

Di che cosa è fatta la *performance* ospedaliera? Il punto di vista dei professionisti

Angelastro Angela*, Lombardi Milena**

*Psicologa Sociale, Agenas, ** Psicologa Sociale, Sapienza Università di Roma

1. INTRODUZIONE

Lo studio nasce per dar seguito all'intenzione progettuale¹ di lavorare sulla riorganizzazione delle reti ospedaliere prestando attenzione al punto di vista dei professionisti che operano all'interno delle reti medesime.

L'attenzione al punto di vista dei professionisti ha permesso di esplorare i processi di riorganizzazione e di messa in rete dei servizi sanitari.

Quando si parla di *processi*, si fa riferimento alle dinamiche di cambiamento che vengono messe in atto nell'organizzazione, avendo cura di non tralasciare la consapevolezza delle complessità e difficoltà che seguono ai cambiamenti in corso.

Per cominciare, è stato necessario ed indispensabile un approfondimento della letteratura nazionale ed internazionale, intorno al tema dell'erogazione integrata dei servizi sanitari e dei modelli di realizzazione possibili.

In questa fase, l'intenzione è stata quella di individuare aree di interesse che fornivano l'occasione di lavorare *con* quei professionisti che rendono effettivamente possibili alcune delle più interessanti e complesse scelte in fatto di programmazione sanitaria.

Il terreno concettuale scelto è quello della *performance ospedaliera*, tema sovente indagato in quanto particolarmente rilevante dal punto di vista sanitario, soprattutto nella prospettiva di azioni di monitoraggio e valutazione degli erogatori sanitari. In particolare, l'attenzione è stata focalizzata sui sistemi valoriali in qualche modo collegati alla *performance*.

Il riferimento teorico adottato è rappresentato dal modello multi-dimensionale delineato da C. Sicotte e i suoi collaboratori^{2 3}.

La finalità principale del modello è quella di affiancare agli aspetti di efficacia, efficienza e qualità delle cure anche un'attenzione all'organizzazione ed ai professionisti. Secondo Minvielle e i suoi

¹ Il riferimento è al Progetto di Ricerca Corrente 2007, condotto da Agenas e finanziato dal Ministero della Salute, dal titolo "Strumenti e modelli per la programmazione delle reti ospedaliere".

² Guisset A.L., Sicotte C., Leclercq P., D'Hoore W., Defining hospital performance: a survey among key stakeholders in hospitals. *Sciences sociales et Santé* 2002; 20-2: 65-102.

³ Minvielle E., Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.P., Jeantet M., Préaubert N., Bourdil A., Richard C.. Hospital Performance: Competing or shared values?. *Health Policy* 2008; 87: 8-19.

collaboratori, infatti: "other weighty dimensions (...) are organizational values and human values related to qualità of work life" (Minvielle et al. 2008: 16).

Dunque, riprendendo la teoria della *social system action* di Parson (cit. in Minvielle et alii, 2008), gli autori disegnano un modello teorico multidimensionale caratterizzato per l'attenzione alle seguenti dimensioni (Fig. 1): *Rational/goal, Open system, Internal process e Human relations*.

Performance model: dimensions	Definition	Sub-dimensions
Rational/goal	A rational view which holds that an organization is effective if it achieves specific objectives	Effectiveness Budget equilibrium/cost control Goal attainment
Open system	The success in the acquisition of resources, be they material, financial, or symbolic, as well as growth through flexibility, adaptation, and external support, is the valued performance criteria	Attractiveness/capacity to acquire resources Openness/community relations
Internal process	A high-performance organization is one which runs smoothly, without undue internal strain	Productivity Internal organization functioning Patient satisfaction
Human relations	Performance is defined in terms of the organization's internal health using dimensions such as morale, climate, cohesion, conflict and human development	Professional values Public service values Organizational values Work climate Personal achievement values

Figura 1. Estratto da Minvielle et al., 2008:10.

A partire da questo modello concettuale⁴, dopo una condivisione nell'ambito dei tavoli di lavoro con gli interlocutori regionali, si è scelto di avviare un approfondimento nel contesto italiano, facendo salve le indiscutibili differenze tra le realtà indagate a livello internazionale e le diverse esperienze di riorganizzazione dei servizi sanitari oggetto di attenzione nell'ambito del nostro progetto di ricerca.

Incontrata la disponibilità dei colleghi franco-canadesi (in particolare, del dott. C. Sicotte e del dott. E. Minvielle), abbiamo replicato il loro studio, adottando peraltro il medesimo strumento di analisi dei dati (descritto nei paragrafi successivi).

Di seguito, sarà presentato il disegno dello studio e saranno discussi brevemente i principali risultati.

2. OBIETTIVO DELLO STUDIO

La riflessione, che ha guidato questa ricerca, si è incentrata sugli aspetti che caratterizzano il tessuto culturale nel quale è erogata la risposta ospedaliera ai bisogni di salute. Infatti, allorché guardando ai professionisti della salute, ci si è domandati "di che cosa è fatta la performance

⁴ Per un approfondimento completo ed esaustivo, si rimanda alla letteratura citata nel testo.

ospedaliera?”, l’attenzione si è focalizzata sul patrimonio di valori di cui i professionisti sono portatori e che essi stessi riconoscono al contesto professionale nel quale lavorano.

In quest’ottica, si è ritenuto di condividere gli obiettivi di ricerca che avevano già orientato il lavoro dei colleghi francesi e canadesi, dal momento che tali obiettivi assumevano senso anche nel quadro delle nostre intenzioni progettuali.

La presente ricerca, dunque, si è posta il duplice obiettivo di:

- a. rintracciare i possibili sistemi di valori che sottendono alla *performance* in ambito ospedaliero;
- b. confrontare i sistemi di valori, a partire dal differente ruolo professionale.

3. LO STRUMENTO

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato il medesimo questionario sperimentato nell’indagine franco-canadese, tradotto in lingua italiana ed adattato al contesto specifico di ricerca⁶.

Il questionario è introdotto da una scheda anagrafico-informativa anonima, nella quale sono illustrati gli obiettivi della ricerca e le istruzioni di compilazione del questionario.

Il questionario è aperto da un’affermazione: “Un ospedale performante (efficace/competitivo) è un ospedale che...”. Laddove il *case study* preveda l’approfondimento in un contesto nel quale l’erogatore di servizi sanitari sia costituito da due o più strutture (si veda il caso della Rete oncologica dell’Ausl di Ravenna), il sostantivo “ospedale” è sostituito da “rete”.

Seguono sessantasei *item*: rispetto a ciascuno di essi il rispondente esprime il proprio grado di accordo/disaccordo lungo un continuum che va da zero (totale disaccordo: *item* non importante) a dieci (totale accordo: *item* importantissimo).

La scelta di questo strumento di raccolta dei dati è stata discussa e condivisa nell’ambito dei gruppi di lavoro.

Durante questi incontri, sono state introdotte alcune variazioni allo strumento originario:

a. La scheda anagrafica

Alla scheda anagrafica sono state fatte le seguenti modifiche:

- la voce Età è stata trasformata in Classi di età (≤ 35 ; tra 36 e 45; tra 46 e 55; ≥ 56);
- la voce Anzianità di servizio è stata trasformata in Anzianità di servizio nell’ospedale (o presidio);
- sono state aggiunte le voci Anzianità di servizio nell’Unità Operativa e Anzianità nel SSN;
- l’area dell’Unità Operativa è stata variamente definita a seconda del caso in oggetto ed i responsabili dei *case study* si sono occupati di inviare all’Agenzia, nella versione definitiva della scheda anagrafica, il dettaglio delle unità operative inserite;
- l’area della Funzione svolta è stata ridefinita a seconda del caso, a partire dalle seguenti categorie (la ricodifica/transcodifica è avvenuta nella fase di inserimento dati):
 - clinico e assistenziale;
 - supporto tecnico, logistico, amministrativo;
 - organizzativo e gestionale;
 - servizi tecnici.

⁶ La traduzione dello strumento di raccolta dati è stata condotta dalla dott.ssa Angelastro (Coordinamento organizzativo del progetto – Agenas), supportata dalle dott.sse Bravi (Ausl Ravenna) e Visca (Sezione OSS – Agenas)

b. *Il questionario*

In fase di traduzione, al questionario originario sono state apportate alcune modifiche. Di seguito sono indicati gli *item* modificati ed è inserita la versione definitiva concordata:

item 7: "...nel quale la degenza è più breve che in altri servizi simili di altri ospedali";

item 22: "...al quale il personale è orgoglioso di appartenere";

item 32: "...che si caratterizza per un eccellente livello di ricerca";

item 45: "...per il quale è importante che le necessità lavorative siano svolte all'interno dei normali carichi di lavoro";

item 46: "...che attrae il top management di grande fama";

item 52: "...che ha per obiettivo di esser rispondente ai requisiti istituzionali di accreditamento";

item 61: "...che sviluppa un volume di attività con un buon *case-mix* (casistica di medio - alta complessità)".

