



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Dottorato di ricerca in Scienze Organizzative e Direzionali

Ciclo XXVII

S.S.D: SPS/07 - SPS/09

**LA CREAZIONE DI VALORE
NELLE AZIENDE SANITARIE**

Coordinatore: Ch. ma Prof. ssa Laura ZANFRINI

Tesi di Dottorato di Tiziana STOBIONE

Matricola: 4011236

Anno Accademico 2013/2014

*A mio marito Alessandro
che mi ha accompagnata con il cuore
in questa bellissima esperienza di vita*

Indice	5
Introduzione	11
PARTE PRIMA Creazione di valore, dal mondo economico a quello sanitario: teoria, organizzazione e salute	21
Capitolo -I- Significato di valore	23
1.1 Principali teorie correlate alla creazione di valore	24
1.2 Ruolo degli assets intangibili nella creazione di valore	29
1.3 Descrizione degli assets intangibili di un'azienda	33
1.4 Modello di analisi strategica del valore	36
1.5 Analisi della catena di valore	39
1.6 Concezione di Porter e mondo sanitario	49
1.7 Generazione di valore nell'Azienda Sanitaria	64
1.8 Governo clinico	72
Capitolo -II- Management e Organizzazione	76
2.1 Teorie organizzative di base	80
2.1.1 Organizzazione ottima e universale	81
2.1.2 Organizzazione adatta ad alcune specifiche circostanze	82
2.1.3 Organizzazione economicamente più conveniente	83
2.1.4 Organizzazione legittimata dal contesto sociale	83
2.1.5 Organizzazione scomposta in fattori chiave	84
2.2 Peculiarità organizzative dell'Azienda Sanitaria	90
Capitolo -III- Rappresentazione della salute e dell'assistenza	96
3.1 Evoluzione storica dell'arte medica e assistenziale	97
3.2 Approccio scientifico ad assistenza e cura	115
3.3 Nascita e sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale	119
3.3.1 Assistenza sanitaria tra Campagna d'Italia e 2° Guerra mondiale	120
3.3.2 Assistenza sanitaria nel secondo Dopoguerra	122

3.3.3 Creazione del Servizio Sanitario Nazionale	125
3.4 Salute, un bene personale e sociale	129
PARTE SECONDA Contesto e percorso di indagine	139
Capitolo -IV- Contesto oggetto di studio	141
4.1 Area di indagine: il contributo di opinion leaders sanitari	143
4.2 Scelte e modalità di rilevazione	152
4.3 Indagine: aspetti metodologici	160
4.3.1 Ambito di ricerca	160
4.3.2 Studio di casi	164
4.3.3 Popolazione di riferimento e soggetti arruolati	166
4.3.4 Strumenti di ricerca	167
Capitolo -V- Individuazione e selezione dei dati da raccogliere	168
5.1 Paradigmi concettuali di valore affermatasi in Sanità	175
5.1.1 Configurazione multidimensionale del valore in Sanità	175
5.1.2 Principi e fattori costitutivi dell'assetto sanitario	176
5.1.3 Capitale umano e valore percepito	186
5.2 Strumenti di indagine	189
5.2.1 Osservazioni del Comitato etico	191
Capitolo -VI- Sedi d'indagine	192
6.1 Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria	192
6.2 Azienda Sanitaria Locale ASL AT	201
6.3 Ospedale Cottolengo di Torino	207
6.4 Clinica Cellini, Torino	210
PARTE TERZA Atteggiamenti, comportamenti e valori emersi nell'indagine	213
Capitolo -VII- Descrizione del campione e delle tematiche oggetto di	215

indagine	
7.1 Operatori Sanitari e Assistiti: dati demografici	215
7.1.1 Personale	215
7.1.2 Assistiti	221
7.2 Rappresentazione delle tematizzazioni emerse	228
Capitolo -VIII- Caratterizzazione degli elementi valoriali relativi a personale e assistiti	231
8.1 Valutazione attribuita da operatori sanitari e assistiti a: definizione di assistito, significati di valore, disvalore, equità	231
8.1.1 Definizione di Assistito	231
8.1.2 Concetto di equità	235
8.1.3 Concetto di valore in Sanità	240
8.1.4 Concetto di disvalore in Sanità	247
8.2 Sanità in Italia. I pareri di operatori e assistiti	254
8.3 Relazioni tra assistito e personale sanitario: opinioni a confronto	261
Cap. -IX- Professionisti sanitari e aziendalizzazione: opportunità e vincoli	269
9.1 Valutazione del personale su: elementi di retribuzione, opportunità di percorso lavorativo e formazione continua	269
9.2 Principali cambiamenti avvenuti nel mondo sanitario e fenomeni migratori: il pensiero dei professionisti	278
Cap. -X- Assistiti e Azienda: rapporti, attività sanitarie e di cura	285
10.1 Rapporti dell'assistito con l'Azienda Sanitaria	285
10.2. Garanzia e tutela dei bisogni degli assistiti	288
Capitolo -XI- Risorse strutturali e assets intangibili in Azienda	292
11.1 Personale e assistiti valutano capacità e competenze degli operatori sanitari	292

