castellano, 2018, p. 127) e benché essa si origini come processo individuale, condivide con la conoscenza (cfr. *Formazione*) la riproducibilità "all'interno di un sistema di relazioni e di pratiche socialmente e culturalmente riconosciute" (*Ibidem,* p.135), tanto più che i modelli di competenza delle organizzazioni sono scelti e definiti sulla base dei valori dell'organizzazione stessa. La succitata riflessività del professionista (cfr. *Formazione*) è considerata negli studi organizzativi "una caratteristica fondante la competenza" (*Ibidem,* p.131). Riflettere sulla pratica lavorativa rappresenta una possibilità di crescita e contrasta la "cristallizzazione": un eccessivo apprendimento specialistico può impoverire la

capacità di costruire nuove interpretazioni delle situazioni e inibire il professionista nello sperimentare nuove soluzioni (Schön, 1983, p. 86). A livello individuale, esperire e trasmettere skill quali, ad esempio, saper cooperare e collaborare, saper comunicare in maniera efficace (Capone e Petrillo, 2014),fare gruppo (*team building*) e la capacità di relazionarsi con il gruppo di lavoro, conduce la persona a svolgere una attività in maniera adeguata e a valorizzare sé stessa e ciò che agisce (Castellano, 2005) con esiti positivi anche per l'organizzazione. Dunque, la competenza professionale si configura come un insiemedi conoscenze, skills, valori ed interessi che si combinano al fine di riuscire in una data "prestazione". Infatti,la persona agisce la competenza quando intraprende azioni rivolte a un determinato contesto basandosi sul proprio "patrimonio" di competenza. In una prospettiva di benessere organizzativo, la competenza è considerata anche una risorsa lavorativa (Bakker e Demerouti, 2014) utile a fronteggiare esiti di malessere e a promuovere il benessere del lavoratore. Tra gli antecedenti di una relazione sanitaria solida (Singh *et al*.,2011) la letteratura (Virleè *et al.,* 2020) ha evidenziato tra le competenze la fiducia nei confronti del medicoe la sensazione di potersi affidare al professionista sanitario (Petrocchi *et al.,* 2019). Tale elemento influisce sull'adesione alle prescrizioni terapeutiche e sulla facilità di condivisione delle informazioni da parte del paziente nei confronti del medico, insieme al grado di disponibilità del medico che si ritrova anche nella dimensione relazionale della partecipazione (cfr. area relazionale) e che concorre alla costruzione di un ambiente favorevole per il paziente e a metterlo a proprio agio (Osei-Frimpong *et al.,* 2016; Capone e Petrillo, 2014). Seguono poi la capacità di Team Building e l'Autonomia del professionista. Nonostante gli sforzi di aggiungere una componente di valore sociale (EXpert Panel on effective ways of investing in Health, 2019) al paradigma del Value Based Healthcare (VBHC, Porter, 2010; Kaplan e Porter, 2011) che annovera tra i suoi obiettivi l'autonomia, mancano una concezione di autonomia come risorsa lavorativa e uno sguardo alla capacità di cooperare e collaborare per obiettivi comuni proprie della differenza tra un gruppo e un gruppo di lavoro (Kreitner e Kinicki, 2008). La letteratura di matrice economica (Osei- Frimpong, 2017) ha evidenziato che la motivazione intrinseca orientata all'autonomia influenza positivamente la partecipazione del paziente nell'incontro con il medico e ha riconosciuto il ruolo di attività autonome svolte dal paziente nell'arco della giornata

(Sweeney *et al.,* 2015; McColl-Kennedy *et al.,* 2012). Tali azioni "autonome", seppur derivanti da una interazione positiva con il medico, restano appannaggio della creazione personale di valore del paziente. Dunque, tali riconoscimenti delle componenti sociali e del ruolo dell'autonomia sono sempre volti ai pazienti senza tener conto del medico e del più stretto costrutto di autonomia che in psicologia del lavoro e delle organizzazioni (Argentero e Cortese, 2018) è declinato in differenti modi rivolti al professionista. È noto che, in una prospettiva organizzativa orientata al benessere, l'autonomia sia una risorsa lavorativa (JDRM; Demerouti *et al.,* 2001;Vieira dos Santos *et al.,* 2022) di tipo strutturale (Schaufeli e Taris, 2014) che supporta il raggiungimento degli obiettivi lavorativi e di carriera (Bedeian e Carson, 1994), protegge dal malessere in termini di costi psicologici (pensiamo ad esempio ai lavori con bassa autonomia correlati a più alti livelli di burnout; Cortese e Argentero, 2018) e promuove la crescita personale. Inoltre, l'autonomia con i suoi contenuti quali la responsabilità, il grado di controllo e la discrezionalità è riferibile anche al costrutto di soddisfazione lavorativa (van Saane *et al.,* 2003) anch'essa possibile outcome di benessere lavorativo. Inoltre, nell'ottica dello sviluppo di carriera, l'autonomia lavorativa e la condivisione con gli altri significativi nonché il loro supporto (cfr. supporto emotivo ed organizzativo) sono elementi determinanti il successo se ci riferiamo alla *boundaryless career*, ovvero la carriera senza confini (Lo Presti *et al.,* 2019), per cui la persona ridefinisce volta per volta la propria identità di carriera. La *career identity* (Kinicki, 2008) è quella componente del career commitment (la motivazione degli individui a raggiungere gli obiettivi di carriera preposti; Hall, 1971) che "dirige" le scelte di carriera e guarda al grado di identificazione che il professionista ha con queste sulla base dei propri obiettivi e valori: studi recenti in contesto sanitario italiano (Salvatore *et al.,* 2018) hanno mostrato che maggiore è il grado di autonomia esperita maggiore è livello di "coerenza" che la persona percepisce tra l'essere medico e l'essere medico di quella specifica organizzazione sanitaria, cosicché i livelli di identificazione con il proprio ruolo professionale e organizzativo non vanno a confliggere tra loro proprio perché l'autonomia lavorativa è una - risorsa capace di proteggere il lavoratore da esiti di malessere, in linea con la prospettiva psicologica positiva del lavoro (Luthans e Youssef, 2007) che ha evidenziato come un conflitto intra-ruolo tra i medici, specie se giovani, può condurre

ad esiti di malessere (Schaufeli *et al.,* 2009). È fondamentale, dunque, riconoscersi nel proprio ruolo lavorativo ed avere autonomia nell'esercitarlo al fine di contrastare l'ambiguità che può originare dalla discrepanza percepita dal lavoratore tra i suoi valori e quelli manifestati dall'organizzazione (Naus *et al*., 2007): se i lavoratori percepiscono una discordanza tra i valori dichiarati e i valori praticati sarà più difficile per l'organizzazione raggiungere i risultati preposti con conseguente messa in atto comportamenti di turnover (Cortese, 2013) e manifestazioni conflittuali nei confronti del management (Detert *et al.,* 2000). In relazione alla cultura organizzativa l'autonomia come risorsa positiva si contrappone agli scenari organizzativi passivo-difensivi (Cooke e Szumal, 2000) per cui l'autonomia è manifestata solo attraverso il rifiuto e il contrasto delle idee e dei valori della cultura organizzativa. Infine, in un'ottica universale dei valori in psicologia (Schwartz *et. al*., 1987; Schwartz, 1992; 2011) l'autonomia gioca il suo ruolo come bisogno, nei valori relativi all'apertura al cambiamento e nello specifico come mezzo per l'auto direzione che guarda all'indipendenza del pensiero e si rivolge ad azioni, quali compiere scelte in linea con i propri valori nella vita personale e lavorativa.

5.2.2 Letteratura a supporto dell'Area Relazionale

L'area relazionale è volta ad identificare quegli aspetti che hanno un ruolo chiave nella relazione sanitaria. La letteratura (Victor, 2009) ha riconosciuto il ruolo della cultura organizzativa, dunque degli artefatti e dei valori (Schein, 1985), nella costruzione delle relazioni all'interno degli ambienti sanitari come veicolo di significati e pratiche condivise. Un ruolo cruciale in questo processo è svolto dalla competenza culturale dei professionisti sanitari (*cfr. area individuale,* antecedenti relazionali) che secondo la letteratura (Dauvrin e Lorant, 2015) influenza le relazioni del medico con tutti gli attori dell'organizzazione sanitaria (pazienti, familiari, colleghi, superiori) e che si sviluppa proprio a partire dalle relazioni con il gruppo di lavoro. Ciò è in linea con quella letteratura (Seel, 2000) che considera la cultura organizzativa il risultato della continuarelazione e negoziazione di valori e significati tra i membri dell'organizzazione sanitaria, in primis, attraverso la conversazione. La letteratura (Osei-Frimpong, 2015; Capone, 2015) ha sottolineato il ruolo cruciale delle abilità sociali dei medici e delle loro capacità interpersonali nell'approccio con l'altro

soprattutto per il coinvolgimento del paziente nella partecipazione alle cure e nelle decisione da prendere (Capone, 2016). Prima sub-dimensione cruciale nella relazione sanitaria è costituita dalla *Comunicazione*, tra gli strumenti indispensabili alla costruzione delle relazioni umane, del clima sociale e della cultura organizzativa (Vecchio, 2018). Essa valorizza le risorse del sistema sociale (Bandura, 2001) e la letteratura(Capone e Petrillo, 2012; 2014; Capone, 2016; Osei- Frimpong, 2015; Osei-Frimpong *et al.,* 2016; Virleè *et al.,* 2020) ha dimostrato come la comunicazione sia un elemento fondante della relazione sanitaria. Nello specifico, la capacità del professionista di adottare un lessico comprensibile per il paziente,rende il paziente propenso a fare ciò che è loro raccomandato. Le capacità di comunicazione dei medici, inoltre, possono anche influenzare le attività di coproduzione del paziente (Osei-Frimpong, 2017). Man mano che i pazienti comprendono meglio cosa accade entrano "nel processo" e saranno maggiormente in grado di partecipare alle decisioni volte alle migliori cure per sé (Graffigna e Barello, 2018). All'inizio di un incontro di consultazione è rilevante assicurarsi che il paziente abbia chiaro l'obiettivo dell'incontro e come si svolgerà la visita, rendendolo partecipe di ogni step, mediante una comunicazione chiara. La letteratura economica sui servizi ritiene che comunicare significhi "tenere i clienti informati in un linguaggio comprensibile e ascoltarli". Dunque, "l'azienda deve adattare la propria lingua ai diversi consumatori" (Parasuraman *et al.,* 1985, p. 45). Questa dimensione influenza la soddisfazione dell'utenza e i suoi comportamenti poiché in letteratura (Mead e Bower, 2000; Capone, 2014,; Graffigna e Barello, 2018), è stato dimostrato che la non aderenza dei pazienti e la mancanza di coinvolgimento nella gestione della loro salute possono essere attribuibili all'incapacità del professionista di fornire informazioni chiare e usare un linguaggio comprensibile. Infatti, la letteratura organizzativa (Capone, 2016) ha da tempo evidenziato che i comportamenti legati alla comunicazione quali la cortesia, il rispetto, l'attenzione a quanto espresso dal paziente e un approccio empatico influenzano la soddisfazione del paziente per le cure. In un'ottica centratasul paziente (Stewart, 2001), ricercare soluzioni accettate reciprocamente mediante la comunicazione costruisce la base di una buona relazione di cura (p. 1272): i professionisti sanitari che hanno atteggiamenti accoglienti, solidali ed empatici trasmettono fiducia ai propri pazienti che potrebbero sentirsi a proprio agionel parlare

di sé e condividere i loro dubbi e le loro preoccupazioni. Nello specifico, trasmettere fiducia al paziente è risultato un mediatore significativo della comunicazione centrata sul paziente e della percezionedi aver ricevuto cure di migliore qualità da parte dei pazienti, riscontrando un aumento della frequenza delle visite presso il medesimo ospedale con ricadute positive per l'organizzazione sanitaria (Hong e Ho, 2019).

Infine, anche accertarsi del grado di alfabetizzazione sanitaria dei pazienti è necessario poiché essa può influire sulla partecipazione del paziente e sul suo grado di coinvolgimento nella presa di decisione. In ultimo, ma non per importanza, il rapporto con le nuove tecnologie nell'approccio del medico al paziente che già tra gli obiettivi di Horizon 2020 era volto a promuovere e tutelare la salute oltreché ad aumentare ilgrado di coinvolgimento del paziente nell'ottica di un sistema sanitario sostenibile. Ciò è ancor più vero se pensiamo alla comunicazione imposta dalla contingenza pandemica sempre più mediata dall'uso delle nuovetecnologie. Dunque, in una prospettiva organizzativa, azioni finalizzate a migliorare il processo comunicativo dovrebbero essere considerate nei contesti sanitari così da sviluppare una cultura orientata allacondivisione e al coinvolgimento del paziente (Graffigna *et al.*, 2020): strumento privilegiato di tali azioni è la comunicazione al servizio del processo organizzativo (Romano, 2009; Truxillo *et al.*, 2016). Segue la *Partecipazione* dei pazienti durante l'incontro con il medico che comporta maggiore capacità di gestione della propria salute, maggiore soddisfazione per le cure ricevute e un miglioramento delle abilità comunicative del medico (Cameron *et al.*, 2010) oltre ad un accrescimento del livello di alfabetizzazione sanitaria dei pazienti che, quando scarsa, può divenire una barriera alla partecipazione (Capone, 2014). L'affermarsi della Medicina Partecipativa (Prainsack, 2014) ha portato a ritenere il paziente "esperto" del suo vissuto di malattia e/o consapevole del suo bisogno di migliorare la propria qualità della vita. In tal senso il ruolo e le competenze dei professionisti sanitari diventano ancora più importanti se sinergicamente connesse alle esperienze vissute dal paziente che lo hanno reso conoscente e competente su di sé (Graffignae Barello, 2018, p.12). Dunque, un paziente incoraggiato dal medico a partecipare è riconosciuto come portatore di competenza. La letteratura (Virleè et al., 2020; McColl-Kennedy *et al.*, 2017a) ha evidenziato come il valore che si crea nell'incontro medico- paziente riguardi la partecipazione relativamente al grado di disponibilità offerto ai pazienti:

sapere di poter rivolgere domande in relazione alla propria necessità di comprendere; gestire il percorso di cura; sentire di poter esprimere la propria opinione. Tali elementi, sul piano relazionale, influenzano l'aderenza alle prescrizioni, le attività di co-apprendimento circa la situazionedi salute e la co-creazione di un' esperienza sanitaria di valore. In particolare, emerge come un medico reattivo e disponibile alle necessità e perplessità del paziente sia una importante rassicurazione per lo stessopoiché dà la certezza di essere preso in carico per raggiungere gli obiettivi di cura prefissati. La letteratura (Elkin *et al.,* 2014) ha sottolineato come tali elementi di disponibilità influenzino la decisione del paziente di partecipare ad incontri successivi specie quando il medico costituisce un punto di raccordo per il pazientecon la struttura sanitaria di riferimento, oltre ad influenzare la soddisfazione del paziente (Hennig-Thurau, 2004). Inoltre, la letteratura (Osei Frimpong, 2015) ha evidenziato come i pazienti ritenevano "nonraggiunto" il valore nell'esperienza di consultazione quando era loro negata la partecipazione e un coinvolgimento che andasse oltre la prescrizione farmacologica. E per i medici, oltre la guarigione del paziente, sembra importante essere in grado di comprendere i problemi presentati dai pazienti per giungerea una diagnosi quanto più corretta possibile. La partecipazione, dunque, resta centrale per perseguire obiettivi e ottenere risultati di valore (Osei-Frimpong, 2015). Ultima sub-dimensione dell'area relazionale è il *Decision making condiviso:* Quando i pazienti hanno ritenuto di non essere adeguatamente coinvolti nelle scelte di cura, se ad esempio si chiedeva loro di segnalare principalmente i sintomi esperendo da parte del medico un approccio paternalistico, la consultazione non produceva esiti di valore per il percorso di cura (Smith *et al.,* 2018; Osei-Frimpong *et al.,* 2015). Sentirsi "subordinati" al medico, specie nel percorso di negoziazione per arrivare ad una presa di decisione terapeutica condivisa, si rivela controproducente al processo di (Behrend *et al.,* 2011; Hirsch *et al.,* 2011; Nies *et al.,* 2017).

Al contrario, creare una *partnership* tra medico e paziente ha una influenza positiva sugli esiti terapeutici (Osei-Frimpong, 2017). Inoltre, la creazione di valore durante la consultazione sanitaria richiede partecipazione attiva di entrambi gli attori alprocesso decisionale (in linea con la letteratura sulla Medicina Partecipativa e il *Patient Engagement;* Mojae Vegni, 2000; Graffina e Barello, 2018). Secondo la letteratura (Osei-Frimpong, 2017) il processodecisionale condiviso è influenzato anche dalle

abilità sociali degli operatori sanitari e ha effetti positivi sull'aderenza ai percorsi di salute, sull'incremento dell'autonomia dei pazienti nella gestione della propria salute e sull'apprendimento di comportamenti che portano loro significativi benefici (Zainuddin *et al.*, 2013).