Infine, nel tentativo di cogliere un riferimento alla tematica della formazione, al questionario originale è stato aggiunto un nuovo *item*, il 67, con il seguente testo: "... che si prende cura della formazione del proprio personale".

Il questionario completo è consultabile al seguente link:

http://www.agenas.it/reti_ospedaliere/Reti_Osp_4_Strumenti_Questionario.pdf .

4. IL DISEGNO DELLO STUDIO

4.1. La popolazione

L'indagine è stata condotta nelle quattro regioni che hanno preso parte al progetto di Ricerca corrente 2007: Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Veneto.

In particolare, le realtà oggetto dei nostri *case study* sono: la rete oncologica dell'Area Vasta Romagna, l'istituto di cura Humanitas di Milano, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze e la ULSS 16 di Padova.

In coerenza con l'obiettivo di confrontare tra loro le tre macro-categorie di *stakeholder* (clinica, assistenziale e gestionale-organizzativa), a ciascuna Unità di ricerca (UdiR) è stato affidato il compito di individuare e definire localmente la popolazione che avrebbe partecipato alla fase empirica della ricerca.

4.2. Il campionamento

La fase di campionamento è stata preceduta da un momento di riflessione, che ha coinvolto tutti gli interlocutori regionali. La riflessione si è incentrata sulla peculiare conformazione dei quattro diversi contesti che si andavano ad esplorare nell'ambito della ricerca italiana e sulla possibilità di realizzare un campionamento che permettesse di rappresentare la popolazione dei professionisti nel modo più realistico possibile.

I differenti modelli organizzativi messi in gioco in ciascuna delle realtà regionali coinvolte, infatti, implicano differenti sistemi di ruoli e relazioni e responsabilità per ciascuna macro- categoria professionale (*caregiver*, medici, staff gestionale-organizzativo). Come conseguenza, la numerosità (sia complessiva sia specifica delle macro-categorie) varia sensibilmente da un contesto regionale ad un altro.

Consapevoli delle differenze che caratterizzano le diverse realtà organizzative osservate – e, dunque, le popolazioni dei differenti *case study* - si è concordato sull'opportunità di fornire, per la definizione del campione, solo alcune coordinate generali di riferimento:

- minimo 100 persone;
- minimo il 5% del totale dei professionisti che lavorano in ciascun contesto.

Si precisa, inoltre, che ciascuna Unità di ricerca ha proceduto autonomamente sia nella definizione dei referenti locali per la raccolta dei dati che per le strategie di definizione del campione.

Di seguito sono illustrate le informazioni sul campionamento effettuato, che ciascuna UdiR ha riferito:

⇒ *Rete oncologia Area Vasta Romagna*

Il conteggio dello staff della rete è basato su quanto comunicato dagli uffici personale delle aziende coinvolte nel progetto.

Al fine di rintracciare un campione che fosse il più possibile rappresentativo, si è chiesto a ogni referente delle Ausl della Romagna (Ravenna, Rimini, Forlì, Cesena) e dell'Istituto scientifico Romagnolo per lo Studio e la cura dei Tumori (IRST) di Meldola di compilare una scheda che permettesse di fare una stima della popolazione.

Tenuto conto che alcune figure (personale gestionale-amministrativo, *caregiver*,...) svolgono mansioni a cavallo tra più unità operative, si è stimata una popolazione di circa 1000 operatori (circa 600 *caregiver*, 300 medici, 100 personale gestionale-amministrativo) su tutta la rete oncologica di AVR.

Ci si è resi conto che distribuendo 100 questionari per ogni Azienda e per l'IRST era possibile rappresentare l'intera popolazione, facendo riferimento ad un target composto da 4 Ausl (Forlì, Cesena, Ravenna e Lugo, Rimini) e dall'IRST di Meldola.

La tabella che segue mostra i dettagli del campionamento effettuato.

	Staff	Questionari inviati	Questionari restituiti
caregiver	539	275	191
medici	248	175	106
personale gestionale - amministrativo	95	50	44
Totale	882	500	341

Tabella 1. Campionamento in Area Vasta Romagna

⇒ *Istituto di Cura Humanitas Milano*

Per quanto riguarda il *case study* svoltosi presso l'Istituto di Cura (IC) Humanitas, la popolazione ed il relativo campione sono descritti nella tabella seguente.

	Tot personale ICH	Campione (8%)
Medici	449	36
Infermieri e Personale sanitario di supporto	936	75
Servizio Clienti	161	13
Staff	157	13
Area ricerca	89	7
Altri	78	6

Totale | 1870 | 150

Tabella 2. Campionamento IC Humanitas

⇒ Azienda Ospedaliera Universitaria "Careggi" – Firenze

Nel caso di Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) "Careggi", sono state prese in considerazione tre differenti popolazioni di riferimento:

- a. addetti personale medico/infermieristico/ausiliari appartenenti all'area emergenza/urgenza e terapie intensive (per un totale stimato di circa 500 persone);
- b. area chirurgica, medici/infermieri/ausiliari (per un totale stimato di circa 800 persone);
- c. area amministrativa e del rischio clinico (per un totale stimato di circa 530 persone).

In sintesi:

	Popolazione stimata	Campione
Popolazione 1: addetti personale medico/infermieristico/ausiliari appartenenti all'area emergenza/urgenza e terapie intensive	500	35-40
Popolazione 2: area chirurgica, medici/infermieri/ausiliari	800	40
Popolazione 3.a: supporto tecnico-amministrativo	200	20
Popolazione 3.b: supporto organizzativo-gestionale	80	5
Popolazione 3.c: Area servizi sanitari (radiologia)	200	10
Totali	1830	110-115

Tabella 3. Campionamento AOU Careggi

⇒ ULSS 16 Padova

Prendendo in considerazione il modello di continuità assistenziale in atto, nell'ambito del *case study* si è deciso di distribuire il questionario ad un campione che sia rappresentativo di quello coinvolto nel sistema e che comprenda le diverse figure professionali. Sono stati distribuiti circa 100 questionari a tre livelli:

- 1) Reparti ospedalieri dell'Ospedale S. Antonio (medici e infermieri);
- 2) SECC (snodo ospedale-territorio);
- 3) Medici di medicina generale e personale di un distretto del territorio dell'ULSS 16.

Il campione di 100 soggetti, così identificato, corrisponde a più del 5% dei soggetti coinvolti nella rete, la cui stima è intorno ai 1200 soggetti.

5. L'ANALISI DEI DATI

Le fasi di raccolta dei dati e di *data entry* sono state condotte tra marzo e giugno 2009.

A ciascuna Unità di Ricerca è stata assegnata la responsabilità di archiviare i questionari ed effettuare l'inserimento dati. In particolare, il *data entry* è stato effettuato utilizzando una maschera, realizzata con il contributo del dott. Di Domenicantonio. Ad inserimento dati ultimato, ciascuna UdiR ha inviato il file dati completo ad Agenas.

L'elaborazione dei dati raccolti è stata condotta mediante il software statistico SPSS (versione 17.0).

Nel condurre l'analisi dei dati, si è avuta cura di percorrere i medesimi passaggi dell'analisi franco-canadese, in modo da mantenere la prospettiva comparativa della ricerca.

I passi seguiti nel lavoro di analisi sono stati i seguenti:

- a. *screening* preliminare dei dati, al fine di verificare l'assenza di eventuali errori di inserimento, di dati mancanti o anomali;
- b. eliminazione dai database di tutti i soggetti caratterizzati da più di cinque valori mancanti, secondo le indicazioni di Minvielle *et al.* (2008);
- c. creazione di un database unico contenente i dati provenienti dalle quattro diverse unità operative ricerca;
- d. analisi preliminari sugli *item* del questionario;
- e. replica dell'Analisi delle Componenti Principali eseguita da Minvielle *et al.* (2008) sul questionario;
- f. esecuzione di una nuova analisi fattoriale;
- g. esecuzione di Analisi della Varianza Univariata (ANOVA) fattoriali sulle tredici dimensioni proposte da Minvielle *et al.* (2008);
- h. confronto dei punteggi delle tredici dimensioni secondo il metodo proposto da Minvielle *et al.* (2008);
- i. analisi su singoli *item* di rilevante interesse.

5.1. Lo *screening* preliminare dei dati

Lo *screening* dei dati ha evidenziato la presenza di parecchi soggetti (il 3.8% del totale) che non hanno risposto a più di cinque delle sessantasei domande del questionario. Seguendo le indicazioni degli autori della versione originale (Minvielle *et al.*, 2008), si è scelto quindi di eliminare dal campione tutti i rispondenti caratterizzati da più di cinque risposte mancanti.