11.1.1 Personale	293
11.1.2 Assistiti	298
11.2 Caratteristiche organizzative e relazionali rilevate in Azienda da operatori e dagli assistiti	302
11.2.1 Personale	303
11.2.2 Assistiti	306
11.3 Capitale relazionale e sociale presenti nell'Azienda (personale, assistiti)	313
11.3.1 Personale	313
11.3.2 Assistiti	316
11.4 Caratteristiche strutturali dell'Azienda Sanitaria: opinioni di personale e assistiti	325
11.4.1 Personale	325
11.4.2 Assistiti	330
Capitolo -XII- Peculiarità emerse nelle quattro sedi d'indagine	335
12.1 Rappresentazione di diversità significative	335
Capitolo -XIII- Il valore, prodotto finale del processo di assistenza e cura: interpretazione dei risultati dell'indagine	343
13.1 Ricerca dei drivers di valore in Sanità	344
13.2 Genesi del valore in Sanità: costituenti e determinanti	350
13.3 Concetto di equità nel panorama della tutela della salute	354
13.4 Capacità delle strutture sanitarie di dare risposte adeguate agli assistiti	356
13.5 Qualità delle relazioni fra operatori sanitari e assistiti	360
13.6 Apprezzamento dei degenti nei confronti della struttura	365
13.7 Rispetto della dignità personale	366
13.8 Opinioni e valutazioni della Sanità pubblica	369
13.9 Tutela del capitale umano aziendale	372
13.10 Presenza di capitale relazionale aziendale	376
13.11 Dimensioni strutturali e tecniche dell'Azienda Sanitaria	380

PARTE QUARTA Sfida creativa valoriale nelle Aziende Sanitarie	383
Capitolo -XIV- Valore in Sanità: paradigmi e prospettive di intervento	385
14.1 Crisi economica e valore in Sanità	385
14.2 Processo di creazione del valore	392
Capitolo -XV- Gestione strategica del valore: orientamenti progettuali in ambito sanitario	398
15.1 Peculiarità distintive dell'indagine	398
15.2 Riorganizzazione delle tematiche emerse e proposte di politiche programmatiche	406
Riflessioni conclusive	416
A - Persona protagonista e responsabile di se stessa	416
B - Azienda Sanitaria e ruolo della dirigenza	417
C - Tutela del capitale umano e delle sue competenze	419
D - Importanza del capitale relazionale	421
E - Nuove prospettive d'indagine	423
Bibliografia e Sitografia	425
ALLEGATI	449
Allegato 1: Questionario rivolto al personale	450
Allegato 2: Questionario rivolto agli assistiti	460

Introduzione

La “filiera” economica che sottende le attività dedicate al soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino costituisce, non solo in Italia, un rilevante ambito di allocazione di risorse, tanto da determinare l’assorbimento di una ragguardevole fetta del Prodotto Interno Lordo (PIL), a fronte della produzione di un esito costituito, per lo più, da aspetti non qualificabili immediatamente e univocamente, che vengono genericamente ricompresi sotto il più ampio e sintetico concetto di “stato di salute” della popolazione¹. In questo contesto, infatti, sebbene l’esito finale dei processi produttivi delle Aziende Sanitarie risponda, in qualche modo, ai criteri economici di valore, in quanto il suo scopo ultimo è rivolto al soddisfacimento di un “bisogno fondamentale della popolazione”, esso oltrepassa, concettualmente, la dimensione strettamente economica, poiché costituito da un prodotto intangibile e non da un manufatto generato in una “azienda pubblica”, dalle caratteristiche del tutto peculiari: alla determinazione del valore del bene finale, infatti, concorrono, oltre ai beni consumati e alla manodopera impiegata, anche aspetti non quantificabili e incompletamente circoscrivibili, quali i principi di qualità, eticità, equità, legittimità e imparzialità, al fine di tutelare la sovranità popolare².