5.2.4 Letteratura a supporto dell'Area Organizzativa

L'organizzazione è emersa tanto nei suoi aspetti di processi che nei suoi aspetti strutturali ed è così, dunque,che le sub-dimensioni dell'area organizzativa sono state declinate. Partendo sempre dall'assunto che l'organizzazione è composta, contemporaneamente, sia da elementi di imprevedibilità (corsi di decisioni e azioni che l'individuo mette in atto) che da elementi di regolarità (quali tratti ripetitivi e relativamente stabili che l'organizzazione pone a sé stessa al fine di mantenere un equilibrio) (Romano, 2006). Tale compresenzavede gran parte del suo essere nelle persone. L'organizzazione è l'insieme delle persone che pongono obiettivi comuni in uno specifico contesto in una matrice essenzialmente relazionale. Infatti, è stato sostenuto (Barnard, 1938; Pace, 1983; Vecchio, 2018, p. 21) che l'organizzazione è una rete di comunicazione per cui vi è un complesso mantenimento di relazioni entro il quale ha ruolo principe lo scambio di significati e valori. Quindi, l'organizzazione costruisce e lo fa mediante la sua componente umana. Intendendo l'organizzazione come metafora di base l'organizzazione è, in primis, cultura. Tale cultura traspare dalle modalità di agire dei membri che la co-costruiscono ed è definibile come una cornicedi significati (Piccardo, 1992, p. 28; Benozzo e Piccardo, 2018, p. 60). La cultura è, dunque, una variabile dicontesto (Kreitner e Kinicki, 2004, p. 72) che influenza in maniera triplice il comportamento: individuo, gruppo e organizzazione in un sistema interdipendente che guarda alla struttura organizzativa di un'aziendae alle pratiche che questa mette in atto per il raggiungimento degli obiettivi; a loro volta tali pratiche si "riversano" sui processi di gruppo che riflettono tali influenze negli atteggiamenti e nei comportamenti dei membri dell'organizzazione. Inoltre, la letteratura (Marino e Capone, 2021) ha messo in luce il ruolo protettivo di una cultura organizzativa orientata al supporto a fronte di possibili esiti di malessere, ad esempio, mediante il riconoscimento del lavoro svolto e la percezione di supporto dei propri superiori. La sub-dimensione Aspetti strutturali pone l'accento sul fattore strutturale

che può creare valore (Virleè *et al.,*2020) organizzativo, evidenziando come alcuni aspetti quali l'accessibilità alle strutture sanitarie, il loro essere raggiungibili e l'offerta di spazi adeguati (ad esempio, di ritrovo e attesa) possano essere determinanti per gli esiti sanitari, anche dal punto di vista dei professionisti. Segue la Partecipazione. La letteratura (Shareef *et al.,* 2019; Virleè *et al.,* 2020) ha evidenziato l'importanza della connettività di sistema in assenzadella quale si verifica un mancato coordinamento degli sforzi tra professionisti a discapito di un servizio efficace e capace di creare valore. Per esempio, l'interazione assente, il mancato scambio di informazioni sui pazienti, livelli di comunicazione inadeguata tra colleghi e anche con i responsabili, informazioni contrastanti sono tutti fattori che concorrono alla mancanza di partecipazione, dialogo e condivisione con outcome negativi del servizio sanitario (Belasen A. e Belasen A.T., 2018). Supporto organizzativo e supporto emotivo: La letteratura (Holt-Lunstad *et al.,* 2017) ha definito il supporto come l'informazione proveniente da un altro significativo (ad esempio i colleghi) e il far parte di una rete di scambi ecomunicazioni nella quale sussistono reciprochi obblighi (Cobb, 1976). Ciò, specie in ambito lavorativo, implica che una persona sia disposta a fornire informazioni importanti o, anche, aiuto materiale ad altre persone. Il supporto può manifestarsi in differenti forme: materiale o strumentale (ad esempio, fornire assistenza economica e/o cura); informativa (ad esempio, quando l'organizzazione fornisce formazione e informazione ai propri dipendenti sui rischi e le norme di sicurezza); *emotiva* (ad esempio, il supporto emotivo e l'incoraggiamento) (Taylor e Stanton, 2021, p. 159). Le differenti forme di supporto sociale hannoin comune il loro fine ultimo: migliorare il benessere della persona o dei gruppi che possono usufruirne. Neicontesti organizzativi, ad esempio, quando i dipendenti ricevono sostegno dal proprio capo e dai colleghi accrescono le loro risorse psicologiche per affrontare lo stress-lavoro correlato (Hobfoll, 2001; Westman e Chen, 2017). D'altronde, la letteratura sul benessere lavorativo, inteso quale coinvolgimento positivo (Demerouti *et al.*, 2014), riconosce tra le risorse lavorative il sostegno ricevuto dai propri superiori che a sua volta aumenta la possibilità che i dipendenti sostengano i propri colleghi. E infatti, la letteratura (Virleè *et al.,* 2020; Duffy *et al.,* 2004) ha messo in luce come il supporto sociale e professionale può articolarsi in supporto emotivo (che implica condividere preoccupazione e incoraggiamento, fornire speranza e fiducia ed

esprimere *feedback* positivi); il supporto informativo (fornire ad altri informazioni relative al trattamentomedico o offrire suggerimenti); la compagnia (attività di gruppo e sociali anche mediante social media). Il supporto ricevuto nel contesto di un servizio sanitario può migliorare il senso di appartenenza allo stesso, ilbenessere personale e anche gli esiti organizzativi oltreché la soddisfazione dei pazienti per il servizio, creando valore (Virleè *et al.,* 2020). Sul piano organizzativo, leadership e management rivestono un ruolo chiave: si incoraggia il personale a riconoscere i propri limiti parlando ai superiori di successi quotidiani e difficoltà (Daft, 1999). In ottica organizzativa è possibile ancorare ciò alla solida tradizione di pratiche e dinamiche esistenti nei gruppi di lavoro (Truxillo *et al.,* 2016). Chiude l'area organizzativa la sub-dimensione di *Soddisfazione.* La letteratura (Kahnemann e Tversky, 1979; Parasuraman *et al.*, 1994; Parasuraman *et al.*, 1988) sui servizi ha riscontrato che il valore "di qualcosa" è dato dalla sua utilità e dalla soddisfazione per l'utilizzo della stessa. In relazione al contesto sanitario (Osei-Frimpong, 2016; 2017) la soddisfazione del paziente per l'incontro con il medico è data dal valore esperienziale e ovvero cosa il paziente porta con sé dall'incontro con il medico.

In **Appendice A** sono riportati i 52 item così come formulati e la scheda sociodemografica che liaccompagna.

5.3 Pre-test quantitativo dello strumento di misura: analisi fattoriale esplorativa

5.3.1 Procedure

È stata implementata una survey online[13] mediante piattaforma Moduli di Google® composta di strumenti *self-report* (APPENDICE B). Con un campionamento di tipo *snowball*, la somministrazione della Survey[14] completa ha avuto inizio nel mese di

[13] https://bit.ly/ValoreInSanità

[14] Con numero di protocollo 18/2022 il CERP (Comitato Etico della Ricerca Psicologica) del Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università degli Studi di Napoli Federico II ha attestato la conformità alle norme etiche del progetto di ricerca dal titolo "Valore percepito in sanità nella prospettiva del Value-Based Health Care (VBHC)". A seguito di tale autorizzazione si è proceduto alla somministrazione della Survey online completa. Il questionario era composto in totale da 116 item, incluse le informazioni sociodemografiche, ed era introdotto da una consegna generale in cui oltre a dare

giugno 2022. La socializzazione della ricerca è avvenuta mediante canali personali, messaggistica istantanea e social media e creazione di *mailing list* che comprendessero associazioni di medici ed infermieri presenti sui siti degli ordini professionali italiani (*cfr*. APPENDICE C,Fig. 4)

Partita la raccolta dati, alla fine del mese di agosto 2022 sono stati analizzati *in primis i risultati relativi allasola scala di misura oggetto di validazione*. Al tempo la pre-validazione, svolta mediante un'analisi fattoriale esplorativa, è stata effettuata su 217 partecipanti[15] ripartiti in 102 medici, 77 specializzandi e 38 infermieri. Di questi, il 50.2% erano donne e il 48.9% uomini. La maggior parte era impiegata in una organizzazione sanitaria di grandi dimensioni (82%). Il range di età dei rispondenti era compreso tra i 18 e i 74 anni (M = 40.43, DS = 11.64), con un anzianità di servizio compresa tra 1 e 41 anni (M = 17.29, DS = 11.11). Inoltre, i partecipanti dichiaravano di lavorare tra le 8 e le 120 ore settimanali (M= 41.26, DS = 11.08).

5.3.2 Metodo

Per tutti gli item sono state effettuate analisi descrittive quali Media, Deviazione Standard, Varianza, Asimmetria e Curtosi. Dall'analisi dei punteggi di asimmetria e curtosi non sono emersi item che presentavano punteggi uguali o superiori ad 1. Dunque, è stata effettuata dapprima una Analisi Fattoriale Esplorativa con il metodo della Fattorializzazione dell'Asse Principale con rotazione Promax e normalizzazione di Kaiser (4), considerando un autovalore >1 ed è stato utilizzato il criterio delle saturazioni ≥.30 per la scelta degli *item* da mantenere nell'analisi. Infatti, per analizzare la consistenza interna della scala è stata calcolata la correlazione tra il punteggio degli item e quello della scala totale (Nunnally e Bernstein, 1995).

Abbiamo ritenuto necessario eliminare item con saturazione minore di .30 o con doppia saturazione (Stevens, 1992). Un'ulteriore momento ha riguardato la verifica dellacoerenza interna attraverso: a) la *correlazione elemento-scala* (o correlazione

sintetiche indicazioni sulle ragionidel nostro lavoro e garantire l'anonimato delle informazioni rilevate, venivano date istruzioni sulle modalità di risposta (Caponee Petrillo, 2011, p. 395).

[15] Tale gruppo di partecipanti differisce da finale quello di N= 480 sul quale è stata condotta l'analisi confermativa del presente strumento, cfr. capitolo 6.

item-totale) per individuare gli elementi della scala che non sono coerenti con gli altri; e b) il coefficiente alpha per giudicare il grado complessivo di coerenza interna della scala (Corbetta, 1999). Nel decidere sull'eliminazione o meno si è tenuto conto di entrambi i criteri, anche se gli item con minore correlazione item-totale non hanno prodotto variazioni significative di alpha (Corbetta, 1999). Determinata l'appropriatezza degli item da poter utilizzarenell'analisi fattoriale, si è proceduto con il test di Kaiser Meyer-Olkin (KMO) che se < +60 determina che il campione è adeguato per l'analisi fattoriale. Successivamente è stato eseguito il test di sfericità di Bartlettper chiarire se il campione preso in esame era significativo (0.005). Tali procedure sono state dunque utilizzate per verificare l'adeguatezza del dataset per l'analisi fattoriale esplorativa. Al software SPSS 26.0 è stato richiesto di eseguire la Matrice Anti-immagine e di correlazione per sincerarsi del funzionamento delTest KMO e del Test di Bartlett. In seguito, dalla "Comunalità" è stata evinta la Varianza spiegata per ciascun singolo item. È stata poi valutata la Varianza totale spiegata dalla somma degli item. Gli item, infatti,devono spiegare almeno il 70% dei fattori per una scala psicologica valida (Nunnally e Bernstein, 1994). Èstata eseguita la Matrice del Modello per cui sono state osservate tutte le saturazioni fattoriali e il metodo di rotazione. È stata scelta una analisi fattoriale dell'asse principale con metodo di rotazione Promax (Nunnally e Bernstein, 1995) perché presume la correlazione tra item della scala e fattori ed è adatta per l'esplorazionedel presente strumento di misura psicologico, che non postula indipendenza dei fattori. Inoltre, non essendovi la presenza di item reverse all'interno della scala è stato valutato, nella Matrice del Modello, chenon vi fossero presenti item con valori negativi. Procedendo con la matrice del modello è stato estratto qualsiasi tipo di fattore che spiegasse una varianza superiore al valore di 1 (varianza standardizzata = VAR1).

5.3.3 Risultati

I punteggi medi delle risposte alla Scala del Valore Percepito in Sanità variano da 5.46 a 5.53 (Range 1-7) e la deviazione standard da 1. 24 a 1.67. Dall'analisi delle asimmetrie e delle curtosi sono emersi valori generalmente soddisfacenti, per cui non sono state fatte eliminazioni. Considerando i 52 item, il test di *Bartlett* – pari a χ^2 (gdl = 130, N = 217) 3069.057, $p < 0.0001$ – e il *KMO* = 0.95 hanno garantito che la

matrice delle correlazioni potesse essere sottoposta ad analisi fattoriale. Dall'AFE sono emersi fin da subitodue fattori con autovalore maggiore di 1 (pari a 37.72, secondo autovalore = 1.85) tra loro correlati (.746) con una varianza totale di 66.36. Le saturazioni degli item variavano da .97 a .30, mentre le correlazioni item-totale da .77 a .85: non è stato necessario eliminare alcun item. Per quanto riguarda l'attendibilità dellascala, l'*alpha* totale era pari a .93, mentre l'*alpha* del I fattore era .95 e quella del II fattore .93.

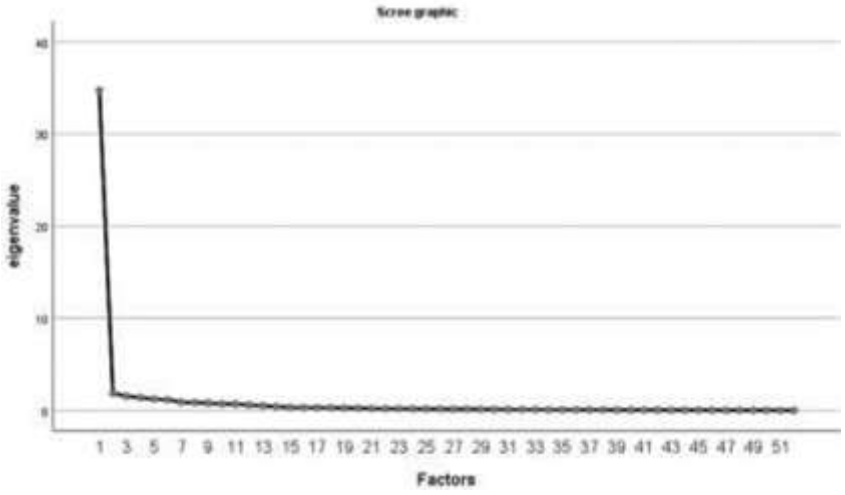


Fig. 8 Scree-plot dell'Analisi Fattoriale Esplorativa

5.3.4 Conclusioni

Dall'analisi degli autovalori sono emersi due fattori con punteggio superiore ad 1. Ciononostante, non è stato ritenuto opportuno fare ipotesi al riguardo, data la ridotta dimensione del campione. La soluzione a due dimensioni, una più ampia relativa all'area individuale e l'altra più esigua relativa all'area organizzativa, ha presentato buone proprietà psicometriche e per la scala si è osservata una chiara formulazione degli item.

Essa fornisce informazioni utili circa la percezione del valore degli operatori sanitari. Con l'aumentare del campione (N= 528; 20 ottobre 2022) una nuova fattoriale esplorativa potrebbe confermare l'ipotesi bi- dimensionale. Essendo tale strumento in via di costruzione e dunque mai sottoposto a precedente validazione, l'auspicio è che un numero adeguato di fattori spieghi un numero di item consistente.

Capitolo 6. Proprietà psicometriche e stabilità fattoriale dello strumento

6.1 Introduzione

Dall'analisi fattoriale esplorativa, lo strumento ha presentato due aree principali una individuale e l'altra organizzativa. A seguito della prima rilevazione, lo strumento è stato nuovamente presentato a professionisti sanitari differenti con campionamento di convenienza svolto su territorio nazionale. Scopo del presente capitolo è illustrare i passaggi che hanno condotto alla validazione della scala. Apre il capitolo la descrizione dei costrutti considerati in relazione alla Scala del Valore Percepito in Sanità; seguono la descrizione dei partecipanti, una nuova analisi fattoriale esplorativa condotta sui medici coinvolti, l'analisi fattoriale confermativa. Infine, sono presentate le differenze di genere emerse e la validità concorrente e divergente dello strumento. Chiudono il capitolo le considerazioni generale e i limiti dello studio.

6.2 Costrutti considerati in relazione alla Scala del Valore Percepito in Sanità

Come descritto nei precedenti capitoli, la costruzione degli item si è basata sull'integrazione degli elementi emersi dalla rassegna della letteratura con quelli emergenti dallo studio qualitativo. Nel paragrafo "Validità convergente e divergente" sono presenti gli strumenti considerati in relazione alla scala oggetto di validazione. La scelta di tali strumenti (cfr. paragrafo "Validità convergente e divergente")è coerente con la letteratura di riferimento che potrebbe avere della associazioni con il *Value* in un'ottica psicosociale. In ottica organizzativa i medici (in tal caso) e dei pazienti e le loro percezioni sono un veicolodella cultura di una organizzazione sanitaria, poiché essi quali membri dell'organizzazione la costruiscono mediante l'interdipendenza relazionale, il cui veicolo privilegiato sono gli scambi comunicativi (Truxillo *et al.*, 2016). Le misure utilizzate, infatti, sono quasi tutte ancorate a un framework organizzativo. Assumendo la prospettiva socio-cognitiva (Bandura, 1997) è nostro interesse rilevare la capacità dell'ospedale, percepita dalle differenti figure professionali, a far fronte alle esigenze di comunicazione interna, esterna e con i pazienti, concentrandosi sull'efficacia collettiva. L'efficacia collettiva è utile in interventi volti a sviluppareil senso di appartenenza (Capone e Petrillo, 2012, p. 923), anch'esso incluso nell'indagine. La letteratura (Capone e Petrillo, 2016) infatti, ha evidenziato come il senso di appartenenza alla propria organizzazione sia predittore

della soddisfazione degli operatori sanitari, influenzandone il benessere psicosociale a sua volta positivamente associato al senso di appartenenza dei professionisti sanitari (Capone *et al.*, 2022). Studiin contesto italiano (Capone *et al.*, 2013; Capone e Petrillo, 2014) hanno dimostrato la relazione tra il benessere degli operatori sanitari e variabili quali la soddisfazione lavorativa, l'efficacia collettiva comunicativa e il senso di appartenenza organizzativo, considerate nel presente studio. Inoltre, considerando la cornice pandemica all'interno della quale è stato portato avanti il presente progetto di ricerca, il senso diappartenenza organizzativo è appropriato come risorsa funzionale a gestire le difficoltà causate dall'emergenza sanitaria, compito proprio anche delle percezioni di efficacia personali e collettive (Capone *et al.*, 2021): uno dei meccanismi per contribuire al benessere degli operatori sanitari potrebbe essere identificato nella creazione di un senso di appartenenza orientato al rispetto e alla promozione di sentimentiquali fiducia e cooperazione. Quest'ultima rientra a pieno titolo nel *core skills* che, in un'ottica organizzativa, è richiesto ai professionisti sanitari per stabilire relazioni *patient-centered* (Capone e Petrillo, 2014) in primis attraverso la *patient centered communication* (PCC; Marino e Schettino, 2022). Infatti, unacomunicazione efficace e centrata sul paziente ha effetti positivi sulle condizioni di salute dello stesso e la - capacità del professionista sanitario di comprendere ed esplorare il vissuto del paziente e le sue paure circala malattia (Capone e Petrillo, 2014, p. 834), del resto, nella prospettiva socio-cognitiva (Bandura, 1997), intraprendere specifiche azioni sulla base della propria autoefficacia significa valutare di essere capaci nel produrre esiti desiderabili mediante specifici comportamenti (Bandura, 1986). La PCC è stata definita (Stewart, 2001, p. 445) come un processo che considera il desiderio del paziente di ricevere informazioni e risposte adeguate dal medico oltreché la condivisione delle decisioni da prendere in merito alla propria salute(Hong e Oh, 2020, p. 503), in contrasto con la comunicazione centrata sul medico nella quale il professionista sanitario indirizza e controlla l'interazione con il paziente (Moja e Vegni, 2000). Wanzer *et al.* (2004, p. 364) hanno considerato la PCC come l'insieme dei comportamenti comunicativi che possono migliorare la qualità della relazione medico-paziente: un medico che fornisce informazioni su di sé al paziente all'inizio dell'incontro (presentarsi); che da spiegazioni chiare; che mostra empatia; che risulta espressivo nel linguaggio non verbale; che presta ascolto. Secondo gli autori (2004), maggiore è la

messa in atto di tali comportamenti maggiore sarà il livello di coinvolgimento del paziente (Hong e Oh, 2020, p.504). Epstein *et al.* (2005) si sono concentrati sui bisogni di medico e paziente e sul loro bilanciamento (Hong e Ho, 2020): i medici hanno necessità di formulare una diagnosi corretta e di coinvolgere i loro pazienti al fine di produrre *outcome* positivi per il percorso di cura.