La tabella che segue riporta il numero dei soggetti eliminati dal campione originale con la relativa percentuale. È possibile osservare che il sottocampione lombardo risulta quello con la percentuale più alta di soggetti con più di cinque valori mancanti.

	missing > 5	tot soggetti	% missing > 5	Soggetti validi
AOU Careggi - Firenze	4	140	2,86	136
Ulss 16 Padova	3	103	2,91	100
Rete oncologica AVR	15	344	4,36	329
IC Humanitas - Milano	8	156	5,13	148
Totale	30	743	4,04	713

Tabella 4. Soggetti con più di cinque risposte mancanti.

5.2. Il *database* unico

Il *database* unico, composto da tutti i soggetti validi provenienti dalle quattro Unità di ricerca, è dunque costituito da 713 rispondenti, di cui il 65.5% donne e il 29% uomini (il restante 5.5% non ha risposto alla domanda sul genere).

Come è possibile osservare dalla tabella 5, che riporta la distribuzione di frequenza secondo il genere e secondo la funzione svolta, circa il 43% dei rispondenti sono infermiere.

I soggetti del campione lavorano all'interno del Servizio Sanitario Nazionale da una media di circa

15 anni (dev. std. circa 10), mentre nell'Unità Operativa da circa 8 (dev. std. 6.8) e nell'Azienda Ospedaliera di riferimento da circa 11 (dev. std. circa 9).

		Funzione svolta				Totale
		Medico	Infermiere/ <i>Caregiver</i>	Staff amministrativo/gestionale	Mancante	
Genere	Mancante	9	23	6	2	40
	F	63	308	91	4	466
	M	95	85	25	2	207
Total		167	416	122	8	713

Tabella 5. Distribuzione di frequenza dei soggetti secondo il genere e secondo la funzione svolta.

6. RISULTATI

6.1. Alcune osservazioni descrittive

Un'analisi preliminare dei dati relativi agli *item* del questionario si è focalizzata sul calcolo della media per ciascun *item* e sull'individuazione dei cinque *item* con la media più alta (ossia gli *item* che hanno ottenuto il maggior accordo) e dei cinque con la media più bassa (gli *item* verso i quali l'accordo è più basso). Nella tabella 6, tali *item* estremi sono posti a confronto con quelli trovati da Minvielle *et al.* (2008).

Campione Ricerca Reti Ospedaliere		Minvielle <i>et al.</i> 2008	
<i>Un ospedale performante (efficace/competitivo) è un ospedale ...</i>		<i>Un ospedale performante (efficace/competitivo) è un ospedale ...</i>	
<u>Cinque <i>item</i> con il punteggio medio più alto</u>	M	<u>Cinque <i>item</i> con il punteggio medio più alto</u>	M
13. nel quale il personale rispetta l'intimità e la dignità del paziente	9.26	13. nel quale il personale rispetta l'intimità e la dignità del paziente	9.31
14. che assicura continuità assistenziale	9.21	14. che assicura continuità assistenziale	9.21
20. che eroga l'assistenza migliore sia sul piano curativo che su quello preventivo	9.08	19. in cui il personale è empatico verso i pazienti ⁷ (nel quale il personale si occupa di una presa in carico "umana" del paziente)	9.15
19. nel quale il personale si occupa di una presa in carico "umana" del paziente	9.06	20. che eroga l'assistenza migliore sia sul piano curativo che su quello preventivo	9.08
12. nel quale il clima lavorativo è buono	8.99	41. che accoglie e cura chiunque necessiti di assistenza, senza fare alcun tipo di discriminazione	9.05
<u>Cinque <i>item</i> con il punteggio medio più basso</u>	M	<u>Cinque <i>item</i> con il punteggio medio più basso</u>	M
42. dove i direttori di unità operativa hanno una grande notorietà	5.30	36. che è positivamente considerato dai mezzi di comunicazione	4.93
46. che attrae i direttori (generali, sanitari) di grande fama	5.54	46. che attrae i direttori (generali, sanitari) di grande fama	4.94

36. che è positivamente considerato dai mezzi di comunicazione	6.94	61. che sviluppa un volume di attività con un buon case-mix	5.52
16. che è fornitore di posti di lavoro	7.16	7. nel quale la degenza è più breve che in servizi simili	5.79
34. che ha per obiettivo il rispetto del proprio budget preventivo	7.17	42. in cui i direttori di unità operativa hanno una grande notorietà	5.94

Tabella 6. Confronto tra i dati raccolti nei *case study* e il lavoro di Minvielle et al. 2008 rispetto agli *item* con i punteggi medi più alti e più bassi.

Dal confronto tra i cinque *item* con il punteggio più alto nelle due ricerche, emerge una certa similarità: gli *item* 13 e 14 occupano le prime due posizioni in entrambi i lavori nello stesso ordine, mentre gli *item* 19 e 20 occupano la terza e quarta posizione nella ricerca franco-canadese e le stesse posizioni in ordine inverso in quella italiana.

L'unica differenza si registra, quindi, sulla quinta posizione, dove gli *item* sono diversi. È evidente che gli *stakholder* delle due ricerche assegnano molta importanza, in maniera assolutamente simile, a valori legati al rispetto e alla presa in carico del paziente, alla continuità assistenziale e alla unzione preventiva delle strutture ospedaliere.

Alcune differenze tra il campione italiano e quello franco-canadese emergono, invece, in relazione ai cinque *item* con il punteggio medio più basso, ossia gli *item* con i quali gli *stakeholder* si trovano meno in accordo.

In questo caso, tre su cinque sono comuni, ma occupano posizioni diverse; mentre due sono differenti nelle due ricerche. La notorietà e la fama dei direttori insieme alla positiva rappresentazione della struttura non sono considerate caratteristiche dell'ospedale performante, tanto dagli operatori italiani quanto da quelli franco-canadesi.

È interessante notare come, tra questi cinque *item* con le medie più basse, nel campione italiano, a differenza di quello franco-canadese, rientra anche l'affermazione "... che ha come obiettivo il rispetto del proprio budget preventivo", indicando forse che gli *stakeholder* italiani non leghino la buona performance ospedaliera agli aspetti più strettamente economici.

6.2. Confronto tra modello teorico e modello empirico

Successivamente è stata eseguita un'Analisi delle Componenti Principali (ACP) a quattro fattori, per verificare la struttura fattoriale individuata da Minvielle *et al.* (2008), oltre che validare il modello teorico di riferimento. Tuttavia i risultati non sono stati soddisfacenti, poiché, a fronte di una varianza spiegata di circa il 50%, la maggior parte degli *item* satura su più di un fattore. Inoltre, la composizione dei singoli fattori si differenzia notevolmente da quella proposta nel modello teorico e rintracciata nell'esperienza franco-canadese.

L'analisi delle saturazioni fattoriali ha tuttavia permesso di intravedere una diversa struttura fattoriale per il campione italiano, rispetto a quello francese. Mantenendo l'ipotesi di indipendenza tra le dimensioni, è stata quindi condotta una Analisi Fattoriale Esplorativa con il metodo dell'estrazione delle componenti principali e rotazione varimax, che ha evidenziato la presenza di tre fattori, parzialmente sovrapponibili ai quattro fattori originali.

Di seguito sono presentati i tre fattori e il riepilogo degli *item* che saturano su ciascuno (tabelle da 7 a 9).

Numero item		Saturazione
19	Nel quale il personale si preoccupa di una presa in carico umana del paziente	0,647
9	che si pone obiettivi e fa in modo di realizzarli	0,635
10	che tiene in considerazione il punto di vista dei pazienti affinché l'organizzazione ospedaliera evolva efficacemente	0,633
13	Nel quale il personale rispetta l'intimità e la dignità del paziente	0,632
29	Che si sforza di accogliere e rassicurare al meglio i pazienti e i loro familiari	0,622
27	Nel quale si esprimono coesione e solidarietà tra i membri della stessa equipe	0,61
6	nel quale il personale si sente coinvolto nell'organizzazione e nel lavoro	0,609
25	Nel quale il personale è al servizio del paziente	0,609
21	Nel quale i pazienti sono molto soddisfatti del servizio ricevuto	0,602
26	Che sviluppo reti con altri erogatori e/o professionisti per migliorare la presa in carico dei malati	0,588
2	che si sforza di alleggerire le procedure burocratiche per il paziente	0,581
14	Che assicura continuità assistenziale	0,58
12	Nel quale il clima lavorativo è buono	0,578
22	Al quale il personale è orgoglioso di appartenere	0,565
17	Nel quale il personale informa correttamente il paziente a proposito delle sue condizioni di salute e del percorso assistenziale	0,558
20	Che eroga l'assistenza migliore, sia sul piano preventivo che su quello curativo	0,554
24	Che valuta l'impatto delle cure e dei servizi erogati	0,54
28	Che produce i migliori risultati di salute possibili con i mezzi disponibili	0,538
31	Organizzato architettonicamente in modo da facilitare i pazienti	0,531
1	nel quale lo staff dirigente e amministrativo si consulta con il personale e presta ascolto ai suggerimenti	0,521
4	nel quale il personale mette al primo posto l'interesse generale	0,514
33	Nel quale le relazioni tra personale medico e infermieristico e personale amministrativo sono buone	0,501
8	che attrae personale qualificato	0,498
5	che incrementa la propria attività (assicurandosi che sia giustificata e appropriata)	0,496
18	Che si preoccupa delle proprie relazioni con i medici di medicina generale	0,486
15	Che si mostri capace di adattare gli obiettivi alle circostanze	0,471
3	nel quale si evitano sprechi di ogni natura (ad esempio, si evitano esami diagnostici supplementari non giustificati)	0,464
30	Dove le persone si realizzano attraverso il proprio lavoro	0,457
35	Nel quale tutto il personale condivide gli stessi valori	0,43
23	Nel quale la pratica è fondata sui risultati di ricerca clinica (<i>evidence based</i>)	0,418

Tabella 7. Punteggi di saturazione sul primo fattore.