Questi tre ultimi criteri, che anche solo intuitivamente possono essere riconosciuti come principi fondamentali dell’agire di una pubblica azienda, costituiscono, tuttavia, altrettanti, seppur nobili, vincoli:

- agire con equità significa, infatti, garantire a tutti i cittadini la stessa possibilità di accesso ai servizi;
- agire con legittimità presuppone la necessità di operare attraverso comportamenti corretti;

¹ Giammarco P., Rota F.R., Casalegno C. (a cura di): *La sfida dell’intangibile. Strumenti, tecniche, trend per una gestione consapevole nelle organizzazioni e nei territori*, Franco Angeli, Milano, 2015.

² Borgonovi E.: *Ripensare le amministrazioni pubbliche. Tendenze evolutive e percorsi di approfondimento*, Egea, Milano, 2004.

- agire in maniera imparziale, attraverso la tutela della sovranità popolare, consente ai cittadini di poter incidere sulle scelte decisionali.

Il settore sanitario è stato caratterizzato, negli ultimi venti anni, per un insieme di molteplici sfaccettature (di tipo politico, sociale ed economico), da un'intensa dinamica di cambiamento: sono mutate le regole che ne sovrintendono il funzionamento, le forme di legittimazione dell'intervento pubblico e di responsabilizzazione degli organi di governo, si sono modificati gli assetti politico-istituzionali, si è profondamente trasformato il quadro di soggetti, di condizioni e di utenza, in termini di qualità e di quantità dei servizi³. Se da un lato i decenni compresi tra gli anni 1970 e 80 hanno visto la progressiva trasformazione sanitaria da assistenza mutualistica a creazione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano, il ventennio successivo è stato caratterizzato da una ulteriore evoluzione dell'assistenza, attraverso la costituzione di cure erogate mediante la creazione di un modello di tipo aziendalistico.

Lo sviluppo di un sistema aziendale in Sanità ha determinato innovazioni considerevoli nella crescente managerializzazione dei processi decisionali e organizzativi, fenomeni che si sono accostati al parallelo e inarrestabile progredire dell'evoluzione tecnologica.

In particolar modo, in tale ambito, la continua evoluzione tecnico-scientifica ha, talora *ex-novo*, indotto la produzione di farmaci e/o l'adozione di approcci terapeutici innovativi e costosi, proprio nell'ottica di rispondere adeguatamente ai crescenti bisogni di salute dei cittadini, nel tentativo di "creare valore" aggiunto e nello sforzo di gestire e risolvere problematiche fino ad allora senza risposta⁴. D'altro canto, sia l'innegabile miglioramento delle condizioni igieniche e di vita dell'ultimo secolo, che, parallelamente, le implementate capacità diagnostico-terapeutiche e lo sviluppo sociale, hanno determinato un significativo miglioramento delle capacità di sopravvivenza delle età estreme della vita, con il pressoché completo azzeramento della mortalità infantile e l'incremento dell'aspettativa di vita alla nascita. Questi fenomeni, unitamente alla riduzione progressiva del tasso di sostituzione familiare, hanno considerevolmente inciso sulla proporzione di soggetti anziani, affetti da

³ Del Vecchio M.: *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano, 2001.

⁴ Campbell B.: *How to judge the value of innovation*, British Medical Journal, 2012, pag. 344.

patologie cronico-degenerative, in tutto il cosiddetto mondo industrializzato, con un sempre maggior assorbimento di risorse economiche in ambito di tutela della salute, sia riguardo agli aspetti della gestione “in acuto” nelle strutture ospedaliere, che, sul territorio, “in cronico”⁵.

Allo stesso modo, se da un lato si assiste all’incremento delle spese per la tutela della salute per i motivi appena esplicitati, dall’altro, come ha sostenuto Sabrina Nuti⁶ nel 2009 “Non si può negare, e non solo in Italia, che nel Sistema Sanitario siano presenti carenze organizzative e talvolta qualitative, che vi siano ancora tantissime sacche di inefficienza ...” che concorrono, esse stesse, a incrementare i costi sostenuti per il raggiungimento degli obiettivi di salute della popolazione.