La letteratura (Roumie *et al.,* 2011; Capone e Petrillo, 2012; Bauer *et al.* 2014; Capone, 2016; Hong e Oh, 2020) ha messo in luce i risultati riferiti alla comunicazione centrata sul paziente: essa è associata a più altilivelli di adesione alle cure, minori livelli di conflitto tra medico e paziente, alla riduzione dei comportamentidi evitamento del paziente nei confronti delle difficoltà legate alla gestione della propria salute, a più alti livelli di soddisfazione dei pazienti per la qualità delle cure ricevute e dei medici per il loro operato professionale. Le ricadute positive riguardano anche l'organizzazione in termini di tassi di recidiva,riduzione del numero degli esami diagnostici effettuati e degli accessi nelle strutture sanitarie. Il contributodella PCC a questi ultimi aspetti *non psico-sociali* va tenuto in conto se pensiamo che, oggi, una organizzazione sanitaria considera il valore come il raggiungimento dei migliori risultati possibili in relazione alla minore spesa sostenibile (*Value Based Health Care*; Porter, 2010; Kaplan e Porter, 2011; Kim *et al.,* 2013). Del resto, studi recenti (Hong e Oh, 2020) ritengono che i costi dell'assistenza sanitaria possano essere ridotti anche promuovendo una comunicazione centrata sul paziente. Relativamentealla contingenza pandemica è noto (Barello *et al.,* 2020; Lai et *al.,* 2020; Li *et al.,* 2020) che le misure di contenimento dei contagi hanno mutato i rapporti tra operatori sanitari e pazienti. Diversi autori (Asan *et al.,* 2021; Gopichandran e Sakthivel, 2021) ritengono probabile che le modalità di erogazione dei servizi dicura abbiano avuto impatto sull'efficacia dell'interazione medico-paziente.

Studi recenti (Al-Zyoud *et al.,* 2021) affermano che indossare i DPI, mantenere la distanza di sicurezza o comunicare con il paziente mediante la tecnologia possa influire negativamente sulla comunicazione medico-paziente, costringendo i medici ad una revisione della loro capacità di comunicazione in termini ditempo da dedicare (sottratto dal fronteggiamento dell'emergenza) e di terminologie da usare (tenendo contoche i livelli di apprensione degli utenti sono al di sopra delle situazioni ordinarie). La raccomandazione è stata quella di esprimersi con i pazienti in maniera aperta e coerente, cercando di non escluderli dalla presadi decisione (Al-Zyoud et al., 2021) al fine di

perseguire gli *outcome* positivi documentati dalla ricerca e dall'esperienza sul campo. Infatti, ancora una volta, troviamo il ruolo positivo e protettivo di un approccio centrato sul paziente anche durante la pandemia: è emersa un'associazione negativa tra la capacità comunicativa dei medici e il burnout che, a sua volta, era negativamente correlato alla capacità dei medici di affrontare empaticamente le emozioni dei pazienti e di promuovere lo *share decision making* (Messerotti *et al.,* 2020) dimensione, tra le altre, considerata anche nella scala nostro oggetto di validazione. Tali risultatisono in linea con quelli di Barello *et al.* (2020) che hanno dimostrato come l'orientamento verso i bisogni psicosociali dei pazienti abbia svolto un ruolo protettivo nei confronti dell'esaurimento emotivo dei medici.È noto (Capone, 2011) che nelle organizzazioni ospedaliere i processi di comunicazione sono resi più difficili da alcune condizioni quali le ristrettezze di spazi e tempi (e a tal proposito considerare anche l'organizzazione come struttura è sembrato opportuno nella costruzione delle aree e relativi item della scalache proponiamo). Inoltre, il sanitario ospedaliero è inserito in un contesto plurale, ovvero gruppale e organizzativo: egli/ella ha le proprie responsabilità che con quelle di altri. Quando le situazioni si fanno problematiche anche la comunicazione lo diviene, con insorgere di conflitti tra colleghi e/o con l'utenza. Una comunicazione conflittuale può generare esiti di malessere compromettendo il benessere dei professionisti sanitari e dei pazienti con ricadute sul clima organizzativo e sulle relazioni nei gruppi di lavoro. La letteratura (Barello *et al.,* 2020; Capone, 2011; Petrillo e Capone, 2012; Maslach, 2001) ha evidenziato la potenziale esposizione a fenomeni di logoramento psico-fisico in tema di relazioni sanitarie che si riflette sull'operato professionale con ricadute sulle cure erogate: per prestare aiuto occorre avere aiuto. E proprio in relazioni alle "professioni dell'aiuto", ruolo primario delle professioni sanitarie, vi è maggiore esposizione a vissuti di *job burnout* (Borgogni e Consiglio, 2005). Le energie possono andare "esaurite" con manifestazioni psicologiche e comportamentali a discapito dell'efficacia del proprio lavoro. Tra i fattori responsabili di tale rischio psicosociale vi sono la relazione e la comunicazione con il paziente:un *gap* tra richieste organizzative e risorse per affrontarle; mancanza di supporto lavorativo e un utenza problematica sono tra le principali cause dell'esaurimento emotivo del professionista sanitario (Capone, 2011). Il sanitario che si trovi in tale condizione potrebbe adoperare uno stile comunicativo autoritario, non

coinvolgere efficacemente il paziente, avere uno stile relazionale prescrittivo. In tal senso, percezioni comunicative efficaci svolgono un ruolo protettivo nei confronti di tali fenomeni. Le percezioni di autoefficacia comunicativa in ambito sanitario hanno mostrato una forte influenza sui comportamenti deglioperatori sanitari nei confronti dell'esaurimento emotivo e tener conto del ruolo che la comunicazione assume per outcome di benessere negli operatori significa considerarla in un'ottica anche collettiva. Inoltre,torna il ruolo del senso di appartenenza organizzativo in ambito ospedaliero emerso come protettivo nei confronti dei vissuti di burnout (Capone, 2016): sentirsi parte di un gruppo e di una organizzazione aumentai comportamenti orientati alla comunità. In relazione a quest'ultimo elemento, si è scelto di valutare se vi fosse la presenza di valori professionali nei orientati a comportamenti positivi e rivolti alla comunità che andassero oltre il prestigio e la remunerazione rifacendosi ad una matrice anche economica (Rogers *et al.*, 2011) . Infine, i valori lavorativi (Maslach e Leiter, 2001) possono contezza della coerenza tra i valori lavorativi e organizzativi percepita dai professionisti sanitari in relazione al proprio luogo di lavoro, quale parametro essenziale della vita lavorativa e per la costruzione della cultura organizzativa di cui gli stessi sono parte.

6.3 Caratteristiche dei partecipanti

Sono stati considerati 480[16] medici ospedalieri, equamente distribuiti per genere.

Genere *(N= 480)*	*%*
Uomini	46.3
Donne	53.8

con un'età compresa tra i 18 e i 74 anni

Età *(N= 480)*	*Min*	*Max*	*M*	*DS*
	18	74	48.8	13

[16] Dei 528 rispondenti raggiunti mediante una somministrazione *ex-novo* (rispetto a quella implementata per l'Analisi Fattoriale Esplorativa) le compilazioni corrette della survey sono risultate essere 480.

la maggior parte dei soggetti contattati è impiegata in una struttura sanitaria di grande dimensione

Dimensione Azienda *(N=480)*	***%***
Piccola dimensione	3.5
Media dimensione	21.5
Grande dimensione	**75**

L'anzianità di carriera, dunque gli anni di svolgimento della professione medica, è mediamente pari a 22.2 anni, *DS*= 11 (Min = 0; Max = 48); l'anzianità di servizio presso la struttura in cui erano impiegati al momento della rilevazione erano eramediamente pari a 16.7 anni, *DS*= 8.6 (Min= 1; Max= 39); mentre l'anzianità di servizio presso il reparto in cui erano impiegati al momento della rilevazione erano eramediamente pari a 13 anni, *DS*= 7.6 (Min= 1; Max= 39). Le ore di lavoro che settimanalmente i medici trascorrono in reparto erano mediamente pari a 44.8, *DS*= 7.3 (Min=7; Max= 70). La quasi totalità svolgeva anche attività di ricerca (95%) e aveva contatti con i caregiver dei propri assistiti (96.7%). Infine, i medici erano per lo più campani.

Distribuzione regionale dei partecipanti allo studio

Regione	
Campania	**199**
Liguria	32
Emilia-Romagna	29
Lazio	29
Lombardia	22
Piemonte	22
Puglia	21
Veneto	20
Toscana	19
Abruzzo	18
Friuli-Venezia Giulia	16

Umbria	13
Basilicata	12
Marche	11
Calabria	10
Molise	3
Sardegna	1
Sicilia	1
Trentino Alto-Adige	1
Valle d'Aosta	1
TOTALE	**480**

6.4 Risultati della nuova analisi fattoriale esplorativa

A seguito di una nuova Analisi Fattoriale Esplorativa (per le procedure *cfr.* par. 5.4.1) è riportato il processodi riduzione degli item[17], sulla base dei punteggi di saturazione, in ordine di eliminazione.

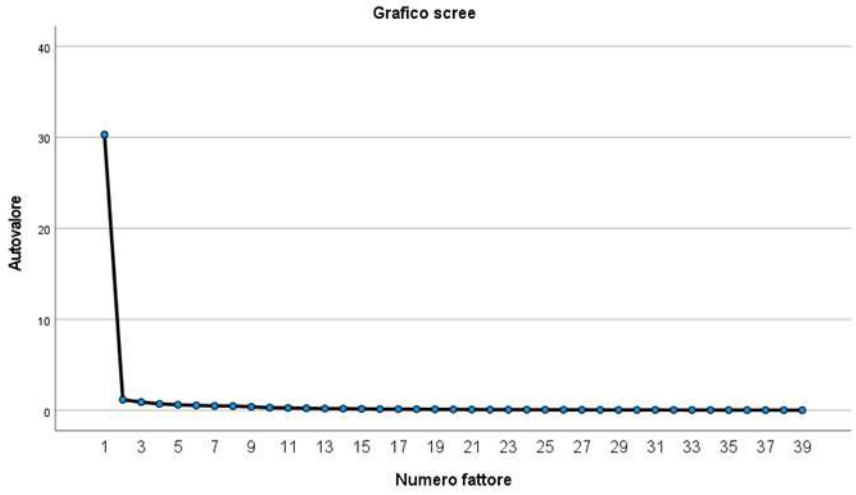
[17] Ciascun item contiene la frase "Per me è importante", al suo inizio, cfr. APPENDICE A.

Item			Item tot.	se item elim.
27. comunicare con il/la paziente anche tramite l'utilizzo delle nuove tecnologie (ad esempio: video-consulti e messaggistica istantanea come WhatsApp)	0.44	0.40	.81	.99
30. che il/la paziente partecipi alle decisioni da prendere rispetto alle differenti proposte Terapeutiche	0.44	0.47	.88	.99
32. che le scelte relative alla gestione della salute siano in linea con i valori del/della Paziente	0.40	0.48	.85	.99
29. facilitare il percorso di cura del/della paziente nel passaggio tra i servizi ospedalieri e i servizi Territoriali	0.43	0.47	.87	.99
28. prendermi cura del/della paziente oltre gli aspetti prettamente clinici (es. Consigli per migliorare la qualità della sua vita)	0.42	0.45	.84	.99
35. che nella struttura sanitaria in cui lavoro siano presenti	0.34	0.56	.86	.99

ambulatori delle principali specializzazioni mediche				
52. che il/la paziente sia soddisfatto/a del mio approccio nei suoi confronti	0.41	0.49	.86	.99
36. che la struttura sanitaria nella quale lavoro sia in relazione con altri presìdi sanitari territoriali (ad esempio i SerD, i consultori)	0.45	0.46	.88	.99
33. che la struttura sanitaria nella quale lavoro sia facilmente raggiungibile per me e per i esempio: parcheggi riservati ai dipendenti, strade percorribili)	0.44	0.46	.87	.99
34. che la struttura sanitaria sia facilmente raggiungibile per i pazienti che ne hanno la necessità (ad esempio: parcheggi riservati all'utenza, strade percorribili)	0.44	0.48	.88	.99
37. che la struttura sanitaria nella quale lavoro abbia degli spazi di attesa adeguati per gli utenti	0.43	0.49	.89	.99
38.essere a conoscenza dei criteri con cui sono distribuite le risorse nella struttura sanitaria in cui lavoro	0.35	0.57	.85	.99
39. partecipare alle discussioni in cui si prendono decisioni da adottare nel reparto in cui lavoro	0.35	0.58	.89	.99

Alla fine del processo ritroviamo 39 item con saturazione maggiore di .30, che si posizionano su due fattori.Gli item finali sono stati nuovamente analizzati attraverso un'analisi fattoriale esplorativa con le stesse procedure adottate precedentemente.

L'analisi dello Scree-plot per la scelta del numero di fattori (*cfr.* Grafico Scree)



ha evidenziato 2 autovalori maggiori di uno inerire entrambi (I Fattore = 77.7; II Fattore= 3.3; Punteggio dicorrelazione =. 835).

10. costruire relazioni di fiducia con i miei colleghi	**.91**	-.02
9. far sentire al/alla paziente che può fidarsi di me	**.90**	.01
8. mettere il/la paziente a proprio agio durante il colloquio	**.90**	.01
12. che l'equipe di lavoro coordini i propri sforzi per raggiungere obiettivi comuni	**.86**	.04
11. che tra colleghi vi sia uno scambio di opinioni professionali	**.82**	.07
6. far comprendere al/alla paziente che la gestione della sua salute è una questione di collaborazione tra me e lui/lei	**.81**	.08
7. comunicare al/alla paziente rispetto nei suoi confronti	**.80**	.11
13. che vi siano riunioni di équipe per discutere sulle problematiche legate all'organizzazione del lavoro	**.78**	.13
14. dare e ricevere feedback nel lavoro con i miei colleghi	**.76**	.16
24. ricevere un feedback dal/dalla paziente per sapere se mi sono espresso/a in maniera chiara nel corso della visita	**.74**	.17
25. ascoltare le preoccupazioni specifiche del/della paziente e affrontarle con lui/lei	**.72**	.19
5. avere un atteggiamento rispettoso nei confronti dei miei Colleghi	**.72**	.18

23. che il/la paziente riesca a gestire una conversazione su aspetti che riguardano la sua salute	**.71**	.18
22. che il/la paziente sia al centro del percorso di cura	**.70**	.22
15. che i superiori diano dei feedback a me e ai colleghi sul nostro operato	**.70**	.21
26. incoraggiare il/la paziente ad esprimere le sue opinioni, dubbi e perplessità	**.69**	.23
17. che i compiti da svolgere in relazione al mio ruolo siano Chiari	**.67**	.26
3. acquisire competenze non solo tecniche ma anche relazionali, (tecniche di ascolto attivo del paziente, comunicazione empatica)	**.66**	.25
4. avere un atteggiamento collaborativo nei confronti dei miei colleghi	**.66**	.24
19. che i ruoli all'interno del reparto in cui lavoro siano chiari a me e a ciascun membro/collega dell'équipe	**.65**	.28
18. che la mia l'organizzazione sanitaria chiarisca quali siano le responsabilità connesse al mio lavoro	**.65**	.29
21. che il/la paziente condivida con me le informazioni circa ilsuo stato di salute e il suo stile di vita (ad esempio: lavoro, abitudini)	**.65**	.27
31. tenere conto delle esigenze del/della paziente nelle scelte di cura	**.62**	.29
2. dedicare parte del mio tempo lavorativo alla formazione e alla acquisizione di nuove conoscenze cliniche	**.62**	.30
20. laddove possibile, avere autonomia sulle scelte cliniche relative ai miei/ alle mie pazienti	**.61**	.31
1. tenermi aggiornato/a sui progressi nel mio campo lavorativo (nuove scoperte, tecniche e sperimentazioni)	**.61**	.30
16. essere sempre aggiornato/a sul quadro clinico dei miei pazienti anche quando non li ho direttamente in carico	**.60**	.29
47. condividere le preoccupazioni lavorative con i miei superiori	.00	**.93**

46. poter condividere le preoccupazioni lavorative con i miei colleghi	.03	**.90**
48. ricevere sostegno emotivo dai miei colleghi	.03	**.90**
49. ricevere sostegno emotivo dai miei superiori	.07	**.84**
45. che l'organizzazione in cui lavoro implementi un'adeguata comunicazione sui rischi connessi al mio lavoro	.10	**.83**
44. che l'organizzazione in cui lavoro disponga di fondi per la ricerca scientifica	.11	**.82**
43. che l'organizzazione in cui lavoro mi offra opportunità di formazione e aggiornamento professionale	.21	**.74**
50. che il/la paziente sia soddisfatto/a del nostro incontro	.28	**.65**
51. che il/la paziente alla fine di una visita senta di aver raggiunto l'obiettivo per il quale si era recato/a da me	.29	**.64**
41. che l'organizzazione in cui lavoro si interessi sia ai successi di carriera che alle problematiche dei dipendenti	.29	**.63**
42. che l'organizzazione in cui lavoro tenga in conto la conciliazione lavoro famiglia dei suoi dipendenti	.31	**.63**
40. conoscere i regolamenti rispetto agli avanzamenti di carriera della struttura sanitaria in cui lavoro	.32	**.58**

Saturazioni dei due fattori componenti la scala

Le saturazioni degli item hanno punteggi che vanno da .91 a .60. La coerenza interna è risultataottima, in quanto l'Alpha di Cronbach della scala è pari a .99, con il I Fattore Alpha . 99 e il II Fattore con Alpha .98. Inoltre, tenendo conto anche dei risultati delle correlazioni item/totale e dei valori dell'Alpha, non è stato necessario eliminare ulteriori item.