Numero Item		Saturazione
-------------	--	-------------

47	Nel quale le persone assunte hanno competenza adatta al ruolo da ricoprire	0,661
37	Nel quale son tenuti in conto sia lo stress che la fatica del personale	0,653
39	Nel quale le competenze del personale sono valutate, valorizzate e riconosciute	0,647
48	Nel quale si realizza un efficace coordinamento tra le unità di cura coinvolte nella presa in carico dei pazienti	0,647
55	In cui ciascun membro del personale riconosce e rispetta le competenze ed il lavoro degli altri	0,647
45	Per il quale è importante che le necessità lavorative siano svolte all'interno dei normali cariche di lavoro	0,628
57	Che possiede i mezzi necessari per assicurare ai pazienti la miglior continuità assistenziale possibile	0,621
65	Che si affida a personale competente	0,621
58	Che adatta le sue strutture ai bisogni del territorio (servizi ambulatoriali, etc.)	0,593
50	Nel quale il personale è consapevole dell'importanza e dell'utilità del proprio lavoro	0,569
44	Nel quale è valorizzato il buon equilibrio tra la vita privata e quella professionale del personale	0,55
38	Che ottimizza i propri costi senza nuocere alla qualità ed alla sicurezza delle cure	0,547
51	Che cerca costantemente di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure pur non trascurando l'importanza del volume di attività	0,537
60	Che ha l'obiettivo di migliorare lo stato di salute della popolazione	0,515
59	In cui il personale ha a cuore un lavoro ben fatto	0,513
43	Che non sacrifica l'aspetto relazionale delle cure in nome di un incremento di attività	0,511
66	Che intraprende percorsi di discussione a proposito di valori e o questioni eticamente sensibili	0,506
53	In cui le cure sono eccellenti dal punto di vista tecnico	0,46
41	Che accoglie e cura chiunque necessiti di assistenza, senza fare alcun tipo di discriminazione	0,459
63	Che rispetta le norme e la legislazione vigente	0,452

Tabella 8. Punteggi di saturazione sul secondo fattore.

Numero item		Saturazione
42	In cui i direttori di unità operativa hanno una grande notorietà	0,805
46	Che attrae il top management di chiara fama	0,783
36	Che è positivamente considerato dai mezzi di comunicazione	0,755
56	Che sa procurarsi risorse finanziarie supplementari	0,679
64	Con un grosso numero di richieste di frequenza delle unità operative da parte degli studenti di medicina e degli specializzandi	0,666
34	Che ha per obiettivo il rispetto del proprio budget preventivo	0,625
62	Che riceve pochi reclami da parte dei pazienti	0,587
61	Che sviluppa un volume di attività con un buon case-mix (casistica di medio-alta complessità)	0,585
54	Che informa la popolazione sulle proprie attività	0,583
52	Che ha per obiettivo di esser rispondente ai requisiti istituzionali di accreditamento	0,582
49	Che offre uno sviluppo di tecnologie degno di nota	0,573

32	Che si caratterizza per un'eccellente livello di ricerca	0,544
40	Che sviluppa legami forti con la città	0,534
16	Che è fornitore di posti di lavoro	0,531
11	Che fornisca servizi non disponibili altrove	0,496
7	nel quale la degenza è più breve che in servizi simili di altri ospedali	0,494

Tabella 9. Punteggi di saturazione sul terzo fattore.

Dal momento che il modello fattoriale del campione italiano non risulta sovrapponibile né al modello teorico proposto né a quello emerso dall'indagine francese (entrambi, infatti, si caratterizzano per l'evidenza di quattro dimensioni), è necessario osservare i punteggi di saturazione di ciascun item sul proprio fattore di appartenenza per rintracciare una possibile definizione del fattore stesso.

Per quanto riguarda il primo fattore, come si vede nella tabella 7, sembrano prevalere una spiccata attenzione nei confronti del paziente ed un interesse alle buone relazioni all'interno dell'organizzazione. Si è, dunque, ipotizzata la seguente definizione del fattore: *centralità del paziente e relazioni positive*.

Quanto al secondo fattore (tab. 8), sembra prevalere l'importanza dei valori professionali insieme agli aspetti di qualificazione ed eccellenza dell'organizzazione e del suo personale. Si è, in questo caso, ipotizzata la seguente definizione per il secondo fattore: *valori condivisi e qualificazione del personale*.

Infine, per quanto riguarda il terzo fattore (tab. 9), sembrano prevalere elementi legati all'immagine pubblica e sociale dell'organizzazione. La denominazione ipotizzata, perciò, sarebbe: *attrattività e immagine dell'ospedale*.

Per sostenere la struttura fattoriale del modello individuato è stata successivamente eseguita un'Analisi Fattoriale Confirmatoria, che mostra degli indici di adattamento sufficienti, indicando che il modello teorico a tre fattori testato si adatta sufficientemente bene ai dati. Tuttavia, una serie di indicatori lasciano ipotizzare che i tre fattori non siano indipendenti tra loro. Ulteriori analisi saranno eseguite per definire adeguatamente il modello teorico ed adattarlo alla realtà italiana.

6.3. Effetti delle variabili indipendenti

Al fine di verificare la presenza di eventuali differenze nei punteggi medi sulle tredici dimensioni (sottoscale) – riferite al modello multidimensionale di performance e riportate da Minvielle *et al.* (2008) - tra personale con funzione diversa e nelle quattro Regioni (corrispondenti alle quattro unità di ricerca) è stata condotta una serie di analisi della varianza fattoriali, con disegno 4 (Regione) x 3 (Funzione svolta) su ciascuna delle dimensioni.

I risultati dettagliati delle analisi sono riportati in appendice; qui di seguito si mostrano i grafici relativi agli effetti significativi.

6.3.1. L'effetto della Funzione svolta

Per funzione svolta si intende la categoria di *stakeholder* cui i partecipanti alla ricerca appartengono. Dunque, i confronti sono stati fatti tra *caregiver* (gruppo che include per lo più infermieri e, per questa ragione, si utilizzerà il riferimento generico alla categoria infermieristica), clinici e staff gestionale-organizzativo-amministrativo.

Sinteticamente, per quanto concerne le dimensioni di "Goal attainment", "Efficacy/effectiveness", "Patient satisfaction", "Openness", "Organizational values" e "Work climate" i risultati indicano un effetto principale della funzione svolta (i confronti multipli sono stati eseguiti *post hoc* con il metodo LSD, $p > 0.05$).

I risultati mostrano che la Funzione svolta incide in maniera statisticamente significativa sui punteggi ottenuti su queste dimensioni. In particolare, gli infermieri raggiungono sempre medie significativamente più alte dei medici e, a volte, anche dello staff gestionale-amministrativo.

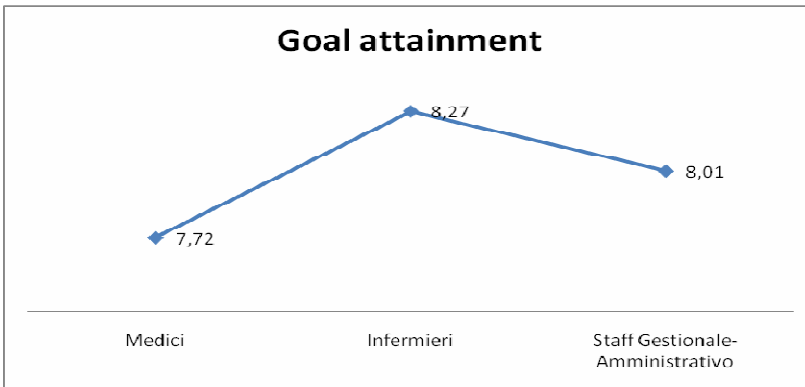


Grafico 1: Effetto della funzione su *Goal attainment*.