Appare palese, infatti, come la trasformazione in senso aziendale dell’offerta sanitaria pubblica si vada a collocare in un contesto del tutto peculiare, in cui ci si trova di fronte al soddisfacimento di bisogni ritenuti essenziali, che abbracciano problematiche estremamente delicate e che, come tali, necessitano di elevata regolamentazione. Esse, inoltre, come aziende di diritto pubblico, pongono interrogativi e *caveat* specifici. In particolare da più parti è stato sottolineato che:

- sebbene i servizi sanitari siano caratterizzati dall’obiettivo della tutela dello stato di salute della collettività, la svolta in senso aziendalistico ha come requisito di base l’assunto che anche nella tutela dei bisogni di salute è necessario che il sistema sanitario funzioni e sia competitivo;
- in quanto servizi pubblici, cioè specificamente “organizzati per soddisfare un bisogno pubblico”⁷, essi sono rivestiti di un interesse collettivo, sulla base di convenienze economiche, sociali o politiche;
- l’evoluzione Normativa in questo campo ha determinato, contemporaneamente alla mutazione della regolamentazione sanitaria in ambito pubblico, l’incremento della regolamentazione delle attività produttive che soggetti privati svolgono in alternativa a soggetti pubblici, con forte incremento della produzione privata che non solo affianca, ma,

⁵ Rapporto *Osservasalute 2011*, Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto di Igiene, Roma, aprile 2012.

⁶ Nuti S.: *La valutazione multidimensionale della performance in sanità*, I Quaderni - La Sanità 2/2009.

⁷ Massei M.: *Interesse pubblico e responsabilità sociale*, Egea, Milano, 1992.

talvolta, sostituisce quella pubblica. Il decentramento di competenze dallo Stato alle Regioni, unitamente all'introduzione di elementi concorrenziali (di qui il maggior ruolo del privato) paiono, inoltre, essere i due effetti più significativi correlabili alle Riforme;

- negli ultimi anni, per quanto concerne il finanziamento dei servizi sanitari, si sottolinea un incremento della compartecipazione degli utenti (introduzione dei *tickets* e dei farmaci generici con pagamento di quote supplementari per chi desidera il farmaco "brandizzato");
- la maggior attenzione ai bisogni di salute ha comportato una prevalente focalizzazione dell'interesse generale sui servizi sanitari e sui costi che essi consumano, ove, come in Italia, esistendo un Servizio Sanitario Nazionale, questi ricadono sulla collettività. Anche il concetto di salute si è modificato di conseguenza, passando dalla definizione OMS del 1948 (salute come condizione di pieno benessere fisico, psicologico, relazionale) a quella di Twaddle del 1986 (salute come processo dinamico, concepita come situazione intermedia fra perfetto funzionamento dell'organismo e morte)⁸. I servizi sanitari dovrebbero, quindi, essere intesi come una parte delle risorse umane che possono influenzare lo stato di salute. La prestazione sanitaria potrebbe essere considerata come un *input* in un processo produttivo che ha, come risultato finale, l'incremento dello stato di salute e che è caratterizzato da livelli elevati di incertezza e di aleatorietà in termini di efficacia⁹. La necessità del controllo dei costi legati ai processi produttivi sanitari già nel Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96 determinò il proposito di non costruire "per le persone uno stato di salute come definito dall'O.M.S. (condizione di benessere fisico, psicologico, relazionale), che appartiene più all'area della felicità umana che non a quella della salute".

⁸ Twaddle A.: *Disease, illness and sickness revisited*, in Twaddle A., Nordenfelt L. (Eds.), *Disease, Illness and Sickness: three Central Concepts, in the Theory of Health. Studies on Health and Society*, Linköping, 1994.

⁹ Levaggi R., Capri S.: *Economia sanitaria*, Franco Angeli, Milano, 2003.

Secondo Porter, poi, a incrementare la complessità del panorama, indubbiamente contribuiscono anche la miriade di obiettivi dei vari *stakeholders* che, talvolta in contrasto tra loro, determinano scarsa chiarezza, approcci divergenti e limitati progressi nel miglioramento delle prestazioni, in termini di obiettivi di salute raggiunti per dollaro speso. Questa meta è quella preminente per i pazienti e armonizza gli interessi di tutti gli attori del sistema. Se il valore aumenta, infatti, sia gli utenti, che i contribuenti, sia i *providers* che i fornitori possono, indubbiamente, trarne vantaggio, mentre cresce la sostenibilità economica del sistema sanitario¹⁰.

La consapevolezza dell'impatto che la salute ha sul capitale intangibile nella società odierna costituisce, perciò, un aspetto nodale da presidiare, in un contesto in cui sempre maggiori risorse vengono assorbite dalla tutela dei bisogni sanitari. Tuttavia tale approccio stride, sempre di più, con l'attuale congiuntura economica che prevede, anche in questo settore, una progressiva riduzione di beni e servizi, così come sostenuto anche dalla giurisprudenza corrente: «L'esigenza di assicurare la universalità e la completezza del sistema assistenziale nel nostro Paese si è scontrata, e si scontra ancora attualmente, con la limitatezza delle disponibilità finanziarie»¹¹.