	ITEM	*M*	*DS*
1	tenermi aggiornato/a sui progressi nel mio campo lavorativo (nuove scoperte, tecniche e sperimentazioni)	4.69	1.91
2	dedicare parte del mio tempo lavorativo alla formazione e alla	4.81	1.65

	acquisizione di nuove conoscenze cliniche		
3	acquisire competenze non solo tecniche ma anche relazionali, (tecniche di ascolto attivo del paziente, comunicazione empatica)	4.97	1.58
4	avere un atteggiamento collaborativo nei confronti dei miei colleghi	4.98	1.68
5	avere un atteggiamento rispettoso nei confronti dei miei colleghi	4.98	1.72
6	far comprendere al/alla paziente che la gestione della sua salute è una questione di collaborazione tra me e lui/lei	4.99	1.74
7	comunicare al/alla paziente rispetto nei suoi confronti	5.01	1.69
8	.mettere il/la paziente a proprio agio durante il colloquio	4.96	1.72
9	far sentire al/alla paziente che può fidarsi di me	4.97	1.71
10	costruire relazioni di fiducia con i miei colleghi	5.01	1.73
11	che tra colleghi vi sia uno scambio di opinioni professionali	4.99	1.74
12	che l'equipe di lavoro coordini i propri sforzi per raggiungere obiettivi comuni	4.94	1.77
13	.che vi siano riunioni di équipe per discutere sulle problematiche legate all'organizzazione del lavoro	4.98	1.73
14	.dare e ricevere feedback nel lavoro con i miei colleghi	5.01	1.70
15	.che i superiori diano dei feedback a me e ai colleghi sul nostro operato	4,98	1,645
16	essere sempre aggiornato/a sul	5	1.72

	quadro clinico dei miei pazienti anche quando non li ho direttamente in carico		
17	che i compiti da svolgere in relazione al mio ruolo siano chiari	4.98	1.73
18	che la mia l'organizzazione sanitaria chiarisca quali siano le responsabilità connesse al mio lavoro	5	1.74
19	che i ruoli all'interno del reparto in cui lavoro siano chiari a me e a ciascun membro/collega dell'équipe	4.97	1.71
20	laddove possibile, avere autonomia sulle scelte cliniche relative ai miei/ alle mie pazienti	4.95	1.70
21	che il/la paziente condivida con me le informazioni circa il suo stato di salute e il suo stile di vita (ad esempio: lavoro, abitudini)	5.05	1.70
22	che il/la paziente sia al centro del percorso di cura	5.01	1.68
23	che il/la paziente riesca a gestire una conversazione su aspetti che riguardano la sua salute	5.04	1.65
24	ricevere un feedback dal/dalla paziente per sapere se mi sono espresso/a in maniera chiara nel corso della visita	5.08	1.68
25	ascoltare le preoccupazioni specifiche del/della paziente e affrontarle con lui/lei	5.05	1.67
26	incoraggiare il/la paziente ad esprimere le sue opinioni, dubbi e perplessità	4.97	1.70
27	tenere conto delle esigenze del/della paziente nelle scelte di cura	4.90	1.70
28	conoscere i regolamenti rispetto agli	4.97	1.66

	avanzamenti di carriera della struttura sanitaria in cui lavoro		
29	che l'organizzazione in cui lavoro si interessi sia ai successi di carriera che alle problematiche dei dipendenti	5.05	1.67
30	che l'organizzazione in cui lavoro tenga in conto la conciliazione lavoro famiglia dei suoi dipendenti	5.10	1.64
31	che l'organizzazione in cui lavoro mi offra opportunità di formazione e aggiornamento professionale	5.04	1.61
32	che l'organizzazione in cui lavoro disponga di fondi per la ricerca scientifica	5.02	1.58
33	che l'organizzazione in cui lavoro implementi un'adeguata comunicazione sui rischi connessi al mio lavoro	5.05	1.59
34	poter condividere le preoccupazioni lavorative con i miei colleghi	5.03	1.61
35	condividere le preoccupazioni lavorative con i miei superiori	4.98	1.63
36	ricevere sostegno emotivo dai miei colleghi	4.97	1.68
37	ricevere sostegno emotivo dai miei colleghi	5.04	1.68
38	che il/la paziente sia soddisfatto/a del nostro incontro	5.02	1.71
39	che il/la paziente alla fine di una visita senta di aver raggiunto l'obiettivo per il quale si era recato/a da me	5.03	1.68

Medie e Deviazioni standard della scala a 39 item (N= 480 (Minimo Statistica= 1; Massimo Statistica= 7)

6.5 Analisi fattoriale confermativa: metodo e risultati

Al fine di valutare la tenuta confermativa dello strumento è stata condotta un'Analisi Fattoriale Confermativa mediante l'utilizzo del Software statistico per le analisi dei dati *R* (R Project for Statistical Computing, versione 4.1.3).

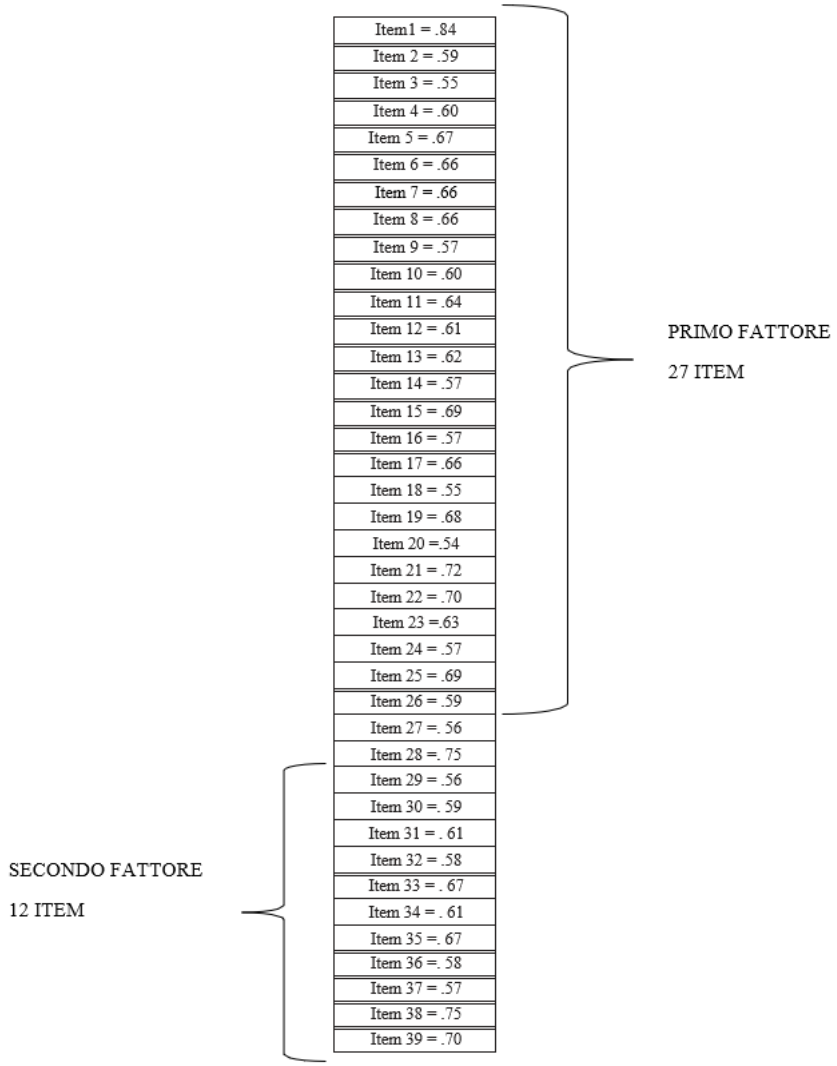
6.5.1 Metodo

Per valutare la soluzione finale della scala sono stati presi in considerazione differenti indici di bontà (Barbaranelli, 2007): il Chi-quadrato χ^2; l'errore quadratico medio (RMSEA) quale deviazione standard dei valori residui e loro diffusione (Steiger, 1990), tale indice rappresenta una stima della bontà dell'adattamento del modello nella popolazione. I due indici rispondono alle seguenti esigenze (Barbaranelli, 2007): il Chi-quadrato postula che nella realtà esista un modello perfettamente sovrapponibile ai dati raccolti, che vi sia una "fotografia" nel mondo reale di quanto è stato rilevato. Data tale ipotesi come irrealistica, interviene l'RMSEA a valutare la quantità dell'errore commesso nell'approssimare la realtà con il modello ottenuto. Quando l'errore è contenuto l'approssimazione sarà sufficiente a spiegate un dato aderente la realtà (Barbaranelli, 2006). L'indice RMSEA dunque fornisce una stima dell'errore di approssimazione che si avrà quando la matrice delle correlazioni osservate è riprodotta mediante la matrice ricavata dalle saturazioni di un determinato modello fattoriale (Barbaranelli, 2006). Valori inferiori a .05, errore di approssimazione minimo; valori compresi tra .05 e .08, errore di approssimazione accettabile; valori superiori a .08, la tenuta del modello fattoriale non è accettabile e l'RMSEA non può essere considerato una approssimazione del Chi-quadrato. Sono stati valutati anche il Comparative Fit Index (CFI; Bentler, 1990) e l'indice di Tucker- Lewis (TLI; Tucker e Lewis,1973; Barbaranelli, 2006). Quest'ultimo valuta l'adeguatezza del modello confrontando quale è il miglioramento che esso fornisce nello spiegare i dati osservati (confronto con modello "nullo"). Un coefficiente vicino a 1 (e comunque superiore a .9) indica un buon adattamento del modello ai dati empirici. Poiché la sua grandezza può risultare anche superiore a 1, l'indice TLI viene chiamato anche "indice non normalizzato di adattamento". Per stimare il chi quadrato del modello nulla si può utilizzare il Chi-quadrato ottenuto dal test di sfericità di Bartlett con gradi di libertà pari a n(n-1)/2, dove n= numero dello variabili osservate (Barbaranelli, 2006) Rispetto all'indice TLI, il CFI stima la bontà

dell'adattamento nella popolazione e non su un campione specifico di essa. Un coefficiente vicino a 1 (e comunque superiore a .9) indica un buon adattamento ai dati empirici. L'indice CFI e l'indice TLI condividono il vantaggio di riflettere un grado di adeguatezza relativamente sufficiente al di là della grandezza del campione considerato (Barbaranelli, 2007).

6.5.2 Risultati

L'adeguatezza del modello bi-fattoriale è soddisfacente. Nel modello considerato il χ^2 è pari a 186.116 (95),$p < 0.0001$; il *CFI* è pari a .97 e il *TLI* a .96, l'*RMSEA* = .05 e l'*SRMR* = .030. La struttura bi-dimensionaleè stata mantenuta e nessun item è stato eliminato, pertanto la Scala del Valore Percepito in Sanità si confermacomposta da 39 item e due dimensioni: Individuale (27 item; alpha = .98) e Organizzativa (12 item; Alpha= .95).



Analisi Fattoriale Confermativa. Coefficienti standardizzati della Scala del Valore Percepito in Sanità

6.6. Valore percepito in sanità e differenze di genere

Dall'analisi della varianza (ANOVA ad una via) è emersa una differenza significativa tra il gruppo medici uomo e il gruppo medici donna. Nella scala complessiva, infatti, vi è una differenza significativa tra i due gruppi con una media più alta per il gruppo medici donne.

SCALA DEL VALORE PERCEPITO IN SANITA'

N M DS 95% di intervallo di confidenza per la media

				Errore std.	Limite inferiore	Limite superiore
Maschi	222	4.82	1.46	.098	4.62	5.01
Femmine	258	**5.13**	1.50	.094	4.95	5.31
Totale	480	4.98	1.49	.068	4.85	5.12

Descrittive per ANOVA (Minino 1; Massimo 7)

	Somma dei quadrati	Df	Media quadratica	F	Sig.
Tra gruppi	**11.633**	1	11.633	**5.282**	.022
Entro i gruppi	1052.783	478	2.202		
Totale	1064.416	479			

ANOVA, Varianza between e within

Tale dato aumenta a favore del gruppo femmine se consideriamo il primo fattore della scala, confrontandolo anche con il secondo fattore della scala

FATTORE 1

				95% di intervallo di confidenza per la media		
	N	M	DS	Errore std.	Limite inferiore	Limite superiore
Maschi	222	4.7	1.49	.10059	4.6006	4.9970
Femmine	258	**5.12**	1.52	.09505	4.9337	5.3081
Totale	480	4.97	1.52	.06942	4.8355	5.1083

Descrittive per ANOVA Primo fattore della scala (Minino 1; Massimo 7)

FATTORE 1

	Somma dei quadrati	Df	Media quadratica	F	Sig.
Tra gruppi	**12.378**	1	12.378	**5.401**	.021
Entro i gruppi	1095.537	478	2.292		
Totale	1107.915	479			

ANOVA, Var between e within Primo fattore della scala

FATTORE 2

				95% di intervallo di confidenza per la media		
	N	M	DS	Errore std.	Limite inferiore	Limite superiore
Maschi	222	4.85	1.46	.09836	4.6646	5.0523
Femmine	258	**5.14**	1.5	.09557	4.9604	5.3368
Totale	480	5.01	1.50	.06886	4.8791	5.1497

Descrittive per ANOVA Secondo fattore della scala (Minino 1; Massimo 7)

FATTORE 2

	Somma dei quadrati	Df	Media quadratica	F	Sig.
Tra gruppi	**10.042**	1	10.042	**4.443**	.036
Entro i gruppi	1080.296	478	2.260		
Totale	1090.338	479			

ANOVA, Var between e within Secondo fattore della scala

I risultati sono in linea con la letteratura che sostiene come il genere può influenzare la percezione relativamente a valori quali la crescita professionale e la formazione come risorsa (Bellou, 2010). Inoltre, il genere può influenzare valori organizzativi che a loro volta influiscono sulla soddisfazione lavorativa specie quando vi è discrepanza tra i valori di cui si è portatori e quelli praticati dall'organizzazione (Jovic *et al.*, 2006). Le organizzazioni dunque, chi progetta i percorsi di formazione e supporto ai dipendenti, dovrebbero sempre tener conto dei risultati che mettono in luce come una medesima sfida, un medesimo obiettivo, l'autonomia lavorativa, la gestione delle difficoltà differiscono in base al genere e che una singola cultura organizzativa non può bastare per far sì che gli attori che la co-costruiscono ci si rispecchino e se ne sentano parte. Anche per questo, oggi parliamo di culture al plurale (*cfr.* cap. 1), ovvero organizzazioni capaci di valorizzare le differenze presenti come ricchezza e non come fattore ostacolante, con ricadute positive anche per il funzionamento dell'organizzazione stessa. Ciò è ancor più vero se si parla di valori percepiti, il mediano visibile che consente di rilevare di cosa la cultura e dunque l'organizzazione sono composte. Prendiamo l'esempio della conciliazione tra i tempi di vita e lavoro, un tema classicamente dibattuto e ancor di più dall'avvento della pandemia e che pende spesso a sfavore delle donne (Istat, 2020).

Analizzando un l'item della scala, *Per me è importante che l'organizzazione in cui lavoro tenga in conto la conciliazione lavoro famiglia dei suoi dipendenti*, (dimensione organizzativa) emerge come ciò sia un valore più per i medici donna (*M*= 5.26; *DS*= 1.6) che per gli uomini (*M*= 4.92; *DS*= 1.6), *F* (4.89). Infatti, sono 189 i medici donne che si esprimono da "completamente d'accordo" a "d'accordo" sulla conciliazione a fronte di 153 medici uomini. Se ci spostiamo su "completamente d'accordo" troviamo 39 medici uomini a fronte di 65 donne. Per i medici donna, la conciliazione promossa dall'organizzazione risulta un importante valore.

6.7 Validità Convergente e Divergente

Per la verifica della validità concorrente e discriminante sono state effettuate analisi delle correlazioni bivariate tra la Scala del Valore Percepito in Sanità e i seguenti strumenti di misura:

La scala sull'autoefficacia comunicativa dei medici short-form (Capone, 2015; Capone *et al.*, 2020). Lo strumento è volto a rilevare la percezione, nei medici, della propria abilità a gestire con successo situazioni problematiche in relazione alla comunicazione con il paziente. Esso consta di 8 item valutati su cala Likert in 5 punti da 1 (per niente capace) a 5 (del tutto capace). Un esempio di item "quanto si sente capace di chiedere al paziente quali sono i suoi timori rispetto alla patologia di cui soffre?"

La scala di Autoefficacia percepita nella comunicazione infermieristica[18] (Capone e Petrillo, 2011). Lo strumento è rivolto a rilevare la percezione, negli infermieri, di alcune abilità comunicativo-relazionali, quali l'ascolto attivo, la comprensione e l'incoraggiamento del paziente, oltre che la gestione del proprio non verbale e il controllo delle proprie emozioni. Tale capacità nell'insieme esprimono una funziona professionale supportiva durante un colloquio con il paziente. Esso consta di 10 item valutati su una scala Likert in 5 punti da 1 (per niente capace) a 5 (del tutto capace). Un esempio di item "Quanto si sente capace di sollecitare il paziente incoraggiandolo ad esporre dubbi e perplessità sulla malattia?"