Variabile dipendente: Goal attainment					
Effetto	df	F	Sig.	η^2	Post hoc
Regione	3	0,217	0,885	0,001	
Funzione svolta	2	7,885	0,000	0,022	M < A < I
Regione * Funzione svolta	6	0,713	0,639	0,006	

Tabella 10. Test di significatività per *goal attainment*.

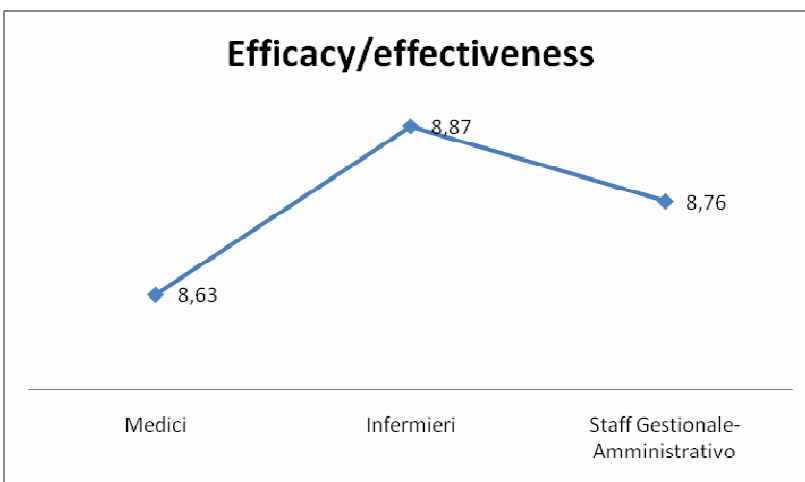


Grafico 2. Effetto della funzione per *Efficacy/effectiveness*.

Variabile dipendente: Efficacy/effectiveness					
Effetto	df	F	Sig.	η^2	Post hoc
Regione	3				
Funzione svolta	2				
Regione * Funzione svolta	6				

Effetto	df	F	Sig.	η^2	Post hoc
Regione	3	0,951	0,416	0,004	
Funzione svolta	2	3,011	0,050	0,009	M < I
Regione * Funzione svolta	6	0,786	0,581	0,007	

Tabella 11. Test di significatività per Efficacy/effectiveness

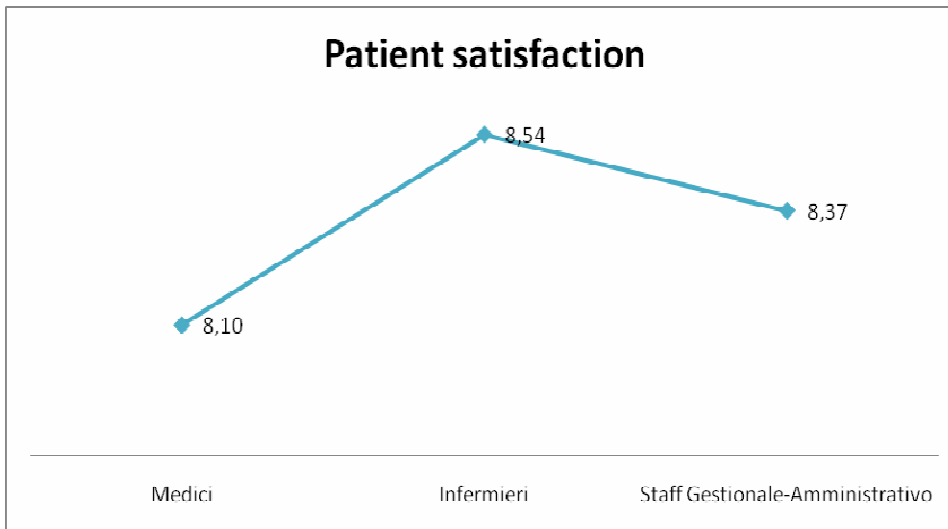


Grafico 3. Effetto della Funzione per *Patient satisfaction*.

Variabile dipendente: Patient satisfaction					
Effetto	df	F	Sig.	η^2	Post hoc
Regione	3	0,568	0,636	0,002	
Funzione svolta	2	5,415	0,005	0,015	M < I
Regione * Funzione svolta	6	1,738	0,11	0,015	

Tabella 12. Test di significatività per *Patient satisfaction*.

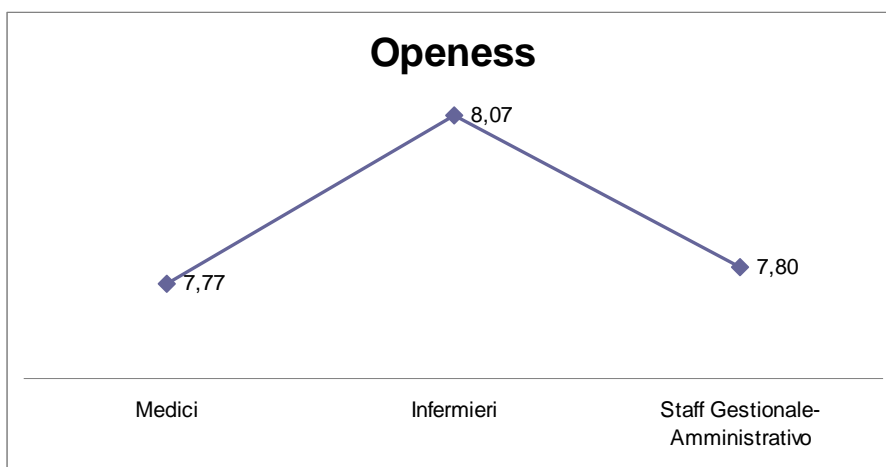


Grafico 4: Effetto della Funzione per *Openess*

Variabile dipendente:					
-----------------------	--	--	--	--	--

Openess					
Effetto	df	F	Sig.	η^2	Post hoc
Regione	3	2,396	0,067	0,01	
Funzione svolta	2	3,786	0,023	0,011	M < I
Regione * Funzione svolta	6	1,098	0,362	0,009	

Tabella 13. Test di significatività per *Openess*.

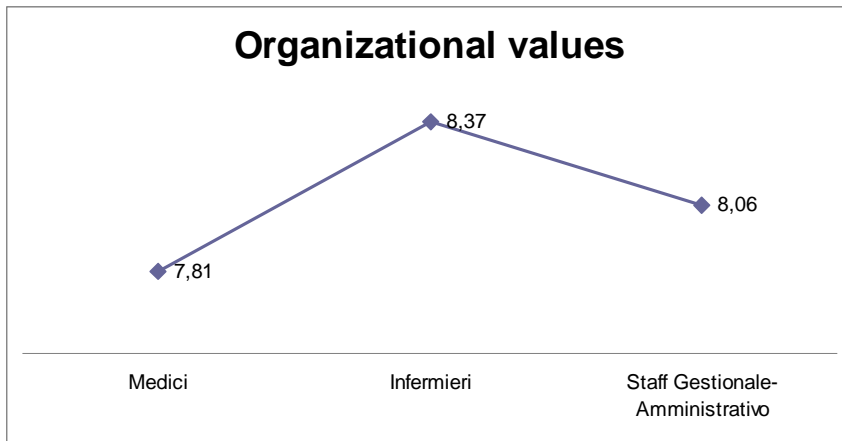


Grafico 5: Effetto della Funzione per *Organizational values*.

Variabile dipendente: Organizational values					
Effetto	df	F	Sig.	η^2	Post hoc
Regione	3	0,252	0,86	0,001	
Funzione svolta	2	7,307	0,001	0,021	M, A < I
Regione * Funzione svolta	6	0,832	0,545	0,007	

Tabella 14. Test di significatività per *Organizational values*.

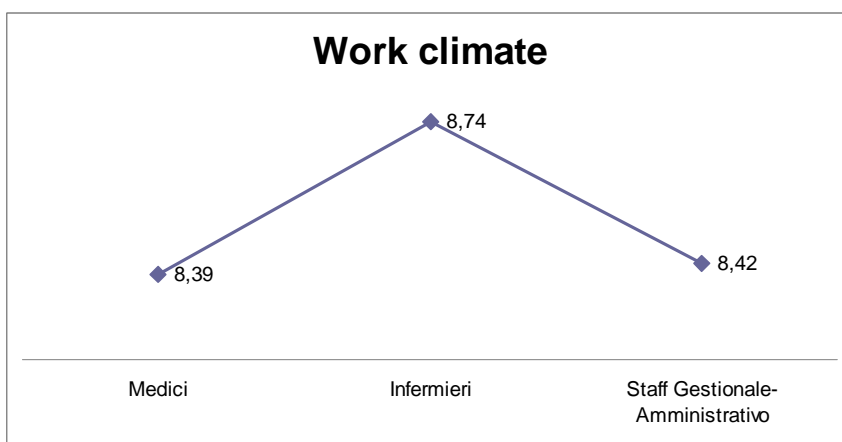


Grafico 6: Effetto della Funzione per *Work climate*.