In quest'ottica, perciò, riveste un significativo interesse la possibilità di definire in maniera più circostanziata la catena di produzione di valore in ambito sanitario, in particolare partendo dalla considerazione che la definizione "economicistica" di valore prodotto, a fronte di un contesto in cui gli *stakeholders* non sono solo portatori di interessi economici, sembra essere perlomeno riduttiva, se non incompleta.

La presente ricerca, dunque, concentra la propria attenzione sul processo di creazione di valore nell'Azienda Sanitaria, a partire dalle suggestioni bibliografiche inerenti le principali variabili economiche e organizzative, per giungere a indagare le corrispondenze derivanti dalle componenti intangibili.

¹⁰ Porter M.E.: *What Is Value in Health Care?*, New England Journal of Medicine, 2010, n. 363, 26: pagg. 2477-81.

¹¹ Corte Costituzionale, sentenza n. 162 del 2007.

Le motivazioni relative all'individuazione di questa tematica nascono dall'esperienza pluridecennale effettuata in campo sanitario, prima a livello di Unità di degenza e poi in ambito Direzionale e di Formazione Universitaria. Proprio l'aver vissuto e sperimentato *in primis* come l'apporto delle singole professionalità non si esaurisca nelle sole sfaccettature tecniche e come valori deontologici e culturali, così difficilmente misurabili e oggettivabili, influenzino, di fatto, il rapporto con l'utenza e costituiscano il punto di incontro dell'Azienda Sanitaria con il mondo che la circonda, ha determinato la scelta di intraprendere questo percorso all'interno della realtà Piemontese, proponendone una rappresentazione in un'ottica socio-organizzativa.

La trattazione bibliografica, relativa alle principali teorie manageriali, economiche ed organizzative correlata alla creazione di valore ha rappresentato il punto di partenza nella focalizzazione dei paradigmi concettuali relativi all'ambito sanitario ed è stata la base su cui si è costruito il palinsesto dell'indagine empirica.

L'indagine si è svolta in due momenti distinti: in prima istanza l'approccio metodologico è stato di tipo qualitativo: tramite interviste effettuate a osservatori privilegiati in ambito sanitario, si è scelto di orientare l'indagine, secondo la metodologia dello studio di caso, in quattro ambiti, ritenuti i più rappresentativi e correlabili alla creazione di valore in Sanità. Sono state selezionate due realtà pubbliche (un'Azienda Sanitaria Ospedaliera e un'Azienda Sanitaria Locale) e due private ma convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale (una di proprietà religiosa e una laica *profit*), onde poter fornire una fotografia, la più possibile rappresentativa, dell'offerta sanitaria Regionale. Successivamente, sulla base degli approfondimenti ottenuti grazie alla ricerca qualitativa e alla letteratura pertinente, si sono costruiti gli *items* per effettuare un'indagine sul campo, attraverso un approccio di tipo quantitativo, affinché, vista la decisione di indagare aspetti valoriali non solo dal punto di vista degli operatori sanitari ma anche attraverso la ricostruzione del suo significato dato dal malato, principale attore del processo terapeutico assistenziale, fosse possibile ottenere una rappresentazione del valore in Sanità.

L'elaborato di tesi è stato suddiviso in quattro parti. La Prima è costituita dai capitoli I e II, ed è focalizzata sulle principali teorie, provenienti dal mondo

economico e sanitario, correlabili alla creazione di valore e al ruolo degli *assets* intangibili quali determinanti del processo valoriale, proponendone una chiave di lettura, finalizzata agli aspetti organizzativi e manageriali, contestualizzabile in ambito assistenziale. Nel III capitolo si presenta una disamina sulla rappresentazione dei concetti di salute e cura, elementi salienti di valore in Sanità, a partire dall'evoluzione storica dell'arte medica sino alla creazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Nella Seconda parte del percorso di tesi viene presentato il contesto oggetto di indagine, dal punto di vista della scelta delle aree e del palinsesto metodologico (cap. IV) e, al capitolo V, si illustra il percorso effettuato per individuare, definire e selezionare i dati da raccogliere, attraverso l'analisi dei paradigmi concettuali di valore affermatosi in Sanità e i principi e i fattori costituenti l'assetto sanitario, centrando l'attenzione sul capitale umano e sul valore percepito. Nel capitolo VI sono illustrate le realtà in cui si è svolto lo studio di caso e si è compiuta la ricerca empirica.