[18] La misura non è stata presa in considerazione nelle analisi a causa dell'esiguo numero di infermieri raggiunti dalla rilevazione, N= 44.

La Health Profession Communication Collective Efficacy scale (Capone e Petrillo, 2012). Lo strumento è volto a rilevare le convinzioni degli operatori sanitari, considerati come parte integrante della struttura ospedaliera, relative alla capacità di gestire con successo come gruppo, di concerto con le altre componenti, le situazioni problematiche riferite alla comunicazione interna, esterna e con i pazienti (Capone e Petrillo, 2012, p. 907). Esso consta di 16 item valutati su una scala Likert in 5 punti da 1 (per niente capace) a 5 (del tutto capace). Un esempio di item "La mia azienda sanitaria in cui lavoro è capace di garantire una comunicazione adeguata tra gli operatori sanitari e l'amministrazione".

La Physician Values in Practice Scale short-form (5 item della dimensione *Service*; Rogers *et al.,* 2011). Dello strumento composto da 38 item, è stata somministrata la sottoscala della dimensione *Service* intesa non come servizio in quanto struttura fisica e organizzativa ma come propensione valoriale dei professionisti sanitari nell'essere al servizio degli altri, "desiderio di prendersi cura degli altri per gli altri, indipendentemente da guadagni finanziari o altre ricompense" (Rogers *et al.,* 2011, p. 5). Essa è composta di 5 item valutati su una scala Likert in 5 punti da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo). Un esempio di item "Per me è importante essere al servizio della comunità locale".

L'Organizational Check-Up System (Item Per: *Esaurimento Emotivo*; Leiter e Maslach, 2000; adattamento italiano di Borgogni *et al.,* 2005). Lo strumento è volto a rilevare la dimensione dell'esaurimento emotivo quale dimensione del Job Burnout (Leither e Maslach, 2000) nell'ottica di prevenire il burnout e promuovere l'engagement lavorativo dal punto di vista organizzativo. La scala è composta da 5 item valutati su una scala Likert in 7 punti da 0 (Mai) a 6 (Quotidianamente). Un esempio di item "Mi sento emotivamente logorato/a dal mio lavoro".

L'Organizational Check-Up System (Item Per: *Valori;* Leiter e Maslach, 2000; adattamento Italiano di Borgogni *et al.,* 2005). Delle sei aree della vita lavorativa contemplate dall'Organizational Check-Up System volte a restituire una dimensione organizzativa di aspetti lavorativi, è stata somministrata la sottoscala relativa ai *Valori* quali parte integrante della cultura organizzativa. Essa consta di 5 item valutati su una scala Likert in 5 punti da 1 (molto in disaccordo) a 5 (molto d'accordo). Un esempio di item "I miei valori e quelli dell'organizzazione per cui lavoro sono simili".

La scala dell' appartenenza organizzativa (Capone et al., 2013). Lo strumento volto a rilevare il senso di appartenenza presso la propria organizzazione sanitaria consta di 3 item valutati su una scala Likert in 4 punti da 1 (fortemente in disaccordo) a 4 (fortemente d'accordo). Un esempio di item "Quando sono in viaggio sono orgoglioso di dire agli altri dove lavoro".

La coerenza interna delle scale è stata verificata attraverso il calcolo dell'*Alpha di Cronbach.* In accordo con Vaske *et al.* (2017), valori *alfa* compresi tra .65 e .80 sono considerati "adeguati" per le scale adottate nella ricerca volta alle dimensioni umane. Per i punteggi delle scale presenti nel questionario, è stata considerata la media dei punteggi degli item per tutti gli strumenti. La correlazione *r* di Pearson è stata eseguita per valutare l'associazione tra variabili. Le analisi statistiche sono state condotte con l'ausilio del software IBM SPSS 28.0. Di seguito saranno presentate le caratteristiche psicologiche dei partecipanti allo studio e le correlazioni tra variabili.

I partecipanti allo studio presentano buoni livelli di autoefficacia comunicativa legata alla propria professione medica, così come i livelli di efficacia collettiva specifica della comunicazione sanitaria. Ciò significa che sentono di avere le capacità di mettere in atto comportamenti adatti a raggiungere efficacemente gli obiettivi di salute prefissati e che percepiscono di avere abilità a gestire con successo situazioni problematiche in relazione alla comunicazione con il paziente.

Buoni anche i livelli relativi alle convinzioni dei medici, quali parte integrante della struttura ospedaliera, di avere le capacità di gestirsi con successo come gruppo, di concerto con le altre componenti, le situazioni problematiche riferite alla comunicazione interna, esterna e con i pazienti.

Relativamente ai valori di cui i medici sono portatori, emerge come essi abbiano una propensione ai comportamenti che fanno di una struttura "fisica" un servizio di cura: impegnarsi nel volontariato anche fuori dall'orario di lavoro; essere al servizio del territorio in cui operano; partecipare a momenti di confronto che hanno come oggetto la salute pubblica. Dunque essere al servizio degli altri indipendentemente da guadagni finanziari o altre ricompense. Ciò è in linea con la coerenza che i medici hanno esperito tra i valori di cui sono portatori e quelli che riscontrano nell'organizzazione di cui fanno parte, rilevata dall'area dei valori lavorativi dell'OCS che mostra come vi sia un allineamento tra gli obiettivi personali di carriera e quelli perseguiti dall'organizzazione

sanitaria che, influenzandosi vicendevolmente, possono condurre ad outcome di valore positivi. Buoni anche i livelli di appartenenza organizzativa, riconosciuta in letteratura come un predittore del benessere psicosociale degli operatori sanitari insieme alle percezioni di efficacia comunicativa. Infine, bassi i livelli di esaurimento emotivo a sostegno che alte percezioni di autoefficacia comunicativa, senso di appartenenza, aderenza tra i valori dichiarati e praticati dall'organizzazione e adeguate percezioni di efficacia collettiva in sanità fungono da fattori di protezione verso possibili esiti di malessere lavorativo.

Con specifico riferimento alla Scala del Valore Percepito in Sanità emerge che per i medici è importante, dunque un valore, la formazione in ambito lavorativo: parte del loro tempo lavorativo nella loro opinione va dedicato alla formazione e, quest'ultima, non solo tecnica ma anche relazionale (ad esempio, ascolto attivo del paziente). Un importanza conferita alla relazione che emerge anche nei confronti dei propri colleghi: i medici hanno considerato valore essere collaborativi, mostrarsi rispettosi potersi confrontare e confidare con i colleghi. Altresì, nei confronti dei pazienti percepire che essi provano fiducia e sono a loro agio è emerso come valore. Rapporti di fiducia necessari anche con i colleghi, mediante lo scambio di opinioni professionali, riunirsi in équipe, percepire la libertà di dare *feedback* e riceverne anche dai propri superiori e dai pazienti: il supporto e il *Team Building* come valori. Elementi di un processo di co-costruzione che, però, non mancano di porre l'accento su aspetti maggiormente individuali. I medici hanno percepito valore la chiarezza di ruoli, compiti, obiettivi, la trasparenza delle procedure, un quadro clinico chiaro dei pazienti presi in carico, la definizione delle responsabilità connesse al lavoro: in relazione a sé e desiderandolo anche dall'organizzazione "orientarsi" mediante la chiarezza è emersa come una forte componente del valore psicosociale in sanità. Anche l'autonomia lavorativa è emersa come componente del valore in relazione alle scelte cliniche e di gestione dei pazienti. Infine, il valore per i medici si è espresso in una organizzazione interessata ai propri dipendenti: conoscenza dei regolamenti, delle opportunità di carriera, tenere conto della conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro, adeguata formazione per i rischi lavoro-correlati e possibilità di avere fondi da investire nella ricerca. Dunque, una organizzazione presente e supportiva a più livelli percepito come valore e impiegato in attività che hanno valore.

	M	*DS*	*Range scala*	*Alpha di Cronbach*
Autoefficacia comunicativa medici	3.53	.76	1-5	.91
Efficacia collettiva comunicazione sanitaria	3.33	.96	1-5	.97
Valori professionali medici	3.42	.71	1-5	.90
OCS_Esaurimento emotivo	2.69	.86	0-6	.86
OCS_Valori lavorativi	3.46	.89	1-5	.87
Appartenenza organizzativa	2.85	.61	1-4	.81

Statistiche descrittive (N= 480)

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. Autoefficacia comunicativa medici	1					
2. Efficacia collettiva comunicazione sanitaria	.756**	1				
3. Valori professionali medici	.797**	.752**	1			
4. OCS Valori lavorativi	.798**	.866**	.834**	1		
5. Appartenenza organizzativa	.679**	.747**	.715**	.765**	1	
6. OCS Esaurimento emotivo	-.171**	-.116**	-.119**	-.140**	-.82	1

Correlazioni tra le misure considerate per il valore psicosociale in sanità

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1. Autoefficacia comunicativa medici	**1**						
2. Efficacia collettiva comunicazione sanitaria	.756**	1					
3. Valori professionali medici	.797**	.752**	1				
4. OCS Valori lavorativi	.798**	.866**	.834**	1			
5. Appartenenza organizzativa	.679**	.747**	715**	.765**	1		
6. Valore percepito in sanità	-268**	.298**	.284**	.297**	.232**	1	

7. OCS Esaurimento emotivo	-.390**	-.341**	-.429**	-.373	-.328**	-.324	1

Correlazioni della Scala del Valore Percepito in Sanità con le altre misure considerate

Le variabili presentano associazioni positive e significative, per quel che riguarda l'autoefficacia comunicativa e l'efficacia collettiva dei medici e l'appartenenza organizzativa, con particolare riferimento alla capacità di gestire efficacemente i problemi legati alla relazione con i pazienti. Inoltre, le misure relative ai valori lavorativi e organizzativi portano a ritenere che i partecipanti si sentano sostenuti da una cultura organizzativa capace di influenzare positivamente i loro obiettivi di carriera e la costruzione di pratiche lavorative coerenti con quanto essi considerano importante e, dunque, di valore. Ciò, unitamente all'efficacia esperita può condurre a prestazioni maggiormente efficaci con una ricaduta positiva sui lavoratori sanitari, sui pazienti e sugli esiti dell'organizzazione tutta. Relativamente la Scala del Valore Percepito in Sanità essa presente correlazioni positive e significative con le misure considerate, indice che la le soft skill comunicative, la capacità di lavorare in gruppo e risorse come l'autonomia lavorativa e il supporto mediante la formazione rivestono un ruolo importante nel vissuto professionale dei medici. Altresì, in linea con l'appartenenza organizzativa e l'efficacia collettiva mostrate è probabile che aspetti organizzativi quali il supporto emotivo e organizzativo da parte dei colleghi e della dirigenza unitamente agli esiti di soddisfazione che i medici auspicano di ottenere dalla relazione con i pazienti costituiscono una forte componente di valore a sostegno della cultura organizzativa che essi mirano a co-costruire, contrassegnata da un paziente messo al centro, coinvolto e da pratiche orientate alla partecipazione e alla chiarezza dei ruoli e degli obiettivi in un confronto costante tanto con gli assistiti quanto con il gruppo di lavoro. Infine, la correlazione negativa e significativa del Valore Percepito in Sanità con l'esaurimento emotivo evidenzia come la presenza di dimensioni legate al valore psicosociale dei medici possa fungere da risorsa nei confronti di possibili esiti di malessere. I risultati evidenziano associazioni positive e significative, tra la Scala del Valore Percepito in Sanità e le misure considerate e una associazione negativa e significativa di quest'ultima con la dimensione dell'esaurimento emotivo, attestandone rispettivamente la validità concorrente e divergente.

6.8 Conclusioni generali e limiti del lavoro

L'obiettivo del presente lavoro di dottorato è stato di costruire uno strumento di misura volto a rilevare il *Value* in una prospettiva psicosociale, a fronte di una framework organizzativo di matrice economica quale il Value- Based Healthcare, di testarne la sua struttura fattoriale, la sua validità convergente e divergente e le differenze di genere tra medici uomini e donne. La Scala del Valore Percepito in Sanità, presentata in tale lavoro, consta di 39 item e di due dimensioni: Individuale e Organizzativa.

La prima, comprende aspetti quali la formazione, le soft skill relazionali e legate alla costruzione del gruppo di lavoro, l'autonomia come risorsa lavorativa. Tali aspetti emergono come concorrenti alla percezione di valore per i medici ospedalieri. La seconda, vede un'ampia componente legata al supporto organizzativo: i medici ospedalieri hanno percepito valore quando supportati dai colleghi e dai superiori, nella percezione di avere spazi di confronto sia lavorativo che di vita e nella soddisfazione dei pazienti per le cure ricevute. I risultati dell'analisi fattoriale confermativa hanno dimostrato la bontà del modello fattoriale bidimensionale. I valori dell'alpha di Cronbach sono risultati piuttosto elevati, supportando pienamente la coerenza interna.

Occorre precisare che la scelta di presentare la scala mettendo insieme entrambi i fattori emersi è apparsa preferibile ai fini di tale lavoro. Tale studio s'intende come preliminare. L'obiettivo era pervenire alla formulazione di una scala di misura sul valore psicosociale in sanità e testarne le proprietà psicometriche principali per comprendere se tale direzione poteva essere approfondita e ulteriormente testata in futuro.

Benchè le due sotto-scale abbiano evidenziato dimensioni latenti chiaramente distinte tra loro (Individuale e Organizzativa) essere risultano fortemente correlate tra loro, a riprova che il costrutto di valore in sanità sia un aspetto che abbia necessariamente a che fare con la dimensione macro. Tuttavia, data la numerosità degli item del "Fattore individuale" rispetto a quello organizzativo saranno necessari ulteriori approfondimenti per individuare eventuali sub dimensioni specifiche e cogliere aspetti peculiari (cfr. *implicazioni pratiche*).

In studi futuri, la scala andrebbe nuovamente testata anche al fine di pervenire ad una versione più agile.

Un numero ridotto degli item, oltre a prendere meno tempo per la compilazione, consentirebbe di poter affiancare ulteriori e maggiori misure per continuare a testare lo strumento.

Le correlazioni positive rilevate tra la Scala del Valore Percepito in sanità e le scale utilizzate per la validità concorrente indicano l'esistenza di una certa interdipendenza tra i costrutti, in quanto caratterizzati in sensorelazionale e organizzativo; tuttavia, considerando i valori delle correlazioni, questi non sono tali da metterein discussione la loro relativa autonomia (Capone e Petrillo, 2012, p. 921). Anche in relazione alla validità discriminante i risultati possono considerarsi soddisfacenti, benché prevedibili tanto più in considerazione della misura utilizzata in questo studio, che è riferita alla sola dimensione dell' Esaurimento Emotivo del Burnout.

I risultati emersi mettono in evidenza le potenzialità applicative della scala in grado di fornire informazionipreziose per la messa in atto di interventi finalizzati a potenziare ciò che è importante nella pratica lavorativadei medici, al fine di considerare i nuclei di valore quali risorse positive. La scala ha mostrato buone proprietà psicometriche e una tenuta adeguata nonostante la numerosità degli item. Le due dimensioni, fortemente correlate tra loro, consentono di rilevare aspetti lavorativi legati al singolo (autonomia, capacità comunicative, costruzione del gruppo di lavoro), aspetti relazionali legati alla propria pratica professionale,comunicare ora con i pazienti ora con i colleghi nell'ottica di costruire valori condivisi e dunque co-costruirecultura, aspetti organizzativi non legati al funzionamento di una struttura sanitaria e ai suoi costi ma legati propriamente all'essere organizzazione, farne parte. Costruire pratiche quotidiane, cercare soluzioni ai problemi, confrontarsi sulle sfide, supportarsi e formarsi per rispondere alle domande "cosa è importante per me?" e "che tipo di organizzazione voglio contribuire a costruire?", usando come canale privilegiato i valori di cui si è portatori nella vita lavorativa.

Nel presente studio, in medici ospedalieri ritengono di saper comunicare efficacemente con il paziente e dipercepire una coerenza tra i propri valori e quelli dell'organizzazione di cui si sentono pienamente parte cosa che in studi futuri potrebbe essere valutata per comprendere se tali elementi si confermano predittori di buoni livelli di benessere psicosociale. Questo lavoro costituisce soltanto il primo

passo, necessario, per lavori futuri. Tra i propositi avvenire vi è quello di verificare ulteriormente la struttura e la tenuta fattoriale della scala, le sue proprietà psicometriche e proporla in contesti ospedalieri maggiormente definiti, che è stato proprio uno dei limiti. Infatti, uno studio rivolto ai professionisti della salute necessariamente è caratterizzato da molte difficoltà, alcune preventivabili altre meno. In primis, occorre sottolineare che standoalla struttura fattoriale della Scala, la prima dimensione ha presentato un autovalore molto elevato e ciò sembra orientato ad una dimensione maggiormente individuale del valore psicosociale in sanità. Tale aspetto dovrà essere necessariamente approfondito in studi futuri. Così come, in futuro, saranno testati modelli alternativi a quello proposto.

Il reclutamento dei partecipanti non è stato molto semplice. Le modalità con cui li abbiamo contattati sono state differenti: di persona chiedendo di compilare in link, socializzando via e-mail a mailing list compostead hoc; diffondendo sui canali social (gruppi Facebook specifici) e mediante liste broadcast di WhatsApp, contattando le persone per telefono, avvalendosi di figure chiave impiegate negli ospedali. Il campione nonsi è presentato esiguo, benché vi sia stata una caduta delle restituzioni. La modalità che ha condotto a miglioririsultati è stata la socializzazione diretta della survey assicurandosi in breve tempo che il rispondente l'avesse compilata. Ciò non è bastato, però, ad avere una qualità del dato ottimale. In primis, il questionarioè risultato troppo lungo: le persone potrebbero aver perso di attenzione. Considerando che abbiamo chiestoa medici, durante una pandemia, di dedicarci tempo e attenzione senza poter stringere con loro una relazione preliminare di conoscenza e fiducia.