Variabile dipendente: Work climate					
Effetto	df	F	Sig.	η ²	Post hoc
Regione	3	0,643	0,588	0,003	
Funzione svolta	2	3,956	0,02	0,011	M, A < I
Regione * Funzione svolta	6	0,856	0,527	0,007	

Tabella 15. Test di significatività per *Work climate*.

6.3.2. L'effetto della Regione

L'effetto principale della Regione di appartenenza risulta significativo per la dimensione dell'*Attractiveness*: in questo caso, il personale dell'unità di ricerca lombarda (IC Humanitas) e romagnola (Rete oncologia AVR Romagna) mostra di ritenere importante l'*Attractiveness* (la capacità di rimandare all'esterno un'immagine positiva e attraente) in misura significativamente più grande del personale dell'unità di ricerca veneta (ULSS 16 Padova). Non sembra esservi differenza statisticamente significativa, invece, rispetto ai professionisti toscani.

Gli effetti interattivi tra Regione e Funzione svolta (ossia, categoria di *stakeholder*) non risultano mai significativi.

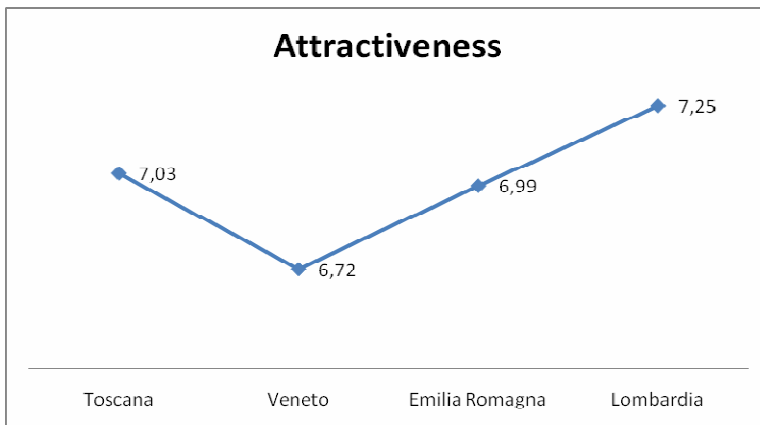


Grafico 7. Effetto della Regione per *Attractiveness*.

Variabile dipendente: Attractiveness					
Effetto	df	F	Sig.	η ²	Post hoc
Regione	3	3,263	0,021	0,014	V < E, L
Funzione svolta	2	2,541	0,08	0,007	
Regione * Funzione svolta	6	1,231	0,288	0,011	

Tabella 16. Test di significatività per *Attractiveness*.

Nelle altre dimensioni non sono state rilevate differenze statisticamente significative. Tuttavia, per quanto concerne l'effetto della funzione svolta, l'andamento delle medie è assolutamente paragonabile a quello delle dimensioni in cui le differenze raggiungono la significatività statistica: gli infermieri presentano sistematicamente dei punteggi medi più alti dei medici.

Per quanto riguarda i punteggi degli infermieri, in ogni caso, si evidenzia un particolare trend: le medie sono più alte rispetto a quelle delle altre due categorie di *stakeholder*.

6.4. Le priorità valoriali: confronto tra i tre gruppi di stakeholder

A causa della sistematicità con cui è emerso il risultato secondo cui gli infermieri hanno punteggi maggiori dei medici, non potendo escludere la presenza di un vero e proprio *bias* negli stili di risposta, si è ritenuto utile eseguire dei confronti che minimizzassero l'effetto delle medie.

Seguendo quindi Minvielle *et al.* (2008) sono stati calcolati i ranghi delle tredici dimensioni per ciascun sottogruppo e confrontati con quelli degli altri gruppi. I dati sono riportati nelle tabelle dalla 17 alla 21.

È possibile evidenziare che, sebbene alcune dimensioni siano valutate in modo simile dagli operatori con ruolo diverso, per altre – in particolare quelle che ottengono rango più alto – esistono delle differenze tra i ranghi, anche all'interno dei singoli contesti regionali. Ciò indica che l'importanza relativa delle dimensioni considerate varia a seconda della funzione svolta dall'operatore e dal contesto regionale in cui opera. È da notare, tuttavia, che i punteggi medi sono tutti piuttosto alti e si osservano solo piccole differenze man mano che si scende di rango.

Ciò per un verso può essere interpretato come il riconoscimento da parte degli operatori dell'effettiva rilevanza di tutte le dimensioni indagate e dell'interdipendenza tra di esse; per altri versi, tuttavia, potrebbe essere chiamata in causa una scarsa differenziazione dei costrutti coinvolti nelle rappresentazioni dei professionisti e, operativamente, delle tredici sottoscale individuate nel modello teorico franco-canadese. In altre parole, per medici, infermieri e staff gestionale-amministrativo potrebbe essere difficile distinguere gli aspetti propriamente valoriali da quelli organizzativi, gestionali, di immagine e/o relativi al raggiungimento degli obiettivi. La ragione potrebbe essere legata ad una sovrapposizione di concetti all'interno degli *item*, ossia al fatto che item che si caratterizzano troppo poco tra loro.

Di seguito sono presentati i risultati relativi all'assegnazione di priorità (a ciascuna sottoscala) da parte dei tre gruppi di *stakeholder*.

E' indispensabile precisare che ai partecipanti alla ricerca non era nota la corrispondenza tra item e sottoscala, in quanto gli item erano presentati in una sequenza casuale (corrispondente a quella del questionario franco-canadese). L'assegnazione dell'item alla sottoscala e la ricostruzione del punteggio medio per ciascuna di esse sono avvenute in fase di analisi dei dati.

Dimensioni Campione complessivo	Punteggi medi			Ranghi		
	N	Media	Dev. std.	Infermieri (n = 416)	Medici (n = 167)	Staff gest./amministr. (n = 122)
1. Professional values	713	8,89	1,05	1	2	1
2. Efficacy/Effectiveness	713	8,79	1,16	2	3	3
3. Public service values	713	8,71	1,18	6	1	2
4. Personal achievement values	713	8,67	1,26	3	5.5	6
5. Internal organization	713	8,66	1,08	5	4	5
6. Work climate	713	8,60	1,17	4	5.5	7
7. Cost control/Efficiency	713	8,58	1,23	7	7	4

8. Patient satisfaction	713	8,41	1,20	8	8	8
9. Organizational values	713	8,18	1,47	9	9	9
10. Goal attainment	713	8,09	1,25	10	11	10
11. Openess	713	7,95	1,32	11	10	11
12. Productivity	713	7,79	1,26	12	12	12
13. Attractiveness	713	7,09	1,69	13	13	13

Tabella 17. Ranghi sulle tredici dimensioni per funzione svolta, nel campione complessivo.

Dimensioni AOU Careggi - Firenze	Punteggi medi			Ranghi		
	N	Media	Dev. std.	Infermieri (n = 61)	Medici (n = 36)	Staff gest./amministr. (n = 38)
1. Professional values	135	8,81	0,97	1	6	1
2. Public service values	135	8,80	1,04	5	1	2
3. Efficacy/Effectiveness	135	8,70	1,14	2	2	4
4. Cost control/Efficiency	135	8,65	1,11	4	7	3
5. Internal organization	135	8,63	1,01	6	5	6
6. Personal achievement values	135	8,61	1,28	7	3	5
7. Work climate	135	8,57	1,13	3	4	8
8. Patient satisfaction	135	8,37	1,22	8	8	7
9. Organizational values	135	8,14	1,52	9	9	9
10. Goal attainment	135	8,01	1,29	10	11	10
11. Productivity	135	7,84	1,22	12	10	11
12. Openess	135	7,81	1,33	11	12	12
13. Attractiveness	135	7,01	1,86	13	13	13

Tabella 18. Ranghi sulle tredici dimensioni per funzione svolta, nel campione toscano.

Dimensioni ULSS 16 Padova	Punteggi medi			Ranghi		
	N	Media	Dev. std.	Infermieri (n = 82)	Medici (n = 11)	Staff gest./amministr. (n = 7)
1. Professional values	100	8,79	1,36	1	2	2
2. Efficacy/Effectiveness	100	8,68	1,56	2	7.5	3.5
3. Public service values	100	8,67	1,41	3	1	7
4. Internal organization	100	8,62	1,40	4	4	5
5. Personal achievement values	100	8,58	1,61	5	6	1
6. Cost control/Efficiency	100	8,55	1,57	7	3	3.5
7. Work climate	100	8,51	1,51	6	7.5	6
8. Patient satisfaction	100	8,44	1,40	8	5	8
9. Organizational values	100	8,16	1,72	9	11	9
10. Openess	100	8,12	1,59	10	9	12
11. Goal attainment	100	8,11	1,58	11	10	10
12. Productivity	100	7,82	1,52	12	12	11

13. Attractiveness	100	6,72	1,85	13	13	13
--------------------	-----	------	------	----	----	----

Tabella 19. Ranghi sulle tredici dimensioni per funzione svolta, nel campione veneto.