La Terza parte della tesi prende in esame atteggiamenti, comportamenti e valori emersi dall'indagine secondo le seguenti scansioni: nel capitolo VII si avvia l'indagine con la presentazione del campione (personale e assistiti) e viene proposta e introdotta una rappresentazione delle tematizzazioni emerse nello studio, al fine di rendere più comparabili, sin da questa prima fase, gli elementi caratterizzanti entrambi i gruppi indagati.

Le aree tematiche sottoposte alla valutazione comune di ambedue i gruppi, che si esprimono su significati di valore, disvalore ed equità e che delineano le scelte sulla definizione di assistito, vengono presentate nel capitolo VIII, e favoriscono, grazie al confronto delle opinioni espresse dagli operatori sanitari e dai ricoverati, significative riflessioni su eventuali differenze o similitudini. In questo capitolo gli stessi soggetti intervistati esprimono opinioni anche in merito alle relazioni esistenti tra personale e malato e sulla Sanità in Italia. Nel capitolo IX i professionisti sanitari forniscono una valutazione sulle opportunità e i vincoli presenti nel

proprio contesto lavorativo, sottolineando gli aspetti che impattano, in maniera significativamente rilevante, sulla quotidianità assistenziale. Essi, infatti, si interrogano sulle principali opportunità di sviluppo lavorativo, sul rapporto con l'Azienda, sulla possibilità di effettuare percorsi di formazione continua e sui principali cambiamenti avvenuti nel mondo Sanitario e le loro correlazioni al fenomeno migratorio, sia di colleghi che di utenti.

Al capitolo X sono gli assistiti che esprimono le loro opinioni relativamente ai processi di assistenza e cura, di tutela e di riconoscimento dei propri bisogni, anche in relazione al rapporto in atto, al momento dell'indagine, con la singola Azienda Sanitaria.

Nel successivo capitolo XI vengono presentate le valutazioni espresse da personale e malati relativamente agli *assets* intangibili riscontrabili in Sanità. L'attenzione di entrambi i gruppi oggetto di studio si focalizza sulle capacità e competenze necessarie all'esecuzione delle attività di assistenza e cura, sulle caratteristiche organizzative presenti in Azienda, sul capitale sociale e relazionale e sul patrimonio strutturale, in termini di apporto tecnologico, strutturale e di comfort alberghiero presenti nella singola struttura.

L'interpretazione dei risultati dell'indagine (cap. XII) evidenzia il valore come prodotto finale del processo di cura. Dopo essere stati individuati nove *drivers* di valore in Sanità, viene proposta una genesi dello stesso, andando a indagare le principali costituenti e determinanti che lo compongono ed evidenziando come alcuni elementi disvaloriali possano incidere nella sua rappresentazione. Emergono elementi significativi, nel panorama della tutela della salute, sul concetto di equità, di capacità delle strutture sanitarie di fornire risposte adeguate agli assistiti, di qualità delle relazioni tra i due gruppi indagati (operatori e utenti), di apprezzamento, da parte dei degenti, della struttura stessa. Sono, inoltre, presi in esame costituenti che caratterizzano il rispetto e la salvaguardia della dignità di entrambe le categorie osservate, la tutela

del capitale umano aziendale e di quello relazionale e, analizzando elementi valoriali e di disvalore ritenuti esemplificativi nella Sanità Italiana, si possono evincere ulteriori significative riflessioni sulle dimensioni strutturali e tecniche presenti nelle specifiche realtà oggetto di studio.

Le singole peculiarità emerse nelle quattro sedi d'indagine, dal punto di vista della rappresentazione delle differenze statisticamente significative, sono presentate nel capitolo XIII.

Nella Quarta parte, infine, alla luce dei dati raccolti e commentati in precedenza e dei paradigmi valoriali in Sanità, vengono formulate prospettive di intervento (cap. XIV) e, a fronte di una riorganizzazione delle tematiche emerse, nel capitolo XV si analizzano e propongono elementi di orientamento progettuale in ambito Sanitario, attraverso cui i Gestori del Sistema Sanitario (a partire dagli organi di Governo centrale per arrivare alla programmazione locale dell'Azienda Sanitaria ad opera del Direttore Generale) possano avviare processi e azioni in grado di incidere, in maniera significativa, sulla generazione del valore in Sanità.