Ulteriore limite risiede nella implementazione online, forzata, della survey. Questo progetto di dottorato è stato pensato in un momento in cui nessuno immaginava una emergenza pandemica come quella che poi si è verificata. Emblema di tale aspetto è stata la difficoltà nella somministrazione dello studio qualitativo ai pazienti, per cogliere il loro punto di vista rispetto alla relazionecon il medico al fine di tenere conto di tali percezioni nella costruzione di uno strumento rivolto ai professionisti. Un tentativo di arricchire le informazioni a nostra disposizione, laddove inizialmente parevapossibile provare a costruire uno strumento speculare per medici e pazienti.

Inoltre, alcune aree come il supporto organizzativo ed emotivo al professionista sanitario potrebbero aver risentito di un bias di desiderabilità sociale legato alla formulazione degli item, aspetto che sarà sicuramenteapprofondito nel tempo e con maggiore spazio.

Lo studio si proponeva di rendere conto della situazione italiana, quantomeno di pervenire a una differenzasu base regionale tra Nord e Sud ma, nonostante gli sforzi profusi nella somministrazione, quasi la metà delcampione risulta campano aspetto che non ha consentito di operare differenze tra le regioni. Altresì, il discorso vale per la possibilità di "mappare" una o più strutture sanitarie. Un proposito pre-pandemico che ha ceduto il passo allo *swonball sampling* per l'impossibilità di accedere a qualsiasi struttura sanitaria e perla difficoltà di relazionarsi con direttori sanitari o responsabili di strutture mediche. Infine, in relazione al genere l'invarianza della struttura di misurazione attraverso l'analisi di invarianza non ha mostrato indici di Fit adeguati, e ho ritenuto non presentarli in questo lavoro. Ciò è stato attribuito, tra le altre ragioni alla ridondanza delle analisi, effettuate sugli stessi partecipanti dello studio iniziale, oltre che alla loro numerosità: auspichiamo di ampliare il numero di medici in studi futuri così da poter svolgere analisi maggiormente adeguate.

Un'ultima necessaria riflessione riguarda l'aver dovuto "aggiustare" il target in corsa: inizialmente nutrivamo speranze di poter raggiungere, anche, un ampio numero di infermieri ospedalieri così da operare un confronto di questi ultimicon i medici. Così non è stato. E ciò ha influito anche sulla possibilità di categorizzare le specializzazioni sanitarie e i reparti di afferenza. Infatti, costruendo il questionario con dei filtri che potessero agevolare la compilazione alle differenti figure sanitarie gli unici indicatori professionali per i quali è stato possibile inserire la modalità di risposta "obbligatoria" sono stati i sociodemografici e quelli legati allostato di carriera. Per cui, la caduta del campione a queste risposte a domanda aperta è stata significativa. In linea con ciò, non è stata inserita la possibilità di scegliere in un *elenco a discesa* la "canonica" richiesta sulruolo medico inteso ad esempio tra "dirigente medico di primo o secondo livello", privandoci di un ulteriore dato.

Infine, decidere di utilizzare una modalità *self-report* è sembrata adatto allo scopo del presente lavoro benché nonpossiamo escludere che la desiderabilità sociale abbia giocato un ruolo significativo. Si è cercato di ridurreal minimo questo rischio, ad esempio evitando di fare esplicito riferimento alla natura "psicologica" di questo studio e costruendo una scala di accordo Likert in 7 punti per ampliare la variabilità dei punteggi medi. In ogni caso, non vi è modo di sapere nulla in merito data la partecipazione volontaria dei rispondenti,mossi solo dal loro grado di motivazione. Infine, lo studio non considera altre variabili di rilievo per approfondire il costrutto di valore percepito nella professione sanitaria: ma questo sarebbe stato possibile solo assemblando un questionario ancora più lungo e, dunque, correndo il serio rischio di vedere ulteriormente danneggiata la qualità dei dati.

6.9 Implicazioni pratiche

Lo strumento validato nel presente progetto di tesi può costituire una utile risorsa per le organizzazioni sanitarie che si muovono nell'ottica di una sanità basata sul valore non soltanto economico.

È emerso come l'esigenza di ottimizzare gli sprechi in sanità non passi soltanto dal contenimento della spesa economica, ma anche da un processo multidisciplinare che coinvolga tutti le parti interessate a far sì che una organizzazione sanitaria funzioni in maniera adeguata. All'interno dei contesti organizzativi di tipo sanitario questo prodotto potrebbe essere utilizzato in programmi di formazione, ad esempio per rilevare l'importanza che la dimensione del valore psicosociale riveste nella pratica dei medici, ma anche per cogliere come la medicina centrata sul paziente e l'engagement siano parte della cultura organizzativa delle aziende. Inoltre, potrebbe consentire di offrire interventi mirati, in base alle aree di valore percepite come più rilevanti a rafforzare specifici aspetti del valore psicosociale in sanità, anche a seconda dell'ambito specialistico di appartenenza.

Lo strumento è rilevante anche ai fini della progettazione e della misurazione di efficaci di interventi adeguati, non solo in presenza, ma anche on line. Un esempio è il possibile utilizzo dello stesso all'interno dei MOOC (Massive Open Online Course), quali corsi di formazione specifica erogati online. Esso, potrebbe contribuire a rafforzare i contenuti veicolati da MOOC orientati al Value-Based Healthcare arricchendoli della

componente psicosociale che poco o nulla viene stimolata nella formazione dei medici e consentirebbe all'organizzazione di identificare gli aspetti psicosociali del Value da rafforzare nei gruppi di lavoro che la compongono.

La Scala del Valore Percepito in Sanità si presta, poi, ad essere affiancato ad altre misure e costrutti ad esso correlati quali la comunicazione medico centrata sul paziente e/o i valori lavorativi che potrebbero rilevare in termini di carriera e di sviluppo organizzativo su quali aspetti l'organizzazione dovrebbe rafforzare il proprio supporto.

Riferimenti Bibliografici

Agyris Y. (1957). *Personality and Organizations*. New York: Harper & Brothers. Alvesson M. (2013). *Understanding Organizational Culture*. London: Sage.

Alvesson M. e Berg P.O. (1992). *L'organizzazione e i suoi simboli. Il contributo della prospettiva simbolica nell'analisi delle culture organizzative.* Milano: Raffaello Cortina.

Amato L., Baggio G., Bissoni G., Botti R., Carradori T., Cerbo B., Davoli M., DegrassiF., Guerra R., Leonardi G., Martini N., Moirano F., Petrucci C., Ricciardi W., Saitto C., Tanese A. (2016). Progetto Forward-VALORE/VALORI — 2 / 2016 [Forward Project- Value/Values] In: *Recenti Progressi in Medicina* 107 (4): 1-28.

Avallone F. e Farnese M.L. (2005). *Culture organizzative. Modelli e strumenti di intervento*. Milano: Guerini e Associati.

Barbaranelli, C. (2006). Analisi dei dati con SPSS. Le analisi di base (Vol. 1). LED Edizioni Universitarie

Barbaranelli, C. (2006). Analisi dei dati con SPSS II. Le analisi multivariate. LED Edizioni Universitarie

Barbaranelli, C. (2007). Analisi dei dati. Tecniche multivariate per la ricerca psicologica e sociale. LED Edizioni Universitarie; 2° edizione

Barello S, Caruso R, Palamenghi L, Nania T, Dellafiore F, Bonetti L, Silenzi A, Marotta C, Graffigna G. Factors associated with emotional exhaustion in healthcare professionals involved in the COVID-19

pandemic: an application of the job demands-resources model. Int Arch Occup Environ Health (2021) 1751-1761. doi:10.1007/s00420-021-01669-z

Barello S., Palamenghi L., Graffigna G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research, 290*, 113129.

Barnabè F., Guercini J. And Di Perna M. (2019) Assessing performance and value-creation capabilities in Lean healthcare: insights from a case study. *Public Money & Management*, 39 (7): 503-511, DOI: 10.1080/09540962.2019.1598197

Barnard C.I. (1938). *The Functions of Executive*. Cambridge: Harvard University Press.

Bennis W.G. (1969). *Organizational Development. Its Nature, Origins and Prospects*. Reading: Addison-Weslet, Reading.

Bruni A. (2003). *Lo studio etnografico delle organizzazioni*. Roma: Carocci.

Cacciatore P., Leucono G. S., Frisicale E.M., Barbara A., Parente P., Favaretti C., Silenzi A., Sanità Pubblica e Igiene, Università Cattolica e GIHTAD (2018). Value based Healthcare: operative solutions for the revitalization and growth of the Italian National Health Service, 11:3. Springer Healthcare Communications.

Capanna C., Vecchione M. e Schwartz S. H. (2005). La misura dei valori: uncontributo alla validazione del Portrait Values Questionnaire su un campione italiano.*Giunti Organizzazioni Speciali*, 246: 29-41.

Capone, V. Medical Communication Perceived Self-Efficacy (ME-CO) Scale: Construction and Validation of a New Measuring Instrument from a Socio-Cognitive Perspective. Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ. 2022, 12, 765–780. https://doi.org/10.3390/ejihpe12070056

Capone, V., Donizzetti, A.R., Park, M.SA. (2021). Validation and Psychometric Evaluation of the COVID-19 Risk Perception Scale (CoRP): a New Brief Scale to Measure Individuals' Risk Perception. Int J Ment Health Addiction.

Capone, V., Petrillo, G. (2014). Le aspettative di risultato nella comunicazione medica: un nuovo strumento di misura. Giornale Italiano di Psicologia.

Capone V. and Petrillo G. (2013). Health Promotion in International Documents: Strengths and Weaknesses from the Perspective of Community Empowerment. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 23(2): 98-114. DOI: 10.1002/casp.2103.

Capone, V.; Petrillo, G.; Romano, A. La soddisfazione lavorativa e per la vita di medici e infermieri ospedalieri: relazioni con il senso di appartenenza all'azienda ospedaliera, le percezioni di efficacia collettiva e il sostegno sociale percepito. Psicol della Salut. 2013, 3, 115-130. DOI: 10.3280/PDS2013-003006

Capone, V.; Petrillo, G. Patient's communication perceived self-efficacy scale (PCSS): construction and validation of a new measure in a socio-cognitive perspective. Patient Educ. Couns. 2014, 95, 340-347. DOI: 10.1016/j.pec.2014.03.006

Chandler J.D. and Vargo S.L. (2011). Contextualization and value-in context: how context frames exchange. *Marketing Theory*, 11(1): 35–49. DOI: 10.1177/1470593110393713.

Cluley V. and Radnor Z. (2020). Rethinking co-creation: the fluid and relational process of value co-creation in public service organizations, *Public Money & Management*, 1-10. DOI: 10.1080/09540962.2020.1719672.

Daalton T. (2020). What is my value as a Doctor? *Annals of Family Medicine*, 18(6):558-560. DOI:10.1370/afm.2592.

D'Angelo C., Gozzoli C. e Mezzanotte D. (2015). Nuove culture detentive: vissuti e ricadute sul ruolo e sul benessere della polizia penitenziaria. *Narrare i gruppi*, 10 (3): 234-251. ISSN: 2281-8960.

Deal T.E e Kennedy A.A. (1982). *Cultura d'impresa. Riti e rituali della vita organizzativa*. Tr. It. Itaca, Milano, 1994.

Drummond MF., O'Brien J., Stoddart GL. e Torrance W. (2000). Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Engen M., Martin Fransson, Johan Quist & Per Skålén (2020): Continuing the development of the public service logic: a study of value co-destruction in public services, Public Management Review, DOI: 10.1080/14719037.2020.1720354

Gagliardi p. (1986). *Le imprese come culture*. ISEDI: Torino.

Gallarza M.G, Gil-Saura I. and Holbrook M.B. (2011). The value of value: Further excursions on the meaning and role of customer value. *Journal of Consumer Behaviour*, 10: 179–191. DOI: 10.1002/cb.328.

Gallarza M.G., Arteaga F., Del Chiappa G., Gil-Saura I. and Holbrook M.B. (2017). A multidimensional service-value scale based on Holbrook's typology of customer value Bridging the gap between the concept and its measurement. *Journal of Service Management*, (28):724-762. DOI: 10.1108/16605370810901553.

Giannone D. (2019). In perfetto Stato. Indicatori globali e politiche di valutazione dello Stato neoliberale. Mimesis/Cartografie Sociali. ISBN: 9788857557182.

Gorli, M., Barello, S. Patient centredness, values, equity and sustainability: Professional, organizational and institutional implications. Sustainability (2021) 13:23

doi:10.3390/su132313217

Gozzoli C., D'Angelo C. e Nicoletti R. (2013). Formazione e resistenze al cambiamento. Il lavoro con un gruppo di ispettori penitenziari. *Narrare i gruppi*, 8 (1): 39-61. ISSN: 2281-8960.

Gozzoli C., Giorgi A. e Lampasona R. (2014). Segni della 'Ndrangheta in Lombardia: studio di un artefatto culturale. *Narrare i gruppi*, 9 (1-2): 89-100. ISSN: 2281-8960.

Gagliardi P. e Monaci M. (1996). La cultura. In Costa G., Nacamulli R.C.D. (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*. Torino: UTET.

Gherardi S., Nicolini, D. and Odella, F. (1998). Toward a social understanding of how people learn in organizations. *Management Learning*, 29 (3): 273 -297.

Gray J.A. and Jani A. (2016). *Promoting Triple Value Healthcare in Countries with Universal Healthcare*. Healthcare papers, 15(3):42-8. PMID: 27009586.

Gray M. (2017). *How to get better value healthcare*. Oxford Press.

Gray, J. A.(2013). The shift to personalised and population medicine. The Lancet, 382(9888): 200- 201. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61590-1.

Grönroos C. and Ravald A. (2011). Service as business logic: implications for value creation and marketing. *Journal of Service Management*, 22(1): 5–22. DOI: 10.1108/09564231111106893.

Grönroos C. and Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(2): 133–150. DOI: 10.1007/s11747-012-0308-3.

Hardyman W. Daunt K.L. and Kitchener M. (2015). Value Co-Creation through Patient Engagement in Health Care: A micro-level approach and research agenda. *Public Management Review*, 17(1): 90-107. DOI: 10.1080/14719037.2014.881539.

Hatch M.J. (2006). *Organization Theory. Modern, Symbolic, and Postmodern Perspective*. Oxford University Press.

Hofmann, B., Bond K and Sandman L. (2018). Evaluating facts and facting evaluations: On the fact-value relationship in HTA. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(5): 957-965.

Holbrook M.B. (2006) Consumption experience, customer value, and subjective personal introspection: An illustrative photographic essay. *Journal of Business Research,* 59:714–725. DOI: 10.1016/j.jbusres.2006.01.008.

Jaakkola E., Helkkula A. and Aarikka-Stenroos L. (2015). Service experience co-creation: conceptualization, implications, and future research directions. Journal of Service Management, 26(2): 182-205. DOI: 10.1108/JOSM-12-2014-0323.

Jefferson T., Demicheli V. e Mugford M. (1998). Analisi costi efficacia. In: *La valutazione economica degli interventi sanitari*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, p.p.53-69.

Kaplan R. S. and Porter M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9): 46-52.

Kim JY., Farmer P. and Porter ME. (2013). Redefining global health-care delivery. *Lancet*, 382:1060-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61047-8.

La Rocca A. e Snehota I. (2014). Value creation and organisational practices at firm boundaries. *Management Decision* 52: 1. ISSN: 0025-1747.

Lee D.H. (2017). A model for designing healthcare service based on the patient experience. *International Journal of Healthcare Management.* DOI:10.1080/20479700.2017.1359956.

Lehtonen L.,Wild C., Ricciardi W., Barros P.P., Brouwer W., DeMaeseneer J., McKee M., Murauskiene L., Nuti S., Siciliani L., Kringos D. and Professor Sir Muir Gray, Professor Bjørn Hofmann. (2019). *DEFINING VALUE IN "VALUEBASED HEALTHCARE".* The Institute for the Health Sciences, the Norwegian University for Science and Technology at Gjøvik and the Centre for Medical Ethics at the University of Oslo. DOI: 10.2875/35471.

Marino A., Pariso P. and Landriani L. (2020). E Health and Electronic Health Record: The Italian experience in the European Context. *Research Square,* 1-11. DOI: 10.21203/rs.3.rs-31655/v1.

McColl-Kennedy J.R., Cheung L. and Ferrier, E. (2015). Co-creating service experience practices. *Journal of Service Management,* 26(2): 249-275. DOI: 10.1108/JOSM-08-2014-0204.

McColl-Kennedy J.R., Snyder H., Elg M., Witell L., Helkkula A., Hogan S.J. and Anderson L. (2017b). The changing role of the health care customer: review, synthesis and research agenda. *Journal of Service Management*, 28 (1): 2-33. DOI: 10.1108/JOSM-01-2016-0018.

McColl-Kennedy J.R., Vargo S.L. Dagger T.S., Sweeney J.C., and van Kasteren Y. (2012). Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of Service Research*, 15(4): 370–389. DOI: 10.1177/1094670512442806.

Ng I.C.L. and Smith L.A. (2012). An integrative framework of value, In: Vargo S.L. and Lusch R.F. (Ed.). Toward a Better Understanding of the Role of Value in Markets and Marketing, *Review of Marketing Research*, 9: 207-243. ISBN: 978-1-78052-913-4.

Ng S.C., Sweeney J.C. and Plewa C. (2019). Managing Customer Resource Endowments and Deficiencies for Value Cocreation: Complex Relational Services. *Journal of Service Research*, 22(2):156-172. DOI:10.1177/1094670518812195.

Nunnally J., Berstein I. (1995). Psychometric theory. New York: McGrawHill.

Oliver B.J., Batalden B.P., DiMilia P.R., Forcino C.R., Foster C.T., Nelson C.E. and Andersson Gäre B. (2020). Coproduction VALUE creation in healthcare service (CO-VALUE): an international multicentre protocol to describe the application of a model of value creation for use in systems of coproduced healthcare services and to evaluate the initial feasibility, utility and acceptability of associated system-level value creation assessment approaches. *BioMed Journal Open*, 10: 1-7. DOI: /10.1136/bmjopen-2020-037578.

Osei-Frimpong K. (2016). Examining the effects of patient characteristics and prior value needs on the patient-doctor encounter process in healthcare service delivery. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 10(2): 192-213. DOI: 10.1108/IJPHM-01-2016-0005.