Dimensioni IC HUMANITAS - Milano	Punteggi medi			Ranghi		
	N	Media	Dev. std.	Infermieri (n = 91)	Medici (n = 22)	Staff gest./amministr. (n = 32)
1. Professional values	148	8,94	0,87	1	1	1
2. Personal achievement values	148	8,80	1,07	2	4	6
3. Efficacy/Effectiveness	148	8,79	0,88	3	2	3
4. Work climate	148	8,72	0,94	4	3	7
5. Cost control/Efficiency	148	8,65	0,99	5	7	2
6. Internal organization	148	8,62	0,91	6	6	5
7. Public service values	148	8,59	1,07	7	5	4
8. Patient satisfaction	148	8,34	1,09	8	8	8
9. Organizational values	148	8,17	1,27	9	9	10
10. Goal attainment	148	8,13	1,03	10	10	9
11. Openess	148	7,74	1,26	11	12	12
12. Productivity	148	7,69	1,17	12	11	11
13. Attractiveness	148	7,16	1,58	13	13	13

Tabella 20. Ranghi sulle tredici dimensioni per funzione svolta, nel campione lombardo.

Dimensioni Rete Oncologica Area Vasta Romagna	Punteggi medi			Ranghi		
	N	Media	Dev. std.	Infermieri (n = 182)	Medici (n = 98)	Staff gest./amministr. (n = 45)
1. Professional values	329	8,93	1,05	1	1	1
2. Efficacy/Effectiveness	329	8,87	1,12	3	2	3
3. Public service values	329	8,73	1,21	7	5	4
4. Internal organization	329	8,69	1,08	6	6	5
5. Personal achievement values	329	8,67	1,22	2	4	6
6. Work climate	329	8,58	1,68	4	3	7
7. Cost control/Efficiency	329	8,52	1,26	5	7	2
8. Patient satisfaction	329	8,44	1,17	8	8	8
9. Organizational values	329	8,21	1,46	9	9	10
10. Goal attainment	329	8,11	1,22	10	10	9
11. Openess	329	8,06	1,24	11	12	12
12. Productivity	329	7,81	1,24	12	11	11
13. Attractiveness	329	7,20	1,60	13	13	13

Tabella 21. Ranghi sulle tredici dimensioni per funzione svolta, nel campione romagnolo.

6.5. Alcuni temi-chiave

L'esplorazione dei sistemi valoriali, che sottenderebbero la performance ospedaliera dal punto di vista dei professionisti, è stata affiancata da un ulteriore approfondimento in merito ad alcuni temi chiave emersi nello svolgersi del Progetto, a partire da istanze espresse dagli stessi interlocutori regionali.

I temi in questione sono: la Formazione, la Presa in carico, la Valutazione dell'impatto e il

Consenso. I risultati mostrati qui di seguito si riferiscono al campione complessivo.

Alcuni *item* presenti nel questionario sono sembrati utili nel tentativo di dare una preliminare visione descrittiva all'interno delle realtà indagate.

Gli *item* su cui sono state eseguite le analisi sono riportati nella tabella seguente:

<i>Un ospedale performante (efficace/competitivo) è un ospedale ...</i>	
Item 1	... nel quale lo staff dirigente e amministrativo si consulta con il personale e presta ascolto ai suggerimenti
Item 24	... che valuta l'impatto delle cure e dei servizi erogati
Item 48	... nel quale si realizza un efficace coordinamento tra le unità di cura coinvolte nella presa in carico dei pazienti
Item 67	... che si prende cura della formazione del proprio personale

Figura 2: Alcuni item del questionario

Gli item considerati sono stati ridefiniti come segue: item 1 è stato ridefinito in termini di *strategie decisionali e costruzione di consenso*; l'item 24, invece, in termini di *valutazione di impatto*; l'item 48, in termini di *coordinamento e presa in carico*; e, infine, l'item 67, appositamente introdotto in fase di adattamento del questionario, è stato ridefinito in termini di *formazione*.

La tabella che segue, mostra per ciascuno dei quattro item il punteggio medio ed il posizionamento (rango) all'interno della totalità degli item.

Item	N	Media	Rango
1	711	8,61	28
24	711	8,62	27
48	710	8,72	18
67	713	9,20	3

Tabella 21. Alcuni temi chiave

Dal punto di vista descrittivo, il tema della formazione sembrerebbe risultare prioritario rispetto agli altri; l'item 67, infatti, mostra un punteggio medio di 9.20. Per contro, la questione della condivisione decisionale e della costruzione di consenso e quella della valutazione dell'impatto sembrerebbero essere meno interessanti: l'item 1, infatti, riceve il punteggio più basso tra quelli considerati (punteggio medio: 8,61) e l'item 24 riceve il punteggio di 8,62; entrambi gli item occupano ranghi poco inferiori alla posizione mediana dell'ordinamento.

Ciascun *item* è stato poi analizzato con l'obiettivo di verificare eventuali effetti delle variabili indipendenti considerate (Regione e Funzione svolta).

L'analisi non ha rilevato effetti statisticamente significativi in relazione agli *item* 24, 48 e 67: l'impatto delle cure, il coordinamento e la formazione sono considerate caratteristiche di un ospedale performante in modo simile tra gli operatori che svolgono ruoli diversi e in tutti i contesti regionali indagati.

Un effetto principale significativo della Regione di appartenenza è emerso, invece, rispetto all'item 1. Il test *post hoc* ha permesso di rilevare una differenza tra i professionisti dell'unità di ricerca toscana e quelli dell'unità di ricerca veneta: sembrerebbe che i primi, rispetto ai secondi,

considerino significativamente meno rilevante che lo staff dirigente si consulti e presti ascolto al personale.

Si evidenzia anche una tendenza alla significatività dell'effetto interattivo: l'andamento delle medie differisce, infatti, nei gruppi di operatori a seconda del contesto regionale di appartenenza, come è possibile osservare dal grafico 7.

Si ritiene utile precisare che la realtà organizzativa, in cui è stato utilizzato il modello di riferimento, consiste in un unico ospedale; nel nostro caso, invece, i contesti esplorati sono davvero differenti anche dal punto di vista strutturale. Entrano, dunque, in gioco una molteplicità di variabili che potrebbero tendere ad attenuare in qualche modo i risultati mostrati.

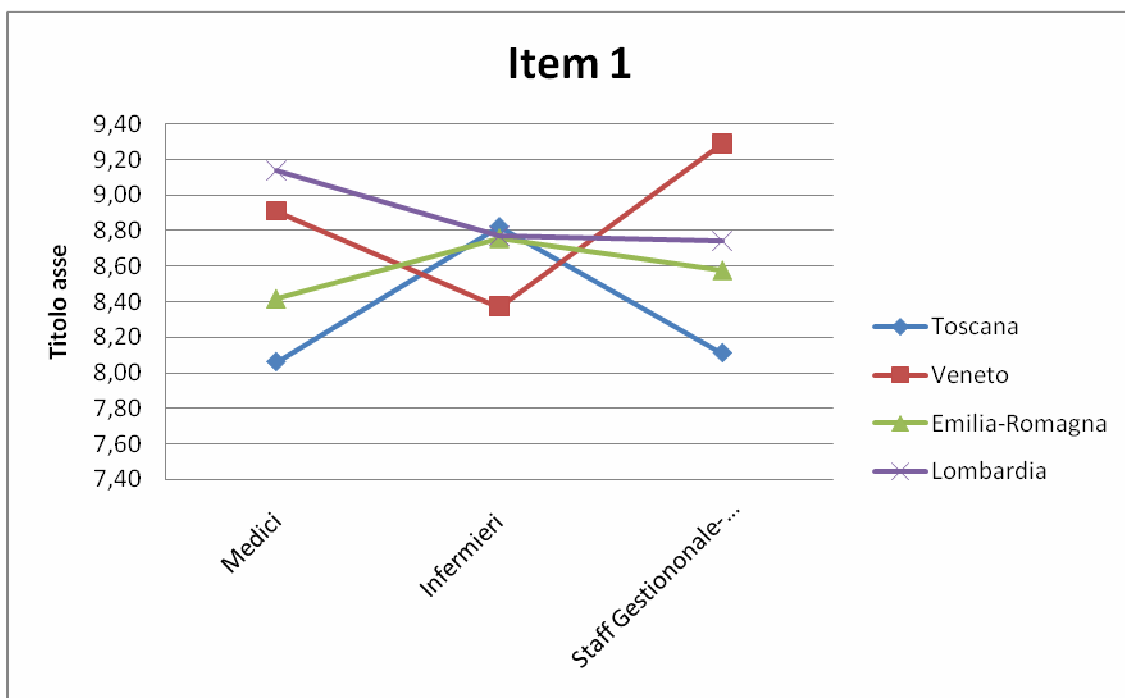


Grafico 7. Punteggi medi relativi all'item 1, nei tre gruppi di stakeholder nei quattro diversi contesti regionali.