Osei-Frimpong K. (2017). Patient participatory behaviors in healthcare service delivery: self- determination theory (SDT) perspective. *Journal of Service Theory and Practice*, 27(2): 453-474. DOI: 10.1108/JSTP-02-2016-0038.

Osei-Frimpong K., Mclean G., Wilson A., Lemke F. (2020). Customer coproduction in healthcare service delivery: Examining the influencing effects of the social context. *Journal of Business Research*, 120: 82-93. DOI: 10.1016/j.jbusres.2020.07.037.

Osei-Frimpong K., Wilson A. and Lemke F. (2018). Patient co-creation activities in healthcare service delivery at the micro level: The influence of online access to healthcare information. *Technological Forecasting and Social Change*,126: 14-27. DOI: 10.1016/j.techfore.2016.04.009.

Osei-Frimpong K., Wilson A. and Owusu-Frimpong N. (2015). Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: an ICT approach. *Journal of Service Theory and Practice*, 25(4): 443-462. DOI: 10.1016/j.jbusres.2020.07.037

Pace R.W. (1983). *Organizational Communications*. Englewood: Prentice-Hall.

Pettigrew, A. M. (1979). On studying organizational cultures. *Administrative Science Quarterly*, 14: 570-81; tr. it. in Gagliardi, Le imprese come culture, Torino: Isedi, 1986, 51-66.

Palumbo R. The Bright Side and the Dark Side of Patient Empowerment: Co-creation and Co-destruction of Value in the Healthcare Environment. SpringerBriefs in Public Health. (2017) pp. 47-61

Parasuraman A., Zeithaml V.A. and L.L. Berry. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research, *Journal of Marketing*, 58:111-124.

Pfeffer J. (1997). *New directions for organization theory: problems and prospects*. New York: Oxford University Press.

Pohjosenperä T. and Komulainen H. (2020). Getting closer by increasing distance: the dynamics of value creation spheres in health care logistics. Journal of Business & Industrial Marketing, 35(12): 2039–2050. DOI 10.1108/JBIM-03-2019-0110.

Porter M.E. (1999). *Competitive Advantage*. New York: The Free Press. trad. It. Il vantaggio competitivo. Torino: Edizioni di Comunità, Torino.

Porter M.E. and Kramer M.R. (2019). Creating Shared Value. In: Lenssen, G. and Smith, N. (Ed), *Managing Sustainable Business*. Springer: Dordrecht, 323-346. DOI: 10.1007/978-94-024-1144-7-16.

Porter ME. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26): 2477- 2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024.

Porter, M. and Teisberg, E.O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press.

Porter, M., (2008). Defining and introducing value in health care. Evidence-Based Medicine and the Changing Nature of Health Care: IOM Annual Meeting Summary.

Ranjan R.K. and Read S. (2016). Value co-creation: concept and measurement. *Journal of the Academic Marketing Science*, 44: 290–315. DOI 10.1007/s11747-014-0397-2.

Rogers, M. E., Creed, P. A., Searle, J., & Hartung, P. J. (2011). The physician values in practice scale-short form: Development and initial validation. *Journal of Career Development*, 38, 111-127. DOI:10.1177/0894845310363593

Romano D.F. (2006). *L'organizzazione silenziosa. Azione e significato*. Raffaello Cortina, Milano.

Schein E. H. (1985). *Organizational culture and leadership*. Jossey-Bass Inc.; tr. it. Milano: Guerini e Associati, 1990.

Schwartz S.H, Melech G., Lehmann A., Burgess S., Harris M. and Vicki Owens (2001). Extending the Cross-Cultural Validity of the Theory of Basics Human Values with Different Method of Measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32(5): 519-542. DOI: 10.1177/0022022101032005001.

Schwartz S.H. (2011). I valori umani di base: un'introduzione. In *I VALORI NELL'ITALIA CONTEMPORANEA*, (a cura di) Caprara G.V., Scabini E., Steca P., Schwartz S.H. Franco Angeli

Stempsey W. (2006). Emerging medical technologies and emerging conceptions of health. *Theoretical medicine and bioethics*, 27 (3): 227-243.

Sweeney J.C., Danaher T.S. and McColl-Kennedy J.R. (2015). Customer effort in value cocreation activities improving quality of life and behavioral intentions of health care customers. *Journal of Service Research*, 18: 318-335. DOI: 10.1177/1094670515572128.

Stevens, J. (1992). Applied multivariate statistics for the social sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc

Tricco, A.C., Antony, J., Zarin, W. et al. A scoping review of rapid review methods. BMC Med 13, 224 (2015). https://doi.org/10.1186/s12916-015-0465-6)

van Engen V, Bonfrer I, Ahaus K, Buljac-Samardzic M. Value-Based Healthcare From the Perspective of the Healthcare Professional: A Systematic Literature Review. Front Public Health (2022) 9: 800702. doi: 10.3389/fpubh.2021.800702

Vargo S.L. and Lusch F.R. (2016). Institutions and axioms: an extension and update of service-dominant logic. *Journal of the Academic Marketing Science* ,44: 5–23. DOI 10.1007/s11747-015-0456-3.

Virlée J.B., Hammedi W. and van Riel C.R.A. (2020). Healthcare service users as resource integrators: investigating factors influencing the co-creation of value at individual, dyadic and systemic levels. *Journal of Service Theory and Practice*, 30 (3): 277-306. DOI: 10.1108/JSTP-07-2019-0154.

Weick K. (1979). *The social psychology of organizing*. Newbery: Award Records, Inc. tr. it. Organizzare. La psicologia sociale dei processi organizzativi, Torino: Isedi, 1993.

Wennberg J. and Gittelsohn A. (1973). Small area variations in health care delivery. Science, 182: 1102·1108.

Wennberg, J. and A. Gittelsohn, Small area variations in health care delivery; a population-based health information system can guide planning and regulatory decision making. Science, 1973. 182(4117): p. 1102–9.

Zainuddin N., Previte J. and Russell-Bennett R. (2011) A social marketing approach to value creation in a well-women's health service, *Journal of Marketing Management*, 27 (3-4): 361-385. DOI: 10.1080/0267257X.2011.547081.

Zainuddin N., Russell-Bennett R. and Previte J. (2013). The value of health and wellbeing: an empirical model of value creation in social marketing. *European Journal of Marketing*, 47 (9): 1504-1524. DOI: 10.1108/EJM-10-2011-0564.

Zhang X. and Chen R. (2008). Examining the mechanism of the value co-creation with customers. *International Journal of Production Economics*, 116(2): 242–250. DOI: 10.1016/j.ijpe.2008.09.004

APPENDICE A

SCALA DEL VALORE PERCEPITO IN SANITA' VERSIONE A 52 ITEM

Le seguenti affermazioni fanno riferimento ad alcuni aspetti della Sua vita professionale. Legga con attenzione e indichi il suo grado di accordo con esse:

Risponda sapendo che 1= Completamente in disaccordo e 7= Completamente d'accordo

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Completamente in disaccordo	Molto in disaccordo	In disaccordo	Né d'accordo né in disaccordo	D'accordo	Molto d'accordo	Completamente d'accordo

Per me è importante…

tenermi aggiornato/a sui progressi nel mio campo lavorativo (nuove scoperte, tecniche e sperimentazioni)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
dedicare parte del mio tempo lavorativo alla formazione e alla acquisizione di nuove conoscenze cliniche	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
acquisire competenze non solo tecniche ma anche relazionali, (tecniche di ascolto attivo del paziente, comunicazione empatica)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
avere un atteggiamento collaborativo nei confronti dei miei colleghi	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
avere un atteggiamento rispettoso nei confronti dei miei colleghi	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
far comprendere al/alla paziente che la gestione della sua salute è una questione di collaborazione tra me e lui/lei	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
comunicare al/alla paziente rispetto nei suoi confronti	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
mettere il/la paziente a proprio agio durante il colloquio	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
far sentire al/alla paziente che può fidarsi di me	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
costruire relazioni di fiducia con i miei colleghi	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che tra colleghi vi sia uno scambio di opinioni professionali	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che l'equipe di lavoro coordini i propri sforzi per raggiungere obiettivi comuni	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che vi siano riunioni di équipe per discutere sulle problematiche legate all'organizzazione del lavoro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
dare e ricevere feedback nel lavoro con i miei colleghi	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che i superiori diano dei feedback a me e ai colleghi sul nostro operato	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

essere sempre aggiornato/a sul quadro clinico dei miei pazienti anche quando non li ho direttamente in carico	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che i compiti da svolgere in relazione al mio ruolo siano chiari	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che la mia l'organizzazione sanitaria chiarisca quali siano le responsabilità connesse al mio lavoro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che i ruoli all'interno del reparto in cui lavoro siano chiari a me e a ciascun membro/collega dell'équipe	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
laddove possibile, avere autonomia sulle scelte cliniche relative ai miei/ alle mie pazienti	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che il/la paziente condivida con me le informazioni circa il suo stato di salute e il suo stile di vita (ad esempio: lavoro, abitudini)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che il/la paziente sia al centro del percorso di cura	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che il/la paziente riesca a gestire una conversazione su aspetti che riguardano la sua salute	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
ricevere un feedback dal/dalla paziente per sapere se mi sono espresso/a in maniera chiara nel corso della visita	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
ascoltare le preoccupazioni specifiche del/della paziente e affrontarle con lui/lei	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
incoraggiare il/la paziente ad esprimere le sue opinioni, dubbi e perplessità	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
comunicare con il/la paziente anche tramite l'utilizzo delle nuove tecnologie (ad esempio: video-consulti e messaggistica istantanea come WhatsApp)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
prendermi cura del/della paziente oltre gli aspetti prettamente clinici (es. consigli per migliorare la qualità della sua vita)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
facilitare il percorso di cura del/della paziente nel passaggio tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che il/la paziente partecipi alle decisioni da prendere rispetto alle differenti proposte terapeutiche	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
tenere conto delle esigenze del/della paziente nelle scelte di cura	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che le scelte relative alla gestione della salute siano in linea con i valori del/della paziente	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

essere a conoscenza dei criteri con cui sono distribuite le risorse nella struttura sanitaria in cui lavoro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
partecipare alle discussioni in cui si prendono decisioni da adottare nel reparto in cui lavoro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
conoscere i regolamenti rispetto agli avanzamenti di carriera della struttura sanitaria in cui lavoro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che l'organizzazione in cui lavoro si interessi sia ai successi di carriera che alle problematiche dei dipendenti	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che l'organizzazione in cui lavoro tenga in conto la conciliazione lavoro famiglia dei suoi dipendenti	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che l'organizzazione in cui lavoro mi offra opportunità di formazione e aggiornamento professionale	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che l'organizzazione in cui lavoro disponga di fondi per la ricerca scientifica	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che l'organizzazione in cui lavoro implementi un'adeguata comunicazione sui rischi connessi al mio lavoro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
poter condividere le preoccupazioni lavorative con i miei colleghi	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
condividere le preoccupazioni lavorative con i miei superiori	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
ricevere sostegno emotivo dai miei colleghi	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
ricevere sostegno emotivo dai miei superiori	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che il/la paziente sia soddisfatto/a del nostro incontro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che il/la paziente alla fine di una visita senta di aver raggiunto l'obiettivo per il quale si era recato/a da me	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che il/la paziente sia soddisfatto/a del mio approccio nei suoi confronti	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che la struttura sanitaria nella quale lavoro sia facilmente raggiungibile per me e per i colleghi del servizio sanitario (ad esempio: parcheggi riservati ai dipendenti, strade percorribili)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che la struttura sanitaria sia facilmente raggiungibile per i pazienti che ne hanno la necessità (ad esempio: parcheggi riservati all'utenza, strade percorribili)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che nella struttura sanitaria in cui lavoro siano presenti ambulatori delle principali specializzazioni mediche	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che la struttura sanitaria nella quale lavoro sia in relazione con altri presìdi sanitari territoriali (ad esempio i SerD, i consultori)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
che la struttura sanitaria nella quale lavoro abbia degli spazi di attesa adeguati per gli utenti	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Scheda sociodemografica

Età (indicare in numero, ad esempio “34”)

_____

Sesso:
① M ② F ③ ALTRO

①MEDICO SPECIALIZZATO

Specializzazione in_____
① Impiegato/a presso struttura privata
② Impiegato come medico di base
③ Impiegato/a presso reparto ospedaliero

Se ha barrato questa casella indichi il Suo ruolo all’interno della struttura ospedaliera

① responsabile del servizio
② dirigente medico di I livello
③ dirigente medico di II livello

Se il ruolo che ricopre non è presente nelle tre opzioni precedenti, indichi il suo ruolo qui di seguito

_____

② SPECIALIZZANDO

Specializzando in_____

③ INFERMIERE
① Impiegato/a presso centro di analisi ed esami diagnostici
② Lavoratore/lavoratrice autonomo/a (L. 42/99)
③ Impiegato/a presso struttura privata o convenzionata (ad esempio: RSA)
④ Impiegato/a presso reparto ospedaliero

Se ha barrato questa casella indichi il nome del reparto

Lavora in una Azienda di quale dimensione?

① piccola dimensione ② media dimensione ③ grande dimensione

In quale Regione lavora?
Elenco a scelta

Indichi la Sua anzianità di servizio complessiva (in anni, ad esempio “15”)

Se lavora presso un’azienda pubblica o privata indichi la Sua anzianità di servizio presso la struttura in cui si trova attualmente (in anni, ad esempio “10”)

Se lavora presso un’azienda pubblica o privata indichi la Sua anzianità di servizio presso il reparto in cui è impiegato/a attualmente (in anni, ad esempio “5”)

In una settimana, qual è il numero medio in ore di lavoro da Lei svolte? (in numero, ad esempio “30”)

Come professionista sanitario lei ha contatti con i caregiver dei suoi pazienti?
① SI ② NO

Nella sua attività lavorativa, le capita di occuparsi anche di attività di ricerca?
① SI ② NO

APPENDICE B- SURVEY COMPLETA

Gentilissimo/a

stiamo conducendo presso il Dipartimento di Studi Umanistici dell’Università degli Studi di Napoli “Federico II”, una ricerca sui professionisti sanitari, nello specifico medici in servizio, infermieri e specializzandi.

Nelle pagine seguenti troverà una serie di domande sulla Sua vita lavorativa. Il Suo apporto al lavoro è per noi molto prezioso. Legga con attenzione le domande: non ci sono risposte giuste o sbagliate, è essenziale solo che lei risponda sinceramente.

La raccolta dei dati è assolutamente anonima: le Sue risposte rimarranno confidenziali e

saranno trattate esclusivamente dall'équipe di ricerca, attraverso un codice numerico che impedirà di risalire al rispondente. La protezione dei dati personali è tutelata dalla specifica normativa (Regolamento UE 2016/679).

Il tempo medio per la compilazione è di 15 minuti.

Prima di decidere liberamente se vuole partecipare a questo studio, compilando il questionario, Le chiediamo di LEGGERE questo consenso informato.

In linea con il Codice Etico dell'Associazione Italiana di Psicologia, Le ricordiamo che

-ogni partecipante è libero/a di chiedere chiarimenti sulla procedura di raccolta dati e su qualsiasi aspetto della ricerca;

-ogni partecipante è libero/a di non continuare la compilazione del questionario in qualsiasi momento;

i dati personali raccolti non verranno trasmessi a persone non direttamente coinvolte nella ricerca;

-i risultati verranno presentati in forma aggregata e con ogni cautela necessaria a evitare la identificabilità dei partecipanti.

Per partecipare alla ricerca occorre

-essere maggiorenne;

-dare il proprio consenso a partecipare alla ricerca attraverso la compilazione del questionario.

La compilazione del questionario on line non comporta nessun rischio specifico. Potrà interrompere la compilazione in qualsiasi momento.

La dottoressa Leda Marino, dottoranda in Mind, Gender and Language presso il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università degli Studi di Napoli, Federico II, si rende disponibile per informazioni o assistenza sulle tematiche oggetto della ricerca, al seguente indirizzo: leda.marino@unina.it

Se è d'accordo con tutti i punti sopra elencanti clicchi sul tasto "ACCONSENTE"

Il/la sottoscritto/a:

*-ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito della presente ricerca nei termini e modi indicati nei precedenti punti.

Istruzioni per la compilazione

Le chiediamo di dare una sola risposta per ciascuna domanda, esprimendo liberamente la sua opinione personale.

Prima di consegnare il questionario controlli di non aver saltato alcuna domanda, altrimenti il Suo lavoro risulterà inutile ai fini della ricerca.

Una domanda "filtro" indirizzava ciascun operatore allo strumento di misura per lui/lei pensato, a seguito della compilazione della scala oggetto di validazione

Scelga il Suo ruolo tra i seguenti

MEDICO (vai alla sezione 4)

SPECIALIZZANDO/A (vai alla sezione 4)

INFERMIERE/A (vai alla sezione 5)

SEZIONE 4

Le affermazioni qui di seguito fanno riferimento ad alcuni aspetti di un colloquio con il paziente a volte difficili da affrontare. Legga attentamente le domande ed indichi quanto si sente capace di affrontare ciascuna situazione descritta, segnando il numero corrispondente al suo livello di capacità. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, immagini di trovarsi in ciascuna delle situazioni descritte e risponda sinceramente.

In occasione di una visita presso la sua azienda sanitaria con un suo paziente che ha già incontrato almeno una volta, quanto si sente capace di:

①	②	③	④	⑤
Per niente Capace	Poco Capace	Abbastanza Capace	Molto Capace	Del tutto Capace

Chiedere al paziente quali sono i suoi timori rispetto alla patologia dicui soffre	①	②	③	④	⑤
Capire dai pochi accenni fatti dal paziente che ha delle difficoltà adaccettare la terapia	①	②	③	④	⑤
Ascoltare il paziente con attenzione mentre parla delle sue difficoltà ad accettare la malattia benché ci siano altri pazienti che aspettano	①	②	③	④	⑤
Comunicare una diagnosi infausta al paziente giovane	①	②	③	④	⑤
Spiegare con un linguaggio semplice il referto di un esame, per esempio di una tac	①	②	③	④	⑤
Sollecitare il paziente a ripetere con parole sue ciò che lei gli ha appena riferito in	①	②	③	④	⑤

merito alla prognosi					
Reggere lo sguardo del paziente mentre le sta dicendo qualcosa che lei non condivide	①	②	③	④	⑤
Mostrarsi disponibile nei confronti del paziente che si rivolge a lei con modi pretenziosi, come se tutto gli fosse dovuto	①	②	③	④	⑤

SEZIONE 5

Le affermazioni del questionario fanno riferimento ad alcuni aspetti di un colloquio con il paziente a volte difficili da affrontare. Legga attentamente le domande ed indichi quanto si sente capace di affrontare ciascuna situazione descritta, segnando il numero corrispondente al suo livello di capacità.