Variabile dipendente: item 1					
Effetto	df	F	Sig.	η^2	Post hoc
Regione	3	2,830	0,038	0,012	T < L
Funzione svolta	2	0,037	0,964	0,000	
Regione * Funzione svolta	6	2,056	0,056	0,018	

Tabella 23. Test di significatività per l'item 1.

7. DISCUSSIONE

Nel replicare lo studio franco-canadese, utilizzando il questionario già validato dagli autori a livello internazionale, gli obiettivi del nostro studio sono stati quelli di:

- rintracciare gli atteggiamenti valoriali dei professionisti sanitari rispetto alla performance ospedaliera,

- confrontare tra loro i sistemi valoriali di cui le tre macro-categorie di *stakeholder* (clinica, assistenziale e gestionale - organizzativa) sono portatori,
- confrontare i risultati dell'esperienza italiana con quella franco-canadese,
- realizzare un *focus* per ciascuna realtà che ha preso parte al nostro progetto di ricerca.

Per realizzare questi obiettivi, abbiamo scelto di guardare alla performance ospedaliera in una prospettiva multi-dimensionale, adottando come chiave di lettura il modello teorico proposto da C. Sicotte (modello dal quale discende lo strumento di raccolta dati adottato).

I nostri risultati, in generale, confermano l'utilità di una visione multi-dimensionale della *performance*, benché mostrino un modello, interno al campione italiano, non esattamente sovrapponibile a quello teorico utilizzato. Quello che emerge – nel campione complessivo, così come in ciascun sottocampione regionale – è un intreccio tra dimensioni valoriali caratterizzanti la *performance*.

Questa tendenza, che pare accomunare le quattro diverse Unità di Ricerca, sembrerebbe indicare una sorta di passaggio culturale e valoriale, peraltro confermato allorquando si confrontano eventuali differenze tra professionisti.

Un intreccio di questo genere, d'altra parte, evidenzerebbe il fatto che, quando si parla di dimensioni (valoriali) che sottendono alla *performance* non si possa affermare la loro reciproca indipendenza.

In questo senso, il confronto con l'esperienza francese condotta da Minvielle *et al.* (2008) apre ad ulteriori approfondimenti statistici e riflessioni teoriche.

Veniamo ora alla rilevanza attribuita, da parte dei diversi professionisti, ai differenti sistemi valoriali.

I risultati emersi dal *ranking*, al di là di una possibilità di riconoscere una declinazione di priorità, mostrano un'estrema prossimità tra i punteggi medi (sui quali il *ranking* si basa).

Se questo risultato, da una parte, sembra esprimere una tendenza ad attribuire valori simili a dimensioni differenti, dall'altra è leggibile ancora una volta in termini di intreccio delle dimensioni valoriali di cui i professionisti sanitari si fanno portatori. Dunque, se l'obiettivo di un sistema/organizzazione è quello di costruire una condivisione di valori, alla luce di questi risultati sembrerebbe che, nelle realtà organizzative esaminate, il percorso culturale di co-costruzione di atteggiamenti valoriali si sia effettivamente realizzato.

Questa riflessione sembra assumere senso sia nell'ambito del campione complessivo che nell'ambito di ciascuna delle diverse realtà indagate.

Un risultato sul quale ci pare interessante porre l'attenzione è quello relativo alla dimensione della *Patient satisfaction*, che si posiziona come ottava in ordine di priorità sia nel campione nazionale che in ciascun sottocampione.

Alla luce dell'intreccio tra dimensioni valoriali, questo risultato è leggibile nella prospettiva di un reciproco sfumare dei diversi sistemi di valori che sottenderebbero la performance ospedaliera. Il peso della soddisfazione del paziente, intesa come elemento di valutazione della performance, si distribuirebbe all'interno delle altre diverse declinazioni di performance. Peraltro, la sottoscala di

*Patient satisfaction*⁸ riceve un punteggio medio piuttosto alto (8.44).

Infine, rispetto alle caratteristiche dello strumento ed all'impianto dello studio nel suo complesso, si può osservare una tendenza ad assegnare punteggi medi alti e prossimi tra loro.

Si verifica una tendenza degli infermieri ad assegnare punteggi sistematicamente maggiori rispetto alle altre due categorie; e non vi sono differenze statisticamente significative tra le differenti realtà regionali.

Alcune possibili limitazioni dello strumento riguardano: il rischio di *bias* di risposta legati al fenomeno della desiderabilità sociale (benché il questionario sia anonimo), gli alti punteggi di correlazione che caratterizzano alcuni *item* e che hanno la conseguenza di generare un modello a tre dimensioni (non sovrapponibile a quello teorico).

Quanto alla questione della desiderabilità sociale, non si può certo trascurare il fatto che in questo caso, come nella ricerca sociale in generale, esista il rischio di inciampare in quella che gli esperti definiscono una tendenza naturale a dare risposte che il soggetto considera più accettabili di altre rispetto al contesto cui appartiene. La tendenza a rispondere in modo "socialmente desiderabile", dunque, sarebbe una diretta conseguenza di una distorsione idealistica del comportamento che porterebbe le persone, che partecipano ad una ricerca, a rispondere nel modo che essi considerano "adeguato alla norma"⁹.

Per minimizzare il rischio di questo tipo di *bias*, s'è scelto di ricorrere all'auto-somministrazione anonima del questionario.

Infine, quanto alla non sovrapponibilità del modello teorico (franco-canadese) con il modello empirico emerso dallo studio, alla luce delle peculiarità organizzative di ciascuna Unità di Ricerca si ritiene utile ed interessante avviare successivi approfondimenti con l'obiettivo di precisare le caratteristiche del modello empirico rilevato e di fornire ad esso solidità.

8. CONCLUSIONI

Lo studio ribadisce l'esigenza di riflettere sulla *performance* ospedaliera, tenendo in gran conto gli aspetti relativi ai valori professionali ed all'aspetto delle relazioni all'interno dell'organizzazione. In un quadro di cambiamenti nei processi organizzativi e di riorganizzazione dei servizi sanitari, l'attenzione alle figure dei professionisti assume un ruolo centrale affinché gli obiettivi di salute siano raggiunti.

Le differenti categorie di professionisti sanitari (clinica, assistenziale, gestionale - organizzativa), peraltro, sembrano condividere atteggiamenti valoriali affini nella direzione del raggiungimento della performance ospedaliera. Le differenze rilevate, d'altra parte, sollecitano ad un approfondimento, al fine di comprendere se esse dipendano dai ruoli o, piuttosto, dalle peculiarità del contesto.

⁸ Si precisa che, coloro i quali rispondono agli *item* che compongono la sottoscala non sono consapevoli di dare un punteggio sulla dimensione, poiché gli *item* sono mescolati. Ciò vale per ciascuna delle sottoscale che compongono il questionario.

⁹ Roccato M. (2003). Desiderabilità Sociale e Acquiescenza. Alcune Trappole delle Inchieste e dei Sondaggi. LED Edizioni Universitarie, Torino.

Lo studio, inoltre, mostra alcune criticità che si ritengono riconducibili in particolare alla complessità del tema della performance ospedaliera.

Una evidente criticità, ad esempio, riguarda la differente numerosità dei campioni analizzati.

Questa peculiarità è la diretta conseguenza del confronto tra realtà regionali assai differenti tra loro, per dimensioni (di popolazione professionale) e per tipologia organizzativa. D'altra parte, non si è ritenuto opportuno imporre criteri restrittivi al campionamento in quanto l'obiettivo, in questa fase, era quello di esplorare le realtà organizzative e creare un momento di condivisione dell'intervento in atto.

In ogni caso, con tempi adeguati, si ritiene valga la pena di fare riflessioni sugli aspetti di numerosità dei campioni.

Lungi dall'idea di assumere il carattere di modello universale per l'esplorazione delle dimensioni della performance ospedaliera, questo studio intende rappresentare un possibile strumento di lettura di alcune esperienze di organizzazione/riorganizzazione integrata dei servizi sanitari nel nostro territorio nazionale e della ricaduta che questo tipo di programmazione può avere rispetto ai sistemi valoriali che sottendono alla *performance*.

Vista la necessità di procedere con ulteriori approfondimenti statistici, si auspica la possibilità di replicare lo studio allargando l'orizzonte delle realtà regionali partecipanti.