①	②	③	④	⑤
Per niente capace	Poco capace	Abbastanza capace	Molto capace	Del tutto capace

È nella sua azienda sanitaria a colloquio con un suo paziente, quanto si sente capace di:

1. Sollecitare il paziente incoraggiandolo ad esporre dubbi e perplessità sulla terapia	①	②	③	④	⑤
2. Ascoltare il paziente con attenzione, anche in presenza di colleghi che vedono questa prassi una perdita di tempo	①	②	③	④	⑤
3. Concentrare la sua attenzione su quello che le sta dicendo il paziente, anche se ha appena avuto una discussione con un collega in reparto	①	②	③	④	⑤
4. Incoraggiare il paziente particolarmente ansioso ad esprimere verbalmente le sue emozioni	①	②	③	④	⑤
5. Sollecitare il paziente incoraggiandolo ad esporre dubbi e perplessità sulla malattia	①	②	③	④	⑤
6. Reggere lo sguardo del paziente mentre le sta parlando delle sue ansie sulla malattia	①	②	③	④	⑤
7. Guardarlo negli occhi mentre sta comunicando al paziente delle informazioni sulla malattia	①	②	③	④	⑤
8. Mostrarsi "accogliente" con il paziente che ha avuto un'esperienza negativa con un suo collega di reparto	①	②	③	④	⑤
9. Riuscire a mantenere la calma anche se il paziente l'aggredisce già dall'inizio del colloquio	①	②	③	④	⑤
10. Mostrarsi disponibile nei confronti del paziente che si rivolge a lei con modi pretenziosi, come se tutto gli fosse dovuto	①	②	③	④	⑤

SEZIONE 6

Qui di seguito troverà una serie di affermazioni che riguardano l'Azienda Sanitaria in cui lavora (lei insieme a tutte le altre componenti). Contrassegni, per ogni affermazione proposta, il punteggio che maggiormente si avvicina alla sua posizione.

①	②	③	④	⑤
Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Completamente

In che misura valuta l'azienda sanitaria in cui lavora capace di realizzare quanto più sotto specificato? Ricordi che per azienda sanitaria a ci si riferisce a lei insieme a tutte le altre componenti

1. La mia azienda sanitaria è capace di favorire i contatti tra l'azienda e gli utenti implementando efficaci campagne di promozione della salute sul territorio	①	②	③	④	⑤
2. La mia azienda sanitaria è in grado di raggiungere l'obiettivo di una comunicazione ottimale erogando una Carta dei Servizi esaustiva, accessibile e redatta con un linguaggio semplice	①	②	③	④	⑤
3. La mia azienda sanitaria è in grado di favorire la comunicazione con altri enti pubblici e servizi sociali operanti sul territorio	①	②	③	④	⑤
4. La mia azienda sanitaria è capace di garantire al personale sanitario occasioni qualificate di aggiornamento sulla comunicazione con il paziente	①	②	③	④	⑤
5. La mia azienda sanitaria sa favorire, tra le varie Unità Operative, lo scambio di informazioni sui pazienti in maniera rapida e nel rispetto della privacy	①	②	③	④	⑤
6. La mia azienda sanitaria è capace di affrontate le questioni problematiche confrontandosi con gli operatori per elaborare valide soluzioni	①	②	③	④	⑤
7. La mia azienda sanitaria è capace di illustrare, con comunicazioni chiare e motivanti, i punti di forza e quelli che potrebbero essere migliorati dal lavoro congiunto	①	②	③	④	⑤
8. La mia azienda sanitaria è capace di trasmettere all'esterno un'immagine positiva di sé	①	②	③	④	⑤
9. La mia azienda sanitaria è in grado di raggiungere l'obiettivo di una comunicazione ottimale garantendo che gli operatori del front-office siano competenti e disponibili	①	②	③	④	⑤
10. Le diverse componenti della mia azienda sanitaria sanno operare insieme per garantire la realizzazione di una comunicazione ottimale con il paziente	①	②	③	④	⑤
11. La mia azienda sanitaria è in grado di favorire l'espressione di bisogni e raccogliere eventuali segnalazioni e reclami da parte dei pazienti	①	②	③	④	⑤
12. La mia azienda sanitaria è capace di favorire la comunicazione tra me e gli altri operatori	①	②	③	④	⑤
13. La mia azienda sanitaria in cui lavoro è capace di garantire una comunicazione adeguata tra gli operatori sanitari e l'amministrazione	①	②	③	④	⑤
14. La mia azienda sanitaria è capace di appurare i punti di forza e di debolezza dell'azienda conducendo sondaggi tra gli operatori e analizzando le informazioni da essi fornite	①	②	③	④	⑤
15. La mia azienda sanitaria riesce a garantire un'organizzazione del lavoro che assicura un'adeguata comunicazione con il paziente, ad esempio evitando il sovraffollamento delle sale d'attesa	①	②	③	④	⑤
16. La mia azienda sanitaria è capace di mettere a disposizione degli spazi adeguati per permettere la comunicazione con i pazienti in tranquillità e nel rispetto della privacy	①	②	③	④	⑤

SEZIONE 7

Nel mio lavoro che svolgo per me è importante…

①	②	③	④	⑤
Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Né d'accordo né in disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo

Svolgere volontariato nei gruppi della mia comunità	①	②	③	④	⑤
Essere al servizio della comunità locale	①	②	③	④	⑤
Fornire il mio contributo nel disegnare le politiche sanitarie	①	②	③	④	⑤
Dialogare con le istituzioni del mio territorio	①	②	③	④	⑤
Condividere i miei talenti e la mia esperienza con le istituzioni che si occupano di salute pubblica	①	②	③	④	⑤

SEZIONE 8

Segni la casella relativa al numero che indica se e quanto frequentemente ha sperimentato questi sentimenti. Se non ha mai pensato queste cose o mai provato questi sentimenti, segni "mai". Se invece ha pensato queste cose o provato questi sentimenti, segni la risposta più adatta.

⓪	①	②	③	④	⑤	⑥
Mai	Sporadicamente (alcune volte all'anno o meno)	Saltuariamente (una volta al mese o meno)	Regolarmente (alcune volte al mese)	Frequentemente (una volta alla settimana)	Molto frequentemente (alcune volte alla settimana)	Quotidianamente

Mi sento emotivamente logorato/a dal mio lavoro	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥
Mi sento esausto/a alla fine della giornata lavorativa	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥
Mi sento stanco/a quando mi alzo al mattino e devo affrontare un'altra giornata di lavoro	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥
Lavorare tutto il giorno è veramente uno sforzo per me	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥
Mi sento esaurito/a dal mio lavoro	⓪	①	②	③	④	⑤	⑥

SEZIONE 9

①	②	③	④	⑤
Molto in disaccordo	In disaccordo	Difficile da decidere	D'accordo	Molto d'accordo

Pensi all'organizzazione per cui lavora e indichi il numero che meglio riflette la Sua opinione, usando la seguente scala di valori

I miei valori e quelli dell'organizzazione per cui lavoro sono simili	①	②	③	④	⑤

Gli obiettivi della mia organizzazione influenzano le mie attività lavorative quotidiane	①	②	③	④	⑤
I miei personali obiettivi di carriera sono in sintonia con quelli dichiarati dall'organizzazione	①	②	③	④	⑤
Questa organizzazione è impegnata sul piano della qualità	①	②	③	④	⑤
Lavorare mi costringe a scendere a compromessi con i miei valori	①	②	③	④	⑤

SEZIONE 10

Le chiediamo di esprimere il Suo parere rispetto alle affermazioni riportate di seguito, relative all'azienda sanitaria presso cui lavora, indicando il Suo grado di accordo con esse.

①	②	③	④
Fortemente in disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Fortemente d'accordo

1. Mi piace l'azienda sanitaria in cui lavoro.	①	②	③	④
2. Sento di appartenere a questa azienda sanitaria.	①	②	③	④
3. Quando sono in viaggio sono orgoglioso di dire agli altri dove lavoro.	①	②	③	④

APPENDICE C

ULTERIORI IMMAGINI

Fig. 9. domanda rivolta agli operatori sanitari

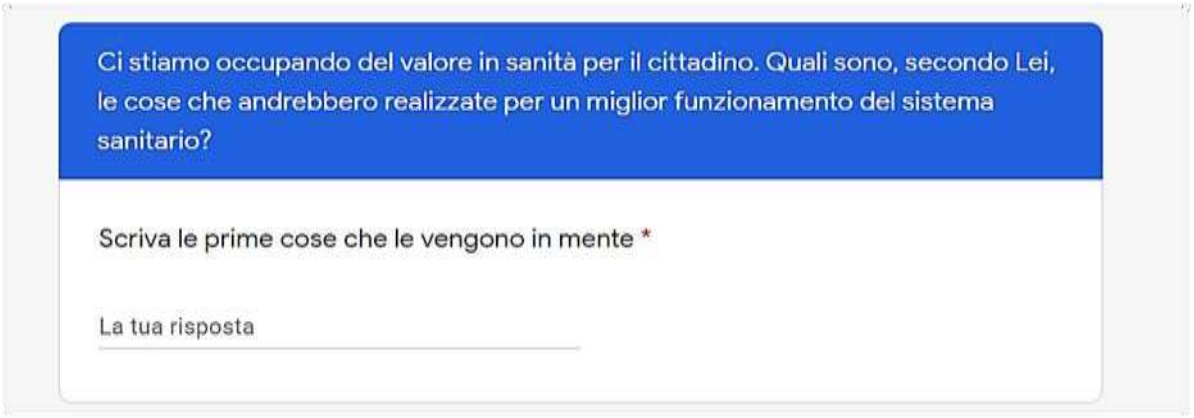


Fig.10. domanda rivolta agli utenti

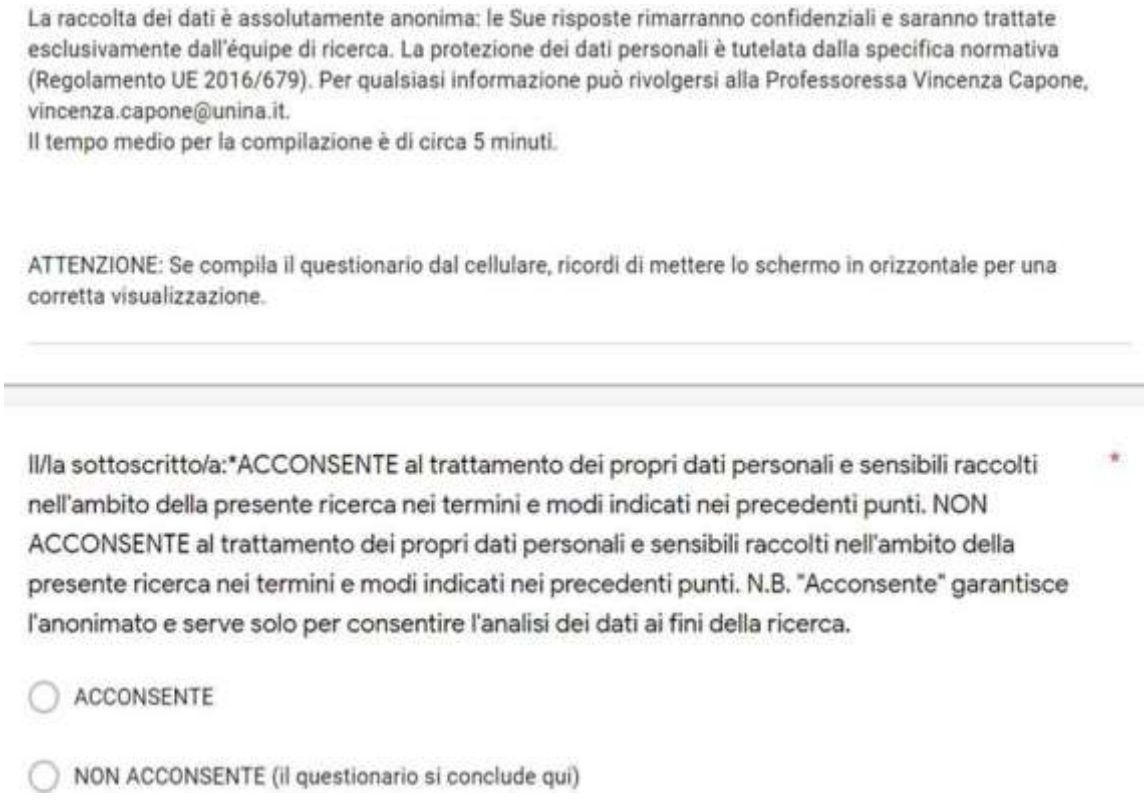
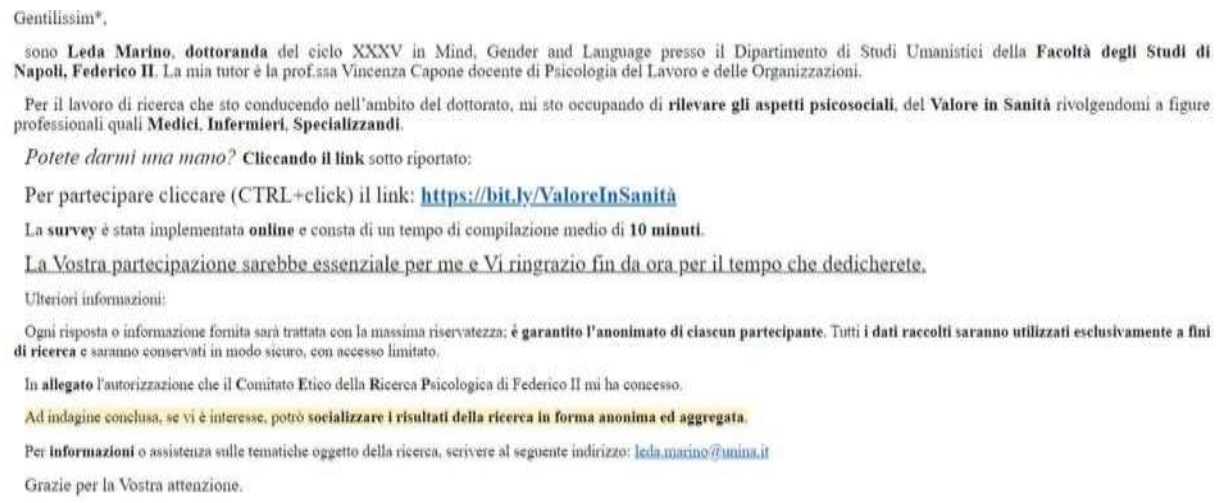


Fig. 11. Consenso informato agli studi qualitativi



Gentilissim*,

sono **Leda Marino**, **dottoranda** del ciclo XXXV in Mind, Gender and Language presso il Dipartimento di Studi Umanistici della **Facoltà degli Studi di Napoli, Federico II**. La mia tutor è la prof.ssa Vincenza Capone docente di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni.

Per il lavoro di ricerca che sto conducendo nell'ambito del dottorato, mi sto occupando di **rilevare gli aspetti psicosociali**, del **Valore in Sanità** rivolgendomi a figure professionali quali **Medici**, **Infermieri**, **Specializzandi**.

Potete darmi una mano? **Cliccando il link** sotto riportato:

Per partecipare cliccare (CTRL+click) il link: **https://bit.ly/ValoreInSanità**

La **survey** è stata implementata **online** e consta di un tempo di compilazione medio di **10 minuti**.

La Vostra partecipazione sarebbe essenziale per me e Vi ringrazio fin da ora per il tempo che dedicherete.

Ulteriori informazioni:

Ogni risposta o informazione fornita sarà trattata con la massima riservatezza; **è garantito l'anonimato di ciascun partecipante**. Tutti **i dati raccolti saranno utilizzati esclusivamente a fini di ricerca** e saranno conservati in modo sicuro, con accesso limitato.

In **allegato** l'autorizzazione che il **C**omitato **E**tico della **R**icerca **P**sicologica di Federico II mi ha concesso.

Ad indagine conclusa, se vi è interesse, potrò **socializzare i risultati della ricerca in forma anonima ed aggregata**.

Per **informazioni** o assistenza sulle tematiche oggetto della ricerca, scrivere al seguente indirizzo: leda.marino@unina.it

Grazie per la Vostra attenzione.

Fig. 12. socializzazione mediante mailing list alle associazioni mediche

Ringraziamenti

A Luisa ed Alfonso che, se nell'occasione dei precedenti traguardi sono stati insostituibili, lungo questo percorso complesso e accidentato sono stati il faro. Anche quando tutte le luci dentro di noi erano spente. Oggi, che nuove luci sono accese, è nitido quanto abbiamo costruito. Ancora una volta.

Ad Enrico che si è sostanziato compagno, "sprona il tuo compagno".

Alla professoressa Vincenza Capone e alle sue tre mani: quella che mi ha presa quando vedevo solo da lontano, quella che ogni giorno cede un dito per insegnarmi a osservare più da vicino e quella che mi afferra quando sto cadendo e non me ne accorgo.

A Marta che continua ad abbracciarmi.

A Dario Stefano che mi aiuta ogni giorno a riconoscere "ciò che in mezzo all'inferno, inferno non è, e farlo durare e dargli spazio".

Ai colleghi di percorso, ciascuno a suo modo ha saputo insegnarmi qualcosa.

A tutti coloro che nell'organizzazione Università hanno cercato di offrire qualcosa a noi "dottorandi della pandemia".

Agli amici e le amiche di ogni giorno perché hanno consentito che non si creassero lockdown né nel mio cuore né nella mia mente.

A chi ha ritenuto di chiudere la propria porta senza concedere spazi di comprensione.